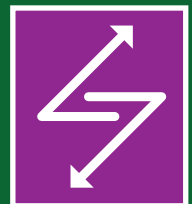


Mujeres,
adolescentes y
niñas mexicanas:
una mirada
comprensiva en
torno al VIH y el
SIDA

*Epidemiología, prevención,
atención y mejores
prácticas en México*

María del Pilar
Torres Pereda
Editora



ÁNGULOS DEL SIDA

Mujeres,
adolescentes y
niñas mexicanas:
una mirada
comprensiva en
torno al VIH y el
SIDA

*Epidemiología, prevención,
atención y mejores
prácticas en México*

María del Pilar
Torres Pereda
Editora

Colaboradores:
Betania Allen, Dulce Alejandra
Balandrán, Enrique Bravo-García,
Marcelo De Luca, Lisa M. DeMaria,
Carlos Magis, Tyler Martz, Pilar
Torres, Patricia Volkow, y Ángel Zarco

Agosto 2010

Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. Serie

Ángulos del SIDA (Volumen 10) México: CENSIDA, INMUJERES / INSP, 2010.

154 pp.

ISBN: 978-607-460-176-3

1. VIH - México, 2. Mujeres, 3. Adolescentes, 4. Niñas, 5. Prevención, 6. Atención, 7. Intervenciones.

María del Pilar Torres Pereda
Editora

Colección Ángulos del SIDA - Obra Completa

ISBN: 968-811-679-3

Número 10: Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. Primera edición:

Agosto 2010

ISBN: 978-607-460-176-3

D.R. © 2010, CENSIDA

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
Calle Herschel núm. 119, 6° piso, Col. Verónica Anzures, Del. Miguel Hidalgo. México, D.F., C.P. 11590

D.R. © 2010, INMUJERES

Instituto Nacional de las Mujeres

Alfonso Esparza Oteo núm. 119, Col. Guadalupe Inn, Del. Álvaro Obregón. México, D.F., C.P. 01020

D.R. © 2010, INSP

Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad núm. 655, Col. Santa María Ahuacatlán, Cerrada de los Pinos y Caminera. Cuernavaca, Morelos, C.P. 62100

Corrección de estilo: Rosario Taracena; Diseño de la portada, formación y cuidado editorial: Fernando Contreras.

Esta obra fue financiada por el Instituto Nacional de las Mujeres a través del proyecto "Análisis de las principales causas del contagio de las mujeres de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y políticas de atención" cuya conducción estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública.

Los puntos de vista de las autoras y los autores expresados en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Secretaría de Salud, el CENSIDA, el INMUJERES, el INSP, la Serie Ángulos del SIDA o del gobierno mexicano.

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de esta obra sin contar con la autorización escrita de los editores, en términos de la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

Impreso en México. Printed in Mexico.

SECRETARÍA DE SALUD
Dr. José Ángel Córdoba Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
*Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud*

Dr. José Antonio Izazola Licea
*Director General del Centro Nacional para la
Prevención y el Control del VIH/SIDA*

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
María del Rocío García Gaytán
Presidenta

Dra. María Elena Álvarez Bernal
Secretaria Ejecutiva

Mtra. Mónica E. Orozco Corona
*Directora General de Evaluación y Desarrollo
Estadístico*

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Mario Henry Rodríguez Lopez
Director General

SERIE ÁNGULOS DEL SIDA
Dr. José Antonio Izazola Licea
Presidente del Consejo Editorial

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Dirección de la Serie

Mtra. María del Pilar Torres Pereda
Coordinación Editorial del número 10 de la Serie

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas e instituciones fueron clave para la realización de este proyecto y, especialmente, para la creación del libro que hoy ofrecemos al lector y que busca, con toda honestidad y sencillez, ser de utilidad y beneficio para las vidas de tantas mujeres, adolescentes y niñas que viven con el VIH, que están en riesgo de adquirirlo o experimentan los síntomas de la enfermedad.

El proyecto se generó gracias a una iniciativa del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) sin cuya semilla no hubiera sido posible su realización. Agradecemos al equipo de investigación y técnico del INMUJERES: Mónica Orozco, Rodrigo Valdivia, Jessica Lombana y Alejandro Cano fueron centrales no sólo para la ejecución del proyecto sino que ofrecieron valiosos comentarios y retroalimentación a los resultados del mismo.

El trabajo de investigación, cuyos resultados se presentan en este libro, fue posible gracias a la energía creadora de Stefano Bertozzi, quien con su extraordinaria capacidad visualizó el alcance de este esfuerzo desde el inicio y animó a los autores a subirse *al barco* y contribuir con su capacidad y experiencia.

En el Instituto Nacional de Salud Pública, un incondicional equipo colaboró de forma crítica y siempre dispuesta con la realización del estudio y la posterior elaboración del libro: nuestro agradecimiento a Elsy Jaime y Maya Cervantes quienes brindaron apoyo en el desarrollo de la investigación; a Luis Bautista quien en todo momento encontró tiempo para dar recomendaciones y ayudar a solucionar los problemas enfrentados; a Mariana Landa y Gabriela León quienes apoyaron con la administración del proyecto. Asimismo nuestro agradecimiento a Rosario Taracena y Fernando Contreras quienes lograron transformar el manuscrito en el presente libro.

Para finalizar y de manera muy especial, las autoras y autores debemos un profundo agradecimiento a las y los expertos y médicos tratantes, quienes generosamente colaboraron en el proyecto dedicándonos tiempo y paciencia, y que durante las entrevistas nos explicaron lo que ellas y ellos han observado y comprendido desde la línea de fuego, confiando en que este esfuerzo daría buenos frutos. De igual forma deseamos agradecer a las mujeres, adolescentes y niñas quienes anónimamente han compartido sus experiencias que iluminan el camino del entendimiento de quienes, desde las instituciones y puestos de decisión, buscamos generar respuestas efectivas ante la epidemia.

PRÓLOGO

El Estado Mexicano se ha adherido a diversos instrumentos internacionales, entre los que destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y la Plataforma de Acción de Beijing. En ellos, los Estados Partes reconocen la necesidad de contar con estudios y diagnósticos que fomenten el desarrollo de acciones y políticas públicas a fin de mejorar la situación de las mujeres en diversos ámbitos, entre ellos el acceso a los servicios de salud, especialmente la salud sexual y reproductiva.

Durante la V Reunión de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina que se celebró en la Ciudad de México en agosto de 2008, en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, se convocó a apoyar todos los esfuerzos por detener la feminización de esta epidemia.

Este texto representa un paso en ese sentido, pues resume el conocimiento existente para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y atención a mujeres mexicanas que viven con el virus del VIH o que, debido a factores biológicos, sociales, culturales y económicos, corren mayor riesgo de contraerlo y experimentar la enfermedad.

Este trabajo coordinado entre el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) invita a la reflexión e investigación con una perspectiva de género en torno a la relación de las mujeres, el VIH y el SIDA, que permita el diseño de programas y políticas públicas dirigidas a mujeres que experimentan dificultades para el uso de preservativos por parte de sus parejas, así como los riesgos particulares que enfrentan las mujeres migrantes, las mujeres trans, las jóvenes o las reclusas, por mencionar algunas. Se requiere, como lo hacen las autoras y autores, visibilizar la vulnerabilidad femenina ante la epidemia y generar una comprensión integral sobre los grupos específicos de esta población, que sirva como fundamento para el diseño de intervenciones a fin de reducir el riesgo de infección por VIH y mejorar la calidad de vida de quienes ya contrajeron el virus.

La intención de esta publicación es contribuir al fortalecimiento de las acciones realizadas por el Estado Mexicano en favor de los derechos de las mujeres.

María del Rocío García Gaytán

Presidenta del INMUJERES

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Lista de abreviaturas | 16 |
| Resumen ejecutivo | 18 |
| Introducción | 22 |
| Metodología general | 31 |
| | |
| Capítulo 1. Panorama epidemiológico | 32 |
| Carlos Magis Rodríguez, Marcelo De Luca, Tyler Martz, Enrique Bravo García y Patricia Volkow | |
| 1.1 Introducción | 32 |
| 1.2 Metodología | 33 |
| 1.3 Resultados | 34 |
| 1.4 Conclusiones | 48 |
| | |
| Capítulo 2. Prevención | 52 |
| Pilar Torres, Ángel Zarco Mera y Betania Allen Leigh | |
| 2.1 Introducción | 52 |
| 2.2 Metodología | 54 |
| 2.3 Resultados | 57 |
| 2.4 Resultados de entrevistas, revisión de literatura y acciones prioritarias | 59 |
| 2.5 Conclusiones | 92 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 3. Análisis del panorama de la atención | 102 |
| Patricia Volkow y Dulce Alejandra Balandrán | |
| 3.1 Introducción | 102 |
| 3.2 Metodología | 103 |
| 3.3 Resultados principales | 104 |
| 3.4 Retos y desafíos | 113 |
| 3.5 Conclusiones | 116 |
| | |
| Capítulo 4. Mejores prácticas | 120 |
| Lisa M. DeMaria | |
| 4.1 Introducción | 120 |
| 4.2 Metodología | 122 |
| 4.3 Resultados | 123 |
| 4.5 Recomendaciones | 137 |
| | |
| Recomendaciones generales | 142 |
| Anexo 1 | 148 |

Lista de abreviaturas

| | |
|----------|--|
| ABC | Estrategia de prevención abstinencia, fidelidad y uso de condones propuesta por ONUSIDA (por sus siglas en inglés) |
| ARV | Antirretrovirales |
| CAPASITS | Centros de Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e ITS |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos |
| CENSIDA | Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA |
| CISIDAT | Consortio de Investigación sobre VIH/SIDA y Tuberculosis |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CONASIDA | Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA |
| ENADID | Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica |
| EUA | Estados Unidos de América |
| HSH | Hombres que tienen sexo con hombres |
| IMJUVE | Instituto Mexicano de la Juventud |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INSP | Instituto Nacional de Salud Pública |
| ISSFAM | Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| MTS | Mujeres trabajadoras sexuales |
| MEXFAM | Fundación Mexicana para la Planeación Familiar |
| OMS | Organización Mundial de la Salud WHO |

| | |
|------------|--|
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA UNAIDS en inglés |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PopCouncil | Population Council |
| PVVS | Personas viviendo con VIH/SIDA |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMAR | Secretaría de Marina |
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| TARAA | Terapia Antirretroviral Altamente Activa |
| TelSIDA | Líneas telefónicas de información sobre VIH/SIDA/ITS de CONASIDA |
| SSA | Secretaría de Salud |
| UDI | Usuario(a) de drogas inyectables |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. ONUSIDA en español |
| UNICEF | Fondo de Naciones Unidas para la Infancia |
| UNDP | Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNIFEM | Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer |
| VCT | Consejería y prueba voluntaria, por sus siglas en inglés |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |
| VPH | Virus del Papiloma Humano |
| WHO | World Health Organization. OMS, en español |

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento proporciona evidencia científica sobre las dinámicas que favorecen el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA entre las mujeres, adolescentes y niñas mexicanas. Esta información permitirá tomar decisiones sobre dónde dirigir los esfuerzos preventivos y de atención para tener un mayor impacto.

El documento consta de cuatro capítulos: epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas (estrategias exitosas). Se realizó una revisión de la literatura científica publicada y gris (informes y documentos sin publicar), y se hizo un análisis cualitativo mediante entrevistas con informantes clave para los capítulos de prevención y atención. El contenido de los capítulos se resume a continuación:

Epidemiología: La epidemia del VIH/SIDA se incrementa entre las mujeres mexicanas de manera constante. En México una de cada cuatro personas que vive con VIH es mujer. Diversas investigaciones realizadas en México muestran que los hombres unidos tienen con frecuencia múltiples parejas sexuales, por lo que para muchas mujeres el vivir con una pareja estable constituye un factor riesgo para adquirir VIH. Por otro lado, en 2008, sólo 31.4% de las mujeres embarazadas se hicieron la prueba del VIH durante el embarazo. Asimismo, la migración implica un nivel más alto de riesgo para que las mujeres adquieran VIH, lo cual sucede mediante mecanismos complejos. La prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales de la frontera Norte es casi de 5% y alcanza 14% si usan drogas intravenosas.

En México el comportamiento de las y los usuarios de drogas intravenosas varía por género, siendo mayor el nivel de riesgo de contagio entre las mujeres. A todo esto hay que sumar el bajo nivel de uso del condón entre adolescentes.

Prevención: En México los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA entre las mujeres son escasos y es poco común que se reporten sistemáticamente. Para realizar acciones de prevención efectivas es necesario identificar grupos y acciones prioritarias, así como las dinámicas que favorecen el contagio. Los esfuerzos de prevención encontrados pueden clasificarse en: aquéllos que buscan intervenir en las conductas individuales y aquéllos que buscan reducir la vulnerabilidad mediante intervenciones estructurales.

Los esfuerzos de prevención en México muestran retos importantes en cuanto a la generación de evidencia y el establecimiento de acciones prioritarias a realizar. Desde la perspectiva de los expertos, las mujeres han sido estudiadas más por sus comportamientos que por su condición de género.

La atención clínica y los servicios de detección oportuna deben ser considerados como parte del trabajo de prevención. Entre los grupos de mujeres más estudiados se encuentran las trabajadoras sexuales y las usuarias de drogas pero, paradójicamente, estos grupos no han sido los más intervenidos a pesar de que las intervenciones son centrales para ellos.

Sobresale la escasez de datos sobre las niñas y adolescentes que viven con VIH, por lo que se requiere recabar información que permita tomar acciones. Por otra parte, las y los adolescentes han sido estudiados desde el ámbito de las escuelas pero los resultados de estos análisis no son concluyentes, como lo señala también el capítulo de mejores prácticas. Las jóvenes que no están en la escuela y tampoco trabajan pueden estar en riesgo de contraer VIH, pero poco sabemos de ellas. Las mujeres que migran son un grupo que enfrenta vulnerabilidades importantes. Las mujeres transgénero deben ser contempladas por las políticas públicas y por los servicios de salud como población objetivo de las políticas de género. Poco o nada sabemos de los grupos de mujeres en situaciones de vulnerabilidad,

como son las mujeres indígenas, las parejas de hombres enlistados en la milicia o reclusos. Finalmente, la prevención positiva con adolescentes y mujeres viviendo con VIH/SIDA, la prevención de la transmisión vertical y la atención de niñas y adolescentes viviendo con VIH deben ser entendidas como elementos centrales de los esfuerzos de prevención.

Atención: La calidad de la atención que reciben las mujeres con VIH es muy variable; no obstante, la atención sigue constituyendo un tema rezagado. Los datos disponibles se refieren sólo a las mujeres que asisten a los servicios de salud, las cuales constituyen apenas una parte de las mujeres con VIH. Las mujeres que no llegan a los servicios de salud podrían ser aquellas que están en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Como se dijo antes, la estructura y los recursos para la atención son variables, de forma tal que la atención que reciben las niñas, adolescentes y mujeres no se encuentra estandarizada. Las mujeres siguen acudiendo a los servicios de consulta externa y no aprovechan el potencial de los centros creados especialmente para atender a personas con VIH. Éste no es el caso de las niñas y adolescentes, quienes por lo general reciben atención especializada.

El suministro de medicamentos antirretrovirales (ARV) y el apego al tratamiento siguen siendo un reto para la atención en México. La distribución de condones entre las adolescentes y mujeres que viven con VIH plantea retos que van más allá de los problemas de logística y abastecimiento. La oferta de condones femeninos y masculinos sigue siendo sólo un “discurso” en la vivencia de las personas con VIH y, en especial, en la experiencia de las mujeres con VIH.

En cuanto a la atención integral de las mujeres con o sin VIH, no existe ningún lineamiento disponible, aunque cabe señalar que las acciones básicas dirigidas a las mujeres están plasmadas en algunas de las normas oficiales mexicanas vigentes dirigidas a problemas de salud específicos. La formulación de un manual de atención integral de las mujeres en cualquiera de las instituciones de salud traería diversas ventajas en la atención y optimizaría en mucho los recursos disponibles. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH deben tenerse presentes en todo momento a fin de garantizar su ejercicio. Los servicios de consejería, apoyo psicológico y grupos de ayuda son escasos y en pocas ocasiones están coordinados con los servicios de atención a la salud. La adherencia o apego al tratamiento presen-

ta retos importantes para las mujeres en comparación con los hombres. Es evidente la necesidad de contar con prestadores de servicios de salud capaces de proporcionar cuidados de calidad a las niñas, adolescentes y mujeres afectadas por la enfermedad, lo que implica, además de conocimientos y habilidades en constante actualización, actitudes positivas que permitan enfrentarse a los complejos aspectos de la enfermedad desde una perspectiva abierta, tolerante y libre de prejuicios

Mejores prácticas: En México existe muy poca información disponible acerca de las intervenciones realizadas para prevenir el VIH entre mujeres; sin embargo, se encontró una serie de artículos que permiten tener un panorama de las mejores prácticas. Se halló una intervención entre trabajadoras sexuales que mostró tener un impacto positivo. La evidencia obtenida en otros

países muestra que las intervenciones para prevenir el VIH/SIDA dirigidas a las adolescentes se concentran en el tema de aumentar información y el uso del condón. Estos estudios hablan de un impacto mixto en conocimientos de VIH y en algunos estudios un aumento en el uso autoreportado de preservativos.

A lo largo de esta revisión, no se encontró ninguna intervención que abordara aspectos de atención y tratamiento de VIH/SIDA con perspectiva de género, como por ejemplo intervenciones para promover el diagnóstico temprano o la adherencia terapéutica. En conclusión, existe información limitada acerca de intervenciones dirigidas a las mujeres en México. La mayoría de los estudios disponibles son descriptivos, pocos han sido aplicados y sólo una minoría incluye evaluaciones rigurosas.

Introducción

Pilar Torres

El VIH/SIDA es una enfermedad que ha devastado individuos, familias, comunidades y está poniendo en riesgo la estabilidad de países e incluso de regiones enteras. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) estimó que en 2008 había 33,4 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, que 15,7 millones eran mujeres y que el grupo mayormente afectado son las personas jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (ONUSIDA 2008). De estas cifras se deriva que cada día 7,397 personas contraen la infección del VIH y que mueren cerca de 5,400 personas diariamente por la misma causa.

Tomando en cuenta el número total de casos acumulados de VIH/SIDA, México se encuentra entre los primeros cinco países de la región, pero en términos de prevalencia, el país presenta una epidemia concentrada y estable que afecta a 0.3% de la población y está por debajo de sus vecinos más cercanos: Estados Unidos (0.6%), Guatemala (0.8%) y Belice (2.1%). Además, la prevalencia de VIH/SIDA en México se ubica muy por debajo de la media mundial que es de 0.8% (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008:21).

La principal vía de transmisión del VIH en México es la sexual y el virus afecta principalmente a grupos poblacionales específicos, en particular a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). La cantidad de mujeres afectadas por la epidemia ha estado aumentando desde los inicios de la misma. Mientras al comienzo de la epidemia la razón hombre-mujer era de 10.8 a 1, la brecha se ha ido cerrando año con año, disminuyendo a 6.2 en 1990 y a 4.7 en el año 2000. Actualmente existe una relación hombre-mujer de 4.0 a 1 en el país (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Así, la relación que existe entre mujeres y HSH debe señalarse con especial énfasis, pues puede ser un puente que facilite el paso del virus hacia grupos de la población considerados erróneamente como de bajo riesgo, debido sus prácticas de monogamia y fidelidad.

Aún cuando en México la epidemia se concentra en HSH, existen algunas diferencias regionales. La epidemia podría estar siguiendo diversos patrones de transmisión en diferentes regiones de México. Por ejemplo, en la frontera Norte del país, la presencia de usuarios y usuarias de drogas inyectables podría sugerir dinámicas de

transmisión diferentes a las del Sur o Centro del país. Diversos expertos y activistas plantean que al darse un incremento en la transmisión heterosexual/bisexual, puede ocurrir un aumento en el número de mujeres infectadas y en la transmisión vertical (Herrera, Campero 2002). Por ejemplo, en 2009, el 97.1% de los hombres y el 99.5% de las mujeres diagnosticadas con SIDA y con más 30 años de edad, adquirieron el virus por vía sexual. De ellos, 49.4% de los hombres y 99.5% de las mujeres dijeron tener relaciones heterosexuales, mientras que 26.4% de declararon ser homosexuales y 21.3 % bisexuales, categorías estas últimas sólo reportadas entre los hombres. Estos datos son muy similares a los reportados en la población de entre 15 y 29 años de edad, para quienes la transmisión heterosexual fue de 41.6% y la transmisión homosexual de 35.2% (CENSIDA 2010a; CENSIDA 2010b).

En México, como en muchos otros países del mundo, las condiciones estructurales y de género en las que viven las mujeres son las principales causantes de su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Las mujeres son, tanto biológica como socialmente, más vulnerables que los hombres (Uribe, Panebianco 1997; Herrera, Campero 2002; Türmen 2003; Kendall, Pérez 2004; ONUSIDA UNFPA UNIFEM 2004; Pérez, Taracena et al. 2004; Allen-Leigh, Torres-Pereda 2008). En algunas regiones como el África Subsahariana, las mujeres tienen tres veces más riesgo que los hombres de adquirir el virus. Sin embargo, la desigualdad estructural en que viven muchas mujeres no es exclusiva de una sola región del mundo (UNAIDS 2000a; UNAIDS 2000b; WHO 2001; ONUSIDA UNFPA UNIFEM 2004).

UNIFEM ha señalado que existen tres amenazas para las mujeres: la pobreza, la inequidad de género (que conllevan a menores oportunidades para acceder a la educación formal y al cuidado de la salud); y la violencia que se ejerce sobre ellas. En América Latina viven 2 millones de personas con VIH y, de ellas, 36% son mujeres (ONUSIDA UNFPA UNIFEM 2004).

Pérez (Pérez, Taracena et al. 2004) señalan de manera clara la vulnerabilidad de las mujeres en México:

“Las mujeres son biológicamente más vulnerables porque:

- Tienen una superficie mucosa más amplia que los hombres y las micro lesiones que pueden ocurrir en esa superficie durante el coito pueden ser puntos de entrada para el virus. Las mujeres muy jóvenes son aún más vulnerables en este punto pues la inmadurez genital impide que su mucosa sea una buena barrera para el VIH.
- El semen contiene una cantidad mayor de virus que las secreciones vaginales.
- Como en otras ITS, las mujeres son al menos cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección. La presencia de ITS no tratadas es un factor de riesgo para adquirir VIH.
- El sexo forzado incrementa el riesgo de tener micro lesiones.

Las mujeres son económicamente más vulnerables porque:

- Tienen menor acceso a la educación, a la información y al ingreso, lo que las hace establecer relaciones de dependencia. La dependencia económica o material hacia los hombres muchas veces significa que ellas no pueden controlar cuándo, con quién y bajo qué circunstancias tendrán relaciones sexuales.
- Muchas mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales para su supervivencia diaria. Existe el trabajo sexual formal, pero este otro tipo de intercambio existe también en muchos lugares pobres y es la única forma que tienen muchas mujeres para mantener a sus hijos y a ellas mismas.

Las mujeres son social y culturalmente más vulnerables porque:

- No se espera que ellas discutan o tomen decisiones sobre su sexualidad.
- No tienen el poder para solicitar y menos aún insistir en usar condón o cualquier otra forma de protección.
- Si se niegan a tener sexo o solicitan el uso del condón, con frecuencia se ponen en riesgo de abuso sexual, como resultado de sospecha de infidelidad.
- Las diversas formas de violencia contra las mujeres muestran que el sexo ocurre con mucha frecuencia de forma coercitiva, lo que en sí mismo es un factor de riesgo para adquirir el VIH.
- Para los hombres solteros y casados, tener múltiples parejas (incluidas las trabajadoras sexuales) es aceptado culturalmente.
- Se espera que las mujeres tengan relaciones o se casen con hombres mayores, que son más experimentados y tienen más probabilidades de haber sido infectados.”

Algunas características sobresalientes de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo de contraer el VIH en México son: ser esposa o pareja de una persona que vive con VIH, ser pareja o esposa de un hombre que tiene sexo con otros hombres, de un trabajador migrante, de un hombre que se encuentra encarcelado, enlistado en los servicios militares o que utiliza drogas inyectables. También existe un mayor riesgo de exposición al VIH al estar recluida en la cárcel, realizar trabajo sexual, ser mujer transgénero, ser migrante, ser usuaria de drogas inyectables y participar en prácticas de sexo recompensado.

Aunque hay información disponible sobre los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres a nivel mundial, las situaciones que enfrentan las adolescentes y niñas mexicanas presentan particularidades que, en muchos casos, no han sido exploradas. Por esta razón, existe una gran necesidad de conocer el panorama local, sistematizar la información existente, analizar las acciones que están en marcha y las que hacen falta para orientar a las instancias correspondientes sobre las vulnerabilidades y riesgos que enfrentan las mujeres en México, así como sobre las acciones de prevención y atención que deben emprenderse.

El presente libro busca proporcionar evidencia científica sobre las dinámicas que impulsan la epidemia del VIH/SIDA en las mujeres, adolescentes y niñas mexicanas, y ofrecer información que permita tomar decisiones para dirigir los esfuerzos preventivos y de atención a fin de tener un mayor impacto.

El documento consta de cuatro capítulos que corresponden a las siguientes áreas: epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas. Cada capítulo contiene su propia estructura y metodología, así como conclusiones específicas para cada tema.

Mediante el análisis de diversas fuentes y cifras oficiales, el capítulo de epidemiología aporta una novedosa estimación de las prevalencias de VIH para diferentes grupos clave de la población femenina, entre los que se encuentran mujeres unidas y casadas, mujeres no unidas pero sexualmente activas, mujeres que dejaron de tener actividad sexual, usuarias de drogas intravenosas (UDI), mujeres cuya pareja es un UDI, así como parejas de militares, de migrantes y de reclusos, mujeres reclusas, migrantes, trabajadoras sexuales y trabajadoras sexuales que son UDI, mujeres transgénero y niñas explotadas sexualmente.

A partir del análisis de las estimaciones y de datos epidemiológicos existentes, el capítulo se concentra en los grupos de mujeres que están en mayor riesgo frente a la epidemia; a saber: mujeres seronegativas en relaciones discordantes; usuarias de drogas; parejas de militares, reclusos, usuarios de drogas inyectables y migrantes; reclusas; trabajadoras del sexo comercial (especialmente las que usan drogas inyectables); transgénero y migrantes. Además el capítulo atiende de manera especial temas como la transmisión vertical, las mujeres en tratamiento y la situación rural del VIH y las mujeres.

El capítulo de prevención presenta una revisión de literatura sobre el tema en México. Se analiza cómo las normatividades de prevención formulan una respuesta organizada en el país y se ofrecen datos generados mediante trabajo de campo etnográfico sobre los principales temas y acciones de prevención necesarios desde la perspectiva de los expertos.

Si bien la prevención no debe dirigirse sólo a disminuir los comportamientos de riesgo, sino a prevenir y atender las condiciones sociales y estructurales de vulnerabilidad, al inicio del capítulo de prevención se abordan los comportamientos de riesgo que, situándose en el centro del contagio, podrían ser cruciales para la prevención de la epidemia de las mujeres en México.

Por otro lado, se señala la importancia de entender y modificar los factores estructurales en los que se inserta y crece la epidemia. Para ello, habría que analizar los valores culturales como marco normativo: el amor y la sexualidad, el género, la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres adultas, la condición de etnia como

elemento de vulnerabilidad, la condición de movilidad y, por último, la pertenencia a los grupos de transgéneros, travestis y transexuales como elementos cruciales para la vulnerabilidad y el riesgo.

Finalmente, el apartado de prevención aborda el binomio urgente y necesario de la atención como prevención. La detección temprana y oportuna como elemento central de la prevención y la atención, tanto para las mujeres, como para la prevención de la transmisión vertical en caso de existir un embarazo. Se señala la urgencia de hacer prevención mediante la provisión sistemática y oportuna de tratamiento antirretroviral a las mujeres que lo necesiten, así como la vigilancia de las parejas serodiscordantes.

El tercer capítulo tiene como objetivo explicar el panorama de la atención a la salud que reciben a las mujeres que viven con VIH/SIDA en México. Algunos de los principales hallazgos encontrados en este capítulo indican que, pese al éxito del acceso a la terapia antirretroviral en México, la atención a las mujeres sigue demandando —al menos desde la visión de los actores clave y expertos en el tema— una alta especialización técnica que contemple la vulnerabilidad de las mujeres, adherencia al tratamiento, calidad de vida y su rol en la sociedad, empoderamiento, implicaciones éticas en la atención, entre otras. Los retos actuales en la atención a las mujeres incluyen: diagnóstico temprano de VIH, acceso a recursos materiales para su mejor manejo, garantía de consejería y apoyo social congruente, promoción del derecho a la salud física y mental de las mujeres que viven con VIH y prevención de casos secundarios, por mencionar sólo los de mayor relevancia.

El último capítulo revisa las mejores prácticas de prevención y atención dirigidas a niñas, adolescentes y mujeres en México. Este capítulo señala que, a pesar de que existen datos a nivel internacional que muestran la efectividad de las intervenciones de prevención como la consejería de pares, la promoción y distribución de condones, y la circuncisión, frecuentemente a estos estudios les hace falta la perspectiva de género y los datos disponibles para México son muy limitados.

En nuestro país, las intervenciones dirigidas a trabajadoras de sexo y a prevenir la transmisión vertical son las más estudiadas, en términos de número de estudios y rigor de los mismos. La prevención de la transmisión vertical es altamente efectiva, pero aún existen oportunidades para mejorar la detección temprana del VIH entre mujeres embarazadas. En cuanto a las trabajadoras de sexo, la evidencia indica que una intervención de consejería entre pares enfocada a desarrollar habilidades de negociación y uso de condón, resulta efectiva en este grupo. Sin embargo, la efectividad de esta medida disminuye entre trabajadoras sexuales que también utilizan drogas inyectables. Entre las adolescentes, hay estudios que reportan intervenciones —generalmente en escuelas— pero con resultados mixtos respecto de su efectividad para prevenir el VIH, las ITS y los embarazos no deseados. Entre las mujeres migrantes, trabajadoras de la maquila y mujeres en general, se encontraron estudios descriptivos, pero no se reportaron intervenciones específicas para estos grupos. Además existen lagunas importantes de

información acerca de intervenciones para ciertos grupos clave como las mujeres transgénero, mujeres reclusas y usuarias de drogas inyectables.

En conclusión, la epidemia de VIH en el grupo de mujeres continúa creciendo, si bien a una velocidad menor que en otras regiones del mundo, la relación hombre-mujer no ha dejado de disminuir desde hace una década en México. La epidemia de VIH en las mujeres se ubica en muchos casos entre los sectores sociales y económicos más desprotegidos y plantea grandes retos para prevenir su transmisión.

La información sobre intervenciones en poblaciones clave de mujeres en México es limitada. Los sectores más estudiados y donde se han dado intervenciones son las trabajadoras sexuales y los adolescentes escolarizados, pero aún en estos sectores los estudios son insuficientes y se pierden las oportunidades de prevención, lo que demanda una acción inmediata.

En las trabajadoras sexuales, existe evidencia de una intervención de consejería entre pares enfocada a construir habilidades de negociación y uso del condón que ha mostrado ser efectiva, sin bien esta intervención es menos efectiva en las TS que también utilizan drogas inyectables.

Las intervenciones estudiadas entre las adolescentes generalmente se han dado en la escuela. La evidencia sobre su efectividad para prevenir el VIH, las ITS y los embarazos no deseados es poco concluyente, aunque un estudio reciente que involucra a los padres en la educación sexual de sus hijos ofrece evidencia positiva al respecto. Para las mujeres migrantes, trabajadoras de las maquilas, y las mujeres en general se encontraron estudios descriptivos; sin embargo, éstos no tratan intervenciones específicas para estos grupos. Hay un vacío de información sobre intervenciones para ciertos grupos clave como mujeres transgénero, reclusas y usuarias de drogas inyectables o parejas de usuarios de estas drogas.

El análisis de los servicios de salud dirigidos a niñas, adolescentes y mujeres con VIH, abordados desde las diferentes esferas de atención médica: infraestructura, calidad técnica y relación médico-paciente, mostró la necesidad urgente de invertir recursos tecnológicos que impulsen la investigación en materia científica y social. Es también un imperativo capacitar a los prestadores de servicios en las clínicas de atención especializadas, así como estandarizar los parámetros para la atención integral de las mujeres con VIH. Dicha atención debe contemplar no sólo la calidad sino buscar que ésta sea personalizada y tome en cuenta el contexto social de las mujeres, fomentando el ejercicio libre y responsable de su sexualidad, libre de estigma y de discriminación, así como el respeto al derecho a la maternidad.

Para lograr el control de la epidemia de VIH/SIDA en México, y específicamente la prevención de la transmisión del virus en las mujeres mexicanas, se requiere una mejor comprensión de las condiciones de vulnerabilidad y riesgo en que ellas viven. Es

necesario reiterar que, en muchos casos, la suma de factores de riesgo de la infección para las mujeres no está relacionada con sus propios comportamientos, sino con los comportamientos de sus parejas. Es necesario también elaborar una agenda de investigación-acción-evaluación que mida la efectividad de las intervenciones, para lo cual es indispensable no sólo reconocer cuáles son las situaciones de vulnerabilidad, sino también aceptar la diversidad y no hacer juicios de valor sobre la existencia de comportamientos de riesgo. Todo parece indicar que partir de un enfoque que no juzga ni asigna la culpa a nadie, sino que se centra en controlar la epidemia desde una concepción de prevención progresiva, será lo más efectivo en el futuro.

La prevención progresiva rechaza la idea de todo o nada, ya que la concepción dicotómica de 'se previene o no' es limitada y frecuentemente inefectiva. En su lugar, se busca lograr cada vez más prevención, desde un conocimiento y apego a las diversas realidades del país y de sus mujeres; es decir, se inicia con la reducción del daño o con una prevención parcial, pero se busca ofrecer alguna medida de prevención y luego alcanzar una prevención cada vez más completa o efectiva.

Los programas deben basarse en la evidencia científica que existe a nivel mundial sobre programas de prevención que han sido evaluados y se ha comprobado su impacto y su costo-efectividad, adaptándolos a las circunstancias de las mujeres en México.

Se requieren programas de prevención para grupos de mujeres con vulnerabilidades específicas y quienes están en mayor riesgo de adquirir el VIH. Para ellas también es esencial aprovechar la evidencia científica para diseñar programas efectivos, como el de Patterson et al. 2008 (Patterson, Mausbach et al. 2008a), que se diseñó para trabajadoras sexuales en la frontera Norte. Esta intervención podría adaptarse a las situaciones de otros grupos de mujeres muy necesitadas por estar en mayor riesgo, como las usuarias de drogas y mujeres transgénero, ya que además tiene un costo reducido.

Se requiere de una campaña de detección oportuna de VIH, dirigida a la población de mujeres en mayor riesgo a través de un instrumento que las empodere para conocer el nivel de riesgo al que están expuestas. Ofrecer pruebas de detección a las mujeres embarazadas es probablemente uno de los temas de mayor relevancia y la oferta universal parece ser, según la experiencia de países vecinos la más costo-eficiente. En el caso de las mujeres que se encuentran en muy alto riesgo —mujeres con parejas serodiscordantes, mujeres transgénero, usuarias de drogas inyectables, entre otras con múltiples factores de riesgo, se podría explorar y evaluar la oferta de pruebas subsecuentes de VIH.

Debe promoverse la prevención positiva, es decir, la prevención entre mujeres y hombres viviendo con VIH. Las estrategias para ambos géneros son las mismas y la inclusión de los dos tanto en las estrategias como en los servicios es necesaria para lograr el impacto deseado y por cuestiones éticas y de derechos humanos. La prevención positiva se basa en tres estrategias generales: 1) la supresión de la replicación viral a

través del tratamiento correcto, 2) el apoyo para lograr la adherencia al mismo y 3) la promoción de la sexualidad sana (incluyendo el uso del condón masculino o femenino) en las personas que se saben VIH positivas.

Los estudios que existen sobre la epidemia de VIH en las mujeres mexicanas son de índole descriptivo y limitados a ciertas poblaciones clave; por ello, se requieren más investigaciones y evaluaciones de las intervenciones específicas para poblaciones clave, ya que de las intervenciones existentes en México pocas han sido evaluadas y muchas menos han sido evaluadas rigurosamente. Es importante promover que las agencias financiadoras nacionales e internacionales —que juegan un papel importante en asegurar que las intervenciones y los estudios tengan un balance con perspectiva de género— continúen participando en la asignación de recursos para elaborar estudios y políticas.

La prevención del VIH/SIDA se logrará cuando se incorpore la comprensión de las necesidades de la diversidad de mujeres mexicanas, se promueva el empoderamiento de las mujeres y sus comunidades y, por lo tanto, se les involucre a ellas y a sus compañeros en el diseño e implementación de los servicios y campañas de prevención dirigidos a ellas.

Bibliografía

- Allen-Leigh B., Torres-Pereda P. (2008) Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En 25 Años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. J. A. Córdova Villalobos, S. Ponce de León Rosales, J. L. Valdespino Eds. México, DF, INSP. Pp: 275-287.
- CENSIDA (2010a) Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos (>30 años) por categoría de transmisión y sexo. Estadísticas, Consultado Febrero 10, 2010, En http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/Nov2009/06_casoNuevAcumAdult.pdf.
- CENSIDA (2010b) Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes (15-20 años) por categoría de transmisión y sexo. Estadísticas, Consultado Febrero 10, 2010, En http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/Nov2009/05_casoNuevAcumJoven.pdf.
- Herrera C., Campero L. (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México* 44(6):554-564.
- Kendall T., Pérez H. (2004) Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. México D.F., Colectivo Sol.
- Mágis Rodríguez C., Bravo García E., et al. (2008) El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México, D.F., CENSIDA.
- ONUSIDA (2008) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008. ONUSIDA, Ginebra. Pp.36.
- ONUSIDA UNFPA UNIFEM (2004) Mujeres y VIH/SIDA: enfrentarse a la crisis. ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, Ginebra. Pp.71.
- Patterson T., Mausbach B., et al. (2008a) Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health* 98(11):2051-2057.
- Pérez H., Taracena R., et al. (2004) Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. México, CENSIDA.
- Türmen T. (2003) Gender and HIV/AIDS. *Int J Gynaecol Obstet* 82(3):411-418.
- UNAIDS (2000a) AIDS in Africa Country by Country. UNAIDS, Geneva. Pp.243.
- UNAIDS (2000b) Women and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 242. Geneva. Pp.1.
- Uribe P., Panebianco S. (1997) Situación de la mujer mexicana ante la infección por VIH/SIDA. En Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en AL y el Caribe. V. S. Rico B Eds. Cuernavaca, Morelos, INSP.
- WHO (2001) HIV Surveillance Report for Africa 2000. WHO, Zimbabwe. Pp.171.

Metodología general

Para lograr los objetivos propuestos en el presente proyecto se realizó investigación documental, además de investigación cualitativa mediante entrevistas con expertos y actores clave con amplia experiencia en temas relacionados con las situaciones que enfrentan las mujeres con VIH/SIDA. En cada capítulo se detalla la metodología utilizada para abordar cada uno de los temas.

Para todos los apartados se realizó investigación documental mediante la revisión sistemática de la literatura existente sobre la epidemia, así como de documentos normativos, programas de atención y de prevención dirigidos a mujeres. La revisión de la literatura científica comprendió la búsqueda mediante herramientas especializadas como PubMed search, SciELO, Web of Science y RIIMSIDA. También se realizó una revisión de literatura gris y normatividades en las páginas web de UNAIDS, WHO, UNICEF, UNDP, UNFPA, SSA, CENSIDA, IMSS, ISSSTE, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, IMJUVE, PopCouncil, Mexfam, entre otras instancias, con el objeto de recopilar información relevante que permitiera comprender el panorama de la epidemia, los recursos que se le destinan, así como las acciones documentadas dirigidas a mujeres en México y en contextos relevantes para los grupos estudiados.

La revisión de literatura implicó generar una revisión para cada capítulo del libro, por lo tanto se buscó literatura para los temas de prevención, atención, epidemiología e intervenciones para México. Debido a que el objetivo del presente libro es recopilar, generar y analizar la evidencia existente sobre mujeres, adolescentes y niñas mexicanas, se decidió en la medida de lo posible explorar a detalle la evidencia generada y reportada para el país. En cada caso, se realizó una búsqueda booleana utilizando palabras clave, con el fin de hallar toda la información científica disponible en los buscadores de literatura. Los resultados se almacenaron en un banco de datos para cada temática.

Las Comisiones de Ética e Investigación del INSP aprobaron tanto el protocolo del estudio como los instrumentos de recolección de la información. Los entrevistados se contactaron vía electrónica, y participaron de manera voluntaria, respetando su derecho a la confidencialidad. La información se grabó, previo consentimiento informado, de acuerdo con lo establecido en los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” de la Declaración de Helsinki.

Capítulo 1. Panorama epidemiológico

**Carlos Magis Rodríguez, Marcelo De Luca, Tyler Martz,
Enrique Bravo García y Patricia Volkow**

1.1 Introducción

En 1984 se diagnosticó¹ a la primera mujer con VIH en México (Valdespino Gómez, García García et al. 1995). Su infección, así como la de muchas otras mujeres en México antes de 1992, se debió a transfusión de sangre infectada (Volkow 2006). En los primeros años de la epidemia, la mayoría de las mujeres contrajeron el VIH mediante esta vía de transmisión, debido a que regularmente ellas tienen contacto con los servicios de salud al dar a luz y pueden requerir de transfusiones en casos de emergencia durante el parto.

A partir de 1987, cuando se reguló en México el sistema de seguridad para la extracción de sangre y sus productos de la sangre, la infección de VIH por vía sanguínea comenzó a disminuir significativamente (del Rio, Sepúlveda 2002). Hoy en día, la transfusión de sangre solamente representa 7.3% del total de casos de mujeres en los que se conoce la vía de infección (CENSIDA 2010d). Actualmente, la principal vía de infección en las mujeres son las relaciones sexuales con hombres que viven con VIH/SIDA.

¹ Se entiende por caso diagnosticado aquellos casos en los que la presencia de VIH o SIDA se determina mediante una prueba de laboratorio confirmatoria. Esto es fundamental para determinar la fecha en que se declara como PVVS y considerarlo nuevo caso para las estadísticas de ese año. Los casos notificados son aquellos casos que, una vez diagnosticados, son ingresados al sistema de vigilancia epidemiológica. La notificación puede ser oportuna cuando se produce en el mismo año en que es diagnosticado el caso o puede realizarse con pocos o muchos años de retraso, lo que perjudica el seguimiento de la epidemia. Por caso estimado nos referimos a la necesidad de corregir los efectos estadísticos del retardo en la notificación y de la subnotificación (ya sea por falta de diagnóstico o por ocultamiento del caso) mediante la agregación de una cifra estimada de nuevos casos que aún no se han notificado pero que se supone existen de acuerdo al desarrollo observado de la epidemia.

La infección por VIH/SIDA se ha incrementado entre las mujeres mexicanas de manera consistente; sin embargo, la epidemia en México no ha alcanzado aún la prevalencia ni la proporción hombre/mujer que existe en el África Subsahariana (ONUSIDA 2008). Todavía en 2009 el número de nuevas infecciones por VIH en mujeres era menor que en hombres, pero su crecimiento impone la necesidad de prestar atención a la identificación de subgrupos de mujeres que están en mayor riesgo de infección para facilitar una mejor prevención y la cobertura de tratamiento antirretroviral en todo el país. El presente apartado describe la epidemiología actual de la infección del VIH/SIDA entre las mujeres mexicanas, incluyendo estimaciones del tamaño de determinados grupos y su prevalencia de VIH.

1.2 Metodología

La mayoría de las personas que viven con VIH ignoran que están infectadas con este virus, por lo que resulta imposible conocer con exactitud el número de individuos seropositivos que hay en México. No obstante, hasta el 14 de noviembre de 2008 se había contabilizado un total de 124,505 casos de SIDA en el Registro Nacional.

Esta cifra habla del número total de casos notificados desde que comenzó a diagnosticarse el VIH/SIDA, sin embargo cabe destacar que la mayoría de estas personas ya han fallecido y solamente se registraron oportunamente 3,574 casos durante 2008 (SSA 2008). Por esta razón, habrá que esperar algunos años para que se incorpore al Registro el total de las personas diagnosticadas en ese último año, hecho que impone fuertes limitaciones para el análisis de los casos más recientes. Por otra parte, uno más de los inconvenientes de realizar el seguimiento de la epidemia sólo mediante los casos registrados es que estamos observando a personas que se contagiaron hace mucho tiempo –diez años en promedio– por lo que podríamos correr el riesgo de no estar atendiendo las modalidades de infección tal como ocurren en la actualidad.

Para disminuir la incertidumbre derivada del sistema de notificación de casos, en el presente capítulo utilizamos modelos que estiman la vía de contagio a partir de las prevalencias conocidas. Ahora bien, observar la evolución de los casos de SIDA ayuda a comprender la historia de la epidemia y sus tendencias.

Dado que no sabemos cuál será el tamaño de la población de mujeres viviendo con VIH/SIDA, a mediados de 2009 se utilizó la metodología sugerida por UNUSIDA a fin de construir un cuadro que permita realizar una estimación global desagregada de las mujeres que se han observado en grupos clave o sectores vulnerables a la epidemia. Partiremos por considerar ciertos supuestos de tamaños y prevalencias de los grupos y sectores de mujeres –en general con datos consistentes aunque para ciertos grupos se asumen estimaciones de estudios realizados en otros países– que hasta el momento se han podido identificar en mayor riesgo. Nuestra búsqueda intenta aportar una estimación más desagregada e inductiva que la de los modelos que obtienen cifras globales y

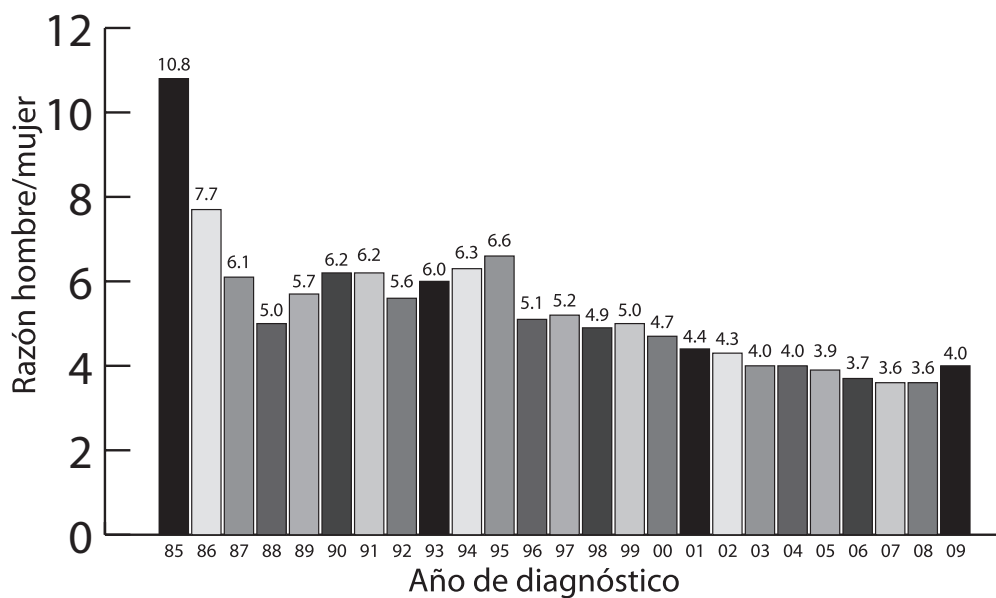
prevalencias generales. Se trata, simplemente, de obtener una aproximación que facilite establecer prioridades y puntualizar los sitios en donde podríamos ubicar a las mujeres con VIH/SIDA en México.

1.3 Resultados

1.3.1 La epidemia observada mediante los casos de SIDA registrados

Aunque el número de casos de mujeres infectadas permanece proporcionalmente bajo en México (17.4%) en relación a la cantidad de hombres con SIDA (82.6%), en números absolutos se observa un incremento sostenido de los casos reportados cada año en mujeres, ya que éstos pasaron de ser alrededor de 300 en la década de los ochenta, a cerca de 1,500 a partir del año 2000 (ver Gráfico 1 y Cuadro 1).

Gráfico 1. Razón hombre/mujer en los casos de SIDA según año de diagnóstico, México 1985-2009



Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

También se ha observado un incremento en los casos de mujeres en los nuevos casos de SIDA reportados durante el primer trimestre de 2009, ya que hay 4.2 hombres por cada mujer (SSA-CENSIDA 2009), cuando durante la década pasada se presentaron 6 casos de hombres por uno de mujeres. En 2006 y 2007 había una razón de masculinidad

de 3.5 a uno (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008) y en 2008 los datos provisionales arrojaban una razón de 3.9 hombres por mujer. Con el paso de los años los casos de mujeres se han incrementado de forma consistente respecto a los de hombres, pero este crecimiento no se acelera.

Cuadro 1. Razón de masculinidad de casos de SIDA por año en México, 1984-2008

| AÑO DE DIAGNÓSTICO | MUJERES | HOMBRES | RAZÓN DE MASCULINIDAD | TOTAL DE CASOS |
|--------------------|--------------|---------------|-----------------------|----------------|
| 1983 | | 65 | | 65 |
| 1984 | 27 | 166 | 6.1 | 193 |
| 1985 | 31 | 336 | 10.8 | 367 |
| 1986 | 81 | 624 | 7.7 | 705 |
| 1987 | 225 | 1380 | 6.1 | 1605 |
| 1988 | 364 | 1836 | 5.0 | 2200 |
| 1989 | 421 | 2419 | 5.7 | 2840 |
| 1990 | 520 | 3196 | 6.1 | 3716 |
| 1991 | 541 | 3328 | 6.2 | 3869 |
| 1992 | 660 | 3692 | 5.6 | 4352 |
| 1993 | 648 | 3854 | 5.9 | 4502 |
| 1994 | 698 | 4357 | 6.2 | 5055 |
| 1995 | 727 | 4811 | 6.6 | 5538 |
| 1996 | 964 | 4924 | 5.1 | 5888 |
| 1997 | 968 | 5103 | 5.3 | 6071 |
| 1998 | 1135 | 5528 | 4.9 | 6663 |
| 1999 | 1460 | 7308 | 5.0 | 8768 |
| 2000 | 1511 | 7020 | 4.6 | 8531 |
| 2001 | 1541 | 6850 | 4.4 | 8391 |
| 2002 | 1557 | 6666 | 4.3 | 8223 |
| 2003 | 1380 | 5426 | 3.9 | 6806 |
| 2004 | 1329 | 5209 | 3.9 | 6538 |
| 2005 | 1326 | 5122 | 3.9 | 6448 |
| 2006 | 1224 | 4326 | 3.5 | 5550 |
| 2007 | 1113 | 3918 | 3.5 | 5031 |
| 2008 | 721 | 2791 | 3.9 | 3512 |
| TOTAL | 21172 | 100255 | 4.7 | 121427 |

Fuente: SSA/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre del 2008.

Procesó: SSA/CENSIDA/DIO/SMI.

Una observación más detallada del panorama epidemiológico sugiere que los casos diagnosticados en jóvenes de entre 15 y 29 años de edad durante 2008 (ver Cuadro 2) muestra una razón de 3.4 contagios masculinos por mujer, y en los mayores de 30 años (ver Cuadro 3) esa razón es de 4.2, lo que denota que en las jóvenes se encuentran relativamente más expuestas a adquirir la infección que sus pares adultas en relación con la cantidad de hombres con SIDA.

Cuadro 2. Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes de 15 a 29 años de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2008

| CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN | HOMBRES | | | | MUJERES | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|----------------------------|-------|-------------------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | Casos diagnosticados en el año 2008 | | Casos acumulados 1983-2008 | | Casos diagnosticados en el año 2008 | | Casos acumulados 1983-2008 | |
| | NÚMERO | % | NÚMERO | % | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| Transmisión sexual | 889 | 97.2 | 19,914 | 95.8 | 264 | 99.2 | 4,874 | 92.5 |
| Homosexual | 350 | 38.3 | 7,624 | 36.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bisexual | 182 | 19.9 | 4,678 | 22.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Heterosexual | 357 | 39.0 | 7,612 | 36.6 | 264 | 99.2 | 4,874 | 92.5 |
| Transmisión sanguínea | 24 | 2.6 | 766 | 3.7 | 2 | 0.8 | 396 | 7.5 |
| Transfusión Sanguínea | 0 | 0.0 | 253 | 1.2 | 0 | 0.0 | 334 | 6.3 |
| Hemofilia | 0 | 0.0 | 105 | 0.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Donador remunerado | 0 | 0.0 | 91 | 0.4 | 0 | 0.0 | 12 | 0.2 |
| Usuario de drogas inyectables (UDI) | 24 | 2.6 | 316 | 1.5 | 2 | 0.8 | 48 | 0.9 |
| Exp. Ocupacional | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.0 |
| Otras (Homosexualidad/UDI) | 2 | 0.2 | 113 | 0.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Se desconoce* | 4 | 0.4 | 9,225 | 30.7 | 4 | 1.5 | 2,019 | 27.7 |
| TOTAL | 919 | 100.0 | 30,018 | 100.0 | 270 | 100.0 | 7,289 | 100.0 |

Fuente: SSA/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre del 2008.

Proceso: SSA/CENSIDA/DIO/SMI.

(*) **Nota:** La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra para conocer su magnitud.

En 2008 se registraron 3,512 casos de SIDA en personas de 15 y más años de edad (ver Cuadros 2 y 3). Se observa que en hombres y mujeres adultas se incrementó el peso relativo de la transmisión sexual, que actualmente abarca 97% y 99% de los nuevos

contagios respectivamente. Los niveles de contagio sexual se han acrecentado de forma relativa conforme las transmisiones por vía sanguínea casi han desaparecido en el transcurso de este siglo, con excepción de los casos en UDI.

Cuadro 3. Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos con 30 y más años de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2008

| CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN | HOMBRES | | | | MUJERES | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|----------------------------|-------|-------------------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | Casos diagnosticados en el año 2008 | | Casos acumulados 1983-2008 | | Casos diagnosticados en el año 2008 | | Casos acumulados 1983-2008 | |
| | NÚMERO | % | NÚMERO | % | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| Transmisión sexual | 1,789 | 96.9 | 44,320 | 96.4 | 445 | 99.3 | 7,955 | 88.9 |
| Homosexual | 465 | 25.2 | 14,247 | 31.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bisexual | 402 | 21.8 | 10,885 | 23.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Heterosexual | 922 | 49.9 | 19,188 | 41.7 | 445 | 99.3 | 7,955 | 88.9 |
| Transmisión sanguínea | 50 | 2.7 | 1,495 | 3.3 | 3 | 0.7 | 989 | 11.1 |
| Transfusión Sanguínea | 0 | 0.0 | 602 | 1.3 | 0 | 0.0 | 890 | 9.9 |
| Hemofilia | 0 | 0.0 | 74 | 0.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Donador remunerado | 0 | 0.0 | 225 | 0.5 | 0 | 0.0 | 40 | 0.4 |
| Usuario de drogas inyectables (UDI) | 50 | 2.7 | 591 | 1.3 | 3 | 0.7 | 57 | 0.6 |
| Exp. Ocupacional | 0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.0 |
| Otras (Homosexualidad/UDI) | 7 | 0.4 | 145 | 0.3 | 0 | 0.0 | 2 | 0.0 |
| Se desconoce* | 26 | 1.4 | 25,105 | 35.3 | 3 | 0.7 | 4,215 | 32.0 |
| TOTAL | 1,872 | 100.0 | 71,065 | 100.0 | 451 | 100.0 | 13,161 | 100.0 |

Fuente: SSA/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre del 2008.

Procesó: SSA/CENSIDA/DIO/SMI.

(*) Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra para conocer su magnitud.

La progresión de casos de SIDA entre las mujeres adultas muestra un crecimiento de la epidemia, tanto absoluto respecto de las cifras que se presentaron en las décadas de los ochenta y noventa, como relativo frente a los hombres. La vía de transmisión heterosexual es la responsable de este cambio.

En México las relaciones de género juegan un papel significativo en la transmisión de VIH. El nivel de homofobia que persiste en todo el país contribuye al estigma asociado a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Como resultado, algunos hombres tienen como parejas principales a mujeres, pero simultáneamente mantienen relaciones sexuales con otros hombres fuera de su relación principal y generalmente de manera clandestina. Existen además ciertas normas masculinas que facilitan el sexo con otras mujeres fuera de las relaciones principales, generando las llamadas “parejas concurrentes”. Estas prácticas contribuyen a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH.

Un estudio realizado en la Ciudad de México por Pulerwitz, Izazola-Licea et al. (2001) encontró que 15% de hombres casados o en unión libre tiene relaciones sexuales extramaritales. De ellos, sólo 9% informó usar un condón durante su última relación sexual, 4% con su pareja principal y 22% con su pareja secundaria. Pero incluso con un nivel tan bajo de uso de condones, 80% de estos hombres dijeron no estar en riesgo de contraer VIH y 70% consideró que su comportamiento sexual no ponía en riesgo a otras personas.

También entre los adolescentes se ha observado que las diferencias de género incrementan la vulnerabilidad de las mujeres. En México, la edad promedio de la primera relación sexual es de 17.3 en los hombres y 17.6 en las mujeres (Villagómez, Bistrain 2009). Sin embargo, el uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual es bajo, ya que sólo 6 de cada 10 mujeres y 3 de cada 10 hombres usaron métodos anticonceptivos (Villagómez, Bistrain 2009). Aunque esta estadística no señala el tipo de método anticonceptivo utilizado por las mujeres, su poco uso entre los jóvenes sugiere que el uso de condones es muy bajo en las relaciones sexuales entre adolescentes. Dado que las jóvenes se encuentran en mayor riesgo de infección que sus contrapartes adultas, la falta de uso de condones constituye una práctica de riesgo para las jóvenes.

1.3.2 Embarazos y transmisión vertical del VIH

El embarazo es un momento oportuno para detectar infecciones de transmisión sexual. La detección del VIH durante la gestación permite iniciar el tratamiento para asegurar el bienestar de la madre y prevenir que el virus pase de madre a hijo. A pesar de que la prueba del VIH durante el embarazo está ampliamente recomendada, durante 2008 sólo 31.4% de las mujeres embarazadas en México se hicieron dicha prueba mientras se atendían en instituciones públicas como puede verse en el Cuadro 4.

Cuadro 4 Detección de VIH en mujeres embarazadas en instituciones de salud del sector público 2000-2006 (CONASIDA 2008)

| INSTITUCIÓN | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Secretaría de Salud | 10.2% | 20.9% | 43.0% |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | 0.9% | 1.5% | 6.4% |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | 0.5% | 0.6% | 0.6% |
| Petróleos Mexicanos | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| Secretaría de la Defensa Nacional | 26.9% | 28.5% | 36.0% |
| Secretaría de Marina | NE | NE | NE |
| TOTAL | 7.3% | 13.1% | 31.4% |
| Fuentes: SSA/CONASIDA. Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, No.6, diciembre 2008. Procesó: SSA/CENSIDA/DIO. SEMAR: No entregó información (NE) | | | |

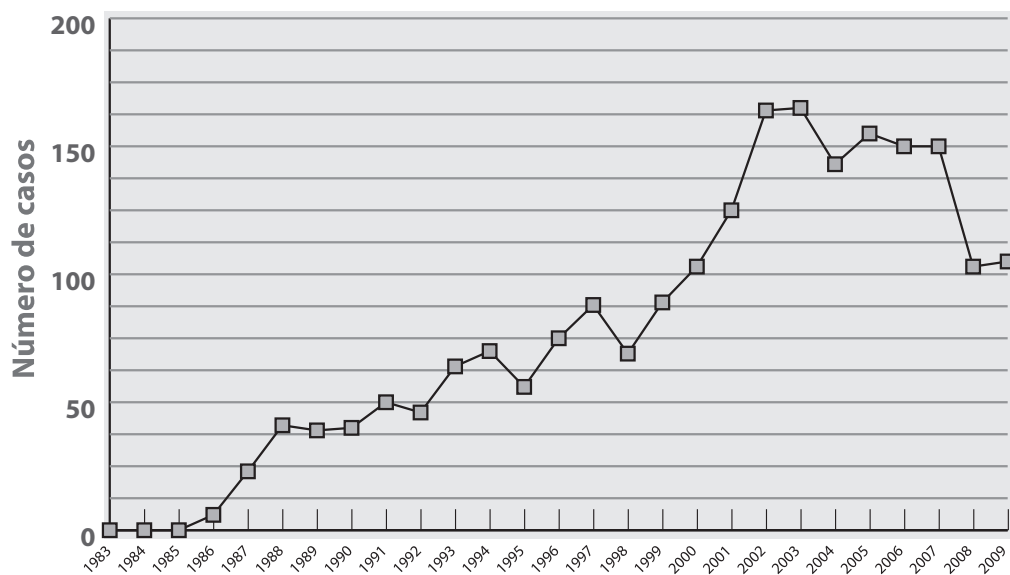
En 2008 se registraron 103 casos de VIH en niños/as que se infectaron por transmisión perinatal (SSA 2008). Para prevenir esta forma de transmisión, las instituciones del sector público han incrementado en los últimos años el número de pruebas para detectar el VIH entre mujeres embarazadas (ver Cuadro 5). La detección oportuna permite prolongar la vida de las madres y, en la gran mayoría de los casos, evitar que el recién nacido sea portador del VIH.

Cuadro 5. Detección de VIH en mujeres embarazadas en instituciones de salud del sector público 2000-2006

| MEDICIÓN DE | AÑO | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Total mujeres con atención prenatal | 2,245,376 | 2,190,138 | 1,988,881 | 1,791,679 | 2,020,317 | 2,033,849 | 2,093,029 |
| Pruebas de detección de VIH en mujeres embarazadas | 8,520 | 8,043 | 8,637 | 27,706 | 109,687 | 135,563 | 152,357 |
| Casos de SIDA en embarazadas | 21 | 19 | 16 | 52 | 124 | 145 | 85 |
| Casos de SIDA por transmisión perinatal | 98 | 115 | 145 | 118 | 103 | 117 | 107 |

Fuentes: SS/CONASIDA. Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, No.4, diciembre 2006.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO

Gráfico 2 Casos de SIDA por transmisión vertical según año de diagnóstico en México 1983 - 2009



Fuente: SSA/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2010.

Procesó: SSA/CENSIDA/DIO.

Las cifras que se reportan en los Cuadros 4 y 5, así como en el Gráfico 2, indican lo lejos que se está de tener un control amplio del VIH entre las embarazadas, inclusive en las que asisten a instituciones de la seguridad social. Si bien en los últimos años se ha ampliado el número de estudios de seroprevalencia en este grupo, todavía falta recorrer un largo camino para lograr que la mayor parte de las mujeres embarazadas se practique la prueba de VIH. La Secretaría de Salud opera una estrategia para detectar el virus mediante pruebas rápidas en todas las embarazadas que visitan sus centros de atención. Cabe señalar que desde el año 2003 se ha observado un progresivo descenso en los casos de transmisión perinatal, pero hace falta redoblar los esfuerzos para reducir radicalmente esta forma de infección.

1.3.3 Las mujeres en tratamiento

La distribución de los pacientes de SIDA a lo largo del territorio nacional es dispar. En México existen seis entidades federativas que, juntas, suman poco más de la mitad (52.4%) de todos los tratamientos para VIH: Distrito Federal (16.4%), Veracruz (10.8%), Jalisco (9.4%), Estado de México (8.0%), Chiapas (4.0%) y Puebla (3.8%). Los institutos, clínicas y hospitales reciben pacientes con SIDA de diversos puntos del país, y se trata de enfermos que requieren tratamientos especiales (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008).

Por cada mujer que se encuentra en tratamiento por SIDA hay tres hombres en la misma situación. Sin embargo, en algunas entidades federativas se observa una disparidad considerable entre los porcentajes de mujeres bajo tratamiento (ver Cuadro 6). Bastante por encima del promedio (24.7%) están Chiapas (36.9%), Veracruz (34.4%) Baja California Sur (34%), Guerrero (32.8%), Baja California (31.6%), Tabasco (31%) y Campeche (31%). Estos estados corresponden con perfiles muy claros: los estados fronterizos del Norte (donde existe una mayor presencia de trabajo sexual y uso de drogas inyectables); y los estados pobres y rurales (varios de los cuales tienen una buena cantidad de población indígena, y en la región centro-sur del país se da una alta migración de retorno y una mayor desigualdad de género).

Cuadro 6. Pacientes de la Secretaría de Salud que reciben terapia antirretroviral por entidad federativa y sexo, 2008

| ENTIDAD FEDERATIVA | NÚM. DE PACIENTES | % DEL TOTAL | HOMBRES (%) | MUJERES (%) |
|---------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Aguascalientes | 187 | 0.7 | 71.2 | 28.8 |
| Baja California | 914 | 3.5 | 68.4 | 31.6 |
| Baja California Sur | 101 | 0.4 | 66.0 | 34.0 |
| Campeche | 223 | 0.9 | 69.0 | 31.0 |
| Coahuila | 301 | 1.2 | 74.6 | 25.4 |
| Colima | 147 | 0.6 | 73.0 | 27.0 |
| Chiapas | 1,052 | 4.1 | 63.1 | 36.9 |
| Chihuahua | 581 | 2.2 | 81.3 | 18.7 |
| Distrito Federal | 4,256 | 16.4 | 86.4 | 13.6 |
| Durango | 180 | 0.7 | 70.5 | 29.5 |
| Guanajuato | 633 | 2.4 | 74.6 | 25.4 |
| Guerrero | 900 | 3.5 | 67.2 | 32.8 |
| Hidalgo | 287 | 1.1 | 69.3 | 30.7 |
| Jalisco | 2,421 | 9.4 | 81.5 | 18.5 |
| México | 2,062 | 8.0 | 77.7 | 22.3 |
| Michoacán | 589 | 2.3 | 77.0 | 23.0 |
| Morelos | 509 | 2.0 | 71.1 | 28.9 |
| Nayarit | 274 | 1.1 | 73.7 | 26.3 |
| Nuevo León | 749 | 2.9 | 79.6 | 20.4 |
| Oaxaca | 659 | 2.5 | 69.3 | 30.7 |
| Puebla | 976 | 3.8 | 71.9 | 28.1 |
| Querétaro | 214 | 0.8 | 75.7 | 24.3 |
| Quintana Roo | 418 | 1.6 | 69.7 | 30.3 |
| San Luis Potosí | 288 | 1.1 | 69.5 | 30.5 |
| Sinaloa | 337 | 1.3 | 75.3 | 24.7 |
| Sonora | 251 | 1.0 | 73.3 | 26.7 |
| Tabasco | 934 | 3.6 | 69.0 | 31.0 |
| Tamaulipas | 620 | 2.4 | 69.6 | 30.4 |
| Tlaxcala | 253 | 1.0 | 71.5 | 28.5 |
| Veracruz | 2,784 | 10.8 | 65.6 | 34.4 |
| Yucatán | 636 | 2.5 | 79.8 | 20.2 |
| Zacatecas | 143 | 0.6 | 75.5 | 24.5 |

Fuente: CENSIDA, Dirección de Investigación Operativa. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Boletín No. 2 SALVAR, datos al 30 de septiembre de 2008.

| ENTIDAD FEDERATIVA | NÚM. DE PACIENTES | % DEL TOTAL | HOMBRES (%) | MUJERES (%) |
|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Clín. Inmunodefec. UNAM | 99 | 0.4 | 46.1 | 53.9 |
| Hospital Infantil de México | 179 | 0.7 | 46.2 | 53.8 |
| Inst. Nac. de la Nutrición | 654 | 2.5 | 89.5 | 10.5 |
| Inst. Nac. Pediatría | 58 | 0.2 | 43.8 | 56.3 |
| Inst. Nac. Perinatología | 12 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| TOTAL | 25881 | 100.0 | 75.3 | 24.7 |
| Fuente: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Boletín No. 2 SALVAR, datos al 30 de septiembre de 2008. | | | | |

Contrario a lo que ocurre con las mujeres, existe un marcado predominio de hombres recibiendo tratamiento ARV, en el Distrito Federal (86.4%), Jalisco (81.5%) y Chihuahua (81.3%), que son ciudades con elevada prevalencia de VIH en la población HSH.

1.3.4 Las mujeres y la ruralización del SIDA

En el año 2000 se registró un total de 47,617 casos acumulados de SIDA, de los cuales 2,089 (4.6%) eran de procedencia rural, es decir, de localidades con menos de 2,500 habitantes; y 893 casos (2.0%) provenían de localidades en transición hacia lo urbano (de 2,500 a 4,999 habitantes).

En las zonas rurales, la transmisión heterosexual es una modalidad de infección presente en 43% de los casos, mientras que en las urbes representa el 28.2%. Por esta razón, la proporción de casos hombre/mujer en las localidades rurales fue de 4:1 en el año 2000, mientras que en las zonas urbanas era de 6:1. En 1994 el 4.7% de los casos diagnosticados ese año eran rurales, pero en 2000 representaron el 6.6%, lo que indica una tendencia al crecimiento en relación con los casos urbanos (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Lamentablemente, desde el estudio del año 2000 no se ha actualizado el cálculo de las cifras de casos rurales por dificultades para clasificar los datos más recientes en la base de casos.

1.3.5 Estimando el VIH/SIDA en las mujeres

A finales de 2007, CENSIDA estimaba que, de un total de 198,000 personas seropositivas en México, había 44,000 mujeres de entre 15 y 49 años viviendo con SIDA. La principal forma de contagio entre ellas fueron las relaciones sexuales no protegidas (Bravo García, Magis Rodríguez et al. 2008).

Las estimaciones más recientes realizadas con el modelo de ONUSIDA “Workbook y Spectrum” (ONUSIDA-OPS 2009) señalan, en el rango intermedio de posibilidades, que podría haber 57,000 mujeres de 15 y más años de edad viviendo con SIDA en México para finales del 2007 (ONUSIDA 2008). Esta cifra sugiere que poco más de la cuarta parte de las PVVS serían mujeres y que su peso relativo se ha incrementado desde el inicio de la epidemia en México.

La mayoría de las estimaciones que presentamos a continuación se realizaron con base en las últimas proyecciones del tamaño de la población disponible, de allí que se contabilice para México un total de 30,118,509 mujeres entre 15 y 49 años de edad a mediados del año 2009 (CONAPO 2006).

1.3.6 Los contextos de vulnerabilidad de las mujeres y la emergencia de prácticas de riesgo

En el contexto de las relaciones de género, México presenta una serie de modalidades regionales de transmisión del VIH muy complejas para ser explicadas aquí, tarea que demandaría un libro completo. Por esta razón, en este apartado nos centraremos en explorar los riesgos de adquirir el VIH entre los grupos clave o poblaciones vulnerables de mujeres. Estos grupos son:

- Mujeres seronegativas en relaciones discordantes con hombres infectados.
- Parejas de militares, reclusos, usuarios de drogas inyectables y migrantes.
- Mujeres migrantes (migración internacional).
- Mujeres trabajadoras del sexo comercial (incluidas las que usan drogas inyectables).
- Usuaris de drogas inyectables.
- Mujeres reclusas.
- Mujeres transgénero y transexuales.

Hirsch y sus colegas argumentan que el mayor factor de riesgo para adquirir el VIH entre las mujeres que viven en las zonas rurales de México es el matrimonio (Hirsch, 2007). Los mismos autores señalan que esta situación podría estar vinculada a las estrategias de sobrevivencia de las familias rurales, pues en muchos casos están

involucradas con los movimientos migratorios. Cuando los hombres tienen relaciones fuera del matrimonio, las normas sociales sobre la identidad pública vinculada a la familia hacen que para las mujeres sea más importante proteger a sus cónyuges que a sí mismas.

Los hombres pueden poner en riesgo de infección a sus esposas cuando practican sexo con trabajadoras sexuales o cuando alternan relaciones sexuales con otras mujeres u hombres. Hay un código de silencio, no hay estigma social entre los hombres por el hecho de tener relaciones fuera del matrimonio –hasta que infecta a su esposa con un ITS.

La migración

En 2007 había 1,051,638 migrantes mexicanos (CONAPO 2008). Está documentado que los migrantes tienen más conductas de riesgo mientras se encuentran lejos de casa, tales como experimentar con el uso de drogas, tener múltiples parejas sexuales o tener sexo con trabajadoras sexuales (Magis, Gayet et al. 2004; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). En cuanto a la migración internacional, se ha estimado que cerca de 33% de los casos de SIDA en México provienen de los estados con mayores índices de migración hacia los Estados Unidos.

En 2007, al comparar la actividad sexual de las personas no migrantes con la de las migrantes se encontró que los hombres y mujeres no migrantes tenían en promedio 1.8 y 1.2 parejas sexuales respectivamente, mientras que los hombres y mujeres con experiencia migratoria tenían 3.3 y 1.5 parejas sexuales respectivamente (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Además, los migrantes no sólo cuentan con mayor número de parejas sexuales, sino que tienden a utilizar más las drogas intravenosas. El mismo estudio reportó que 1.2% de los hombres no migrantes usaron drogas inyectables mientras que esa cifra ascendió a 9.8% entre los hombres que migraron.

El trabajo sexual

Las trabajadoras sexuales representan una de las poblaciones con mayor riesgo de infección por VIH. La información sobre el trabajo sexual femenino y la infección por VIH en México se limita, en gran medida, a estudios realizados en ciudades de la frontera como Tijuana y Ciudad Juárez.

En un estudio realizado en 2004 y 2005, se documentó una prevalencia del VIH de 4.8% entre trabajadoras sexuales en Tijuana y 4.9 en Ciudad Juárez (Patterson, Semple et al. 2006). Un año más tarde, se realizó otro estudio en esas mismas ciudades, y se halló que 6% de trabajadoras sexuales dieron positivo en la prueba (Patterson, Semple et al. 2008b). Más de la mitad de las trabajadoras sexuales VIH positivas informó que tenía

una pareja estable que usaba drogas inyectables. Además, las trabajadoras sexuales VIH positivas tuvieron tres veces más probabilidades de haber usado metanfetaminas de forma inyectada, inhalada o fumada. Otro estudio informó que la prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales usuarias de drogas inyectables en Tijuana y Ciudad Juárez era de 11% (Íñiguez-Stevens, Kimberly et al. 2009).

El consumo de drogas inyectables

El consumo de drogas por vía intravenosa ha desempeñado un papel cada vez más importante en la epidemia de VIH en México en los últimos años. De los casos diagnosticados en 2007, el uso de drogas inyectables se estableció como la vía de transmisión en 4% de los casos en hombres y 1,6% en mujeres, mientras que en el año 2000, los UDI apenas representaba 0,6% de todos los casos de SIDA en México (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008).

Un estudio cualitativo con UDI en Tijuana y Ciudad Juárez ilustra las diferencias entre mujeres y hombres en los comportamientos para consumir heroína inyectada y cómo éstas incrementan el riesgo en las mujeres (Firestone Cruz, Mantsios et al. 2006). Las mujeres suelen inyectarse la droga después de sus parejas; además, generalmente intercambian relaciones sexuales por drogas o dinero para adquirirlas y es más probable que compartan la jeringa con sus parejas, cónyuges y amigos como una demostración de confianza hacia ellos. Estas prácticas de riesgo se suman a las prácticas reportadas por los hombres que también ponen en riesgo a las mujeres UDI, así como a sus parejas no UDI, ya que los UDI han reportado que se inyectan en lugares de encuentro con otros UDI y que comparten agujas con personas desconocidas.

Mujeres que han perdido la libertad

Entre las mujeres que se encuentran recluidas en las distintas cárceles del país, existen diversos riesgos para adquirir el VIH. Uno de ellos es el compartir aditamentos para la inyección de drogas, pues esto las puede poner en contacto con el virus porque entre las internas existen mujeres ya infectadas que están en la cárcel por trabajo sexual o por uso de drogas. Un riesgo más es la realización de tatuajes en la piel, debido a que el intercambio de instrumentos también facilita el paso del virus.

A pesar de que se conocen estas prácticas y los riesgos que implican, es necesaria mucha más información acerca de la dinámica de las cárceles femeninas para poder entender los riesgos y conocer la tasa de prevalencia en esta población de mujeres.

Mujeres transgénero

Casi no existe información cuantitativa sobre la población de mujeres transgénero en México, por lo que se requiere investigar más, ya que es probable que esta población pueda estar en alto riesgo frente al VIH debido el elevado estigma asociado a las personas transgénero. Algunos de los riesgos pueden ser: la violencia, la discriminación, la práctica del trabajo sexual, la incapacidad de negociar el uso de condón, las relaciones sexuales con HSH, entre otros.

Cuadro 7. Estimación de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA según grupo clave o población vulnerable en México al 2009

| TIPO DE POBLACIÓN O SECTOR DE MUJERES 15-49 AÑOS, 2009 | TAMAÑO DE LA POBLACIÓN* | PREVALENCIA ESTIMADA* | MUJERES VVS |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------|
| Unidas/Casadas | 17,219,644 | 0.001 | 17,220 |
| Solteras con sexo | 4,359,347 | 0.001 | 4,359 |
| Ex unidas con sexo | 2,975,646 | 0.001 | 2,976 |
| Dejaron sexo | 1,383,701 | 0.0005 | 692 |
| Mujeres UDI | 10,657 | 0.105 | 1,119 |
| Parejas de UDI | 21,300 | 0.04 | 852 |
| Parejas de militares | 161,000 | 0.00146 | 235 |
| Mujeres migrantes (*) | 3,482,099 | 0.002 | 6,964 |
| Muj. en reclusorios | 11,193 | 0.02 | 224 |
| Parejas de reclusos | 105,500 | 0.01 | 1,055 |
| Parejas de migrantes | 829,070 | 0.002 | 1,658 |
| MTS | 200,000 | 0.02 | 4,000 |
| MTS-UDI | 5,000 | 0.11 | 550 |
| Transgéneros (18-60 años) | 30,039 | 0.2 | 6,008 |
| Niñas explotadas sexualmente | 8,000 | 0.02 | 160 |
| TOTAL = | | | 48,072 |
| (*) Ver el Anexo 1 para informarse de las fuentes de las cifras, tamaños de las poblaciones, los supuestos asumidos y las prevalencias utilizadas. | | | |

1.4 Conclusiones

Con el paso de los años se ha dado un incremento en el número de casos de SIDA en mujeres, pasando de alrededor de 300 casos en los años ochenta a 1,500 a partir del año 2000. Este aumento ha provocado que se reduzca la brecha entre el número de casos de hombres y los de mujeres. En 2006 y 2007 la razón de masculinidad se ubicó en 3.5 hombres por cada nuevo caso en las mujeres, cuando esa razón era de 6 a 1 en la década de los noventa.

Un aspecto relevante es que la brecha de casos hombre-mujer es aún menor entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, lo que sugiere que las jóvenes se encuentran más expuestas a la infección que las mujeres de 30 y más años de edad, de acuerdo con los casos notificados en 2008.

Cabe señalar también que en 99% de los casos de SIDA recientes en mujeres, la vía de infección fue la transmisión sexual por mantener relaciones con hombres seropositivos.

El control de la infección por VIH en las mujeres embarazadas es insuficiente, ya que sólo 32% de las mujeres declararon haberse realizado dicha prueba. La cifra de 165 casos perinatales en 2003 es muy elevada, considerando que el diagnóstico oportuno evita en la mayoría de los casos que el recién nacido adquiera VIH. Si bien en los últimos años se ha atenuado el número de contagios por la vía perinatal, todavía en 2008 se registraron 104 casos en niños y niñas.

Tomando en cuenta la distribución del TAR en el territorio nacional, se observa que la presencia de casos de SIDA en mujeres es mayor en algunos estados de la República. De acuerdo con los estudios disponibles, esta mayor prevalencia de VIH/SIDA se relaciona con una mayor cantidad de mujeres pertenecientes a grupos con prácticas de alto riesgo (MTS y UDI) o con la presencia de factores que generan una mayor vulnerabilidad de las mujeres tales como: elevada migración de retorno, situación rural, condición de la población indígena, mayor pobreza y dominación de género más acentuada.

Las estimaciones practicadas en los últimos años y las realizadas para este trabajo señalan que es posible que en México existan alrededor de 50,000 mujeres viviendo con VIH/SIDA. Estas estimaciones indican que algunas subpoblaciones de mujeres tienen o podrían tener a mediano plazo altas prevalencias de VIH/SIDA. Es el caso de las mujeres transgénero, pues aunque la información disponible sobre ellas es muy escasa, es posible establecer una correlación entre su situación y lo que se conoce sobre los hombres que hacen trabajo sexual y las mujeres trabajadoras sexuales que usan drogas inyectables. Para conocer mejor las condiciones de vida de las transgénero es indispensable contar con estudios cuantitativos en este grupo que permitan identificar con mayor claridad la magnitud de esta población, sus prácticas de riesgo y la prevalencia de VIH que presenta.

Por otro lado, el hallazgo de que en algunas entidades federativas las prevalencias en mujeres todavía se mantienen bajas, nos debería llevar a identificar cuáles son los mecanismos que facilitan esa contención para programar lo que podría hacerse para que esas prevalencias continúen siendo bajas.

Bibliografía

- Bravo García E., Magis Rodríguez C., et al. (2008) Recent HIV estimates in Mexico: 198,000 people living with HIV. *Int. Conf. AIDS*. Mexico City. 17.
- CENSIDA (2010d) Registro Nacional de Casos de SIDA (datos al 30 de junio 2010). CENSIDA con información de SS-DGE. Consultado Jul 17, 2010, En <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/casosadultos30Jun2010.pdf>.
- CONAPO (2006) Proyecciones de la población de México 2005-2050. Cifras, 2009, En http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234.
- CONAPO (2008) Flujos migratorios EMIF Norte. Consultado Noviembre 19, 2009, En http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=324&Itemid=251.
- del Rio C., Sepúlveda J. (2002) AIDS in Mexico: lessons learned and implications for developing countries. *AIDS* 16(11): 1445-1457.
- Firestone Cruz M., Mantsios A., et al. (2006) A qualitative exploration of gender in the context of injection drug use in two US-Mexico border cities. *AIDS Behav.* 11: 253-262.
- Íñiguez-Stevens E., Kimberly B., et al. (2009) Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana. *Gac Méd Méx* 145(3): 189-195.
- Magis C., Gayet C., et al. (2004) Migration and AIDS in Mexico - An overview based on recent evidence. *J AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37: S215-S226.
- Magis Rodríguez C., Bravo García E., et al. (2008) El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México, D.F., CENSIDA.
- ONUSIDA-OPS (2009) Work Book Method. Consultado Octubre 14, 2010, En http://data.unaids.org/pub/Presentation/2009/20090609_workbookmethod_2009_es.pdf.
- ONUSIDA (2008) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008. ONUSIDA, Ginebra.
- Patterson T., Semple S., et al. (2008b) Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US Boarder Cities. *JID. The Journal of Infectious Diseases* 197: 728-732.
- Patterson T. L., Semple S. J., et al. (2006) A sexual risk reduction intervention for female sex workers in Mexico: Design and baseline characteristics. *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 5(2): 115-137.
- Pulerwitz J., Izazola-Licea J.-A., et al. (2001) Extrarelational Sex Among Mexican Men and Their Partners' Risk of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases. *American Journal of Public Health* 91(10): 1650-1652.
- SSA-CENSIDA (2009) Registro Nacional de Casos de SIDA. Consultado Noviembre 15, 2009, En <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2008/casosinstitunov.pdf>.
- SSA (2008) Registro Nacional de Casos de SIDA. Consultado Febrero 9, 2010, En <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2008/casosinstitunov.pdf>.
- Valdespino Gómez J. L., García García M. d. L., et al. (1995) Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia del VIH/SIDA. *Salud Pública de México* 37(6): 549-555.

- Villagómez P., Bistrain C. (2009) Situación demográfica nacional. CONAPO, México, DF.10.
- Volkow P. (2006) Impacto del comercio de la sangre y el plasma en la diseminación del VIH/SIDA. SIDA aspectos de salud pública. C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick Eds. México, CENSIDA, INSP: 53-66.

Capítulo 2. Prevención

Pilar Torres, Ángel Zarco Mera y Betania Allen Leigh

2.1 Introducción

Distintos autores en México y otras partes del mundo han señalado que las mujeres son más vulnerables frente al VIH que los hombres (Woo Morales 1997; Türmen 2003; Ehrhardt, Sawires et al. 2009). Actualmente, la prevención del VIH/SIDA se encuentra en un momento crucial a nivel mundial debido a que la aspiración de que el tratamiento con antirretrovirales (ARV) llegue a todas las personas con SIDA está lejos de volverse una realidad y es urgente evitar el contagio de más personas.

A pesar de que ONUSIDA señaló en 2005 que 2010 sería el año cúspide para alcanzar la cobertura universal de tratamiento para todas las PVVS, hoy en día sólo 40% de las personas que necesitan este tratamiento han podido acceder él. Si bien la iniciativa 3 por 5 (3 millones de personas en tratamiento para el 2005) (ONUSIDA 2006) logró hacer llegar tratamientos al doble de las personas que tenían acceso antes del 2003 (de 720,000 a 1.3 millones), para el año 2005 ocurrieron 4.9 millones de nuevas infecciones en los países de ingresos bajos y medios (UNAIDS 2006).

Ante las dificultades para alcanzar la cobertura universal de tratamiento ARV, la prevención de nuevas infecciones de VIH se presenta como una herramienta clave

para detener la epidemia. Dicha prevención requiere de una combinación de acciones programáticas y de políticas públicas que abarquen los diferentes factores y dinámicas que facilitan la dispersión del virus, así como la evaluación de los esfuerzos realizados para conocer su utilidad y definir cuáles son las mejores prácticas.

Los esfuerzos de prevención de la transmisión del VIH en México se han enfocado en varias direcciones. Se han enfrentado retos que han requerido cubrir diversos frentes para evitar la transmisión del virus a lo largo de estos 30 años de la epidemia. Durante la década de los ochenta los esfuerzos de prevención se concentraron en el tamizaje de sangre y el establecimiento de normatividades relacionadas con ello (Volkow 2006). Una vez que el contagio por transfusión descendió, las actividades de prevención se enfocaron en los factores individuales a través de campañas de abstinencia, fidelidad y uso de condón (ABC, por sus siglas en inglés) (UNAIDS 2004) que no abarcaban la complejidad de la prevención necesaria, especialmente para las mujeres.

Con el tiempo, la mayoría de las reflexiones sobre el tema comenzaron a apuntar hacia los aspectos estructurales, tales como las normas, creencias y prácticas sociales, las dinámicas de género, así como los marcos epidemiológicos, económicos y políticos que crean un ambiente de vulnerabilidad y favorecen el contagio del VIH, por lo que estos temas se fueron convirtiendo paulatinamente en asuntos clave para la prevención (UNAIDS 2004). El enfoque actual de prevención ha incorporado el acceso a los medicamentos y la prevención positiva como elementos esenciales de su quehacer (De Cock, Gilks et al. 2009; UNAIDS 2009a).

Los esfuerzos de prevención, incluyendo la atención como una forma de prevención, buscan reducir tanto el riesgo como la vulnerabilidad ante la epidemia. A corto plazo, las acciones de prevención deben enfocarse en la reducción de comportamientos de riesgo de transmisión e infección. A mediano y largo plazos, se debe reducir la vulnerabilidad ante la transmisión, acercar a las personas las tecnologías disponibles para protegerse, promover normas sociales que conllevan la reducción del riesgo y reducir los factores estructurales que impiden las acciones anteriores (UNAIDS 2009b). Sin embargo, para diseñar un plan de prevención efectivo es necesario conocer la epidemia local y sus dinámicas, así como enfocar los esfuerzos de acuerdo con las necesidades y prioridades locales y regionales.

En México las mujeres son un grupo vulnerable frente al VIH que crece constantemente a pesar de que la epidemia se concentra en HSH (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). En muchas ocasiones, las mujeres carecen de herramientas para protegerse del virus. Cuando tienen menos acceso a recursos financieros y a la educación, muchas mujeres se vuelven dependientes de los hombres y, por lo tanto, vulnerables ante el virus, debido a que esta dependencia puede implicar poca capacidad de negociar el uso del condón.

Las mujeres también suelen soportar una carga mayor del peso de la epidemia, pues con frecuencia son ellas quienes se encargan de cuidar a familiares enfermos, incluso cuando ellas mismas viven con VIH o cuando ellas mismas presentan otros problemas de salud. Finalmente, las mujeres juegan un papel clave para detener la transmisión vertical, es decir, la transmisión durante el embarazo, parto y puerperio.

Realizar acciones de prevención entre mujeres, adolescentes y niñas no es una tarea sencilla. Las medidas de prevención a través del enfoque ABC propuesto por ONUSIDA (ABC-Noticias 2007) no siempre están al alcance de muchas mujeres debido a la condición de subordinación y vulnerabilidad en que se encuentran. Para muchas mujeres el abstenerse de tener relaciones sexuales no es una opción viable ni deseable; el uso del condón está lejos de estar bajo su control debido a que depende de la colaboración masculina y a que la solicitud del mismo puede exponerlas al riesgo de sufrir violencia. La fidelidad es una estrategia poco efectiva ya que ellas no pueden controlar la actividad sexual de sus parejas masculinas, quienes pueden tener relaciones con otras mujeres o con otros hombres (ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, 2004; UNAIDS, 2004). Los hombres con parejas femeninas que además mantienen relaciones con otros hombres y no se consideran a sí mismos como homosexuales representan una población clave para la prevención del VIH, tanto entre mujeres como hombres.

Finalmente, los microbicidas, como un método de prevención sobre el cual tienen control las mujeres y que puede ser utilizado sin ser detectado por sus parejas masculinas (un gel o crema que puede aplicarse tópicamente en la vagina como los espermicidas y que reduce el riesgo de adquirir VIH), aumentaría las opciones de prevención para las mujeres quienes no quieren, tienen dificultades o les es imposible persuadir a sus cónyuges o parejas sexuales de usar condones, no están aún disponibles al público.

El presente capítulo busca analizar el panorama de prevención en México para diferentes grupos de mujeres identificados como vulnerables ante el VIH. Se resume la evidencia disponible en la literatura científica y gris para cada subgrupo de mujeres, puntualizando algunos temas de investigación sugeridos por los expertos como relevantes y las acciones de prevención recomendadas por los mismos y dirigidas tanto al cambio de comportamientos y como a la reducción de la vulnerabilidad.

2.2 Metodología

Para el presente capítulo de prevención se realizó investigación documental y de campo con actores clave. La investigación documental consistió en una revisión de la literatura científica y gris, y una posterior sistematización de esta información que permitió comprender el panorama de la epidemia en México, los recursos que existen para atenderla, así como las estrategias preventivas dirigidas a mujeres en México que han sido documentadas, y que provienen de contextos relevantes que permiten ilustrar posibles intervenciones para nuestro contexto.

A fin de identificar la documentación relevante, se llevó a cabo una búsqueda sistematizada en las bases de datos de PubMed, SciELO y Web of Science para la parte de literatura científica. Para estas búsquedas se realizaron combinaciones de diferentes palabras clave que cubrían características generales de la literatura que se deseaba encontrar. Las categorías utilizadas se podrían agrupar en: tipo de acercamiento a la epidemia, género, tipo de grupo e intervenciones. Las palabras utilizadas para la búsqueda de literatura científica se pueden encontrar en la tabla 1.

Tabla 1. Parámetros y términos de búsqueda.

| Dominio | Descripción | Términos de búsqueda |
|----------------|--------------------------|---|
| Enfermedad | Prevención | HIV; HIV Seropositivity; HIV Seronegativity; HIV Infections; HIV Seroprevalence, HIV Prevention. |
| | Atención como Prevención | ARV and Prevention, Positive Prevention. |
| Población | Género | Mujeres; Women; Female; Pregnant Women; Adolescent; Women Health's Services; Women's Health; Women Working; Prostitution; Female Prostitution; Female Drug User's; Women's Prevention Programs; Mexican Women; Vulnerability. |
| | Grupos Específicos | Mujeres; Women; Female; Pregnant Women; Adolescent; Women Working; Prostitution; Female Prostitution; Female Drug User's; Bisexual men; Prisoners; Drug User's Couple; Long distant drivers; Nurses; Mexico; Latin America. |
| Intervenciones | Prevención | Women behavioural interventions; Prevention Intervention Mexico; Structural interventions Mexico; Female Sex Work HIV Prevention. |
| | Atención | ARV and Prevention; Positive Prevention; Women Positive Prevention. |

Se encontró un total de 139 artículos científicos, de los cuales 90 se relacionaron directamente con prevención, 36 con atención y prevención positiva, y 13 con otros temas como poblaciones clave en relación con las mujeres. Los resúmenes encontrados se sistematizaron en un archivo de End Note, mismo que posteriormente se utilizó para seleccionar los artículos que serían incluidos en la revisión de literatura.

Más adelante hubo un proceso de depuración en el que se eliminaron aquellos artículos que no aludían a nuestro tema o no eran pertinentes para la población de mujeres en México, así como todos aquéllos que no estaban directamente relacionados con la prevención del VIH y o no eran incluían la perspectiva de género. Al final de este proceso se revisó un total de 38 artículos para su incorporación al capítulo.

Para la literatura gris, se llevó a cabo una revisión de las páginas web y de publicaciones de instituciones multilaterales, internacionales y nacionales, relacionadas con el tema de estudio. Se exploraron las páginas de instituciones clave para la epide-

mia a nivel nacional e internacional tales como: ONUSIDA, UNIFEM, UNICEF, IMIFAP, MEXFAM, PopCouncil y CENSIDA. De ellas, se extrajo información relevante relacionada con medidas de prevención del VIH dirigidas a las mujeres, la cual se sistematizó mediante tablas referenciadas.

En el terreno de la prevención existe una amplia gama de experiencias realizadas por diferentes actores tanto de la sociedad civil como de instituciones académicas y de salud, cuyos resultados y aprendizajes no se encuentran reportados en la literatura científica ni en la literatura gris. Por esta razón, el presente capítulo buscó también generar datos cualitativos para comprender el panorama de prevención y atención existente, así como las acciones que deberían emprenderse desde la perspectiva de los actores clave para la prevención de la epidemia en México.

Para obtener información de los actores clave involucrados en las tareas de prevención, se realizaron entrevistas telefónicas semiestructuradas con personas que actualmente trabajan para las mujeres, adolescentes y las niñas afectadas por la epidemia. Así, se entrevistó a directores y directoras de centros de atención y clínicas para mujeres viviendo con VIH y SIDA; directores y directoras de grupos de la sociedad civil y del sector gubernamental, así como investigadores y activistas que juegan un papel relevante en la investigación y desarrollo de estrategias de combate a la epidemia.

El número de actores clave entrevistados se determinó a partir de la disponibilidad y el área de experiencia de los mismos, con el fin de cubrir todos los grupos de población femenina que abarca el estudio. El número de expertos entrevistados para cada tema o grupo de mujeres fue también definido bajo el criterio de saturación teórica (Bertaux 1993). La saturación teórica es una forma de determinar muestras cualitativas en las que el alcance del número de informantes se determina como completo cuando se considera que una entrevista adicional ya no aportará nada nuevo con relación a la información ya obtenida; es decir, cuándo los datos que se recaban ya no producen nueva información o la información adicional ya no contribuye al descubrimiento de nuevos datos acerca de la categoría en cuestión. De ahí que un principio básico para alcanzar la saturación sea buscar la diversidad de los informantes hasta donde sea posible, tal y como se planteó en este proyecto.

Se construyó una lista de actores clave que podrían ser entrevistados pensando en que tuvieran experiencia en diversos aspectos del tema de mujeres y VIH/SIDA. Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada y una matriz para capturar los elementos clave de las respuestas de los actores clave. Las entrevistas realizadas siguieron un guión con temas y preguntas cuyo foco era la prevención. En cada entrevista se buscó conocer a detalle el tema o temas de experiencia e influencia de las y los entrevistados. En términos generales, la guía de entrevista indagó sobre temas de investigación y acciones prioritarias para la prevención, temas de investigación y acciones prioritarias para la reducción de la vulnerabilidad, grupos prioritarios y emergentes para la prevención, así como acciones innovadoras probadas entre mujeres en México.

Las entrevistas fueron grabadas para poder consultarlas en caso de ser necesario durante la fase de análisis. La guía fue piloteada, la información se registró de forma anónima y el procedimiento de reclutamiento de las y los informantes siguió las normas éticas de investigación del INSP.

Se entrevistó a 15 actores clave, 14 de las entrevistas fueron telefónicas y una cara a cara. En la Tabla 2 se registra el número de expertos entrevistados por cada grupo específico de mujeres, así como el perfil de los mismos.

Tabla 2. Perfil de las y los actores clave entrevistados

| GRUPO VULNERABLE ABORDADO | No. DE ENTREVISTADOS | OCUPACIÓN DEL ENTREVISTADO (A) |
|-------------------------------|----------------------|---|
| Mujeres en general | 3 | 1-3 Investigación |
| Trabajadoras sexuales | 1 | 1 Investigación |
| Adolescentes | 2 | 1 Activismo/atención 1 Investigación |
| Mujeres embarazadas | 1 | 1 Activismo/atención |
| Usuaris de drogas inyectables | 1 | 1 Activismo/atención |
| Mujeres reclusas | 2 | 1 Defensor en derecho 1 Servidor público |
| Parejas de militares | 1 | 1 Defensor en derecho |
| Mujeres positivas | 3 | 1-3 Activismo |
| Transgénero | 1 | 1 Activismo |
| Total de entrevistas | | 15 |

2.3. Resultados

En esta sección se aborda la prevención de la transmisión del VIH entre mujeres, adolescentes y niñas. Al inicio se enumeran los servicios de prevención que se ofrecen en México, así como las normas existentes al respecto. Posteriormente, se presentan los principales hallazgos de las entrevistas con actores clave y expertos en prevención en cuanto a temas de investigación y acciones prioritarias para prevenir el contagio del VIH entre las mujeres mexicanas. Estos temas de investigación y acciones se organizan, a su vez, en dos grandes apartados: aquellos temas y acciones que refieren a los esfuerzos dirigidos a reducir el riesgo, y los temas y acciones dirigidos a reducir la vulnerabilidad y a atender las necesidades de las personas afectadas por la epidemia. Más adelante, se abordan los comportamientos de riesgo, en particular, el caso de las mujeres que realizan trabajo sexual y las usuarias de drogas intravenosas (UDI) como dos grupos clave. Después, se revisan ciertos elementos específicos relacionados con la vulnerabilidad de

las mujeres, como son: la inequidad de género, la violencia de género; y la pertenencia a determinados grupos poblacionales como en el caso de las mujeres indígenas, mujeres que migran, jóvenes y adolescentes, mujeres transgénero, mujeres parejas de militares, reclusos y UDI; las niñas y adolescentes que viven con VIH/SIDA y las mujeres en relaciones discordantes; así como la atención y tratamiento como prevención.

2.3.1. Servicios de prevención

En México, las instituciones de salud que proveen servicios de prevención para la población abierta –es decir, quienes no son derechohabientes de algún servicio de salud– son la Secretaría de Salud (SSA), así como el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), a través de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS). Por su parte, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como el de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) así como otras instituciones de seguridad social ofrecen algunos servicios de prevención entre sus derechohabientes. Estas instituciones proporcionan pláticas informativas, cursos y talleres sobre el VIH/SIDA y sobre la utilización del condón. También, ponen a disposición del público pruebas voluntarias de diagnóstico de VIH y reparten condones. Estos servicios se otorgan con mayor énfasis entre los grupos vulnerables y las y los adolescentes (Secretaría de Salud 2008).

Además de lo anterior, algunas instituciones ofrecen servicios complementarios. Por ejemplo, la SSA ofrece pláticas para difundir información sobre prevención de VIH e ITS, dentro del marco general de sus programas de promoción de salud. Por su parte, el IMSS conjunta esfuerzos con el programa IMSS-Oportunidades, utilizando la infraestructura del programa para dar pláticas de prevención del VIH e ITS. En el caso de CENSIDA, se ofrece asesoría telefónica gratuita en el programa TelSIDA, así como de pruebas rápidas de detección de VIH en los CAPASITS. Todas estas acciones se generan como parte del interés de las instituciones de salud para sumarse a los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA.

2.3.2. Lineamientos existentes

En el ámbito de la normatividad de la prevención y control del VIH/SIDA se suele tomar como base la Norma Oficial Mexicana (Secretaría de Salud 2002), la cual funge como el eje rector de la regulación de la atención y prevención entre los centros de salud, instituciones de salud pública y privada, así como los programas de prevención gestados en el ámbito gubernamental. Dicha norma tiene como fin uniformar la atención y prevención del VIH en todas las instituciones de salud del país.

La Norma Oficial Mexicana (Secretaría de Salud 2002) surgió como resultado de la participación conjunta del IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, Colectivo Sol, SSA, como

una iniciativa promovida por el CENSIDA. La Norma Oficial Mexicana se complementa, a su vez, con las siguientes normas:

1. NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos (Secretaría de Salud 1994a).
2. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, que se generan en establecimientos que presten atención médica (Secretaría de Salud 2002a).
3. NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud (Secretaría de Salud 2000).
4. NOM-023-SSA2-1994, para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación (Secretaría de Salud 1996).
5. NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar (Secretaría de Salud 1994b).
6. NOM-016-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex (Secretaría de Salud 1994c).
7. NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica (Secretaría de Salud 1994d).
8. NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico (Secretaría de Salud 1999).

Bajo la normatividad y el eje rector de la Secretaría de Salud, las diversas instituciones alinean sus acciones basándose en estas Normas Oficiales, así como en una serie de manuales, generados por CENSIDA y la Secretaría de Salud. Además, se reconoce la posible existencia de otras guías o manuales, derivados de la normatividad nacional¹ o el uso de guías clínicas de índole internacional.

2.4 Resultados de entrevistas con actores clave, revisión de literatura y acciones prioritarias

Los resultados de la presente sección se clasifican bajo tres grandes enfoques para la prevención:

1. Prevención mediante el cambio de comportamientos. Este enfoque se concentra en el cambio de conductas individuales y parte de la noción de que los individuos tienen capacidad para transformar sus acciones en función del conocimiento, actitudes y aptitudes obtenidas.

¹ Guía para la atención domiciliar de pacientes con VIH/SIDA. Guía de orientación para informadores VIH/SIDA. Guía sobre Prevención de VIH para personal que vive en centros penitenciarios. Guía para la aplicación de la prueba rápida. Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA. Guía para la prevención y Atención del VIH/SIDA e ITS en Mujeres Trabajadoras Sexuales. Guía de Apoyo. Migración y VIH/SIDA. Manual de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Intravenosas. Manual de Consejería en VIH/SIDA.

2. Prevención a través de la modificación de factores estructurales y de la reducción de la vulnerabilidad. Este tipo de prevención parte del concepto de vulnerabilidad y considera que es crucial atender las desigualdades estructurales bajo las cuales las mujeres enfrentan la epidemia para poder prevenir que ellas adquieran el VIH (UNAIDS 1998; Delor, Hubert 2000). El concepto de vulnerabilidad amplía el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidos a controlar la epidemia y, según los expertos, supera la noción de riesgo individual que subyace a las acciones dirigidas a cambiar el comportamiento y atender sólo a los grupos de riesgo. Este enfoque plantea que las condiciones estructurales de desigualdad son un factor central para el avance de la epidemia en determinados grupos (como en el caso de las mujeres) o bajo determinadas condiciones (por ejemplo, contextos sociales violentos y coercitivos) (UNAIDS 1998).

3. Atención y tratamiento como prevención y “prevención positiva” (UNAIDS 2009a). Este enfoque plantea que la atención a los pacientes con VIH/SIDA puede contribuir a la prevención de la transmisión del virus. El hecho de que las personas viviendo con VIH (sabiéndolo o no) puedan tener acceso a la atención contribuye a la prevención de diversas maneras. En este sentido, la detección temprana ofrece oportunidades para acceder al tratamiento de forma oportuna y cambiar el comportamiento sexual y de otros tipos. El adecuado tratamiento y la adherencia al mismo reducen el riesgo de transmisión al disminuir la carga viral de la persona infectada. El uso del tratamiento antirretroviral para evitar la transmisión vertical y diversas estrategias para evitar la transmisión en parejas serodiscordantes son elementos de este enfoque.

Esta clasificación responde a criterios metodológicos del diseño y el enfoque teórico que está detrás de las acciones de prevención, ya que los grupos sociales aparecen en las diferentes categorías. Por ejemplo, algunos grupos considerados vulnerables tienen prácticas de riesgo que podrían modificarse a través de un enfoque más individual, al tiempo que ciertos grupos con prácticas de riesgo requieren además acciones que reduzcan su vulnerabilidad.

Los temas de investigación que se enumeran se refieren a necesidades de información e investigación que generen evidencia que sirva como base para desarrollar determinadas intervenciones. Aunque en el quehacer cotidiano se percibe la urgencia de desarrollar acciones de prevención, éstas deben estar basadas en la evidencia (prácticas de efectividad probada ya sea la generada específicamente para el contexto mexicano o para contextos similares). Desafortunadamente, en muchos casos las actividades de prevención carecen de una base científica y se basan en la intuición de sus ejecutores.

Las acciones de prevención recomendadas para cada grupo señalan terrenos del conocimiento que ya han sido probados en México o en otros contextos y que, desde la perspectiva de los expertos, conducirían a lograr una mayor eficacia y un mayor

impacto preventivo en las mujeres. Así, para cada grupo se mencionarán los temas de investigación y las acciones de prevención dirigidas al cambio de comportamientos y a la reducción de la vulnerabilidad señalados por los expertos entrevistados.

Se abordará el caso de las trabajadoras sexuales, las UDI y las y los adolescentes como grupos que suelen estudiarse debido a sus comportamientos de riesgo y a quienes generalmente se dirigen intervenciones que buscan transformar sus comportamientos individuales. En un segundo bloque se abordarán los temas de género y violencia de género, las mujeres indígenas y jóvenes de origen rural, mujeres y migración, mujeres transgénero, mujeres seropositivas y mujeres parejas de militares y en relaciones discordantes, ya que se considera que todas estas mujeres viven bajo condiciones estructurales que generan una mayor vulnerabilidad ante el VIH.

2.4.1. Prevención a través del cambio de comportamientos

Trabajadoras sexuales. Evidencia reportada en la literatura

Las trabajadoras sexuales son uno de los grupos más estudiados en México (Bronfman, Leyva et al. 2002; Dreser, Caballero et al. 2002; Allen, Cruz-Valdez et al. 2003; Cuadra, Leyva et al. 2003; Bucardo, Semple et al. 2004; Patterson, Semple et al. 2005; Patterson, Semple et al. 2006; Gayet, Magis et al. 2007b; Patterson, Mausebach et al. 2008a; Patterson, Semple et al. 2008b; Infante, Sosa-Rubi et al. 2009) y son también un grupo para el que se han diseñado diversas intervenciones de reducción de ITS que han demostrado eficacia (del Rio, Sepúlveda 2002; Patterson, Semple et al. 2005; Patterson, Semple et al. 2006; Shahmanesh 2008; Patterson, Mausebach et al. 2008a; Strathdee, Mausebach et al. 2009).

Pese a que se han llevado a cabo experiencias exitosas de prevención dirigidas al cambio de comportamientos relacionados a las prácticas de riesgo de exposición al VIH entre este grupo de mujeres, utilizando los principios de la psicología conductual y la teoría social cognitiva (Strathdee, Mausebach et al. 2009), las políticas públicas dirigidas a mejorar sus condiciones de trabajo y de vida siguen siendo una asignatura pendiente.

La literatura existente señala a las trabajadoras sexuales como un grupo particularmente relevante para la prevención del VIH. Sus riesgos y vulnerabilidades han sido reportados en diversas fuentes. Por ejemplo, un trabajo publicado por Valdespino-Gomez, García García et al. (1995) señala que este grupo presentaba una prevalencia de 23.7% de sífilis, 12.9% de clamidia y 11.5% de gonorrea activa, así como anticuerpos para hepatitis B, elementos todos que incrementan las probabilidades de adquirir el VIH. Un estudio posterior (Gayet, Magis et al. 2007b:129) encontró una prevalencia ligeramente mayor a la de las mujeres de la población general (0.9 a 1.1%) en una muestra de 603 traba-

adoras sexuales en las ciudades de Acapulco y Monterrey, siendo la edad mediana de las mujeres de la muestra 27.6 años. También sabemos que este grupo presenta diferentes vulnerabilidades como la precariedad económica reportada por algunos autores como la razón de ingreso al trabajo sexual (Bucardo, Semple et al. 2004). A esto hay que sumar la violencia, el estigma y la falta de acceso a los servicios de salud y educativos que este grupo enfrenta (Baltazar-Reyes, Rivera-Rivera et al. 2005; Infante, Zarco et al. 2006).

Sabemos además que, al igual que las otras mujeres que no realizan trabajo sexual, las trabajadoras sexuales comparten la vulnerabilidad de género dentro de las relaciones con sus parejas estables. El trabajo publicado por Allen, Cruz-Valdez et al. (2003) señala que los significados relacionados con la confianza, el amor y la penetración dentro de la relación de pareja duradera implican una barrera para el uso del condón, especialmente con las parejas afectivas o personales de las mujeres que se dedican al trabajo sexual. Esta situación se evidencia claramente en la investigación de Gayet, Magis y colaboradores (2007b) antes mencionada, la cual encontró que mientras el porcentaje de uso de condón con los clientes ascendía a 96%, éste descendía al 17% con las parejas estables y sólo 8% de las trabajadoras sexuales declaró usar condones siempre con estas parejas.

Otro dato revelador de ese mismo estudio es que la antigüedad laboral de las trabajadoras del sexo comercial es muy variable, con un promedio 5.3 años de experiencia. Más de la mitad (60%) reportó haber trabajado en esta actividad por menos de dos años y 16% dijo haber estado menos de 6 meses. Estos datos indican la existencia de una alta rotación de las mujeres dentro del trabajo sexual y, por tanto, la necesidad de contar con campañas preventivas y de capacitación constantes entre este grupo (Gayet, Magis et al. 2007b:130).

Trabajadoras sexuales. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Si bien las trabajadoras sexuales conforman un grupo en el que los esfuerzos de prevención deben ser sistemáticos y constantes, hoy en día el trabajo sexual no constituye el motor de la epidemia en México (si alguna vez lo fue). Los expertos piensan que esto puede ser el resultado de algunas campañas exitosas de comunicación, de la labor de las organizaciones civiles que trabajan directamente con este grupo de mujeres y de la organización de las propias trabajadoras sexuales. A pesar de lo anterior, todavía hacen falta emprender acciones de prevención entre las mujeres que realizan trabajo sexual y que también son UDI.

Los expertos señalan que la rapidez con que la industria del sexo logra reclutar a nuevas trabajadoras implica una tarea pendiente en cuanto a la prevención. Si no se considera los ciclos de la renovación laboral y las intervenciones no se realizan de forma

periódica, se puede correr el riesgo de asumir que se ha intervenido suficientemente a esta población, cuando sus integrantes están cambiando constantemente. Lo anterior daría como resultado que nuevas mujeres se incorporen al mercado del sexo sin ser objeto de programas de prevención del VIH/SIDA.

El estudio de las condiciones de trabajo y derechos laborales de las trabajadoras sexuales es otra asignatura pendiente. Los expertos afirman que el control sanitario impone a las trabajadoras sexuales el pago por revisiones y tratamientos médicos, a través de las llamadas tarjetas de control,² así como la compra de condones y otros gastos. Es sabido también que estas mujeres comúnmente no reciben un sueldo en sus lugares de trabajo o, como en el caso de centros nocturnos, sus sueldos son muy bajos y las exigencias laborales y horarios de trabajo muy elevados. Se señala de igual forma que, en ocasiones, el control sanitario municipal no acepta los exámenes médicos provenientes de clínicas públicas especializadas que proveen servicios gratuitos o a bajo costo; lo que sucede porque las autoridades locales no quieren perder el control por esos ingresos, o bien porque no existe coordinación al respecto entre los servicios estatales y municipales. Todo lo anterior favorece la vulnerabilidad socioeconómica de las trabajadoras sexuales, situación que debe ser estudiada a detalle para determinar las estrategias más efectivas de prevención.

En conclusión, se requieren esfuerzos de prevención constante debido a los ciclos de renovación laboral de las mujeres en el trabajo sexual; es necesario considerar las implicaciones de la diferenciación entre el comportamiento de las trabajadoras sexuales cuando están desempeñando este trabajo y cuando mantienen relaciones sexuales con sus parejas estables. Las condiciones de trabajo y los derechos laborales de las trabajadoras sexuales son temas de investigación pendientes que podrían ayudar a plantear mejores medidas de prevención en este grupo.

Trabajadoras sexuales. Acciones sugeridas por los expertos

- Prevenir el VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales mediante intervenciones permanentes de comprobada eficacia (evaluadas).
- Incrementar el acceso a los servicios de salud de una forma no coercitiva, incluyendo alternativas de menor costo.
- Involucrar a las trabajadoras sexuales en el diseño e implementación de los servicios que se les ofrece.

² Las tarjetas de control sanitario son carnets que el gobierno local da a las MTS para obligarlas a realizarse revisiones periódicas de salud.

Usuaris de drogas intravenosas (UDI): Evidencia reportada en la literatura

Se sabe que el uso de drogas es una de las prácticas que más favorecen la infección por VIH. Esto es particularmente cierto con las drogas inyectables, debido a que las y los UDI suelen usar equipo de inyección contaminado, es decir, re-utilizar las jeringas sin realizar procedimientos de limpieza entre un usuario y otro, lo que podría evitar la transmisión del VIH por esta vía (Magis Rodríguez, Ruíz Badillo et al. 2000; Magis Rodríguez, Ortiz Mondragón 2006; WHO UNODC UNAIDS 2009). La evidencia a nivel mundial ha demostrado la alta efectividad de las intervenciones de distribución de jeringas estériles para prevenir el contagio por VIH entre UDI, aunque la evidencia no se ha generado específicamente en México, donde la situación podría ser diferente debido a que en todo el país la compra de jeringas no requiere receta médica, a diferencia de otros contextos (WHO UNODC UNAIDS 2004; WHO UNODC UNAIDS 2009).

Las estimaciones del número de personas UDI existentes por región en el mundo señalan que para 2004 existían en México entre 53,000 y 96,000 personas UDI (Aceijas, Stimson et al. 2004). De los casos diagnosticados en México, durante 2007 los UDI representan 4% del total en hombres y 1.6% en las mujeres, y se piensa que la proporción de mujeres que usan drogas inyectables y que se infectan con VIH va en aumento (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Un estudio realizado entre 2006 y 2007 refiere que la prevalencia de VIH entre las UDI es tres veces mayor que en hombres (Strathdee, Lozada et al. 2008). Entre el 2006 y 2008 CENSIDA generó los lineamientos de un programa para reducción de daños entre personas UDI. El programa atendería a los consumidores de drogas, a sus familias y a algunos miembros estratégicos de sus comunidades, tales como proveedores de servicios y cuerpos policiacos quienes suelen ser responsables de hostilidades y agresiones contra este grupo.

A partir de 2006, CENSIDA comenzó a dar respuesta a las problemáticas de esta población y en 2008 inició un programa de prevención de VIH que buscaba disminuir el daño ocasionado por el uso de jeringas no estériles, mediante la repartición de jeringas limpias. De los 15 estados incluidos en el programa, 13 realizaron las actividades requeridas por el mismo. Entre 7 y 12% de los UDI de las entidades incluidas en el programa fueron capacitados sobre los hábitos de seguridad e higiene necesarios para evitar la infección relacionada con el uso de drogas y también recibieron condones (Ortiz-Mondragón, Ortiz Ruiz et al. 2009).

Se considera que la población de UDI es altamente vulnerable porque, además de que sus prácticas colocan a estas personas frente a un riesgo constante de adquirir el VIH, el estigma y la discriminación que rodean el uso de drogas pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud. La vulnerabilidad de la población UDI puede leerse en las cifras reportadas por OUSIDA, ya que mientras 30% de los nuevos casos de VIH en el mundo se relacionan con el uso de drogas inyectables, sólo 5% de esas personas reciben algún servicio de prevención del VIH (Ortiz-Mondragón, Ortiz Ruiz et al. 2009).

Un aspecto relevante es que no debe verse a la población UDI como aislada del resto de las poblaciones vulnerables al VIH. Por el contrario, existen traslapes entre estas poblaciones, como en el caso de las personas UDI que también son HSH o que son trabajadoras sexuales y requieren programas de prevención que tomen en cuenta sus múltiples riesgos. Un estudio realizado en la frontera Norte del país evidencia la necesidad de tomar en cuenta estos traslapes, pues aunque se demostró una alta efectividad para la reducción del riesgo de transmisión del VIH entre mujeres que realizan trabajo sexual, en las trabajadoras sexuales que usaban drogas inyectables la eficacia de la intervención no se comprobó (Patterson, Semple et al. 2005; Patterson, Mausbach et al. 2008a; Strathdee, Mausbach et al. 2009). Este hallazgo indica la importancia de diseñar estrategias efectivas para las UDI así como la importancia de considerar que las personas pueden estar en riesgo de exposición al virus por diferentes comportamientos.

Finalmente, las cuestiones de género deben ser contempladas en la población UDI de la misma manera que se consideran para la población general. Por ejemplo, las mujeres UDI tienden a usar el condón menos, como ocurre en otras poblaciones; en un estudio realizado con 262 UDI, de los hombres encuestados sólo 17% reportó que usaba condón en sus relaciones sexuales (vaginales o anales) mientras que ninguna de las mujeres entrevistadas dijo usarlo (Magis Rodríguez, Ortiz Mondragón 2006).

Por otra parte, se ha registrado que las UDI sufren mayor estigma y viven en contextos de mayor vulnerabilidad que los UDI (Ortiz-Mondragón, Ortiz Ruiz et al. 2009) y que los riesgos que ellas enfrentan son diferentes a los que enfrentan los varones. Un estudio realizado en 2003 con mil mujeres embarazadas en el Hospital General de Tijuana mostró una prevalencia de VIH del 1.2% entre todas ellas; sin embargo, al distinguirse entre las mujeres que usaban o no drogas, la prevalencia entre aquéllas que no usaban drogas descendió a 0%, mientras para las usuarias de drogas fue de 6% (Viani, Arenta et al. 2006). Se sabe también que una práctica común entre las UDI es el intercambio de sexo por drogas o sexo de sobrevivencia, que generalmente se realiza sin el uso del condón y, por ende, implica otro riesgo más de infección por VIH.

Las cuestiones de género en la población UDI pueden determinar el tipo de prevención que estas personas necesitan. La literatura señala que las intervenciones de prevención de VIH para hombres UDI podrían ser más adecuadas si se enfocan en los sitios de reunión y consumo de drogas, mientras que las intervenciones que serán útiles para las mujeres UDI deben tener un fuerte componente de redes sociales dirigidas a reducir su vulnerabilidad (Firestone Cruz, Mantsios et al. 2006).

Mujeres UDI. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Desde la perspectiva de los expertos, el primer tema que requiere atención al hablar de mujeres UDI es el acceso a los servicios de salud, particularmente en el Norte del país y en las zonas fronterizas, donde la prevalencia de uso de este tipo de drogas es

mayor. Generalmente se asume que las usuarias deben llegar a los servicios de salud; sin embargo las clínicas u hospitales suelen estar lejos de los lugares donde se encuentran las UDI y a ello se suma el hecho de que muchas personas que usan drogas intravenosas no se acercan a estos servicios por temor al rechazo o a que las internen a clínicas de rehabilitación.

Los expertos opinan que la presencia de los servicios de salud entre las UDI es de primera importancia no solamente para la atención de problemas relacionados con el consumo de drogas, sino para atender su salud de manera integral, incluyendo especialmente la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Se ha dicho que en las clínicas que ofrecen atención para UDI se deben crear servicios integrales que no sólo atiendan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH sino a su correlación con otros problemas comunes en esta población como la hepatitis C y la tuberculosis.

Los expertos piensan que algunas de las problemáticas que deben ser estudiadas para generar propuestas de prevención y atención son: el acceso a los servicios en donde las y los UDI pueden obtener jeringas limpias gratuitas, la educación para la salud y el acceso a pruebas rápidas de VIH (considerando la ubicación geográfica, accesibilidad en sistemas de transporte público, trato interpersonal no estigmatizante para eliminar barreras sociales). No obstante, debe considerarse que el ofrecer apoyo monetario a esta población para que pueda transportarse a una clínica podría resultar contraproducente debido a que por su condición, su principal prioridad es comprar drogas. Por otra parte, la utilidad de clínicas de metadona, con la cual se sustituye a la heroína, debe ser estudiada, pues éstas suelen ser privadas y por lo tanto suponen un costo que la mayoría de las mujeres UDI no puede pagar.

Mujeres UDI: Acciones sugeridas por los expertos

- Mejorar del acceso a los servicios de salud para aumentar el uso voluntario de los mismos entre las mujeres UDI.
- Involucrar a las UDI en el diseño e implementación de los servicios que se les ofrecen (para lograr una mayor accesibilidad).
- Crear servicios públicos con clínicas de sustitución de opiáceos y jeringas limpias.
- Ofrecer un programa de salud reproductiva y control prenatal dirigido a mujeres UDI.
- Contemplar hepatitis C y tuberculosis, además de VIH, dentro del programa nacional de atención a UDI.
- Sensibilizar a los cuerpos policíacos respecto de los derechos de las mujeres UDI.
- Garantizar servicios libres de estigma y discriminación hacia UDI, con enfoque de género.

Jóvenes y adolescentes: Evidencia reportada en la literatura

Los y las adolescentes han sido un grupo prioritario para prevención del VIH por razones como su vulnerabilidad social y biológica ante la enfermedad (Caballero Hoyos 2006). También se le ha dado prioridad a los jóvenes por el hecho de estar en una etapa del ciclo vital en la que el ejercicio de su vida sexual está iniciando, bajo el supuesto de que sus patrones de conducta son más susceptibles de ser modificados y debido a que representan el futuro intelectual y productivo de las naciones (UNFPA 2006). Se tiene la esperanza que las campañas orientadas a las y los jóvenes mexicanos podrían ser la razón por la cual el uso de condón entre éstos ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años (Gayet, Juárez et al. 2003; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008).

Pese a que existe una vasta gama de estudios que analizan los conocimientos, actitudes y comportamientos de las y los jóvenes con relación al VIH y la sexualidad (Stern, Reartes 2001; Gayet, Rosas et al. 2002; Gayet, Juárez et al. 2003; Théodore, Gutiérrez et al. 2004; Martínez-Donate, Blumberg et al. 2004a; Caballero Hoyos 2006; Torres, Walker et al. 2006; Walker, Gutiérrez et al. 2006; Evangelista, 2007; Atienzo, Walker et al. 2009; Torres-Pereda, Walker 2009; DeMaria, Galárraga et al. 2009a), pocos son los esfuerzos sistematizados en la literatura de prevención a través de intervenciones específicas. Los esfuerzos de prevención que se realizan con adolescentes en México casi siempre buscan cambiar los comportamientos individuales, pero no modificar los ambientes estructurales tales como la pobreza o exclusión social, las normas que rigen en las escuelas, las familias, los grupos de pares u otros espacios sociales de interacción que estructuran el comportamiento (Pick, Diaz-Loving et al. 1990; Pick, Givaudan 1998; Walker, Gutiérrez et al. 2006; Gallegos, Villarruel et al. 2008).

A pesar de la insistencia en modificar las conductas individuales, la evidencia muestra que estos comportamientos están enmarcados en estructuras socioculturales cuya influencia es determinante para las y los jóvenes, cuyo nivel de autonomía y empoderamiento puede ser bajo y, por lo tanto, sus comportamientos pueden estar sumamente condicionados por el medio ambiente que les rodea.

La evidencia al respecto es vasta; por ejemplo, en un estudio sobre factores de comportamiento asociados al riesgo de contraer ITS y VIH en jóvenes mexicanos, Caballero Hoyos (Caballero Hoyos 2006:79) encontró que en todos los casos los y las jóvenes que vivían en contextos de pobreza tenían menor acceso a la información, menores grados de conocimiento sobre cómo protegerse de las ITS y el VIH e ideologías más arraigadas sobre roles de género que significaban una barrera para el uso del condón en las relaciones sexuales, así como mayores niveles de consumo de sustancias como el alcohol. En el mismo sentido, un estudio realizado en 2006 (Roach, Fontes 2008) mostró que los factores asociados al uso del condón distaban de relacionarse con los conocimientos y la conciencia sobre el VIH o el temor al embarazo, sino con aspectos tales como el género, la edad, el nivel de ingresos, el último año escolar cursado, el estatus de la relación de

pareja y que la relación sexual haya sido o no consensual. Finalmente, un estudio realizado con padres e hijos muestra que la actitud y comunicación de los padres hacia sus hijos adolescentes respecto a la sexualidad puede tener influencia en el uso de condón en la primera relación sexual de los jóvenes (Atienzo, Walker et al. 2009).

Por otra parte, las escuelas han sido un espacio clave que se ha utilizado de manera constante para realizar prevención entre adolescentes (Walker, Gutiérrez et al. 2006; Galárraga, Campero et al. 2008; Atienzo, Walker et al. 2009; DeMaria, Galárraga et al. 2009a). Las escuelas son sitios donde las intervenciones pueden ser realizadas de forma sistemática y, debido a su alta conveniencia en términos de costo-efectividad, permiten replicar intervenciones con relativa facilidad, de forma más o menos sistemática y a gran escala (Galárraga, Campero et al. 2008).

Se han publicado descripciones de algunas intervenciones en escuelas mexicanas (Pick, Givaudan 1998; Stern, Reartes 2001; Torres, Walker et al. 2006; Zellner, Martínez-Donate et al. 2006; Pick, Givaudan et al. 2007; Gallegos, Villarruel et al. 2008) pero sólo en cuatro casos se han evaluado de forma rigurosa sus resultados (Walker, Gutiérrez et al. 2006; Pick, Givaudan et al. 2007; Gallegos, Villarruel et al. 2008; Atienzo, Walker et al. 2009). En términos de efectividad, los resultados de los esfuerzos de prevención del VIH con jóvenes mexicanos en las escuelas son poco concluyentes (ver también el capítulo de mejores prácticas). Pocos esfuerzos dirigidos a las y los adolescentes han logrado modificar los comportamientos de riesgo como se hubiera deseado, por ejemplo, una intervención llevada a cabo recientemente en México con adolescentes y sus padres demostró que, de los adolescentes que asistían a escuelas donde se llevó a cabo la intervención, 5.7% pospuso la iniciación sexual, mientras casi el doble reportó haber recibido condones de sus padres después de la intervención (Campero, Walker et al. in press).

Jóvenes y adolescentes. Entrevistas con los expertos: Temas de investigación

Pese a la acumulación de evidencia científica sobre sus necesidades, una amplia gama de jóvenes mexicanos han quedado fuera del foco de la prevención, dedicada como hemos visto en mayor medida a aquellos jóvenes que están en ambientes escolarizados. Esto es preocupante porque las mujeres tienen mayores probabilidades de dejar la escuela.

Los expertos señalaron otros ámbitos donde vale la pena realizar intervenciones de prevención dirigidas a jóvenes. En años recientes, ha ocurrido en el país una transformación de los mercados de trabajo para mujeres jóvenes de bajos recursos. Se ha observado la proliferación de los trabajos en los que el cuerpo embellecido es una característica importante de esta fuerza de trabajo. Ejemplo de ello son los table dance, el trabajo en bares, de edecanes, de ficheras, de escorts o damas de compañía, y en algunos casos el trabajo de meseras, en donde existe la posibilidad de que las mujeres

hagan también trabajo sexual. En este tipo de trabajos los ingresos económicos a los que acceden las jóvenes son mucho más altos de lo que podrían obtener en otros empleos con predominio femenino, como el servicio doméstico, en trabajos de intendencia o como empleadas en el sector servicios o en el comercio informal. En estos últimos empleos existe la posibilidad de que la joven sea forzada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, pero en los primeros es más probable que las jóvenes escojan tener relaciones sexuales con hombres con quienes tienen un diferencial importante de edad e ingresos y, por tanto, un desbalance para poder negociar relaciones sexuales protegidas. Se requiere investigar más sobre cómo los diferentes nichos laborales influyen en la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y adolescentes ante VIH/SIDA y qué tipo de esfuerzos de prevención serían efectivos con ellas.

Jóvenes y adolescentes. Acciones sugeridas por los expertos

- Reducir la disparidad genérica en el acceso a la educación (por ejemplo, a través de la disminución de la deserción escolar entre jóvenes embarazadas o con hijos).
- Propiciar espacios donde las jóvenes puedan reflexionar sobre nuevas formas de relacionarse con los hombres.
- Proveer servicios de salud (especialmente la salud sexual y reproductiva) amigables y adecuados para la población joven.
- Implementar una campaña para fomentar el reconocimiento y respeto a los derechos sexuales de las y los jóvenes, así como para promover su ejercicio.

2.4.2. Prevención a través de la reducción de la vulnerabilidad

Inequidad de género: Evidencia reportada en la literatura

Pese a la vasta literatura que existe sobre las implicaciones del género en la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH y las amplias acciones sugeridas para contrarrestar este tipo de factores estructurales (Herrera, Campero 2002; Kendall, Pérez 2004; ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, 2004; Pérez, Taracena et al. 2004) las intervenciones implementadas y evaluadas en México para prevenir el VIH a través de la reducción de la vulnerabilidad de las mujeres son casi inexistentes y en la literatura se encuentran ausentes. Una muestra de la falta de intervenciones de este tipo es la evaluación hecha por Pelcastre-Villafuerte, Kendall et al. (2008) de los esfuerzos de prevención que se llevan a cabo en Tehuacán, Puebla, dirigidos a mujeres que trabajan en las maquilas. Dichas actividades de prevención se limitan a pláticas informativas con las mujeres, a dos programas con acceso a condones para las trabajadoras, quienes en su mayoría son migrantes e indígenas y sólo en un caso incorporan a personas con VIH y buscan

combatir el estigma. El estudio muestra también que las trabajadoras son obligadas por sus patrones a realizarse la prueba del VIH para poder obtener o conservar su empleo. Asimismo, los autores documentan un alto grado de desconocimiento sobre el VIH probablemente vinculado al alto nivel de estigma y discriminación tanto entre las empleadas como entre los empleadores.

En México los esfuerzos para reducir la vulnerabilidad se encuentran mucho más dirigidos a la población de hombres gay que a las mujeres. Por ejemplo, CENSIDA realizó una campaña masiva de prevención en contra del estigma y la discriminación principalmente enfocada en los hombres homosexuales la cual, aunque fue bastante difundida en la radio y la televisión, no fue evaluada y su efectividad sigue sin conocerse (CENSIDA 2009b).

Las mujeres adultas que reciben servicios de prevención se vuelven blanco de las intervenciones por sus características y comportamientos individuales, pero no por su condición de género. Las intervenciones hacia las mujeres se enfocan en las trabajadoras sexuales, usuarias de drogas intravenosas o VIH positivas, pero no las atienden por el hecho de ser mujeres y la vulnerabilidad que esto conlleva por cuestiones de género (Allen-Leigh, Torres-Pereda 2008). La literatura a nivel internacional señala que las condiciones estructurales de desigualdad de género son las que favorecen la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH (Türmen 2003; ONUSIDA UNFPA UNIFEM 2004; Jewkes 2009; Ehrhardt, Sawires et al. 2009). Específicamente, la valoración diferencial del género se manifiesta en las desigualdades en el acceso a la educación y al empleo, situación que se agrava en el ámbito rural.

En México existe un claro ejemplo de intervención con perspectiva de género que busca reducir la vulnerabilidad a través de inversión en capital social (educación y salud) y dirige una importante proporción de sus esfuerzos a la prevención y el cuidado de la salud en las mujeres. Se trata del programa Oportunidades. Sin embargo, las evaluaciones de este programa de desarrollo y combate a la pobreza no han medido el posible impacto en la prevención del VIH entre las mujeres beneficiarias y, por lo tanto, no sabemos si contribuye a reducir la vulnerabilidad de las mujeres para adquirir el virus.

La violencia de género ha sido otro de los elementos medulares de la investigación sobre la vulnerabilidad de género frente al VIH. Desde hace algunos años, diversos trabajos de investigación a nivel mundial han llamado la atención sobre la violencia hacia las mujeres y han demostrado su relación con la vulnerabilidad y el riesgo de contraer VIH (Jewkes 2009). Se sabe que la violencia reduce drásticamente los recursos que una mujer tiene para negociar el uso del condón y que la violación dentro del matrimonio es difícil de identificar y denunciar. En México se realizó la Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo en 2007 (SEP, Instituto Mexicano de la Juventud 2008:22), la cual recabó datos de jóvenes solteros de entre 15 y 24 años de edad, la mitad de los cuales había tenido relaciones sexuales. En esta encuesta, al menos 15% de los jóvenes reportó haber experimentado violencia física y, de ellos, 61% eran mujeres. Por otro lado,

en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (Olaiz, del Rio et al. 2003), para el total de la muestra, la violencia (de cualquier tipo) en la pareja asciende a 21.5% y 10% de las mujeres dijeron sufrir violencia en el noviazgo, 6.3% de las cuales declararon haber sido obligadas alguna vez a tener relaciones sexuales. Entre las lesiones físicas provocadas por la violencia destacan aquéllas que se presentaron durante o después de una relación sexual en el último año; así, 11.4% de las encuestadas refirió que tuvo algún tipo de daño, 9.8% que tuvo infecciones genitales y 8.4% experimentó sangrado vaginal o anal debido al maltrato. Estos datos muestran la existencia de una gran vulnerabilidad a la infección por VIH entre las adolescentes mexicanas que viven este tipo de violencia.

Inequidad de género. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

El primer gran tema con relación a la inequidad de género que preocupa a los especialistas en cuanto a la prevención de la transmisión del virus y la reducción de la vulnerabilidad frente al mismo entre las mexicanas se refiere a la reducción de la brecha de poder y capacidad de decisión entre hombres y mujeres en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva, la cual por cierto varía entre diferentes grupos de mujeres. Las y los expertos entrevistados señalaron la importancia de que las mujeres cuenten con herramientas para negociar relaciones sexuales protegidas, protegerse de actos de abuso y violencia, y que en general reduzcan la asimetría de género. Señalan también la importancia de reconocer que la desigualdad de género se ancla en un sistema social que abarca tanto a hombres y mujeres, y que constriñe a ambos. El sistema de género hace que los dos grupos experimenten vulnerabilidades distintas ante la enfermedad e implica barreras para la prevención para ambos sexos, no sólo para las mujeres. Se señala la necesidad de encontrar formas más eficaces de sensibilizar a las mujeres y empoderarlas para que puedan tomar decisiones en el ámbito de su sexualidad. La conclusión es que resulta necesario trabajar en el libre ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

Un tema que ha revelado su importancia en los últimos tiempos es el estudio de las parejas concurrentes o el tener varias parejas sexuales simultáneas; no obstante, el estudio de este tema en México es inexistente hasta ahora (UNAIDS 2009b). Esta práctica se torna altamente peligrosa debido a una combinación de factores: desde la exposición al VIH a todas las parejas concurrentes, hasta la incapacidad de las parejas de negociar el uso de condón, aún sabiendo de la existencia de parejas concurrentes, debido a las normas de género y a las construcciones culturales implícitas en la práctica del amor y la confianza. El fenómeno de las parejas concurrentes es importante independientemente de que los involucrados sepan de la existencia de las otras parejas sexuales ya que representa un riesgo importante para el crecimiento de la epidemia debido a la alta infectividad que caracteriza a los individuos en los primeros meses posteriores a la infección del VIH.

La presencia de parejas concurrentes con las que no se utiliza condón al inicio de la infección de VIH, puede implicar una gran vulnerabilidad biológica para un mayor número de personas. Se sabe que cuando una persona ha sido recientemente infectada sus niveles de carga viral en la sangre son altos y, por lo tanto, el riesgo de infectar a otros es mayor que con las personas que tienen más tiempo de haber sido infectados o con aquellos que siguen adecuadamente un tratamiento antirretroviral. Es urgente estudiar los mecanismos y procesos sociales por los cuales, aún cuando ambos miembros de la pareja saben de la existencia de parejas concurrentes, los significados que subyacen a dichas relaciones imponen barreras para la negociación del uso del condón.

Promover la igualdad de género, así como el combatir el VIH/SIDA, se encuentran dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU 2008) que los estados miembros de las Naciones Unidas plantearon en los primeros años de esta década. Sin embargo, una tarea pendiente en México consiste en visibilizar en términos políticos el tema de las mujeres y el VIH para que forme parte de una agenda nacional.

Inequidad de género. Acciones prioritarias sugeridas por los expertos

- Implementar estrategias comprobadas y evaluadas que se enfoquen en el empoderamiento, la reducción de la inequidad de género —incluyendo la reducción de la violencia de género— y mejoras en la comunicación entre parejas heterosexuales. Un ejemplo de este tipo de intervención es la metodología de participación comunitaria llamada Stepping Stones, que ha tenido éxito en países como Perú y Chile, así como en naciones africanas, entre otras (Jewkes, Nduna et al. 2008).
- Continuar o implementar intervenciones que busquen combatir los factores estructurales que generan una mayor vulnerabilidad entre las mujeres frente al VIH/SIDA, incorporando evaluaciones para asegurar su impacto.
- Llevar a cabo campañas de prevención y tratamiento oportuno de otras ITS y su incorporación (dentro de un enfoque integral) en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Asegurar la oferta de suficientes condones masculinos y femeninos en los servicios de salud y a través de otros mecanismos como el mercadeo social.
- Promover la inversión internacional en la investigación sobre nuevas tecnologías para la prevención del VIH y otras ITS, especialmente las que controlan las mujeres.
- Hacer valer los marcos normativos para mejorar la situación de las mujeres y la equidad de género.

Mujeres indígenas. Evidencia reportada en la literatura

En México la investigación sobre mujeres indígenas y VIH/SIDA se ha abordado a partir de la relación entre la incidencia de casos en zonas rurales del país, la migración de las parejas masculinas —o de las mujeres mismas— y el estudio de unos pocos grupos étnicos (Hernández-Rosete, Maya García et al. 2008; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008; Ponce 2009). Desde la aparición de los primeros casos de VIH en zonas rurales en 1986, el número de casos rurales de SIDA ha presentado un aumento sostenido (Maier 2007; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Ante la ausencia de un registro de datos epidemiológicos sobre el impacto de la epidemia entre la población indígena, este incremento de casos rurales se ha tomado como indicador de la forma en que el VIH afecta a este sector de la población (Maier 2007; Hernández-Rosete, Maya García et al. 2008).

Los trabajos existentes han abordado el tema del VIH/SIDA y las comunidades indígenas del país con énfasis en la relación con la migración interna e internacional, dando cuenta de la especial vulnerabilidad de las mujeres indígenas debido a dichos fenómenos. Elizabeth Maier reporta una experiencia de educación comunitaria sobre VIH con mujeres migrantes indígenas oaxaqueñas en una región de Baja California (Maier 2007). Otros estudios han explorado las implicaciones de la migración intermunicipal en los comportamientos sexuales de los jóvenes rurales e indígenas, sus conocimientos sobre VIH/SIDA, patrones de uso del condón y la forma en que estos elementos influyen en su primera relación sexual al encontrarse en un contexto diferente al de la normatividad coercitiva de la comunidad y la familia (Evangelista, Kauffer 2007; Reartes 2008). Otros trabajos explican la relación entre la situación de los pueblos indígenas y el VIH/SIDA desde una perspectiva de género y reportan las diferentes vulnerabilidades que las mujeres indígenas enfrentan ante la epidemia. Dichas vulnerabilidades incluyen una combinación de factores tales como: pobreza, monolingüismo, analfabetismo, falta de acceso a los servicios de salud, influencia de la migración, discriminación, relaciones asimétricas de género al interior de sus comunidades y tensión entre la preservación de la cultura y la equidad de género, ya que la primera puede llevar a plantear la pertinencia de la conservación de las conductas tradicionales de género en el marco de los llamados usos y costumbres (Ponce 2009).

El aumento de casos de VIH/SIDA en zonas rurales de México ha sido acompañado por un mayor porcentaje de casos de transmisión heterosexual y un incremento en la razón de casos hombre/mujer respecto de los casos urbanos, que para el año 2000 era de 4-1 en zonas rurales y 6-1 en zonas urbanas (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Un sector de la población que ha sido excluido de los trabajos de investigación sobre VIH/SIDA son los pueblos indígenas. Si bien el proceso de ruralización referido por algunos autores se refiere a la población rural mestiza e indígena por igual, existe una creciente preocupación por conocer la situación específica de la epidemia al interior de las comunidades indígenas. En principio, no se cuenta con datos epidemiológicos acerca de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA entre los indígenas del país. Lo ante-

rior se debe en parte a que los formatos de referencia epidemiológicos no incluían sino hasta recientemente un espacio para señalar la pertenencia a un grupo indígena como variable para el registro.

Mujeres indígenas. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Existen pocos trabajos de investigación sobre VIH/SIDA y mujeres indígenas en México. La principal necesidad de investigación reportada por los expertos consultados tiene que ver con la realización y divulgación de experiencias de investigación en distintas regiones y comunidades indígenas que expongan la diversidad de concepciones, valores, identidades y prácticas sexuales que conforman contextos de vulnerabilidad al VIH para las mujeres indígenas.

Como se dijo antes, un tema relevante de investigación es cómo el respeto a los usos y costumbres puede convertirse en una barrera para la identificación de violaciones a los derechos humanos y un impedimento para que las mujeres tengan prácticas sexuales y reproductivas seguras y saludables. Se piensa que algunos de los usos y costumbres en vigor en las comunidades autóctonas pueden hacer de las mujeres indígenas un sector mucho más vulnerable al VIH/SIDA, de la misma manera que ha ocurrido para ciertas costumbres registradas en el continente africano, por dar un ejemplo. En este sentido, se deben revisar los supuestos que plantean la preservación de las culturas indígenas de forma acrítica, ya que de no tomar en cuenta los derechos humanos universales, no se permite a los pueblos indígenas en general, y a las mujeres en particular, reconfigurar y transformar su situación.

En resumen, los expertos indican que resulta de interés explorar los vínculos entre las creencias y prácticas sexuales, normas de género, concepciones y niveles de información sobre el VIH, así como las condiciones estructurales y la vulnerabilidad al VIH/SIDA entre las mujeres indígenas. Esta investigación debe ir de la mano con el desarrollo de intervenciones que tomen en cuenta las necesidades socioculturales específicas de este grupo de mujeres mexicanas que, además de ser sumamente variado, es altamente vulnerable.

Mujeres indígenas. Acciones sugeridas por los expertos.

- Modificar los procedimientos de registro de datos para generar datos epidemiológicos confiables para la población indígena.
- Diseñar campañas de prevención (especialmente las enfocadas en el uso del condón) culturalmente adecuadas, para transmisión en radios locales, en español y en lenguas indígenas.
- Aprovechar las pláticas de salud del programa Oportunidades para dar información sobre prevención de VIH y otras ITS en lenguas indígenas.

- Ofrecer la formación de promotores comunitarios en estrategias comprobadas (evaluadas) enfocadas en el empoderamiento, la reducción de la inequidad de género y estrategias para mejorar la comunicación entre parejas heterosexuales (similar a los esfuerzos de reducción de la inequidad entre mujeres en general, pero adaptado los contenidos a la cultura local cuando sea necesario).
- Implementar programas contra la violencia familiar y de género en comunidades indígenas, adaptándolos también a sus especificidades socioculturales.

Mujeres y migración. Evidencia reportada en la literatura

En 2007, aproximadamente 11 millones de personas nacidas en México vivían —de manera permanente o temporal y con documentos o sin ellos— en los Estados Unidos (PNUD 2007). Para 2001 México era el país líder en cuanto a número de migrantes que viajan hacia Estados Unidos, siendo de origen mexicano 200 mil de los casi 1.1 millones de inmigrantes que entraron a ese país en ese año (Office of Policy and Planning 2006). El servicio de Inmigración y Naturalización estadounidense estima que una proporción sustancial de los 2.2 millones de inmigrantes viviendo en el estado de California provienen de México y Centro América (Office of Policy and Planning 2006). Se sabe que los jóvenes migrantes mexicanos presentan datos de salud reproductiva que los caracterizan como un grupo de gran vulnerabilidad y con un mayor riesgo de adquirir y transmitir el VIH. Los jóvenes latinoamericanos constituyen el 15% de los adolescentes en Estados Unidos, pero representan 21% de los nuevos casos de VIH/SIDA para ese grupo de edad (Driscoll, Brindis et al. 2004). Las encuestas sobre VIH/SIDA realizadas en México sugieren que 33% de los casos de VIH en los estados con mayor migración podrían estar relacionados con el fenómeno de la migración (Hernández-Rosete, Sánchez et al. 2005; Salgado 2007).

Las mujeres nacidas en México enfrentan vulnerabilidades específicas en torno al fenómeno migratorio cuando son parejas de hombres que migran o cuando ellas mismas se vuelven migrantes. La vulnerabilidad de las mujeres frente a la migración puede darse en sus lugares de origen cuando sus parejas masculinas han migrado, al ser ellas mismas migrantes transnacionales que se encuentran en camino a los Estados Unidos y también cuando llegan a su destino.

Algunos estudios han encontrado una baja prevalencia de VIH en las mujeres compañeras de migrantes (Quintino, Leyva 2009), pero la intensa movilidad de los migrantes mexicanos en el Norte de México y en EUA, su participación en prácticas sexuales con hombres y mujeres, el contacto con trabajadoras sexuales en los lugares de destino, así como el consumo de drogas inyectables, ponen a sus parejas femeninas en una posición de riesgo y vulnerabilidad. Al respecto, se ha estimado que los migrantes mexicanos tienen diez veces mayor riesgo de contraer el VIH que la población general de Estados Unidos (Bronfman, Minello 1999; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Al volver a sus comunidades de origen, este riesgo se extiende además a sus parejas femeninas.

Cuando se quedan en su lugar de origen, las parejas de los migrantes se enfrentan a un control sobre su sexualidad por parte de la comunidad y especialmente por parte de sus parientes, lo que las vuelve vulnerables ante la enfermedad debido a que se les imponen jerarquías tradicionales de género y generación que, entre otras cosas, les impiden negociar el uso del condón cuando sus parejas regresan (Hernández-Rosete, Maya García et al. 2008; Caballero, Ochoa-Marín et al. 2009).

Por otra parte, aunque la migración femenina se ha registrado como fenómeno social desde la década de los setenta, no fue sino hasta principios de los años ochenta que se empezó a estudiar a las migrantes como sujetos sociales específicos y no como un simple reflejo de la migración masculina; es decir, como acompañantes, esposas o hijas de los migrantes masculinos (Woo Morales 1997; Ángeles Cruz, Rojas Wiesner 2000). Ahora se sabe que las mujeres mexicanas migran a los Estados Unidos no solamente por motivos de reunificación familiar, sino persiguiendo objetivos económicos y laborales (Ángeles Cruz, Rojas Wiesner 2000). Así, mujeres de diversas procedencias étnicas y sociales migran a los campos de cultivo del Norte del país y hacia los Estados Unidos de América adquiriendo nuevas formas de pensar y modificando su comportamiento (Maier 2007).

Las mujeres en contextos de migración son especialmente vulnerables a la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS debido a que en el proceso migratorio se enfrentan a violaciones, abusos sexuales, intercambio de sexo por protección o por ayuda para avanzar en el camino hacia los lugares de destino. Muchas se ven también en la necesidad de realizar trabajo sexual de forma temporal y, en ocasiones, son víctimas de redes delictivas dedicadas a la trata de personas (Dreser, Caballero et al. 2002; Bronfman, Leyva et al. 2003).

Existe muy poca información en la literatura respecto de las mujeres transmigrantes centroamericanas que enfrentan estos mismos riesgos, agudizados por su condición de género y de ilegales en nuestro país. La práctica del trabajo sexual podría ser más común entre estas mujeres, quienes en ocasiones pasan largas temporadas en las ciudades, principalmente de la frontera Sur del país, como parte de su trayecto a los Estados Unidos. Las migrantes indocumentadas de origen centroamericano, particularmente las menores de edad, son especialmente vulnerables al VIH y otras ITS debido a que se encuentran en desventaja por el hecho mismo de ser mujeres, por ser migrantes y por su situación de irregularidad migratoria que las coloca en situaciones de peligro y violencia. Bajo estas circunstancias, el uso y negociación del condón se tornan bastante difíciles (Bronfman, Uribe et al. 2001; Cuadra, Leyva et al. 2003; Uribe Salas, Conde-Glez et al. 2003).

Mujeres y migración. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Las mujeres en contextos de migración son un grupo de alta prioridad en cuanto a la prevención del VIH. Los expertos señalan que hacen falta trabajos de investigación que den cuenta de las especificidades, evolución y cambios de la migración femenina en México, pero que vinculen estos fenómenos a la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Para poder generar políticas públicas al respecto, es necesario conocer las características demográficas de las mujeres que migran, los motivos de su movilidad, sus lugares de origen y de destino, sus rutas y dinámicas migratorias, así como la composición, procesos de decisión ante la migración y reajustes de las unidades domésticas y de las comunidades de donde migran.

Los expertos consultados concuerdan con la literatura revisada al afirmar que en ocasiones tanto las migrantes mexicanas como las centroamericanas (no se sabe en qué proporción) recurren al sexo de sobrevivencia y/o transaccional para conseguir dinero, protección, alojamiento, comida o ayuda y poder avanzar en su trayecto hacia la frontera Norte. En esas relaciones la capacidad de las migrantes para negociar el uso del condón es extremadamente limitada. Se requieren intervenciones que tomen en cuenta estas múltiples vulnerabilidades, así como mayor evidencia sobre cómo integrar dichos esfuerzos de prevención en diferentes momentos del proceso migratorio a lo largo del territorio nacional y en el cruce a los Estados Unidos.

Mujeres y migración. Acciones sugeridas por los expertos

- Crear programas gubernamentales que atiendan específicamente las necesidades sociales y de salud de la migración femenina.
- Instalar programas de vigilancia a los derechos humanos de mujeres migrantes y transmigrantes.
- Implementar programas integrales de atención de la salud de las mujeres migrantes y transmigrantes.

Mujeres transgénero. Evidencia reportada en la literatura

Partiendo de la noción de que el género es una construcción social del grupo de pertenencia con la cual se identifican las personas y que surge a partir de la clasificación cultural de los genitales, al hablar de mujeres y VIH resulta necesario incluir a las mujeres transgénero, asumiendo así una concepción más amplia de feminidad que además respeta las construcciones alternativas de género. Las y los diseñadores de políticas e intervenciones para prevenir la transmisión del VIH deben dirigir la mirada a la identidad de género a fin de expandirla y abandonar una visión poco eficaz que se centra en la genitalización y biomedicalización del género.

Cuando se habla de mujeres transgénero, la investigación y la acción deben centrarse en el género y no en los genitales. Lo primordial en el caso de las mujeres trans es que ellas presentan la misma vulnerabilidad social de las demás mujeres, ya que es precisamente en el plano social donde ellas se viven como mujeres. Por otra parte, las mujeres trans tienen la vulnerabilidad de las personas que son receptivas en el acto sexual anal con un hombre —y a veces también vaginal, cuando han optado por la cirugía.

Las mujeres transgénero se enfrentan a situaciones cotidianas de estigmatización, discriminación y violencia, así como de exclusión familiar y laboral, al tiempo que viven actos de violencia específica por parte de los cuerpos policíacos y carecen de programas y servicios de salud adecuados para atender sus necesidades (Infante, Sosa-Rubi et al. 2009). La literatura indica que el estigma y la exclusión pueden provocar baja autoestima y otros impactos psicosociales negativos que, a su vez, pueden llevar al uso y abuso de drogas y alcohol (Davenport 2006; Infante, Sosa-Rubi et al. 2009). Las mujeres transgénero también suelen enfrentar la exclusión de espacios de desarrollo laboral y personal, lo que las conduce al trabajo sexual por ser una de las pocas opciones laborales disponibles para ellas. Asimismo, Gloria Hazel (Davenport 2006) ha documentado la práctica de utilizar jeringas no estériles para inyectarse aceites y otras sustancias como hormonas, con el fin de modificar senos, caderas y piernas, lo que coloca a esta población en condiciones de alto riesgo de transmisión del VIH.

Se sabe poco sobre el posible riesgo que las mujeres transgénero que viven con VIH/SIDA podrían enfrentar en cuanto a problemas en la compatibilidad de los tratamientos antirretrovirales y el uso de hormonas para la feminización del cuerpo, pero se señala en la literatura como un tema a indagar (Davenport 2006). Asimismo, las mujeres transgénero que viven con VIH podrían tender a una menor adherencia a los regímenes antirretrovirales debido a creencias relacionadas con: la posibilidad de lipodistrofia, creencias sobre las interacciones entre estas medicinas y el uso de hormonales, así como los efectos psicológicos a causa de la estigmatización y discriminación a que se ven expuestas día con día.

Los estudios que registran los aspectos estructurales que afectan a la comunidad trans son sumamente limitados (Davenport 2006; Infante, Sosa-Rubi et al. 2009) o inexistentes y no hay estudios que aborden de manera sistemática los aspectos relacionados con las políticas públicas o actividades de prevención de VIH para las mujeres transgénero mexicanas. Es necesario estudiar los procesos sociales y psicológicos de creación de identidad de las mujeres trans y establecer sus necesidades específicas, en lugar de agruparlas con otras poblaciones que tienen vulnerabilidades distintas como los hombres gay, HSH, mujeres que hacen trabajo sexual, entre otras.

Mujeres transgénero. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

En términos generales, en los servicios de salud y de atención estatales, la comunidad de mujeres trans suele ser invisibilizada y violentada. Los programas y campañas de prevención frecuentemente consideran a las mujeres transgénero como parte de los HSH, por lo que no existen campañas específicas para ellas que consideren sus particularidades, invisibilizándolas y perpetuando así su vulnerabilidad.

Se sabe que las mujeres trans suelen acudir a clínicas privadas porque consideran que los prestadores de servicios públicos no están capacitados para atender sus necesidades. La difícil posición de este grupo de mujeres indica la necesidad de un llamado urgente a la indagación y a la acción. Así, mientras por un lado se considera un grupo con un alto grado de vulnerabilidad, éste es también un grupo con comportamientos de riesgo.

Por otro lado, las mujeres trans que viven con VIH enfrentan procesos de salud que deben ser atendidos con urgencia. Aunque hay datos anecdóticos aislados sobre la relación de los antirretrovirales con el uso de hormonas, no hay estudios clínicos que los hayan comprobado. Hacen falta trabajos que nos acerquen a las nuevas formas de enfrentar y entender la relación entre falta de adherencia a los tratamientos ARV y el uso de hormonas.

Mujeres transgénero. Acciones sugeridas por los expertos

- Diseñar e implementar una campaña de reducción del estigma, la discriminación y la violencia, así como de respeto a la identidad de las mujeres transgénero.
- Proveer servicios de salud adecuados para las necesidades de la población de mujeres transgénero.
- Implementar capacitaciones para que los prestadores de servicios puedan trabajar con mujeres transgénero.

Mujeres parejas de militares, reclusos, usuarios de drogas inyectables y camioneros. Evidencia reportada en la literatura

El concepto de vulnerabilidad frente al VIH ha contribuido a identificar grupos de mujeres que, por su situación social, están en mayor riesgo de adquirir el VIH. Se trata de mujeres que son parejas de hombres que por diversas circunstancias tienen prácticas de riesgo. Muchas de ellas tienen poco o nulo poder para negociar el sexo protegido con sus parejas u otras opciones de sexo más seguro, y no lo hacen ya sea por una falsa percepción de bajo riesgo (basada sobre todo en la monogamia unilateral por parte de las mujeres), o por la falta de poder para hacerlo a pesar de percibir el riesgo en que se encuentran.

La evidencia en la literatura científica sobre la salud sexual de los hombres enlistados o los que están privados de la libertad (Izazola-Licea, Nieto-Andrade 1997; Alvarado-Esquivel, Sablon et al. 2005); (Magis Rodríguez, Ruíz Badillo et al. 2000); (Olivero, Roberts 1995) indica que en estos contextos se suelen crear situaciones de riesgo frente al VIH. En las cárceles el uso de drogas inyectables ha sido documentado. Al respecto, un estudio realizado por Magis, Ruíz Badillo y colaboradores (2000) en las cárceles de Tijuana y Ciudad Juárez, mostró que la prevalencia de consumo de drogas inyectables era de 37% (n=79) y 24% (n=78 individuos) respectivamente. De ellos, 92% consumían heroína por vía intravenosa, 36% cocaína inhalada y 46% se inyectan ambas, consumiendo en promedio cuatro dosis al día y re-utilizando jeringas no estériles y posiblemente infectadas en 60% en Tijuana vs 40% en Juárez y practicando limpieza de jeringas con cloro en 28% y 47% respectivamente.

Aunque no hay registros epidemiológicos detallados de la prevalencia de VIH en las prisiones, algunos estudios exploratorios afirman que, debido a diferentes prácticas tales como el uso de drogas, la práctica del sexo entre hombres y el comercio sexual, se esperaría que el riesgo de adquirir VIH fuera mayor entre los hombres reclusos que entre sus contrapartes fuera de la cárcel, y que las compañeras y esposas de estos hombres enfrentarían situaciones de vulnerabilidad en caso de sostener relaciones sexuales no protegidas con ellos (Izazola-Licea, Nieto-Andrade 1997; Olivero, Roberts 1995).

Muchos hombres UDI se encuentran en relaciones con mujeres que también usan drogas, pero se sabe que la cantidad de hombres UDI es mayor que la de las mujeres (Magis Rodríguez, Ortiz Mondragón 2006), y hay una proporción de éstos que usan drogas sin que su pareja sea consciente de dicha práctica. Un estudio indica el riesgo de las mujeres que son parejas de hombres UDI, ya que del total de los hombres, 35% declaró haber tenido relaciones sexuales con hombres y con mujeres; y mientras cuatro sujetos se identificaban como homosexuales, el resto tenía una compañera estable (Magis Rodríguez, Ortiz Mondragón 2006).

Por otra parte, se ha encontrado que los camioneros de largas distancias son un grupo con prácticas de riesgo cuyas parejas muy probablemente están en situación de vulnerabilidad. Un trabajo reciente con esta población realizado por Gayet y colaboradores (Gayet, Magis et al. 2007a:118-121) analizó una muestra de 312 camioneros, de los cuales 0.6% resultó VIH positivo, alcanzando una prevalencia por encima de la nacional. Aunque la mayoría de estos hombres estaban casados y vivían con sus cónyuges, 96% declaró tener en promedio tres parejas sexuales en el año anterior, 24% dijo haber contratado los servicios de una trabajadora sexual, 20% declaró tener también parejas ocasionales, 6% había intercambiado sexo por favores y 5% había tenido relaciones sexuales con otros hombres.

Muchas mujeres han adquirido el virus a través de sus parejas estables debido a que éstas sostienen comportamientos de riesgo sin decírselo a ellas o, en otros casos, sin que ellas puedan controlar esta situación. Un estudio realizado con 100 parejas de

áreas urbanas y rurales en las que tanto ellas como sus compañeros viven con VIH/SIDA, reportó que en la mayoría de los casos los hombres se habían infectado antes que las mujeres y habían vivido un promedio de ocho años con el virus antes de ser diagnosticados. En ese lapso de tiempo, las mujeres habían mantenido relaciones sexuales vaginales y anales con sus parejas, y reportaron que nunca utilizaron condón antes del diagnóstico. En este estudio, 93% de las parejas masculinas manifestó haber tenido relaciones sexuales con hombres, 70% de ellos con desconocidos y en 50% de los casos sin utilizar condón (Mireles-Vieyra, Rodríguez-Lara et al. 2008).

Mujeres parejas de militares, reclusos, usuarios de drogas y camioneros. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Los expertos indican que existen muy pocos datos sobre la situación de los hombres enlistados en la milicia, reclusos, usuarios de drogas intravenosas y camioneros de largas distancias. Asimismo, hicieron notar lo poco que se sabe sobre las prevalencias de VIH e ITS entre las parejas femeninas de los hombres que mantienen comportamientos de alto riesgo como sucede en estos grupos. Bajo estas circunstancias, enfatizan la urgencia de generar información sobre las condiciones de vida de estas mujeres y las mejores prácticas de prevención y atención para esta población que, como sabemos, comparte con el resto de las mujeres las barreras para utilizar el condón y, además, se encuentra en situaciones de particular vulnerabilidad al ser compañeras de hombres que mantienen prácticas riesgosas.

Los prestadores de servicios de salud y los diseñadores de las intervenciones de prevención del VIH han encontrado sumamente difícil identificar y acercarse a los hombres que se definen como heterosexuales pero que sostienen prácticas bisexuales o utilizan drogas, ya sea entre la población general o en instituciones tales como las cárceles o los cuerpos militares. La información disponible acerca de la dinámica que adquieren las prácticas sexuales de estos hombres es muy escasa y se ha prestado poca atención a estos grupos. Esta situación se debe enfrentar a través de estrategias creativas que dejen de lado los juicios morales para ofrecer campañas y servicios basados en la tolerancia y el respeto a la diversidad de prácticas e identidades sexuales. La finalidad de dichos esfuerzos debe ser la prevención de la transmisión del VIH tanto entre los hombres como entre las mujeres mexicanas que son sus parejas.

Mujeres parejas de militares, reclusos y usuarios de drogas. Acciones sugeridas por los expertos

- Ofrecer pruebas rápidas a mujeres parejas de militares, reclusos y usuarios de drogas y cuyas parejas se ausentan por periodos largos como los camioneros de largas distancias.

- Diseñar e implementar campañas de prevención dirigidas a mujeres parejas de militares, reclusos y usuarios de drogas intravenosas.
- Diseña e implementar campañas de prevención no estigmatizantes y adaptadas a las especificidades del caso, en bases militares y reclusorios, en los lugares que frecuentan conductores de largas distancias así como para UDI.

2.4.3. Detección, atención y tratamiento como prevención

Relación entre otras ITS y vulnerabilidad al VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se consideran cofactores de la infección por VIH (Braitstein, Boulle et al.). Se ha demostrado que las personas que padecen alguna ITS tienen de dos a cinco veces más probabilidades de adquirir VIH que quienes no tienen una ITS (Wasserheit 1992). También, en los individuos que padecen alguna ITS y además son VIH positivos existen más probabilidades de transmitir el VIH a otras personas dado que en sus secreciones genitales se han encontrado cargas virales mayores que las de aquellos individuos que no tienen una ITS. Por ejemplo, la concentración media de VIH en el semen es diez veces mayor en los hombres que están infectados con VIH y con gonorrea y, por lo tanto, el riesgo de infectar a una pareja sexual es mayor que en los hombres que sólo tienen VIH (CDC 2007).

En este marco, una estrategia para reducir la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH es el tratamiento oportuno de otras ITS dirigida tanto a las mujeres como a los hombres. Hay que tener presente que las mujeres con ITS, al igual que las que tienen VIH, experimentan una mayor vulnerabilidad biológica, social y económica a la infección (Caballero Hoyos 2006). En las mujeres, las ITS muchas veces son asintomáticas, lo que las vuelve difícil de detectar, colocándolas en mayor riesgo de adquirir el VIH (Villaseñor-Sierra 2006). Debido a las vulnerabilidades que experimentan las mujeres, es necesario volver más accesible para ellas la atención para las ITS desde el punto de vista sociocultural, de género y en términos económicos. Una manera de mejorar la accesibilidad (especialmente en cuanto a barreras relacionadas a las normas y papeles de género) es la integración de la atención para ITS (detección oportuna y tratamiento) con otros servicios de salud tales como la atención prenatal, la detección oportuna del cáncer cervical y de mama, la atención ginecológica en general, así como ofrecer la atención para ITS de forma paralela con la atención pediátrica.

Detección como forma de prevención de la transmisión vertical: Evidencia reportada en la literatura

En México las pruebas de VIH no se ofrecen a todas las mujeres embarazadas. En el año 2006, de más de 2 millones de mujeres que se atendieron en clínicas del sector salud, sólo a 7% (N=152,357) se le realizó la prueba y se le ofreció consejería voluntaria. Entre otros factores, este bajo nivel de provisión de pruebas de detección oportuna pudo haber contribuido a que en ese año hubiera un total de 107 casos de transmisión perinatal (Brouwer, Strathdee et al. 2006; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008).

La gran mayoría de los niños y niñas que viven con VIH en México se infectaron por vía perinatal (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). La prevención de esta forma de infección ha sido muy exitosa en países de altos ingresos, los cuales han reducido las tasas de transmisión por esta vía a menos de 1 o 2% (UNAIDS 2000a). La falta de acceso a los servicios necesarios para lograr este nivel de prevención entre las embarazadas mexicanas ha tenido como resultado infecciones perinatales prevenibles. La detección oportuna durante el embarazo y el uso adecuado de ARV son formas altamente eficientes para evitar la transmisión del VIH. Existen diferentes esquemas de tratamiento ARV que se siguen dependiendo de la etapa de gestación y la etapa etiológica de la infección por VIH (UNAIDS 2000a). Algunos países de bajos ingresos han logrado ofrecer estos servicios a un número creciente de mujeres y disminuir de esta forma la transmisión vertical, por lo que existe la posibilidad de que México se empleen estrategias similares para lograr una mejor prevención en este ámbito (Buchanan, Cunningham 2009).

Pero aún cuando la prueba de VIH esté disponible, no todas las mujeres la aceptan, entre otros factores porque algunas perciben que no están en riesgo. En muchos de los casos en que la prueba resulta positiva, las mujeres se han infectado a través de las relaciones sexuales con sus parejas masculinas. La dificultad de las mujeres para percibir si están en riesgo o no se debe en gran parte a que desconocen el estatus serológico de sus parejas, quienes frecuentemente también lo desconocen. Un trabajo publicado por Vera-Gamboa et al (Vera-Gamboa, Góngora-Biachi et al. 2005) reporta que en 2003, en un hospital de Yucatán, un acumulado de 85% de los casos pediátricos había sido identificado como transmisión vertical, y las madres declaraban haber sido infectadas mediante relaciones sexuales con sus parejas regulares y no haber sospechado de su estatus serológico.

La detección oportuna de VIH para las mujeres embarazadas debe ofrecerse de manera que se pueda canalizar a las mujeres infectadas para recibir atención y debe ir acompañada de un sistema de prevención de infecciones pediátricas por transmisión vertical. Los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH combinan la detección del VIH en embarazadas, la terapia antirretroviral para las mujeres que resulten positivas y para sus recién nacidos, cesáreas electivas y la alimentación infantil sin lactancia materna (Buchanan, Cunningham 2009) y puede ser planteada como un derecho de la madre y el hijo a una vida sana.

Adicionalmente, una estrategia que ha funcionado en poblaciones de bajos recursos es ofrecer atención profiláctica con medicinas antirretrovirales para madres que viven con VIH, quienes por su bajo nivel de ingresos y por residir en comunidades marginadas deben alimentar a sus hijos mediante lactancia materna, así como tratamiento profiláctico con estas medicinas a los lactantes (Coodavia 2009). En general, se ha visto que para evitar la transmisión perinatal es necesario fortalecer el sistema de salud y orientarlo hacia la atención integral y universal (Coodavia 2009).

Mientras algunos estudiosos de la economía de la salud (Rely, Bertozzi et al. 2003) argumentaron en su momento que llevar a cabo la cobertura universal con pruebas de detección de VIH en México no resultaría en un uso eficiente de los recursos, un estudio reciente realizado en Colombia entre mujeres embarazadas que acudían a una clínica para recibir cuidados prenatales propone demostrar la conveniencia de ofrecer cobertura universal de pruebas de VIH al menos en este grupo. Gómez (2008) comparó la costo-efectividad de tres tipos de pruebas: voluntarias (ofrecidas a las mujeres y sujetas a su aprobación), universales (ofrecidas a todas como parte de un paquete de pruebas rutinarias) y opcionales (ofrecidas a las mujeres sólo cuando ellas la solicitan). Sus hallazgos muestran que las pruebas universales detectan cinco casos más por cada 10,000 mujeres que las voluntarias y siete más que las opcionales. Además, el costo de la oferta universal era de 17 US dólares, lo cual era algo menor al costo de las pruebas opcionales y la mitad del costo de las voluntarias.

Detección oportuna como forma de prevención de la transmisión vertical. Entrevistas con expertos: Temas de investigación.

Los expertos argumentan sobre la urgencia de realizar estudios de costo para determinar formas de acceso a la prueba de VIH para embarazadas en México, siendo éste un tema central y de gran urgencia para evitar la transmisión vertical del virus. Entre los actores entrevistados existe una controversia sobre lo recomendable de la detección universal versus la posibilidad de comenzar con una política de detección de VIH entre mujeres embarazadas con más probabilidad de estar infectadas, cuya cobertura se podría expandir a todas las mujeres embarazadas y, posteriormente, a otras mujeres.

Al respecto, se señala el importante papel que debe jugar la consejería en todas las pruebas de detección oportuna, incluyendo opciones como las pruebas rápidas de saliva. Los expertos concuerdan en la urgencia de eliminar las barreras que tienen las mujeres embarazadas para acceder a la detección, especialmente cuando ellas perciben estar en riesgo de estar infectadas y desean realizarse una prueba de VIH, pero también entre otras mujeres para quienes la consejería podría apoyarlas para optar por la detección.

Detección oportuna como forma de prevención de la transmisión vertical: Acciones sugeridas por los expertos

- Dirigir la detección oportuna del VIH (durante la atención prenatal, antes del momento del parto siempre y cuando sea posible) con pruebas rápidas a todas las mujeres embarazadas y también las mujeres que planean embarazarse. Esto puede darse abordando primero a las mujeres embarazadas de mayor riesgo para luego expandir la detección oportuna a todas las embarazadas o implementando la detección primero en todas las embarazadas y luego a las demás mujeres.
- Ofrecer atención en el embarazo para mujeres que se saben seropositivas (incluyendo las que reciben detección oportuna durante la atención prenatal o antes de embarazarse) a través de un programa integral y costo-efectivo de prevención de la transmisión perinatal. Dicho programa deberá incluir: tratamiento antirretroviral para la mujer embarazada y apropiado a sus características específicas (etapa del embarazo especialmente), cesáreas electivas, educación y consejería sobre la alimentación infantil adaptadas a la situación específica de la madre y tratamiento antirretroviral para el infante.

Detección como forma de prevención en mujeres no embarazadas: evidencia reportada en la literatura

La detección oportuna del VIH mediante pruebas voluntarias es una tarea fundamental de la prevención. La detección oportuna permite ofrecer la atención que requieren las personas VIH positivas, mejorando su calidad de vida, al tiempo que permite realizar actividades de prevención de nuevos contagios mediante la llamada prevención positiva. La detección y atención oportuna de las personas seropositivas facilita múltiples posibilidades de prevención. Se sabe que la carga viral es un marcador de riesgo de la transmisión y que ésta puede llegar a ser indetectable en el plasma cuando las personas viviendo con VIH se encuentran bajo un régimen antirretroviral y sus niveles de adherencia son adecuados. De esta manera, tendrán menos posibilidad de infectar a sus compañeros sexuales que las personas que no reciben tratamiento (aún en el caso de que no haya un uso correcto consistente del condón).

Adicionalmente, la detección oportuna del VIH junto con la adecuada asesoría y acompañamiento contribuyen también a la prevención, ya que en cuanto las personas que se saben VIH positivas, éstas tienden a reducir el comportamiento que los pone en riesgo de transmitir el virus a otras personas, ya sea reduciendo el número de parejas o usando el condón con éstas (UNAIDS 2008a). Un informe no publicado de un estudio cualitativo realizado recientemente en México encontró que tanto hombres como mujeres encontraron aceptable la realización de pruebas rápidas de VIH en contextos comunitarios y que muchos dijeron que decidieron hacerse la prueba precisamente para saber si estaban infectados y así poder evitar transmitir el virus a los demás. (Allen-Leigh, Rely et al. 2009).

Como se ha mencionado, en el caso de Tijuana en el 2003, se encontró una prevalencia de VIH de 1.2%, mucho mayor a la de la media nacional, lo que mostró la necesidad de distinguir a las mujeres que tienen mayores factores de riesgo con el fin de ofrecerles servicios de detección oportuna y, en caso de requerirlo, canalizarlas para su atención. Respecto de las situaciones de riesgo, este mismo estudio en Tijuana encontró que la prevalencia de VIH entre las usuarias de drogas intravenosas era de 6%, mientras para las no usuarias la prevalencia fue de 0% (Brouwer, Strathdee et al. 2006; Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). Estos datos confirman la importancia de la detección oportuna del VIH entre poblaciones con epidemias concentradas y bajas, señalada desde hace años por ONUSIDA (UNAIDS 2000b). La recomendación de este organismo es comenzar por los grupos que, ya sea por sus comportamientos, por su medio ambiente, o por una combinación de ambas cosas, son más vulnerables ante el VIH.

Una opción que se ha propuesto, basada en modelos matemáticos de costo-efectividad de la prevención de la transmisión vertical en México (Rely, Bertozzi et al. 2003), consiste en aplicar a las mujeres un cuestionario sobre factores de riesgo (incluyendo el tipo de pareja masculina, por ejemplo, militar, recluso, etc.) y sobre comportamientos como el uso de drogas intravenosas, la realización de trabajo sexual o el haber estado en la cárcel, para posteriormente ofrecer pruebas voluntarias de VIH únicamente a las mujeres que están en mayor riesgo (Rely, Bertozzi et al. 2003). Esta estrategia podría ser el punto de partida para implementar gradualmente un sistema universal de detección oportuna del VIH entre todas las mujeres mexicanas.

Detección como forma de prevención en mujeres no embarazadas. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Pese a los claros beneficios que la ofrece detección oportuna a todas las mujeres, existen importantes barreras para lograrla. Comúnmente las pruebas rápidas se aplican a las mujeres entre la población abierta sólo cuando el médico sospecha de que la mujer tiene factores de riesgo asociados con el VIH/SIDA. Como consecuencia, la prueba se oferta generalmente a los llamados “grupos de riesgo”, estrategia que además de no ser efectiva, coincide con la estigmatización social lo que refuerza los estereotipos y prejuicios que reproducen el rechazo y la discriminación de estas mujeres. Por ejemplo, los médicos ofrecen la prueba de VIH cuando creen que la usuaria se dedica al trabajo sexual o es usuaria de drogas intravenosas. Esto puede contribuir a que no se ofrezca la prueba a otras mujeres, e incluso a que se desaliente su aplicación entre las mujeres que la solicitan, bajo el supuesto de que si están casadas o tienen una pareja estable, no se encuentran en riesgo. La percepción de ciertos grupos sociales como “grupos de riesgo” impide la detección oportuna y, por lo tanto, el ingreso a la atención médica de las mujeres seropositivas, así como el fomento de la prevención positiva entre ellas.

En resumen, es necesario volver más accesible la detección oportuna del VIH entre todas las mujeres mexicanas. Existen dos estrategias que podrían ser efectivas para mejorar el acceso de las mujeres a las pruebas de VIH. Una opción que se ha estudiado en México es ofrecer pruebas rápidas en contextos comunitarios tales como centros comerciales, lugares de trabajo y clínicas móviles. Un pequeño estudio cualitativo encontró una gran aceptación de esta estrategia entre las mujeres y hombres mexicanos, aunque todas las personas entrevistadas habían tenido un resultado positivo a la prueba (Allen-Leigh, Rely et al. 2009). Esta opción sería más adecuada para las mujeres que sienten la necesidad de saber si tienen o no el VIH. La segunda opción sería ofrecer la prueba de VIH a mujeres con un mayor grado de vulnerabilidad, otorgando el servicio de detección en la atención para ITS en general o los servicios ginecológicos y pediátricos a los que las mujeres acuden de forma regular.

DetECCIÓN COMO FORMA DE PREVENCIÓN EN MUJERES NO EMBARAZADAS: Acciones sugeridas por los expertos

- Desarrollar e implementar herramientas de tamizaje para mujeres no embarazadas que acuden a servicios ginecológicos y pediátricos con el fin de ofrecerles pruebas de VIH a las mujeres con mayores factores de riesgo.
- Realizar investigación-acción sobre costo-efectividad, aceptabilidad y formas de implementar la detección oportuna en contextos comunitarios con pruebas rápidas y consejería adecuada, empezando con esfuerzos dirigidos a poblaciones clave que están en situaciones de mayor riesgo o tienen mayores barreras para acceder a la detección.

Niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH. Evidencia reportada en la literatura

Pese a existir datos epidemiológicos y etnográficos sobre la situación que enfrentan las y los niños y adolescentes que viven con VIH (Kendall, Pérez-Vasquez et al. 2002; Kendall, Pérez 2004; Pérez, Taracena et al. 2004; Allen-Leigh 2006; Campero, Herrera et al. 2007; Campero, Kendall et al. 2010), así como artículos científicos sobre el uso del tratamiento ARV y los derechos sexuales de mujeres adultas con VIH, entre otros temas (Herrera, Campero 2002; Kendall, Pérez 2004; Campero, Herrera et al. 2007; Campero, Kendall et al. 2010), no se encontraron publicaciones sobre los esfuerzos de prevención positiva dirigidos a este grupo en fuentes de literatura científica o de la literatura gris.

Las y los niños y adolescentes (es decir, menores de 18 años) que viven con VIH siguen siendo un grupo minoritario, pero no por ello menos relevante. Las estimaciones y prevalencias sobre la población infantil con VIH varían dependiendo del año de reporte y la fuente del mismo. Para 2005 se sabía que 3.1% del total de los casos acumulados era de población infantil (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008). La prevalencia

entre niños disminuyó según un reporte publicado en 2009, afirmando que se trataba para los menores de 14 años de 2.4% del total de los casos acumulados (Pavia-Ruz, Santos-Preciado 2009).

La transmisión del VIH en la mayoría de los casos infantiles ocurrió por vía perinatal. Un estudio comparó el número de casos de transmisión vertical entre un grupo de mujeres VIH positivas a quienes se les detectó el virus durante el cuidado prenatal con otro grupo de mujeres a quienes se les detectó el VIH durante el parto. El resultado fue de 0% de infecciones perinatales en el primer caso y 20% en el segundo (Rolando, Viani et al. 2010).

La literatura científica señala que existen varios problemas clave relacionados con la infección infantil de VIH cuya solución no está clara. Entre los principales problemas están: a) la orfandad debido al VIH/SIDA y la falta de familiares que se responsabilicen de los menores luego del fallecimiento de los padres; b) insuficientes casas hogar e instituciones dedicadas al alivio de esta población; c) rechazo, producto de estigma y de la ignorancia, que se traduce en situaciones de discriminación, posiblemente más frecuentes para las niñas; d) deficiente información y capacitación sobre la utilización de pruebas rápidas en áreas de pediatría aunadas a la falta de claridad sobre la repercusión de la discordancia de CD4+ y carga viral como un parámetro para el cambio de tratamiento y, finalmente, e) muy pobre experiencia en cuanto al apego pediátrico a los antirretrovirales y la atención a sus efectos secundarios (CNDH 2004; Pavia-Ruz, Santos-Preciado 2009). Asimismo, poco se sabe sobre los posibles problemas que se dan con el abasto de formulas pediátricas, la existencia de especialistas en el tratamiento de niños y niñas con VIH/SIDA, el acceso a la educación y los asuntos relacionados a la tutoría de los mismos en casos de orfandad.

Los especialistas señalan cinco momentos clave para la vida de una niña, niño o adolescente que vive con VIH y cuya transmisión se ha dado por vía perinatal. Los cinco momentos ocurren: 1. Al inicio de los procedimientos médicos, 2. Al inicio de terapia antirretroviral, 3. Durante los periodos de hospitalización del menor, 3. Al momento de la pérdida de alguno de los padres, 4. Al momento de revelar el diagnóstico a terceros, y finalmente, para el caso de las y los adolescentes, 5. Al momento en que inician su vida sexual (Pavia-Ruz, Tovar-Larrea et al. 2003). Es necesario realizar investigaciones sobre estas etapas con el fin de diseñar estrategias para mejorar la calidad de vida de estos menores, así como acciones de prevención positiva.

Niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH/SIDA. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Existe muy poca información sobre los aspectos sociales relacionados con la situación de las niñas y los niños que viven con VIH/SIDA. Es urgente realizar investigación aplicada en cuanto a prevención y educación sexual para estos niños, niñas y

adolescentes, especialmente en lo relativo al inicio de la vida sexual de las adolescentes. También es importante indagar sobre las estrategias para el manejo de la vida diaria entre adolescentes seropositivos, ya que pueden pasar por etapas de rebeldía que repercutan en su estado de salud, sobre todo si éstas desembocan en falta de adherencia o abuso del alcohol y las drogas. Conocer y comprender las realidades de las y los adolescentes con VIH es crucial para que puedan llevar una vida placentera y plena.

Finalmente, es necesario investigar las barreras y facilitadores para que las adolescentes y mujeres que viven con VIH/SIDA tengan una sexualidad placentera y segura. Los estudios cualitativos existentes —realizados con muestras muy pequeñas y sin representatividad— indican que algunas de estas mujeres interrumpen su vida sexual después del diagnóstico, cuando podrían ejercer su sexualidad con responsabilidad, sin tener que clausurar esa parte de su vida (Allen-Leigh 2006). La salud reproductiva de las mujeres con VIH/SIDA es otro tema importante de investigación como señala en el capítulo dedicado a la atención en este mismo documento. Entre los elementos de mayor preocupación están la posibilidad de que en los servicios de salud se aliente a las mujeres con VIH a que utilicen anticonceptivos y eviten el embarazo.

Niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH. Acciones sugeridas por los expertos

- Asegurar el acceso a la educación de los niños y niñas que viven con VIH/SIDA y castigar cualquier acto de discriminación hacia ellos y ellas.
- Ofrecer un programa integral de atención, desarrollo humano y derechos sexuales a niños, niñas y adolescentes que viven con VIH/SIDA.
- Garantizar el abasto de fórmulas pediátricas de antirretrovirales.
- Formar a especialistas en el tratamiento médico de niños y niñas y adolescentes que viven con VIH/SIDA.
- Reducir el estigma y la discriminación hacia las mujeres, adolescentes y niñas que viven con VIH con diversas estrategias; por ejemplo, difundir historias y testimonios a la población general.
- Realizar campañas de información y promoción de la salud y derechos humanos y reproductivos de las mujeres que viven con VIH/SIDA, dirigidas a las mujeres mismas como a las y los prestadores de servicios de salud.
- Desarrollar estrategias para disminuir el estigma y la discriminación y asegurar el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH entre los prestadores de servicios (incluidos los CAPACITS).
- Realizar intervenciones para prevenir la violencia hacia las mujeres seropositivas.
- Apoyar proyectos productivos para las mujeres que viven con VIH/SIDA.

Mujeres en relaciones discordantes. Evidencia reportada en la literatura

No existe literatura relacionada con México que analice las experiencias así como barreras a la prevención de la transmisión del VIH que enfrentan las mujeres quienes están en una relación serodiscordante, es decir, en las que un miembro de la pareja tiene VIH y el otro no.

Es evidente que existen relaciones discordantes en México y es probable que los integrantes de una proporción de estas relaciones estén conscientes del estatus serológico de su pareja. El que no existan estudios sobre las experiencias y necesidades de prevención de las mujeres dentro de estas relaciones es una muestra de la falta de atención dirigida a los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con VIH/SIDA en el país. Las mujeres en relaciones serodiscordantes, sean ellas seropositivas o seronegativas, tienen derecho a una vida sexual plena y segura así como a decidir sobre su fertilidad con base en información actualizada, y a la atención médica necesaria para llevar a cabo estas decisiones con el menor riesgo posible a su salud, la de su pareja y la de un futuro hijo. Para hacer valer estos derechos se requiere de servicios de apoyo a la sexualidad y la reproducción seguras, los cuales a su vez deben de basarse en la evidencia científica.

Mujeres en relaciones discordantes. Entrevistas con expertos: Temas de investigación

Las mujeres que están en relaciones serodiscordantes son altamente vulnerables a la transmisión del virus cuando es el hombre quien porta el virus. Las dificultades y barreras para que las mujeres exijan el uso del condón con sus parejas serodiscordantes suelen ser similares a las de las demás mujeres. Por otra parte, los expertos argumentan que algunas parejas serodiscordantes logran implementar el uso del condón dentro de sus prácticas sexuales poco después de recibir el diagnóstico, pero con el paso del tiempo se cansan de utilizarlo y puede disminuir la motivación y la percepción del riesgo de parte de ambos miembros de la pareja.

Resulta importante saber con qué herramientas cuentan las mujeres en estas circunstancias para negociar el uso del condón, o inclusive para aceptar y comunicar su reticencia a tener relaciones sexuales un determinado momento. Pero más allá de esto, sería importante explorar las opciones —servicios de apoyo como talleres, consejería o terapia individual y de pareja, espacios virtuales o cara a cara para intercambiar información y experiencias— para fomentar una sexualidad sana entre las parejas serodiscor-

dantes. Se requieren servicios similares se para las parejas en las que los dos miembros tienen VIH. Estas estrategias deberán abarcar diversos servicios, incluyendo: aprendizaje sobre diferentes modalidades u opciones de sexo más seguro; condones masculinos y femeninos, así como lubricantes; aprendizaje de estrategias de negociación del condón y de otras opciones para el sexo más seguro; motivación constante hacia la prevención positiva; información sobre estrategias para la reproducción con el menor riesgo de transmisión vertical y al otro miembro de la pareja, entre otros. En general, este tipo de servicios deberán ofrecer información, espacios de discusión y oportunidades para aprender destrezas y habilidades acerca de cómo vivir una vida sexual sana y placentera con el menor riesgo posible de transmitir el virus.

Los expertos afirman que muchos grupos de auto apoyo para mujeres con VIH/SIDA no facilitan al acceso a las mujeres serodiscordantes —no se les prohíbe que participen, pero tampoco se fomenta su inclusión— lo que limita sus posibilidades de información y sensibilización, capacitación y educativas. En resumen, en México hacen faltan servicios y espacios específicos para las personas que están en una pareja serodiscordante.

Por otra parte, en las parejas donde la mujer no tiene VIH/SIDA, los servicios de salud se centran en atender a los varones y es probable que no le ofrezcan a las mujeres información y servicios relacionados con el ejercicio de una sexualidad sana, incluyendo acceso a condones. En cuanto a los condones masculinos, las y los informantes clave indican que la cantidad de preservativos que se surten puede ser inadecuada, lo cual implica una limitación importante para el ejercicio de la sexualidad más segura para las parejas serodiscordantes de menores recursos. Por su parte, la oferta de condones femeninos es casi inexistente en México, y en los comercios y el mercadeo social que existe tiene un costo relativamente alto.

Mujeres en relaciones discordantes. Acciones sugeridas por los expertos

- Crear programas y servicios de educación, sensibilización y capacitación para que las y los prestadores de servicios atiendan las necesidades de las personas en relaciones discordantes (explorando su costo-efectividad y la aceptabilidad de diversas estrategias, tanto cara a cara como virtuales).
- Explorar la pertinencia de abrir los grupos de auto apoyo para mujeres VIH positivas a mujeres afectadas por el VIH/SIDA que tengan hijos o parejas que viven con VIH/SIDA (o en su caso crear grupos específicos para ellas).
- Ampliar las acciones de prevención, incluyendo la prevención de la violencia en todas sus formas, hacia las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.

2.5. Conclusiones

La prevención debe contemplar una serie de acciones programáticas y políticas públicas –que hemos reseñado en este capítulo– así como la evaluación de las estrategias implementadas. La oferta de atención y tratamiento antirretroviral para las personas que viven con VIH debe ser considerada una forma más de prevención de la transmisión. Tomando esto como punto de partida y con base en los datos presentados en el presente capítulo, puede afirmarse que la prevención en México no cubre las necesidades de las mujeres mexicanas ni abarca su diversidad. Desde la perspectiva de los expertos, las mujeres han sido abordadas más por sus comportamientos que por su condición de género y en ocasiones se les ha contemplado sólo como vectoras de transmisión y no por su valor intrínseco como seres humanos.

Promover la igualdad de género y combatir el VIH/SIDA son parte de las Metas del Milenio; sin embargo, en México estos dos temas siguen siendo una asignatura pendiente. Un caso particularmente claro de la interacción entre estas dos problemáticas es la relación entre la violencia hacia las mujeres y la vulnerabilidad al VIH presente tanto en México como en el resto del mundo.

La prevención del VIH entre las mujeres en México requiere mayor inversión de recursos financieros, humanos y especialmente mayor voluntad política de los que hasta el momento se ha invertido. Asimismo se requieren esfuerzos que logren la sinergia de los conocimientos y habilidades de los diversos actores que participan en la lucha por la prevención del VIH: mujeres viviendo con o afectadas por VIH/SIDA, sociedad civil organizada, instituciones académicas y gubernamentales y organismos internacionales. Por un lado, existen huecos en la evidencia científica existente que es necesario llenar para comprender las dinámicas que están detrás de la dispersión del virus y proceder a diseñar soluciones. Por otro lado, hace falta diseñar intervenciones pensadas para las mujeres mexicanas, o adaptar intervenciones que han tenido éxito entre mujeres en otros países, las cuales deberán ser evaluadas para determinar su impacto, aceptabilidad y costo-efectividad.

Bibliografía

- ABC-Noticias (2007) OMS y ONUSIDA publican nuevas indicaciones sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH en los centros de salud. ABC Noticias, Consultado Octubre 23, 2009, En <http://salud.abc.es/infecciones-alergias/junio07/vih.html#top>.
- Aceijas C., Stimson V., et al. (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 18(17):2295-2303.
- Allen-Leigh B. (2006) Una etnografía de la experiencia sexuada de vivir con VIH/SIDA: Prácticas y representaciones de las mujeres mexicanas seropositivas en los campos del parentesco y la atención médica. Tesis doctoral en Ciencias Antropológicas., UAM-Iztapalapa.
- Allen-Leigh B., Rely K., et al. (2009) Acceptability of rapid HIV testing in community contexts in Mexico and Guatemala: a rapid ethnographic study. Informe sin publicar elaborado para AIDS Health Foundation. AIDS Health Foundation, México, DF. Pp.45.
- Allen-Leigh B., Torres-Pereda P. (2008) Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En 25 Años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. J. A. Córdova Villalobos, S. Ponce de León Rosales, J. L. Valdespino Eds. México, DF, INSP. Pp: 275-287.
- Allen B., Cruz-Valdez M., et al. (2003) Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 45(suplemento 5):s594-s607.
- Alvarado-Esquivel C., Sablon E., et al. (2005) Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiology and Infection* 133(4):679-685.
- Ángeles Cruz H., Rojas Wiesner M. L. (2000) Migración femenina internacional en la frontera sur de México. *Papeles de población* enero-marzo(23):127-151.
- Atienzo E., Walker D. M., et al. (2009) Parent-adolescent comunicación parent-adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 14(2):111-119.
- Baltazar-Reyes, Rivera-Rivera, et al. (2005) Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among female commercial sex workers in Cuautla, Morelos. *Ginecol Obstet Mex* 73(1):36-47.
- Bertaux D. (1993) Los relatos de vida en el análisis social. En *Historia oral*. Aceves Eds. México D.F., Instituto de Investigaciones "José María Luis Mora". Pp: 134-148.
- Braitstein P., Boulle A., et al. (2008) Gender and the Use of Antiretroviral Treatment in Resource-Constrained Settings: Findings from a Multicenter Collaboration. *Journal of Women's Health* 17(1):47-55.
- Bronfman M., Leyva R., et al. (2003) Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras* 1(3):8-12.
- Bronfman M., Leyva R., et al. (2002) Mobile populations and HIV/AIDS in Central America, Mexico and the United States. Amsterdam, Mondizzi Editore S.P.A.
- Bronfman M., Minello N. (1999) Hábitos sexuales de los migrantes temporales a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En *SIDA en México: migración, adolescencia y género*. M. Bronfman, Ana Amuchástegui, Rosa M. Martina, Nelson Minello, Marta Rivas y Gabriela Rodríguez Eds. México, Colectivo Sol.

- Bronfman M., Uribe P., et al. (2001) Mujeres al borde...vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México. En *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México*. E. Tuñón Pablos Eds. México, El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés.
- Brouwer K., Strathdee S., et al. (2006) Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. *Journal of Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine* 83(2):299-307.
- Bucardo J., Semple S., et al. (2004) A qualitative exploration of female sex work in Tijuana, Mexico. *Arch Sex Behav* 33(4):343-51.
- Buchanan A. M., Cunningham C. K. (2009) Advances and Failures in Preventing Perinatal Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clin Microbiol Rev* 22(3):493-507.
- Caballero Hoyos J. R. (2006) Factores de comportamiento asociados al riesgo de ITS y VIH en adolescentes y jóvenes mexicanos. Revisión de estudios publicados entre 1986 y 2004. En *ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México*. J. R. Caballero Hoyos, C. Jesús Conde González, A. Villaseñor Sierra Eds. Guadalajara, Jalisco, Consejo Estatal de SIDA-Jalisco y INSP.
- Caballero M., Ochoa-Marín S. C., et al. (2009) Consecuencias de la migración en mujeres compañeras de migrantes. En *Las que se quedan, contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Perspectivas en salud pública*. R. Leyva, M. Caballero Eds. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Pp: 55-70.
- Campero L., Herrera C., et al. (2007) Bridging the Gap Between Antiretroviral Access and Adherence in Mexico. *Qual Health Res*(17):599-611.
- Campero L., Kendall T., et al. (2010) El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública Mexico* 52:61-69.
- Campero L., Walker D., et al. (in press) A quasi experimental evaluation of parents as sexual health educators resulting in delayed sexual initiation and increased access to condoms. *Journal of Adolescence*.
- CDC (2007) The Role of STD Prevention and Treatment in HIV Prevention. Center for Disease Control and Prevention. Fact Sheet, Consultado May 24, 2010, En <http://www.cdc.gov/std/hiv/stds-and-hiv-fact-sheet.pdf>.
- CENSIDA (2009b) Video: Hagamos uno contra la homofobia. Consultado Octubre 23, 2009, En <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/homofobia/diahomofob.html>.
- CNDH (2004) Comunicado de Prensa. Consultado Jul 21, 2010, En <http://www.cndh.org.mx/comsoc/compre/2004/143.htm>.
- Coodavia H. (2009) Current Issues in Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1. *Curr Opin HIV AIDS* 4(4):319-324.
- Cuadra S., Leyva R., et al. (2003) The regulation of STI/HIV/AIDS control among sex workers in two cities along the southern border of Mexico. *Research for sex work* December(6):18-19.
- Davenport H. G. (2006) Las vulnerabilidades de la Eva refundada. Riesgos del VIH en la población de mujeres transgénéricas y transexuales. En *SIDA: Aspectos de salud pública* Eds. México, CENSIDA-INSP. Pp: 105-115.

- De Cock K. M., Gilks C. F., et al. (2009) Can antiretroviral therapy eliminate HIV transmission? *The Lancet* 373(9657):7-9.
- del Rio C., Sepúlveda J. (2002) AIDS in Mexico: lessons learned and implications for developing countries. *AIDS* 16(11):1445-1457.
- Delor F., Hubert M. (2000) Revisiting the concept of vulnerability. *Soc Sci Med.* 50(11):1557-70.
- DeMaria L., Galárraga O., et al. (2009a) Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 26(6):485-93.
- Dreser A., Caballero M., et al. (2002) The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico. *Research for Sex Work* 5:15-16.
- Driscoll A., Brindis C., et al. (2004) Priorities, progress and promise: a chartbook on Latino adolescent reproductive health. University of California, San Francisco.
- Ehrhardt A. A., Sawires S., et al. (2009) Gender, empowerment, and health: what is it? How does it work? *J Acquir Immune Defic Syndr* 51(Suppl 3):S96-S105.
- Evangelista A., Kauffer E. (2007) Jóvenes y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en comunidades de la región fronteriza de Chiapas. En *Compartiendo saberes sobre el VIH/SIDA en Chiapas*. R. Tinoco, M. Martínez, A. Evangelista Eds. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, ISECH, CISC AC, ECOSUR, COESPO y UNFPA. Pp: 77-98.
- Firestone Cruz M., Mantsios A., et al. (2006) A qualitative exploration of gender in the context of injection drug use in two US-Mexico border cities. *AIDS Behav.* 11:253-262.
- Galárraga O., Campero L., et al. (2008) Educación sexual para la prevención del VIH en Latinoamérica y el Caribe: Diagnóstico regional. INSP, Cuernavaca, Morelos.
- Gallegos E. C., Villarruel A. M., et al. (2008) Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México* 50(1):59-66.
- Gayet C., Juárez F., et al. (2003) Uso de condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México* 45(suppl 5):632-640.
- Gayet C., Magis C., et al. (2007a) Camioneros de larga distancia. En *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. C. Gayet, C. Magis, D. Sacknoff, L. Guli Eds. México, Flacso México/SSA/CENSIDA/Family Health Internacional/USAID. Pp: 115-128.
- Gayet C., Magis C., et al. (2007b) Mujeres trabajadoras sexuales. En *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. C. Gayet, C. Magis, D. Sacknoff, L. Guli Eds. México, Flacso México/SSA/CENSIDA/Family Health Internacional/USAID. Pp: 129-143.
- Gayet C., Rosas C. A., et al. (2002) Con quien hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública de México* 44(2):122-128.
- Gómez M. (2008) Una comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. *Rev Panam Salud Pública* 24(4):256-64.

- Hernández-Rosete D., Maya García O., et al. (2008) Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico. *Revista de Saúde Pública* 42(1):131-138.
- Hernández-Rosete D., Sánchez G., et al. (2005) Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental* 28(5):20-26.
- Herrera C., Campero L. (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México* 44(6):554-564.
- Infante C., Sosa-Rubi S. G., et al. (2009) Sex work in Mexico: vulnerability of male, transvesti, transgender and transsexual sex workers. *Culture, Health & Sexuality* 11(2):125-137.
- Infante C., Zarco A., et al. (2006) El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso del personal de salud en México. *Salud Pública de México* 48(2):141-150.
- Izazola-Licea J. A., Nieto-Andrade B. (1997) Análisis comparativo de la incidencia acumulada de VIH/SIDA en prisiones y en población general. VI Congreso Nacional Sobre SIDA. Ciudad de México.
- Jewkes (2009) Gender and Sexuality: Recent Data and its Implications for HIV Prevention, Treatment, Care and Support. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. Cape Town, Africa.
- Jewkes R., Nduna M., et al. (2008) Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 337:a506.
- Kendall T., Perez-Vasquez H., et al. (2002) Side effects and adherence to antiretrovirals by HIV-positive Mexican women. International Conference on AIDS. Barcelona, España.
- Kendall T., Pérez H. (2004) Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. México D.F., Colectivo Sol.
- Magis Rodríguez C., Bravo García E., et al. (2008) El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México, D.F., CENSIDA.
- Magis Rodríguez C., Ortiz Mondragón R. (2006) Con el virus en las venas: SIDA y drogas inyectables. En *SIDA aspectos de salud pública*. C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick Eds. México, DF, CENSIDA, INSP. Pp: 133-143.
- Magis Rodríguez C., Ruíz Badillo A., et al. (2000) Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México. II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA y ETS 2000. Sao Paulo, Brasil.
- Maier E. (2007) Educación para la prevención del VIH-SIDA para inmigrantes indígenas en Baja California. *Región y sociedad* 19(40):3-37.
- Martinez-Donate A. P., Blumberg E. J., et al. (2004a) Risk for HIV Infection Among Adolescents in the Border City of Tijuana, Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 26(4):407-425.
- Mireles-Vieyra M. P., Rodríguez-Lara M., et al. (2008) Intrafamiliar risk for women: maximum exposure to HIV minimum protection. XVII International AIDS Conference. Ciudad de México.
- Office of Policy and Planning (2006) The Changing Demographic Profile of the United States. Office-of-Policy-and-Planning, Washington, DC. Pp.31.

- Olaiz G., del Rio A., et al. (2003) Violencia contra las mujeres un reto para la salud pública en México. Informe ejecutivo de la encuesta nacional de violencia contra las mujeres. INSP SSA, Cuernavaca, Morelos. Pp.45.
- Olivero J., Roberts J. (1995) AIDS in Mexican prisons. *AIDS Soc* 6(4):4.
- ONU (2008) Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008. ONU, Nueva York. Pp.56.
- ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2006. ONUSIDA, Ginebra. Pp.80.
- ONUSIDA UNFPA UNIFEM (2004) Mujeres y VIH/SIDA: enfrentarse a la crisis. ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, Ginebra. Pp.71.
- Ortiz-Mondragón R., Ortiz Ruiz M. d. l. L., et al. (2009) Reducción de daños como política de salud. En *VIH SIDA y Salud Pública. Manual para personal de salud*. H. Barrientos, C. Magis Rodriguez Eds. México, SSA/CENSIDA/INSP. Pp: 241-250.
- Patterson T., Mausbach B., et al. (2008a) Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juárez, México. *Am J Public Health* 98(11):2051-2057.
- Patterson T., Semple S., et al. (2008b) Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *The Journal of Infectious Diseases* 197:728-732.
- Patterson T. L., Semple S. J., et al. (2005) An HIV-prevention intervention for sex workers in Tijuana, Mexico: a pilot study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 27(1):82-100.
- Patterson T. L., Semple S. J., et al. (2006) A sexual risk reduction intervention for female sex workers in Mexico: Design and baseline characteristics. *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 5(2):115-137.
- Pavia-Ruz N., Santos-Preciado J. I. (2009) A 24 años del primer caso pediátrico con infección por el VIH/SIDA en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*(Editorial).
- Pavia-Ruz N., Tovar-Larrea P., et al. (2003) Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 23(4):126-132.
- Pelcastre-Villafuerte B., Kendall T., et al. (2008) Las maquiladoras frente al VIH/sida, implementación de programas y percepción de los empleadores en Puebla. *Región y Sociedad* XX(043):189-211.
- Pérez H., Taracena R., et al. (2004) Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. México, CENSIDA.
- Pick S., Diaz-Loving R., et al. (1990) Effect of sex education on the sexual and contraceptive practices of female teenagers in Mexico City. *J Psychol Human Sex* 3:71-93.
- Pick S., Givaudan M. (1998) Family life education Increases contraceptive knowledge and use by Mexican youth. Nueva York, The Population Council.
- Pick S., Givaudan M., et al. (2007) Communication as a protective factor: evaluation of a life skills HIV/AIDS prevention program for Mexican elementary-school students. *AIDS Education and Prevention* 19(5):408-421.
- PNUD (2007) Informe sobre desarrollo humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano. PNUD, México, DF. Pp.206.

- Ponce P. (2009) Un acercamiento a la problemática del VIH/SIDA al interior de los pueblos indios. En *Problemáticas Sociales para las sociedades plurais. Políticas indigenistas, sociales e de desenvolvimiento em perspectiva comparada*. C. Teófilo da Silva, A. C. de Souza Lima, S. Grant Baines Eds. Sao Paolo, Brasil, ANNABLUME/ FAPDF.
- Quintino F., Leyva R. (2009) Servicios de salud: prevención y atención de las ITS y el VIH/SIDA. En *Las que se quedan, contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Perspectivas en salud pública*. R. Leyva, M. Caballero Eds. México, INSP.
- Reartes D. L. (2008) Representaciones acerca del inicio sexual y el uso del condón en jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de Chiapas. En *Anuario Cesmeca 2007*. Universidad de la Rioja Eds. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, CESMECA-UNICACH. Pp: 275-298.
- Rely K., Bertozzi S., et al. (2003) Cost-effectiveness of strategies to reduce mother-to-child HIV transmission in Mexico, a low-prevalence setting. *Health Policy Planning* 18(3):290-298.
- Roach P., Fontes M. (2008) First Sex: An opportunity of a lifetime for HIV/AIDS Prevention. XVII International AIDS Conference. AIDS 2008. México, DF.
- Rolando M., Viani M. D., et al. (2010) Mother-to-Child HIV Transmission in a Cohort of Pregnant Women Diagnosed by Rapid HIV Testing at Tijuana General Hospital, Baja California, Mexico. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 9(2):82-86.
- Salgado N. (2007) Migración México-Estados Unidos: Consecuencias para la Salud. Cuernavaca, INSP.
- Secretaría de Salud (1994a) Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. NOM-003-SSA2-1993, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/003ssa23.html>.
- Secretaría de Salud (1994b) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. NOM-005-SSA2-1993, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>.
- Secretaría de Salud (1994c) Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex. NOM-016-SSA1-1993, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/016ssa13.html>.
- Secretaría de Salud (1994d) Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. NOM-017-SSA2-1994, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/016ssa13.html>.
- Secretaría de Salud (1996) Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA2-1994, para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación. NOM-023-SSA2-1994, En <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/265/default.htm?s=iste>.
- Secretaría de Salud (1999) Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. NOM-168-SSA1-1998, En <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/normateca/NOM168ssa11.pdf>.
- Secretaría de Salud (2000) Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. NOM-006-SSA2-1993, En <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/nomits2002.pdf>.

- Secretaría de Salud (2002) Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-039-SSA2-2002, En <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/nomits2002.pdf>.
- Secretaría de Salud (2002a) NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>.
- Secretaría de Salud (2008) Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS. SSA, México, D.F. Pp.79.
- SEP, Instituto Mexicano de la Juventud (2008) Encuesta nacional de violencia en las relaciones de noviazgo 2007. Consultado Enero 22, 2010, En http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf.
- Shahmanesh M. (2008) Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health* 13(5):659-679.
- Stern C., Reartes D. (2001) Estudios de caso, programas de salud reproductiva para adolescentes en México, D.F. En *Programas de Salud Reproductiva Para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, DF y San Pablo*. M. Gogna Eds. Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad. Pp: 117-194.
- Strathdee S., Lozada R., et al. (2008) No man's land: deportation and migration as risk factors versus protective factors for HIV infection among male and female injectors drug users in Tijuana, México. XVII International AIDS Conference. AIDS 2008. Mexico City.
- Strathdee S., Mausbach B., et al. (2009) Predictors of sexual risk reduction among Mexican female sex workers enrolled in a behavioral intervention study. *Acquir Immune Deficit Syndrome* 51(s1):s42-s46.
- Théodore F. L., Gutiérrez J. P., et al. (2004) El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Pública de México* 46:104-112.
- Torres-Pereda P., Walker D. M. (2009) Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos e incluir a las madres y padres. Capítulo 16. En *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. Segunda edición actualizada y aumentada*. C. Magis, H. Barrientos Bárcenas Eds. México DF, CENSIDA. Pp: 169-180.
- Torres P., Walker D., et al. (2006) Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados: diseño de un estudio experimental controlado y resultados de la línea basal. *Salud Pública de México* 48:308-316.
- Türmen T. (2003) Gender and HIV/AIDS. *Int J Gynaecol Obstet* 82(3):411-418.
- UNAIDS (1998) Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action. Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways. UNAIDS, Geneva. Pp.17.
- UNAIDS (2000a) AIDS in Africa Country by Country. UNAIDS, Geneva. Pp.243.
- UNAIDS (2000b) Women and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 242. Geneva. Pp.1.
- UNAIDS (2004) 2004 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, Geneva. Pp.22.

- UNAIDS (2006) Resolution adopted by the General Assembly: Political declarations on HIV/AIDS. General Assembly: UNAIDS, Geneva. Pp.8.
- UNAIDS (2008a) Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, Geneva. Pp.357.
- UNAIDS (2009a) Antiretroviral treatment for prevention. 2009 Feature stories, Consultado Mayo 5, 2010, En http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20091106_ART_for_HIVprev.asp.
- UNAIDS (2009b) HIV Prevention. Policy and Practice, Consultado Mayo 5, 2010, En <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp>.
- UNFPA (2006) Jóvenes en movimiento. Estado de la población mundial 2006. Suplemento jóvenes. UNFPA, Ginebra. Pp.76.
- Uribe Salas F., Conde-Glez C., et al. (2003) Sociodemographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers at the Mexican-Guatemalan border. *Sexually transmitted diseases* 30(3):266-271.
- Valdespino Gómez J. L., García García M. d. L., et al. (1995) Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia del VIH/SIDA. *Salud Pública de México* 37(6):549-555.
- Vera-Gamboa, Góngora-Biachi, et al. (2005) Acceptability of a test for antibodies against HIV in a group of pregnant women in Yucatan, Mexico. *Ginecol Obstet Mex* 73(7):355-9.
- Viani R., Arenta M., et al. (2006) Perinatal HIV counseling and rapid testing in Tijuana, Baja California, México: Seroprevalence and correlates of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 41:87-92.
- Villaseñor-Sierra A. (2006) Infecciones de Transmisión sexual en adolescentes y adultos jóvenes: perfil de un problema internacional creciente. En *ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la prolemática en México*. J. R. Caballero-Hoyos, C. J. Conde-González, A. Villaseñor-Sierra Eds. México D.F., Consejo Estatal de SIDA-Jalisco, INSP. Pp: 13-29.
- Volkow P. (2006) Impacto del comercio de la sangre y el plasma en la diseminación del VIH/ SIDA. En *SIDA aspectos de salud pública*. C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick Eds. México, CENSIDA, INSP. Pp: 53-66.
- Walker D. M., Gutiérrez J. P., et al. (2006) HIV prevention in Mexican schools: prospective randomized evaluation of intervention. *British Medical Journal* 332:1189-1194.
- Wasserheit J. N. (1992) Epidemiological synergy: inter-relationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 19(2):61-77.
- WHO UNODC UNAIDS (2004) Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. WHO, Geneva. Pp.4.
- WHO UNODC UNAIDS (2009) Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. WHO, Geneva. Pp.44.
- Woo Morales O. (1997) Migración femenina indocumentada. *Frontera norte* 9(17):113-118.
- Zellner J. A., Martinez-Donate A. P., et al. (2006) Feasibility and use of school-based condom availability programs in Tijuana, Mexico. *AIDS and Behavior* 10(6):649-657.

Capítulo 3. Análisis del panorama de la atención

Patricia Volkow y Dulce Alejandra Balandrán

3.1 Introducción

Prevenir las infecciones por VIH debe ser el pilar más fuerte en la respuesta del sector salud mexicano ante esta epidemia. No obstante, cuando las personas ya se encuentran infectadas, resulta prioritario ofrecerles atención médica a fin de mejorar su pronóstico y calidad de vida mediante el acceso universal a la terapia antirretroviral y a otros servicios de atención. Aunque la terapia ARV es un componente muy importante en la atención, no es el único, ya que las PVVS requieren de servicios adicionales (además de la oferta de medicamentos), cuya calidad y satisfacción por parte de las usuarias se conocen poco. Este capítulo tiene por objetivo analizar el panorama de la atención a las mujeres que viven con VIH basándose en datos recabados mediante investigación cualitativa y el análisis crítico de la evidencia disponible para los temas centrales de este apartado. Estos temas han sido desarrollados en términos de los componentes de la calidad de la atención: recursos, calidad técnica y relación médico-paciente.

Para el abordaje cualitativo, se entrevistó a algunos actores clave que fueron nuestros informantes principales. Adicionalmente, se trianguló la información obtenida a partir de una aproximación basada en una revisión bibliográfica exhaustiva en puntos clave de la atención médica como son: acceso a medicamentos, barreras para la

detección y tratamiento temprano de mujeres con VIH, necesidades de capacitación en proveedores de servicios con énfasis en problemas de salud específicos de las mujeres con VIH, entre otros. A lo largo del capítulo se señalan los casos en los que no se encontró información publicada o disponible, resaltando la opinión y postura de los médicos expertos entrevistados para este capítulo.

3.2 Metodología

Al inicio se realizó una búsqueda sistemática de información basada en los temas de interés para el desarrollo del capítulo. Las bases de datos exploradas fueron PubMed, Cochrane BVS, SciELO, Artemisa, EBSCO, LILACS y RIIMSIDA. También se consultaron las listas de las referencias de artículos de interés y se realizaron búsquedas manuales en las páginas electrónicas oficiales de CENSIDA y CISIDAT. No se contemplaron criterios de selección específicos para el tipo de estudios a buscar y, a pesar de haber hecho una búsqueda no limitada sobre el tema de la atención en mujeres con VIH, se encontró poca literatura y evidencia disponible. Las autoras de este capítulo son las mismas que actuaron como revisoras de la literatura.

Posteriormente, a partir de una metodología cualitativa y usando un enfoque basado en la teoría fundamentada, se formuló una guía de entrevista semiestructurada para la recolección de datos relevantes a juicio de los expertos y basándonos en la evidencia disponible como un instrumento que podría darnos una aproximación del panorama de atención a las mujeres con VIH. Este instrumento también se desarrolló explorando los componentes de recursos, calidad técnica y relación médico-paciente en la calidad de la atención (Donabedian 1980). Se realizaron entrevistas cara a cara y por vía telefónica a actores clave y expertos invitados al estudio cuya participación fue voluntaria y, en la mayoría de los casos, anónima, como ha sido mencionado en la metodología general de este libro. En el componente de atención, la definición de actores clave se centró en médicos con alguna experiencia en el manejo clínico de personas con VIH y que actualmente trabajan en el primero, segundo o tercer nivel de atención, además de aquéllos con alguna función administrativa o gerencial en alguna de estas áreas.

En México, no existen médicos especializados para la atención específica a mujeres con VIH, razón por la que la selección de expertos incluyó a médicos que atienden a hombres y mujeres con VIH. Incluimos al menos tres médicos de Centros de Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e ITS (CAPASITS); tres médicos de los Hospitales Regionales o de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social; dos médicos del ISSSTE; tres médicos de los Institutos Nacionales de Salud; dos médicos de hospitales de segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud y al menos un experto de la Clínica Condesa y de los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas (Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional y/o de la Secretaría de Marina). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Características de los expertos entrevistados para hablar de la atención que ofrecen los servicios de salud a mujeres con VIH

| CARACTERÍSTICA | NÚMERO (RANGO) |
|---|----------------|
| SEXO (Mujer / Hombre) | 8/7 |
| ESPECIALIDAD | |
| Médico general | 4 |
| Médico infectólogo | 6 |
| Médico internista u otra especialidad | 5 |
| ADSCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES | |
| Secretaría de Salud (Hospitales Generales, Institutos Nacionales de Salud y Clínica Condesa) | 9 |
| Instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE e ISSFAM) | 6 |
| Años de experiencia en la atención de niñas, adolescentes y mujeres con VIH | (De 3 a 27) |
| Rango de niñas, mujeres y adolescentes que atienden actualmente | (De 20 a 200) |

Una vez obtenidos los datos provenientes de la revisión documental y de la información colectada a través de las entrevistas, se integraron y codificaron datos a partir de la estructura de la entrevista. Las aportaciones que surgieron en las entrevistas abiertas se contextualizaron en los escenarios pertinentes propuestos en el marco teórico de la calidad de la atención. Luego del análisis de los datos, y partiendo de una postura reflexiva y sistemática, los resultados principales fueron agrupados en las tres categorías básicas del componente de atención de servicios de salud antes mencionadas: recursos, calidad técnica y relación médico-paciente (calidad interpersonal).

3.3 Resultados principales

La calidad de los servicios de salud se ha definido como el “atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes” (Donabedian 1991). En otras palabras, nos referimos a la propiedad de la atención que busca los mejores resultados en salud con la mejor optimización de recursos adaptados a un determinado contexto social. Lo anterior evidencia que la calidad de atención médica no es un atributo subjetivo sino una característica capaz de ser evaluada por diversos actores expertos en el tema, quienes, como en el caso de este documento, aportaron sus experiencias y autoevaluaciones, las cuales han sido interpretadas por las autoras. Al final, la breve aproximación del panorama de atención está basada en la experiencia

del experto y su conjunción con la evidencia obtenida del marco general del panorama de la atención médica.

Los resultados encontrados muestran grandes variaciones en la atención a las personas con VIH en las diferentes instituciones de salud, las cuales aún no incorporan la perspectiva de género en el eje de sus estrategias. No encontramos un patrón determinado para alguna institución, por lo que evitamos plantear como resultado un juicio de la “mejor o peor calidad en la atención de mujeres, adolescentes o niñas con VIH” en alguno de sus componentes. A pesar de que evitamos hacer juicios de valor respecto de la calidad de la atención, deseamos resaltar que, incluso cuando existen considerables avances en la atención de pacientes con VIH, en general la atención a las mujeres con VIH sigue constituyendo un tema de rezago.

Por otro lado, reconocemos que las opiniones recolectadas sobre el tema de la atención a las mujeres con VIH están limitadas a la experiencia de la demanda de atención de aquellas mujeres que acuden a los servicios de salud y que representan sólo una parte del universo de las mujeres infectadas, considerando que una proporción aún no cuantificada, pero que se estima considerable, no llega a estos servicios porque no se saben infectadas o no se reconocen en riesgo.

La subutilización de los servicios de atención por parte de las mujeres puede estar relacionada con las diferentes barreras generadas por la construcción de género, aunadas a las condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar en cualquiera de sus formas (psicológica, física o sexual) y la presencia de relaciones de pareja poco favorables (parejas inestables o relaciones dependientes). La combinación de estas barreras puede incrementar la vulnerabilidad biológica y social de las mujeres, generando así una barrera sustancial para acceder a los servicios de salud (Hwang 2000; Riley, Wu et al. 2003; Stewart, Cianfrini et al. 2005). Esta situación podría ser considerada y analizada desde la perspectiva de salud pública bajo otros escenarios de investigación, y seguramente arrojará información valiosa sobre el acceso de las mujeres a los servicios de prevención y atención del VIH.

3.3.1 Recursos

Por recursos comprendemos todos los elementos con los que cuenta una unidad de salud anidada en alguna de las instituciones que proporcionan atención a personas con VIH: las personas que otorgan la atención (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, estomatólogos y otros especialistas), las instalaciones, la tecnología, los materiales disponibles, etc. El concepto de “recursos” también abarca la forma en que los “recursos disponibles” están organizados, pero no retomamos este concepto porque la exploración de los procesos en la atención a niñas, adolescentes y mujeres con VIH, cambiaría el enfoque de este apartado en la investigación propuesta inicialmente.

I. Recursos humanos

En una primera instancia encontramos que el grado de especialidad de los médicos dedicados a la atención de niñas, adolescentes y mujeres con VIH no es estandarizado. Un hallazgo relevante desde este enfoque fue la gran variedad de opiniones y conocimiento entre médicos con formación académica en infectología o pediatría versus médicos generales. Cuando exploramos sobre el motivo principal en su dedicación a la atención de personas con VIH, encontramos que muchos de los primeros —sin que esto implique una generalización— son especialistas que aparentemente despertaron un interés inicial por atender a las personas con VIH buscando intencionalmente ofrecer sus servicios a dichas personas, mientras que los segundos, en su mayoría, se insertaron en este tipo de atención movidos por la poca oferta de empleos o puestos mejor remunerados. Vale la pena decir que en las entrevistas con los médicos no exploramos su opinión sobre la necesidad de otros recursos relacionados con la atención de personas con VIH en otras áreas como pueden ser psicología, psiquiatría, nutrición, ginecología, pediatría, entre otros.

II. Recursos físicos

En general, la atención a las personas con VIH, hombres y mujeres, está incorporada al listado de servicios otorgados en el segundo y tercer nivel de atención, tanto en las unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud como en las unidades de la seguridad social. No obstante, en años pasados la Secretaría de Salud promovió la creación de los CAPASITS ante la necesidad de contar con servicios especializados de atención para personas con VIH en primer nivel.

Para el caso de la atención de mujeres y adolescentes con VIH de la población abierta¹, se encontró que ésta es la población más numerosa del total de personas con VIH en México y, por lo tanto, la mayor demanda de servicios recae en instituciones dependientes de la Secretaría de Salud, por lo que las personas beneficiarias siguen acudiendo a control médico en la consulta externa de los diferentes hospitales generales (a pesar de la incorporación de CAPASITS al programa de atención a personas con VIH), o bien acuden a la Clínica Condesa en el caso población abierta del Distrito Federal.

El esfuerzo que ha representado crear los CAPASITS no ha dado los frutos esperados, ya que se subutilizan los servicios de estos centros especializados y, con frecuencia, actúan sólo como dispensadores de medicamentos. Creemos que una de las posibles razones para la ocurrencia de este fenómeno tiene que ver con cuestiones de acceso, disponibilidad de servicios y la calidad percibida por las personas con VIH que acuden solicitando el servicio. Esto tendría que sustentarse en evidencia que considere

¹ Se comprende como población abierta a las personas sin algún tipo de seguridad social. Incluye a las personas no trabajadoras y a las trabajadoras no formales.

la perspectiva de las potenciales usuarias —es decir, mujeres con VIH— con base en un estudio detallado de los procesos de atención de las unidades en cuestión.

Además, a pesar de los reportes mundiales y nacionales sobre sistemas de salud que reconocen una mayor demanda de servicios médicos por parte de las mujeres en comparación con los hombres, éste es un fenómeno que no sucede en el contexto del VIH, y se explica por la focalización de la epidemia entre los hombres que tienen sexo con hombres pero también por el retraso que se ha observado en el grupo de las mujeres para acudir a los servicios de atención.

Entender el contexto de la epidemia de acuerdo con las diferentes formas de transmisión, como se ha mencionado en los capítulos previos, justifica con mucho la demanda de servicios para mujeres a fin de obtener un diagnóstico temprano y poder proveer una atención oportuna. Afortunadamente, para las niñas y adolescentes con VIH, en su mayoría infectadas por vía perinatal, casi la totalidad se encuentra recibiendo atención especializada en hospitales o clínicas para niños con VIH.

Por otro lado, el contar con el acceso a pruebas de laboratorio y gabinete depende de varios factores, entre los cuales identificamos básicamente cuatro: a) ser o no derechohabiente de alguna institución; b) tipo de institución a la que se acude; c) estatus económico del paciente para la población abierta que es atendida por la Secretaría de Salud; y d) un sistema funcional de referencia y contrarreferencia. Por ejemplo, el tener algún tipo de seguridad social, un nivel socioeconómico medio-alto o un sistema efectivo de referencia para los estudios de laboratorio y gabinete solicitados en cualquiera de las instituciones, facilita que el médico pueda apegarse a las buenas prácticas en la atención del VIH, no así cuando el estatus económico del paciente es bajo o los sistemas de referencia no cuentan con los recursos suficientes, aún cuando el médico considere necesario realizar un examen de carga viral, conteo de CD4 o genotipo, por mencionar algunos ejemplos. Valdría la pena explorar los beneficios del Seguro Popular en estos casos, ya que en nuestra investigación no incluimos la exploración de gastos en salud y mecanismos de financiamiento, al abordar únicamente a prestadores de servicios y no a las usuarias de los mismos.

Todos los expertos entrevistados de las diferentes instituciones hicieron mención del difícil acceso y gran costo que representan los estudios de resistencia viral (genotipo) para las personas con VIH, aun cuando éstos son indispensables para la prescripción de una segunda o tercera línea de tratamiento.

III. Recursos materiales

El último aspecto explorado en este componente fue el de los recursos materiales disponibles: fármacos antirretrovirales, condones y acceso a pruebas de laboratorio y diagnóstico indispensables en el manejo del VIH.

A pesar de que se reconoce como un gran éxito el “acceso universal a la terapia antirretroviral en México”, la realidad es que la logística de entrega y abastecimiento constante y oportuno, continúa siendo un reto aunado a la amenaza que representan las barreras que conducen a un inadecuado apego al tratamiento ARV. Esto es, sin duda alguna, una preocupación expresada por algunos de los médicos entrevistados y que resulta inaceptable dentro del esfuerzo del acceso universal a los antirretrovirales.

Por otra parte, el suministro de condones es limitado y refleja una serie de barreras de carácter social y de abasto importantes. La entrega de condones se encuentra dentro una problemática mayor a la antes señalada ya que, además de compartir los problemas de logística en el abasto, a la entrega de condones se suman las actitudes y prácticas de estigma de algunos prestadores de servicios hacia las mujeres con VIH, que consideran que el suministro de condones promueve la “hipersexualidad” y “libertinaje”, o bien, asumen que las mujeres con VIH –excluyendo a trabajadoras sexuales–, no desean vivir su vida sexual como lo hacían antes de haber sido infectadas.

Independientemente de cuál sea la razón que dificulte la entrega de los preservativos, en general, no se dispone de condones masculinos ni femeninos para su distribución racional en el control de las pacientes con VIH, además de que ninguna guía de atención hacia las PVVIH señala la obligación de entregar un número de condones determinado por usuario, aunque sí hablan de la promoción del “uso consistente y correcto de los condones de látex o de poliuretano en prácticas sexuales”. Para las adolescentes, la situación es más difícil, ya que en su mayoría acuden a la cita de control en compañía de sus padres y el tema sobre la sexualidad de estos jóvenes se aborda muy poco. En la práctica, es preciso considerar la comunicación entre el médico y las adolescentes sobre el tema de la sexualidad de forma personalizada, mientras no exista una cultura y apertura en la sociedad misma sobre cuestiones de sexualidad y salud.

3.3.2 Componente técnico

La dimensión técnica es definida por la aplicación de conocimientos y técnicas para la resolución de problemas en salud. En la exploración de este componente preguntamos sobre la capacitación actual sobre el tema de VIH y el uso de lineamientos, normas o manuales oficiales para la atención de personas que tienen este virus.

Todos los médicos dijeron recibir actualización constante, en su mayoría, sobre temas relacionados con el tratamiento antirretroviral (nuevos fármacos ARV y efectos adversos), sobrevida y calidad de vida, y coinfección con Tuberculosis. Todos coincidieron en que la iniciativa privada es quien les provee con mayor frecuencia el beneficio de la “actualización constante”. Sin embargo, la mayoría de los médicos reconoció la necesidad de capacitación sobre tratamiento ARV de rescate, adherencia ARV y temas

relacionados con aspectos médicos-sociales en la comprensión de comportamientos del paciente con VIH (hombres y mujeres adultos y adolescentes).

En la exploración del uso de lineamientos oficiales para la atención de personas con VIH, la mayoría de los médicos entrevistados dijo alinear sus acciones con los lineamientos plasmados en los documentos: “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con VIH/SIDA” y “Guía de Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales”, al ser documentos prácticos emitidos por CENSIDA. Pocos reconocieron la existencia y uso de algunas de las guías o manuales derivados de la normatividad nacional,² aunque por otro lado algunos mencionaron el uso de guías clínicas de instancias internacionales como la “Guía de la Sociedad Clínica Europea del SIDA” y las guías y recomendaciones del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) del Departamento de Salud de los Estados Unidos. Para efectos de claridad, describimos los hallazgos encontrados organizándolos en aspectos específicos de la atención integral de la mujer, salud reproductiva, salud mental y tratamiento anti-retroviral.

I. Aspectos específicos de la atención integral a las mujeres con VIH

En lo que se refiere a ciertos aspectos de la atención integral de las mujeres con VIH, no existe ningún lineamiento disponible que incluya todas las acciones básicas recomendadas para proveer dicha atención. La mejor aproximación disponible fue la “Guía de salud sexual y reproductiva para mujeres con el VIH”, editada en el año 2009 por el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), sin embargo, ninguno de los médicos entrevistados comentaron sobre la existencia o uso de este material, e incluso algunos negaron la existencia de alguna guía de atención específica a la mujer. El documento “Paquete básico garantizado de salud” enmarcado en la “Estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida”³ cuyo

² Guía para la atención domiciliaria de pacientes con VIH/SIDA. Guía de orientación para informadores VIH/SIDA. Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA. Guía sobre Prevención de VIH para personal que vive en centros penitenciarios. Guía para la aplicación de la prueba rápida. Guía para la Instalación de Centros de Información sobre VIH/SIDA. Guía para la Planificación y Organización de los COESIDAS. Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA. Guía para la prevención y Atención del VIH/SIDA e ITS en Mujeres Trabajadoras Sexuales. Guía de Apoyo. Migración y VIH/SIDA. Manual para capacitadores en el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Manual de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Intravenosas. Manual para la capacitación de instructores en medidas preventivas sobre el SIDA. Manual de Consejería en VIH/SIDA. Manual de Capacitación de sexualidad e ITS para Jóvenes campesinos y campesinas. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria de Latinoamérica y el Caribe. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada con infección por el VIH. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Atención Médica a personas violadas (Centro Nacional de equidad de Género y Salud Reproductiva).

³ Esta estrategia nace del nivel rector y tiene como objetivo otorgar a toda la población mexicana un conjunto de acciones efectivas de prevención y promoción de la salud de acuerdo al grupo de edad que corresponda.

uso prevalece en las unidades del primer nivel de atención para beneficiarias del programa Oportunidades y derechohabientes del IMSS, representa una aproximación a la atención de la salud de las mujeres “sanas”, o al menos, “sin la infección del virus”. No obstante, estas las mismas acciones que ahí se recomiendan deberían ser retomadas para la atención a las mujeres con VIH, con las debidas adaptaciones según la historia natural del VIH y su fisiopatología. Dicho de otra forma: la atención de las mujeres con VIH debe proponer un abordaje holístico y dejar de lado las perspectivas que parten únicamente de la infección por el virus y las enfermedades asociadas. La guía propuesta por el CNEGySR puede bien complementarse y actualizarse como en el caso de las Guías de atención para las personas con VIH (hombres y mujeres), cuya actualización se procura al menos cada dos años.

Las principales acciones en materia de prevención y atención dirigidas a las mujeres están plasmadas en algunas de las normas oficiales mexicanas vigentes,⁴ aunque pocas de ellas especifican la extensión de sus recomendaciones a las mujeres con VIH. Debido a que la organización de la normatividad vigente está dada por el abordaje de problemas de salud específicos, no sería necesario generar una norma integral específica, aunque la formulación de un manual de atención integral para las mujeres con VIH, en cualquiera de las instituciones, traería ventajas importantes para optimizar la respuesta del sector salud al brindar una herramienta que contribuya a mejorar la calidad técnica.

Por otro lado, aunque la mayoría de los actores clave que fueron entrevistados mostraron un conocimiento firme sobre pruebas de laboratorio y gabinete —algunas de ellas justificadas en la evaluación de efectos adversos de la terapia antirretroviral—, pocos fueron los que reconocieron la necesidad de practicar citologías cervicales (Papanicolau), mastografías y densitometrías óseas como métodos de tamizaje en los servicios de prevención primaria y secundaria para mujeres con VIH. Por ejemplo, en las mujeres en general, se recomienda que la citología cervical se realice “cada tres años en aquellas con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer” (NOM 014SSA2 1994 – Cáncer cérvico uterino) (Secretaría de Salud 1994e). En las mujeres con VIH debemos subrayar el hecho de que esta condición incrementa el riesgo de neoplasias cervicales (Schumann, Behrendt et al. 2003) y que la sensibilidad de la prueba es menor que en las mujeres no infectadas, de ahí la recomendación de evaluar al menos en una ocasión apoyada de colposcopías.

El ejemplo anterior es sólo uno de muchos otros que podrían citarse, ya que las mujeres con VIH tienen un riesgo mayor de presentar enfermedades que también afectan en gran medida a las mujeres no infectadas: endometriosis, diabetes mellitus e hipertensión arterial y sus complicaciones, artritis, cáncer de mama, osteoporosis, trastornos gastrointestinales y fibromialgia, por mencionar algunas (Marte, Allen 1991;

⁴ NOM 041SSA2 – 2002 Cáncer de mama; NOM 014SSA2 1994 – Cáncer cérvico uterino; NOM 046SSA2 – 2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres; NOM 005 SSA2 – 1993 De los servicios de planificación familiar; NOM 031SSA2 – 1999 Para la atención a la salud del niño; NOM 007SSA2 – 1993 Para la atención de la mujer durante el embarazo.

Korn 1998; Sebitloane 2005; Arnsten, Freeman et al. 2006; Gray, Berger 2007). En este punto cabe señalar que los prestadores de servicios deben tener siempre presente que la atención a las mujeres con VIH implica no sólo ofrecer la atención “por VIH” sino, además, la “atención específica e integral a las mujeres con VIH”.

II. Salud reproductiva: planificación familiar y embarazo en las mujeres con VIH

El condón es el único método de planificación familiar que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH. Como ya se dijo, el acceso a los condones femeninos y masculinos sigue siendo insuficiente, y queda sólo en el discurso cuando se observa la vida cotidiana de las personas con VIH, en especial a las mujeres con VIH. Si a la problemática de la disponibilidad de condones se suma la debilidad de los mensajes preventivos y la escasa oferta de condones por parte de los prestadores de servicios, puede verse que existen obstáculos reales para el uso del condón. En teoría, los médicos entrevistados dicen que deberían distribuirlos, pero en la práctica esto casi no sucede.

Por otro lado, los expertos han aclarado que el embarazo en las mujeres con VIH bajo un estado óptimo de inmunidad, el uso de terapia antirretroviral adecuada y la planeación del embarazo mismo, pueden dar como resultado bebés que nacen sin haber adquirido el virus, sin descartar resultados adversos en el desenlace del embarazo (Brocklehurst, French 1998; Ladner, Lero et al. 1998; Castetbon, Ladner et al. 1999; Coley, Msamanga et al. 2001).

En la atención de las mujeres con VIH la posibilidad de un embarazo genera escenarios difíciles tanto para las mujeres como para los prestadores de servicios. Estos últimos pueden tener claridad sobre el hecho de que la mujer debe decidir sobre el embarazo y transmitirlo así a las pacientes, pero también puede suceder que quieran influir en esa decisión. Por otro lado, una paciente bajo circunstancias no óptimas puede querer asumir el riesgo de embarazarse o, en un escenario peor, debido a la poca información sobre el tema, puede que alguna mujer desista de un embarazo haciendo uso de servicios clandestinos para practicarse un aborto.

Conociendo estas dificultades, le preguntamos a los actores su opinión sobre el embarazo en las mujeres con VIH: ¿es el embarazo un derecho de la mujer con VIH? La mayoría de los actores identificaron el embarazo como un derecho de estas mujeres, sin embargo, hubieron quienes llamaron “inconscientes” y “asesinas” a las mujeres con VIH que eligen embarazarse y, aunque estos hallazgos fueron los menos frecuentes, es preocupante que aún exista este tipo de estigmatización hacia cualquier ser humano.

En contraste, un tema que preocupó especialmente a los médicos que otorgan atención a niñas y adolescentes con VIH tuvo que ver con el cuidado y la calidad de vida

de los niños que nacen con o sin VIH, ya que a pesar de la supervivencia ganada con el uso de antirretrovirales existen muchos factores que apuntan a que las niñas y niños que nacen de mujeres seropositivas crezcan sólo en una etapa de su vida en compañía de ambos padres (en el mejor de los casos). Algunos de los factores que afectan el bienestar de los niños con VIH son: el fracaso de los tratamientos, la no adherencia a éstos, los comportamientos de riesgo, la ausencia de apoyo familiar y la presencia de una red social fragmentada o ausente, el estigma y la discriminación, por mencionar los más frecuentes (Bicego, Rutstein et al. 2003).

III. Salud mental

La evidencia existente indica que la incidencia de trastornos depresivos mayores es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Estudios longitudinales específicos en personas con VIH demostraron que esta incidencia podría ser mayor en las mujeres con VIH (Felitti, Anda et al. 1998; Palacio, Kahn et al. 2002).

En la investigación, indagamos sobre los servicios de consejería, apoyo psicológico y grupos de ayuda mutua, encontrando que muchas veces es el médico mismo quien otorga la consejería u apoyo psicológico a las mujeres con VIH, y sólo se busca referir a la paciente con un experto o especialista en atención psicológica o psiquiátrica, cuando existe un trastorno mental identificable.

Pocas fueron las instituciones que otorgaban servicios de salud mental de manera coordinada a través de consejeros capacitados y de los médicos a cargo de pacientes con VIH. Casi ninguna institución contaba con grupos de ayuda mutua, según la información reportada por los médicos. Este hallazgo muestra que los servicios de salud asumen que el médico tiene competencias para ejecutar diversas acciones, sin embargo, el vivir con VIH requiere fortalecer la autoestima y apoyarse en redes sociales, aún cuando exista un adecuado cuidado de su salud. Consideramos que los prestadores de servicios deberían ser actores claves en el soporte emocional y la educación sexual de las adolescentes y mujeres con VIH, por lo que requieren capacitación específica sobre temas de salud mental y el sistema de referencia y contrarreferencia a servicios especializados de salud mental.

IV. Tratamiento antirretroviral

Sin hacer referencia a la problemática sobre el abasto de antirretrovirales, preguntamos a los médicos su percepción sobre si existe mayor o menor adherencia a los ARV en las mujeres que en los hombres. Lo que encontramos fue que la percepción de los entrevistados coincide con la controversia actual sobre si existe una diferencia en la adherencia determinada por el sexo o el rol de género. Todos los entrevistados coincidieron en

que la etapa de adolescencia es un punto crítico para las niñas y niños que nacieron con VIH en cuanto a los factores relacionados con la adherencia. Algunos autores argumentan la poca adherencia ARV en las mujeres atribuida a los efectos adversos de algunos fármacos ARV (Moore, Fortgang et al. 1996; Spire, DeZoysa et al. 2008), mientras que otros autores (Riley, Gandhi et al. 2007) y los médicos entrevistados, relacionaban este hecho al papel que juegan las mujeres en la sociedad y al débil apoyo social que suelen tener. El asunto del acceso a mejores fármacos ARV en presentaciones pediátricas también fue una necesidad expresada por los médicos que atienden niñas y adolescentes con VIH.

3.3.4 Relación médico-paciente

La calidad interpersonal ha sido definida como la “relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo” (Donabedian 1980). Algunos estudios han evidenciado que una débil relación médico-paciente genera una consideración negativa de la enfermedad creando una barrera para la promoción y mantenimiento de la salud en las personas afectadas por el VIH, y facilitando actitudes que dificultan el acceso a los cuidados, la adherencia al tratamiento y el soporte social (Duffy 2005).

Desde el punto de vista de los prestadores de servicios de salud, encontramos que la relación médico-paciente no se ve relacionada u afectada por la formación especializada en el tema de VIH. A pesar de que existe evidencia sobre percepciones, actitudes y prácticas de estigma y discriminación por parte de los prestadores de servicios hacia las personas con VIH (Gelberg, Browner et al. 2004), en nuestro estudio, casi la totalidad de los actores entrevistados consideran que las mujeres con VIH se encuentran muy satisfechas con sus servicios. Debemos subrayar el hecho de que, aunque en menor proporción, los médicos varones asumen que las “médicas” podrían lograr una mejor comprensión y acompañamiento que ellos. Independientemente de que esta opinión pueda confirmarse, es evidente la necesidad de contar con prestadores de servicios de salud capaces de proporcionar cuidados de calidad a las niñas, adolescentes y mujeres afectadas por la enfermedad, lo que además de conocimientos y habilidades en constante actualización, implica mantener una actitud positiva que permita enfrentarse a los diferentes y complejos aspectos del SIDA desde una perspectiva abierta, tolerante y libre de prejuicios (Davis, Mulocahey et al. 1999; Adebajo, Bamgbala et al. 2003).

3.4 Retos y desafíos

Hemos clasificado los principales retos y desafíos para mejorar la atención de niñas, adolescentes y mujeres con VIH, según los principales actores y en términos de la ejecución o responsabilidad de cada uno.

Derivado de las necesidades identificadas en el componente técnico, consideramos indispensable la elaboración un diagnóstico más preciso sobre las necesidades de capacitación de temas específicos para proveedores de servicios en la atención a mujeres que viven con VIH. En nuestro estudio sobresalió el interés por el diseño y ejecución de estrategias que mejoren la comprensión y comunicación médico-paciente ante la experiencia de que estos últimos también están “aprendiendo a vivir con VIH”. La tarea de mejorar la calidad de los servicios incluye la práctica de dar atención especializada a las mujeres con el virus, erradicando la aún existente deshumanización y maltrato que se da por parte de algunos prestadores de servicios y por la sociedad misma.

El desarrollo de estrategias que fortalezcan el manejo antirretroviral de adolescentes y niños multitratados en términos de nuevos fármacos ARV en presentaciones pediátricas y el apego al tratamiento en esta población resultan retos de gran relevancia en la atención pediátrica.

De igual manera, debe promoverse el diseño y ejercicio de intervenciones estructurales para la mejor adherencia al tratamiento en mujeres que viven con VIH con el objeto de lograr una comprensión integral sobre este tema y no identificando las características de los esquemas ARV⁵ como el único factor de intervención. Por otro lado, aunque el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual menciona la relevancia del problema de la transmisión vertical, los proveedores de servicios y gerentes de los órganos rectores deben asegurar en la práctica la detección oportuna en el embarazo, garantizando la disposición y oferta de pruebas rápidas para todas las mujeres embarazadas.

Existen retos cuya responsabilidad se comparte entre los diferentes sectores e instituciones, y uno de ellos es el impulso de medidas de prevención de las ITS y VIH para todos los grupos de mujeres, independientemente de su estado conyugal, social o económico, además del diseño de intervenciones dirigidas a adolescentes y mujeres con VIH en el manejo de la sexualidad y maternidad como componentes de su plan de vida.

La promoción de la salud sexual y reproductiva en niños y adolescentes, con la participación de la sociedad en su conjunto (desde todas sus instancias), deberá incorporar modelos educativos adaptados al contexto social. También resulta necesaria la oferta de programas educativos, laborales, de reincorporación social, empoderamiento y autoestima, protección jurídica, etc., así como el impulso a la demanda de estos servicios por parte de las mujeres que viven con VIH con la intención de disminuir los efectos de las desigualdades de género y la discriminación.

⁵ Tipo de fármacos ARV, horarios, indicaciones especiales relacionados con la administración de medicamentos con alimentos sólidos, líquidos o sin éstos.

Ante la percepción de los médicos, la mayoría de las pacientes, niñas, adolescentes y mujeres que atienden de forma ambulatoria pertenecen a clases sociales bajas, medias-bajas y medias, y que algunas de ellas están siempre a la espera de algún tipo de protección social que aminore el desgaste de vivir con el VIH, es necesario asegurar la continuidad y mejora de los programas sociales existentes, e impulsar la oferta de otros programas sociales que incluyan la atención de todas las niñas, adolescentes y mujeres con VIH. Debemos apostar a redoblar los esfuerzos para promover la no estigmatización ni discriminación de las mujeres con VIH a través de programas sociales, educativos, culturales, etc., que contribuyan a mejorar la percepción social que tenemos de ellas en la actualidad, así como impulsar programas que mejoren la calidad de vida de las mujeres en general, vivan o no con VIH.

Aunque a lo largo de las entrevistas los expertos subrayaron que la infección por VIH no está ligada a factores económicos y que su experiencia con este tipo de pacientes está más bien relacionada con la población que atiende cada tipo de institución. En el contexto de los niños y niñas con VIH resultaría importante la creación de centros o casas hogares que puedan otorgarles herramientas para ser autosuficientes e incorporarse a la sociedad de la mejor forma posible, a través del acompañamiento por pares que les impulsen a su preparación a mediano plazo y guíen y adviertan el inicio de su vida sexual. El desarrollo de políticas de incorporación de niños y niñas que viven con VIH “al mundo de los adultos” debe ser un tema de la agenda en la atención de hijos e hijas de mujeres con VIH.

Para terminar, queda a discusión el asunto de la no revelación o revelación oportuna y ética del diagnóstico de VIH para parejas estables y en las que uno de sus miembros o ambos tienen más de una pareja sexual. La operacionalización de la confidencialidad en términos de los derechos humanos de las personas que viven con VIH debe redefinirse a la brevedad posible.

3.5 Conclusiones

Es necesario el diseño, ejecución y evaluación de intervenciones que incluyan estrategias con enfoques integrales a través de políticas que busquen abatir las conocidas barreras estructurales en los determinantes de la salud de las mujeres bajo los diferentes contextos sociales, económicos y políticos en que ellas se desenvuelven. Estas intervenciones deberán contribuir a mejorar el acceso, la demanda y la calidad misma de los servicios de salud diseñados para niñas, adolescentes y mujeres con VIH. Queda en manos de la Secretaría de Salud, dada su función rectora, mejorar la eficiencia de procesos en la atención de las personas con VIH desde las dimensiones de la calidad técnica, estructura y relación médico-paciente, incluyendo la participación activa de los proveedores de servicios en la formulación de estrategias de mejora continua de los servicios de salud especiales para atender a las personas con VIH.

Se requiere también promover iniciativas para mejorar la atención de niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH, con énfasis en grupos vulnerables, impulsadas bajo el supuesto de voluntades políticas y oportunidades de capacidad económica. Es tarea también de órganos políticos, impulsar la investigación en aspectos sociales y científicos relacionados con el VIH, así como promover la inversión en tecnología que mejore la calidad de la atención de las mujeres que han sido infectadas por este virus.

Bibliografía

- Adebajo S. B., Bamgbala A. O., et al. (2003) Attitudes of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 7(1):103-112.
- Arnsten J. H., Freeman R., et al. (2006) HIV infection and bone mineral density in middle-aged women. *Clinical infectious diseases* 42(7):1014-20.
- Bicego G., Rutstein S., et al. (2003) Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 56:1235-47.
- Brocklehurst P., French R. (1998) The association between maternal HIV infection and Perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 105:836-48.
- Castetbon K., Ladner J., et al. (1999) Low birth weight in infants born to African HIV-infected women: relationship with maternal body weight during pregnancy: pregnancy and HIV Study Group (EGE). *J Trop Pediatr* 45:152-157.
- Coley J., Msamanga G., et al. (2001) The association between maternal HIV infection and pregnancy outcomes in Dar es Salaam, Tanzania. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 08:1125-33.
- Davis S. E., Mulocahey M. J., et al. (1999) Outcome of functional electrical stimulation in the rehabilitation of a child with C-5 tetraplegia. *J Spinal Cord Med.* 22(2):107-13.
- Donabedian A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian A. (1991) La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana:03-39.
- Duffy L. (2005) Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care* 16(1):13-20.
- Felitti V., Anda R., et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE). *Am J Prev Med* 14:245-58.
- Gelberg L., Browner C., et al. (2004) Access to women's health care: a qualitative study of barriers perceived by homeless women. *Women Health* 40:87-100.
- Gray G., Berger P. (2007) Pain in women with HIV/AIDS. *PAIN* 132:S13 - S21.
- Hwang S. (2000) Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA* 283:2152-2157.
- Korn A. (1998) Pelvic inflammatory disease in women infected with HIV. *AIDS Patient Care STDS* 12(6):431-434.
- Ladner J., Lero V., et al. (1998) Chorioamnionitis and pregnancy outcome in HIV infected African women. Pregnancy and HIV study group. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 18:293-8.
- Marte C., Allen M. (1991) HIV-related gynecologic conditions: overlooked complications. *Focus Guide. AIDS Res Counsel* 7(1):1-8.
- Moore R. D., Fortgang I., et al. (1996) Adverse events from drug therapy for human immunodeficiency virus disease. *The American Journal of Medicine* 101:34-40.

- Palacio H., Kahn J., et al. (2002) Effect of race and/or ethnicity in use of antiretrovirals and prophylaxis for opportunistic infection: a review of the literature. *Public Health Rep* 117:233-50.
- Riley E., Gandhi M., et al. (2007) Poverty, Unstable Housing, and HIV Infection Among Women Living in the United States. *Current HIV/AIDS* 4:181-186.
- Riley E. D., Wu A. W., et al. (2003) Depression and drug use impact health status among marginally housed HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS* 17:401-406.
- Schumann P., Behrendt U., et al. (2003) Reclassification of *Subtercola pratensis* Behrendt et al. 2002 as *Agreia pratensis* comb. nov. *International journal of systematic and evolutionary microbiology* 53(Pt 6):2041-4.
- Sebitloane M. H. (2005) HIV and gynaecological infections. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology* 19 (2):231-41.
- Secretaría de Salud (1994e) Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. NOM-014-SSA2-1994, En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>.
- Spire B., DeZoysa I., et al. (2008) HIV prevention: What have we learned from community experiences in concentrated epidemics? *Journal of the International AIDS Society* 11:5.
- Stewart K., Cianfrini L., et al. (2005) Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the deep south of the United States. *AIDS Care* 17:350-358.

Capítulo 4. Mejores prácticas

Lisa M. DeMaria

4.1 Introducción

Los diversos llamados de atención para dirigir mejor los programas y recursos de prevención y tratamiento de VIH, a pesar de los escasos recursos, han dado como resultado un esfuerzo para aplicar los conceptos de “medicina basada en evidencia” a los programas de VIH/SIDA. Esto conlleva a analizar cuidadosamente qué acciones de prevención del VIH son más efectivas, mediante estudios de evaluación, y a la necesidad de implementar dichas acciones a fin de prevenir nuevas infecciones, asegurar el acceso a tratamiento y monitorear el éxito del mismo.

En los últimos años se han publicado revisiones de literatura y otros estudios sobre la efectividad, costos y costo-efectividad de las intervenciones o acciones de prevención y tratamiento de VIH/SIDA en países en vías de desarrollo (Bertozzi, Padian et al. 2006; UNESCO, World Food Program 2006; Galárraga, Colchero et al. 2009; DeMaria, Galarraga et al. 2009).

Sin embargo, frente al aumento de casos de VIH entre mujeres en todo el mundo, pero en particular en los países en vías de desarrollo, la evidencia sobre formas de prevención y atención al VIH con perspectiva de género resulta insuficiente. Los capítulos anteriores muestran que en México, como en otros países, los factores que impulsan la epidemia entre mujeres y hombres son diferentes. Al hablar de prevención, las mujeres se encuentran con frecuencia en una posición más vulnerable (económicamente y socialmente) que los hombres y con menos poder para tomar las medidas necesarias para protegerse. Como se describe en el capítulo sobre atención, los servicios de salud en general —y en especial los de atención a las mujeres con VIH— se caracterizan por estar “verticalizados”, con los diferentes servicios para la salud de la mujer y la salud de las personas con VIH ofertadas de manera paralela, en vez de estar integrados para dar una atención de salud holística a las mujeres con VIH.

A pesar de los llamados de atención de organizaciones y expertos internacionales (Rosenfield, Figdor 2001; ONUSIDA UNFPA UNIFEM 2004; ONUSIDA 2006), sigue siendo escasa la literatura que desagrega los hallazgos y la evidencia, o que analiza la prevención y atención a los pacientes con VIH según su género. Por esta razón, sería útil analizar bajo esta perspectiva la evidencia existente sobre intervenciones de prevención y atención de VIH.

Debido a lo limitado de la evidencia sobre intervenciones de prevención del VIH y atención a personas con este virus en México, resultaría conveniente analizar hasta qué grado es posible aplicar la evidencia internacional existente para diseñar intervenciones dirigidas a las mujeres mexicanas. Internacionalmente, se sabe que hay un paquete de medidas que son costo-efectivas: se ha comprobado que la consejería entre pares y la prevención de la transmisión de madre a hijo son efectivas para prevenir nuevas infecciones. La provisión de condones y de equipo para inyección segura también tienen un efecto positivo para frenar la transmisión del VIH. Otras intervenciones estructurales como las políticas que exigen el 100% de uso de condones en burdeles también han demostrado su eficacia en combatir la epidemia. Además, se ha demostrado que la terapia antirretroviral extiende la vida de los infectados.

A pesar de lo anterior, continúan existiendo ciertas incógnitas tales como: ¿Qué componentes debe tener un programa de prevención para las trabajadoras sexuales?, ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres con VIH para acceder al tratamiento?, ¿Qué elementos son importantes en la consejería para la adherencia entre mujeres que anteponen la salud de su familia a la suya propia? ¿Cuáles son los modelos más adecuados para un programa de tamizaje de VIH durante el periodo prenatal en un país con bajas prevalencias y con ingresos medios como es México?

Para intentar responder a estas preguntas y concentrar la evidencia disponible con una perspectiva de género, se plantea hacer una reseña de las estrategias documentadas y novedosas existentes sobre la epidemia de VIH/SIDA entre las mujeres en México, así como en contextos socioeconómicos y culturales relevantes para este caso.

4.2 Metodología

En este proyecto la investigación documental tiene como fin comprender el panorama de la epidemia del VIH entre las mujeres en México, los recursos documentales y contextuales que para ella existen, así como las acciones documentadas dirigidas a mujeres en el país y en ámbitos relevantes para el objetivo de este estudio. Para lograr esta tarea, se buscó la literatura científica y gris disponible acerca de la epidemia, de normatividades, programas de atención y prevención dirigidos a mujeres.

Con relación a la literatura científica, se revisaron en los motores de búsqueda: PubMed, SciELO y Web of Science. En estos medios se hizo una búsqueda booleana, mezclando diferentes palabras clave, varias de las cuales surgieron de la utilización de la herramienta de MeSH de PubMed y de la delimitación de parámetros generales como: “enfermedad”, “población”, “género”, y “tipo de intervención”. Dichas palabras se clasificaron en una tabla que sirvió para delimitar los términos de búsqueda en SciELO y Web of Science (ver Tabla 4.1). En SciELO se utilizaron estos términos de búsqueda en español.

Tabla 4.1 Parámetros y términos de búsqueda.

| Dominio | Descripción | Términos de búsqueda |
|--------------------------|---|---|
| Enfermedad/ Población | Enfermedad | HIV; HIV Seropositivity; HIV Seronegativity; HIV Infections; HIV Seroprevalence. |
| | Género | Mujeres; Women; Female; Pregnant Women; Adolescent; Women Health's Services; Women's Health; Women Working; Sterilization, Reproductive; Prostitution; Female Prostitution; Female Drug Users; Women's Prevention Programs; Mexican Women; Nursing Process. |
| Intervención | Prevención Intervenciones Entorno | Mexico; Latin America; Prevention and Control; Evidence-Based Practice; Nursing Process; Needle Sharing; Street Drugs; Early Intervention (Education). |

Los listados de los resultados de búsqueda, que contenían las fichas bibliográficas, se guardaron en un archivo del *software* EndNote, y en una tabla de Word las mezclas de términos implementados para las búsquedas. El resultado fue de 593 artículos que contenían como tema principal la Prevención y Atención del VIH/SIDA.

Posteriormente, se hizo una selección preliminar de artículos guardados en el archivo de EndNote®, a través de su título y resumen, donde se dio prioridad a los artículos que contenían información de programas de atención y prevención focalizados en mujeres en México y en contextos relevantes para la investigación. Se descartaron los artículos descriptivos de una población, de índole de abogacía y comentarios, los cuales constituían la mayoría de la literatura encontrada en la búsqueda. De esta depuración

resultaron 298 artículos que se clasificaron en una tabla de Word por temáticas generales, género de la población y región donde se realizó el estudio.

Para la búsqueda de literatura gris se revisaron las páginas web de instituciones y organizaciones involucradas en la atención y prevención de la epidemia, como: ONUSIDA, UNIFEM, UNICEF, IMIFAP, MEXFAM, PopCouncil y CENSIDA. Los documentos encontrados se vaciaron en una tabla, donde se clasificaron los documentos dependiendo de la organización o institución que los había generado. De igual manera, se seleccionó la literatura revisada por pares, se eliminaron los artículos de índole de comentario o abogacía, y se seleccionaron los que tuvieran el propósito de presentar una descripción, análisis o evaluación de una intervención.

4.3 Resultados

Resumen de artículos y evidencia encontrada

Se encontraron 12 artículos que abordan, describen, o evalúan intervenciones sobre la prevención o atención de VIH/SIDA entre mujeres en México. Debido que la información disponible al nivel del país era limitada, se amplió la búsqueda para incluir a otros países de América Latina y países con un nivel de desarrollo y perfil epidemiológico similar al de México. Tomando en consideración el alcance geográfico que esta búsqueda puede tener, se recopilaron varios estudios que evaluaron intervenciones con una perspectiva de género en otras regiones del mundo como: Centro y Sudamérica, el Caribe, Sudeste de Asia, así como algunos países de África.

Las tablas 4.2 y 4.3 contienen el compendio de la literatura encontrada, organizando la información encontrada sobre las intervenciones al nivel mundial (ver tabla 4.2) y al nivel de México (ver tabla 4.3).

4.3.1 Evidencia a nivel mundial

La tabla 4.2 presenta la evidencia sintetizada a nivel mundial sobre la efectividad de intervenciones de prevención de VIH en diferentes entornos. Los parámetros que se consideraron para evaluar la calidad de la evidencia disponible por intervención fueron: el número de estudios disponible, la calidad de la metodología implementada y

su alcance geográfico. También se tomó en consideración que las evaluaciones demostraran la efectividad de las intervenciones para prevenir infecciones de VIH y la evidencia disponible acerca del costo-efectividad de las intervenciones.

Se contó con una base suficiente de evidencia para demostrar que las intervenciones que promueven la abstinencia sexual no son efectivas en prevención. Por otro lado, algunos estudios muestran que la educación sexual en las escuelas puede tener algún efecto, pero no lo suficiente para establecer contundentemente su efectividad en prevención de nuevas infecciones.

Para la organización, clasificación y categorización de las intervenciones encontradas se utilizaron tipologías reconocidas y empleadas en la literatura. En la parte de prevención se consideraron tres rubros por tipos de intervención: las intervenciones de comportamiento, las intervenciones biomédicas y las intervenciones estructurales.

Las intervenciones de comportamiento son aquellas que implementan acciones que apuntan a educar a una población específica para generar cambios en sus comportamientos de riesgo y con el fin de que adopten prácticas más seguras para proteger su salud o la de otros. Varias de las intervenciones de comportamiento presentadas en el cuadro 4.2, están fundamentadas ampliamente en la literatura. Se cuenta con un buen compendio de estudios que demuestran la alta efectividad de la consejería de pares, de la Consejería y Prueba Voluntaria (VCT por sus siglas en inglés), así como la promoción y distribución de condones.

Las intervenciones biomédicas cuya efectividad está probada incluyen: terapia antirretroviral para prevenir la transmisión vertical (madre-hijo), intercambio de agujas y jeringas, y tamizaje en bancos de sangre. Por el tipo de epidemia que existe en México, todas éstas constituyen intervenciones apropiadas para el país.

Las intervenciones estructurales son aquellas que buscan cambiar aspectos del entorno general para favorecer cambios positivos en poblaciones específicas. Ejemplo de ello son los cambios en las leyes y políticas, patrones de impuestos o incentivos económicos. Esta área es relativamente nueva y aún está siendo evaluada. La evidencia sobre las intervenciones estructurales es débil, pero existen indicios de que las intervenciones, como la política de uso de condón 100% en burdeles y los incentivos económicos para llevar a cabo prácticas seguras para mantener el estatus de VIH negativo, pueden funcionar, en especial en países como México con una epidemia concentrada en poblaciones clave. Aún queda por explorar el impacto de las intervenciones para cambiar políticas relacionadas con la distribución de jeringas, agujas y equipo para asegurar una inyección limpia y segura.

Tabla 4.2 Síntesis de la evidencia sobre intervenciones para prevenir VIH: valoración de nivel de efectividad y costo-efectividad relevante para países con una epidemia concentrada.

| CATEGORÍA E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA | BASE DE EVIDENCIA EN LA LITERATURA | EFEECTO | COSTO - EFECTIVIDAD |
|---|------------------------------------|---------|---------------------|
| INTERVENCIONES DE COMPORTAMIENTO | | | |
| Educación sexual en escuelas | Medio | + | Variable |
| Educación sobre abstinencia | Amplia | - | Nulo |
| VCT | Amplia | ++ | +++ |
| Programas de consejería de pares | Amplia | +++ | +++ |
| Promoción y distribución de condones | Amplia | +++ | ++++ |
| Mercadeo social de condones | Amplia | ++ | ++ |
| INTERVENCIONES BIOMEDICAS | | | |
| Tratamiento de ITS | Amplia | ++ | +++ |
| Circuncisión | Amplia | +++ | ++++ |
| Reducción de transmisión de madre-hijo: | | | |
| Terapia antirretroviral para prevención de transmisión vertical | Amplia | ++++ | +++ |
| Uso de formula láctea en sustitución de amamantamiento | Amplia | ++++ | ++++ |
| Reducción del daño: | | | |
| Cambio de agujas y jeringas | Amplio | +++ | ++++ |
| Sustitución de drogas y tratamiento de adicciones | Limitado | ++ | ++ |
| Sangre segura: | | | |
| Tamizaje de banco se sangre | Amplia | ++++ | ++++ |
| Inyección estéril | Medio | ++ | ++++ |
| Precauciones universales | Medio | +++ | +++ |
| TAARA para prevención o profilaxis después de estar expuesta | Amplia | ++ | ++++ |

Tabla 4.2 (continuación)

| CATEGORÍA E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA | BASE DE EVIDENCIA EN LA LITERATURA | EFECTO | COSTO - EFECTIVIDAD |
|--|--|--------|---------------------|
| INTERVENCIONES ESTRUCTURALES | | | |
| Precios, impuestos, subsidios o vales | Limitado | ++ | Sin datos |
| Acceso a crédito | Limitado a países con epidemia generalizada | + | + |
| Incentivos económicos condicionados | Medio | ++ | ++ |
| 100% condón | Medio | +++ | +++ |
| Adaptado de: LM DeMaria, O Galarraga, S Bautista-Arredondo (2009) "What Works to Prevent and Treat AIDS: a review of cost-effectiveness literature with a long-term perspective" aids2031 Working Paper #27. Donde: En cuanto a la calidad de la literatura, el término "limitado" se refiere a la existencia de poca información para el tema, "medio" hace referencia a un nivel medio de existencia y "amplio" alude a datos vastos o, al menos, suficientes para realizar una revisión del tema. Para la columna de Efectos, los símbolos significan: - cuando el efecto es limitado o no se dirige al objetivo deseado, + cuando el efecto es limitado, ++ cuando el efecto es moderado, +++ cuando el efecto es robusto, y ++++ cuando el efecto ha sido ampliamente demostrado y el impacto está probado para dichas intervenciones. Finalmente, para la columna de costo-efectividad: "variable" se refiere a que los estudios muestran resultados diversos o contradictorios, o que dependen de detalles como el contexto o las herramientas de medición, + para cuando la relación costo-efectividad no resulta conveniente del todo, ++ cuando la razón se muestra más favorable, +++ cuando el costo-efectividad es bueno y ++++ cuando la intervención es altamente costo-efectiva y recomendada. Disponible en: http://www.aids2031.org/pdfs/what%20works%20to%20prevent%20and%20treat%20aids_27.pdf (Último Acceso: 19 Octubre 2009.) | | | |

4.3.2 Evidencia específica para México

4.3.2.1 Prevención

La búsqueda de la literatura arrojó 12 artículos que estudian la efectividad de intervenciones para prevenir la transmisión del VIH en México. En todas las intervenciones enfocadas a prevención se entendió por efectividad la forma como se evitaban las infecciones de VIH, o en el cálculo de años de vida ajustados por discapacidad evitados (DALY, por sus siglas en inglés), o costo-efectividad (el costo por infección de VIH o por DALY evitada) de intervenciones relacionadas con el VIH (Tabla 4.3).

Entre los artículos publicados que abarcan nuestros grupos de interés se encontraron: dos estudios en México para trabajadoras sexuales (Patterson, Semple et al. 2005; Patterson, Mausbach et al. 2008a; Strathdee, Mausbach et al. 2009); cuatro estudios sobre intervenciones educativas o de provisión de condones en escuelas (Gallegos, Villarruel et al. 2008; Martínez-Donate, Howell et al. 2004b; Walker, Gutiérrez et al. 2006; Zellner, Martínez-Donate et al. 2006), dos estudios acerca de la prevención vertical (Rely, Bertozzi et al. 2003; D'Ippolito 2007), uno sobre mujeres migrantes en los Estados Uni-

dos (Gómez, Hernández et al. 1999), un análisis de costo-efectividad de terapia antirretroviral (Aracena-Genao, Oaxaca Navarro et al. 2008) y un estudio sobre intervenciones estructurales en México para la prevención de VIH (del Rio y Sepúlveda, 2002).

La búsqueda arrojó también otros estudios notables, pero que no evaluaban directamente intervenciones de VIH, aunque sí presentaban datos importantes sobre prevención de VIH en México con una perspectiva de género. Estos incluyen: un estudio acerca de mujeres migrantes (Ramos, Ferreira-Pinto 2002; Gossman, Carrillo Garza et al. 2008); uno de mujeres trabajadoras en maquilas, que encontró que ser contratado en una empresa clandestina o con bases que no cumplen con la Ley Federal de Trabajo aumenta la vulnerabilidad ante VIH (Pelcastre-Villafuerte, Kendall et al. 2008); dos estudios acerca de mujeres en general y sus vulnerabilidades frente al VIH (Cáceres 2004; Braitstein, Boulle et al. 2008); y uno más que analiza el papel que juegan los hombres en la prevención de VIH entre mujeres (Pérez-Jiménez, Serrano-García et al. 2007). Aunque estos estudios no se incluyeron en el cuadro 4.3, proveen datos importantes sobre el papel que juega el género en la prevención de VIH en mujeres mexicanas.

Intervenciones al nivel escolar

Para el caso de las y los adolescentes, se identificaron cuatro artículos de programas de educación sexual basados en escuelas (Walker, Gutiérrez et al. 2006; Zellner, Martínez-Donate et al. 2006; Gallegos, Villarruel et al. 2008). Las intervenciones fueron realizadas en el entorno escolar del nivel medio-superior (preparatoria) y se enfocan en un programa educativo cuya duración variaba en los estudios presentados aquí desde una sesión de tres horas (Martínez-Donate, Melbourne et al. 2004b) hasta 30 horas distribuidas en 15 semanas (Walker, Gutiérrez et al. 2006). El alcance de los temas abordados en la intervención también variaba, ya que había talleres más cortos (de 3 y 6 horas) enfocados en la prevención de VIH, mientras que la intervención de 30 horas era sobre educación sexual en su concepto amplio, basada en la enseñanza de herramientas para la vida y utilizando un currículo que seguía los lineamientos para programas efectivos desarrollado por la escuela de ONUSIDA (Kirby 1995; Kirby 2002). Un estudio reportaba sobre una intervención (Zellner, Martínez-Donate et al. 2006) que consistía en la instalación de kioscos en las preparatorias para proporcionar condones gratis a los estudiantes.

Los datos sobre la efectividad de estos programas, tanto en México como en el resto del mundo, son mixtos y demuestran ciertas limitaciones. Mientras se mostraron algunos efectos positivos en los conocimientos de los adolescentes después de participar en una o varias sesiones educativas, el efecto es modesto (cuando hay efecto) en retardar el inicio de la vida sexual, lograr cambios de comportamiento, incrementar el uso de condón, o lograr menores tasas de incidencia de ITS.

Los estudios muestran que el impacto de las intervenciones y los comportamientos referentes al uso de condones presentan diferencias importantes por género y experiencia sexual. Normalmente, el efecto de la intervención sobre los comportamientos reportados fue mayor en los hombres adolescentes. Los hombres eran más propensos a reportar el uso del condón durante el último encuentro sexual y también a reportar haber utilizado un condón al tener sexo de más alto riesgo, como con una trabajadora sexual o con una pareja casual (Walker, 2006). Los hombres también aprovecharon mejor la provisión de condones en las escuelas (Zellner, 2006).

Intervenciones de consejería

Un total de tres de los artículos encontrados se enfocaba en las trabajadoras sexuales, quienes constituyen uno de los grupos más importantes para la infección de VIH entre las mujeres de México. No obstante, esos tres artículos abordaban la misma intervención para trabajadoras sexuales en Tijuana y Ciudad Juárez (Patterson, Semple et al. 2005; Patterson, Mausbach et al. 2008a; Strathdee, Mausbach et al. 2009). La intervención, titulada “Comparte Sexo Más Seguro,” está basada en la teoría social-cognitiva y teoría de acción razonada (*Theory of Reasoned Action*) y fue diseñada para ser relevante culturalmente con las trabajadoras sexuales en una ciudad fronteriza.

Para esta intervención, se utilizó una charla motivacional impartida por un consejera a las trabajadoras sexuales, la cual duraba aproximadamente 30 minutos. Esta intervención consistió en un tipo de consejería que es altamente efectiva para prevenir enfermedades de transmisión sexual y VIH entre trabajadores sexuales y logró disminuir de forma importante la incidencia de ITS y VIH entre los trabajadores sexuales que utilizan drogas inyectables. Debido al éxito obtenido, se planteó extenderla a 13 sitios adicionales en todo el país (Comunicación personal, S. Strathdee, 14 septiembre 2009).

Otra intervención de consejería estaba dirigida a mujeres latinas (de las cuales 46% son mexicanas) que viven en los Estados Unidos (Gómez, 1999). El modelo de grupos de apoyo y de consejería de pares tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo en el uso del condón en este grupo de mujeres, así como en una mayor comodidad para hablar sobre sexualidad con su pareja.

Prevención de transmisión vertical

Se hallaron dos artículos sobre la prevención de la transmisión vertical en México. El primero demuestra de manera sólida que el uso de antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo es efectiva y costo-efectiva en México (Rely, Bertozzi et al. 2003). El segundo, realizado por Gossman (2008), analiza la aceptabilidad de mujeres embarazadas para realizarse pruebas de VIH en dos ciudades fronterizas —Matamoros (México) y Brownsville (Estados Unidos). En general se encon-

tró que existía buena disposición de las mujeres para someterse a la prueba, pero hubo una aceptación menor entre las mujeres con un nivel educativo bajo.

Intervenciones estructurales

Una revisión de la historia de VIH/SIDA en México analizó las posibles razones por las que la prevalencia de VIH entre trabajadoras sexuales se ha mantenido baja, y por debajo del promedio en ese mismo grupo de mujeres en otros países (del Rio y Sepúlveda, 2002). La evidencia presentada sugiere que esta baja prevalencia se debe en gran parte al alto nivel de uso de condón por parte de las trabajadoras sexuales. Por ser una revisión histórica, el artículo no hace asociaciones entre intervenciones estructurales específicas, pero pone énfasis en la necesidad de diseñar políticas estructurales que modifiquen los determinantes sociales que contribuyen a mantener prácticas sexuales riesgosas. Además, destaca que tener políticas que prohíben o restringen el sexo comercial o que hacen pruebas de VIH obligatorias pueden no ser efectivos e incluso dañinos,

sobre todo ante la ausencia de estrategias efectivas para la distribución de condones entre este grupo.

Tabla 4.3 Descripción de resultados de la evaluación por estudio

| ESTUDIO | DISEÑO Y TAMAÑO DE MUESTRA | RESULTADOS DE EVALUACIÓN | No. MUJERES | No. HOMBRÉS | FACTORES QUE AFECTAN LA FORTALEZA DE LA EVIDENCIA |
|---|---|--|-------------|-------------|---|
| INTERVENCIONES DE COMPORTAMIENTO | | | | | |
| Programas educativos basados en escuelas de prevención de ITS y VIH/SIDA: adolescentes | | | | | |
| A. (Callegos, Villarruel et al. 2008) | <p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio</p> <p>Muestra: 832 adolescentes de entre 14 y 17 años de preparatorias de Monterrey</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anual de 2002 a 2005 de 6 horas cada intervención. • Comparación entre la línea basal y el grupo de control. • 4 seguimientos en un año cuestionarios autoaplicados pre y post intervención. | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la intencionalidad de uso de condón y anticonceptivos • Baja deserción • Intervención igualmente efectiva para edades y géneros | 459 | 370 | <ul style="list-style-type: none"> • Sin marcadores biológicos. • Pocos estudiantes sexualmente activos (9.5%, aumento al 16% un año despues |
| B. (Walker, Gutiérrez et al. 2006) | <p>Diseño: ensayo controlado aleatorizado</p> <p>Muestra: 10,954 estudiantes de primer grado de 40 preparatorias públicas de Morelos; 7,308 adolescentes con un seguimiento de 16 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleatorización de muestra en 3 ramas, con diferentes programas de educación sexual cada uno. • Cuestionarios autoaplicados para línea basal, y seguimiento a 4 y 16 meses después, reporte uso de condón. • Los profesores de las escuelas fueron capacitados para impartir los temas del programa de educación sexual. | <ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento sobre el VIH, la píldora de emergencia y uso de condón mejoró significativamente. • Hombres adolescentes reportan mayor uso de condón en último encuentro sexual que las mujeres • En el grupo de intervención una proporción mayor de los hombres adolescentes reportaron utilizar condón en un encuentro sexual de alto riesgo (ej. con una trabajadora sexual o pareja casual). | 4,847 | 6,107 | <ul style="list-style-type: none"> • Sin marcadores biológicos • Alta incidencia de abandono escolar (14% en primer seguimiento y 22% en el segundo), sobre todo para los hombres adolescentes. |

| ESTUDIO | DISEÑO Y TAMAÑO DE MUESTRA | RESULTADOS DE EVALUACIÓN | | No. MUJERES | No. HOMBRES | FACTORES QUE AFECTAN LA FORTALEZA DE LA EVIDENCIA |
|--|--|--|-----|-------------|---|---|
| C. (Zellner, Martínez-Donate et al. 2006) | <p>Diseño: Experimental, análisis multivariado.</p> <p>Muestra: 570 estudiantes de 2 preparatorias en Tijuana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de 2 kioscos, consejería de uso de condón y prácticas de riesgo. • Análisis multivariado de predisposición de uso del programa. | <ul style="list-style-type: none"> • Diferencia de género en utilización de kiosco. • Adquisición de habilidades para acceso de condón. • Usuarios de los kioscos con adolescentes sexualmente activos o con intención de tener sexo. | 172 | 391 | <ul style="list-style-type: none"> • Autoselección de uso del programa • Sin marcadores biológicos | |
| D. (Martínez-Donate, A.J., Hovell, M. F 2004b) | <p>Diseño: Doble estudio con diseño cuasiexperimental, cuestionario pre y post intervención, que indagaba acerca de conocimientos, actitudes y prácticas referente al uso de condón y aspectos de autoeficacia para cuidarse.</p> <p>Muestra: 320 estudiantes de cuatro preparatorias en Tijuana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller de 3 horas sobre prevención VIH dirigido por especialistas en comportamiento. • Kiosco con provisión gratuita de condones (seguimiento hasta 6 meses). | <ul style="list-style-type: none"> • Impacto significativo de participación en el taller en iniciación de vida sexual visto en el seguimiento de 3 meses y de 6 meses. • La participación en el taller con acceso al kiosco fue asociada significativamente con la obtención condones en los tres meses posteriores al taller. • Solamente provisión de condones de forma gratuita, sin taller educativo. No tuvo efecto en la obtención de condones. | 202 | 118 | <ul style="list-style-type: none"> • Periodo de seguimiento corto (3 meses para el taller y 6 meses para el kiosco). No permite medir el impacto a largo plazo. • Muestra de conveniencia y autoselección. • Resultados no desagregados por género. • Sin marcadores biológicos | |
| Intervenciones cambio conductual y uso de condón: trabajadores sexuales | | | | | | |
| E. (Bucardo, Brouwer et al. 2005) | <p>Diseño: piloto cuasi-experimental</p> <p>Muestra: 82 sexoservidoras mayores de 18 años de Tijuana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería de 30 minutos sobre cambio conductual y uso condón. • Pruebas pre y post intervención, y marcadores biológicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en conocimientos. • Cambio en intencionalidad de uso de condón. • Reclutamiento aprovechando centros de salud. | 82 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> • No se incluyeron los factores de uso de drogas ilícitas o alcohol en el diseño del programa. • La intervención no considera las prácticas sexuales no comerciales que pueden ser riesgosas. | |

| ESTUDIO | DISEÑO Y TAMAÑO DE MUESTRA | RESULTADOS DE EVALUACIÓN | No. MUJERES | No. HOMBRÉS | FACTORES QUE AFECTAN LA FORTALEZA DE LA EVIDENCIA |
|--|---|---|-------------|-------------|---|
| F. (Patterson, Semple et al. 2008) | <p>Diseño: transversal, cuasi-experimental aleatorio</p> <p>Muestra: 924 sexo servidoras mayores de 18 años de Tijuana y Ciudad Juárez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería de 30 minutos sobre cambio conductual y control didáctico condicionado. • Encuestas, medidores biológicos a línea basal y a los 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Disminución en 40% en la incidencia acumulativa de ITS. • Incremento de actos sexuales protegidos. | 924 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento corto (6 meses). • Aleatoriedad en la selección de participantes. • Resultados no generalizables a más ciudades fronterizas. • No incluye las prácticas sexuales |
| G. (Iniguez-Stevens, Brouwer et al. 2009) | <p>Diseño: experimental cualitativo</p> <p>Muestra: 409 trabajadoras sexuales mayores de 18 años seleccionadas aleatoriamente de la intervención efectuada por Patterson (2008).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario auto-aplicado para medir la auto-eficacia | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del uso de condón. • Incremento significativo de conocimiento sobre VIH. | 409 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de seguimiento en mujeres jóvenes. • Datos autorreportados. |
| Intervenciones cambio conductual y uso de condón: mujeres migrantes | | | | | |
| (Gómez, Hernández et al. 1999) | <p>Diseño: cuasi-experimental, cualitativo longitudinal.</p> <p>Muestra: 100 mujeres latinas viviendo menos de 5 años en EE.UU., el 46% mexicanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención comunitaria, grupos de apoyo, consejería, consejería entre pares. • Entrevistas en línea basal, a 3 y 6 meses de la intervención, con incentivos monetarios. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del uso de condón. • Mayor comodidad para hablar sobre sexualidad con la pareja. | 100 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> • Datos autorreportados. • No medidores biológicos |
| INTERVENCIONES BIOMÉDICAS | | | | | |
| Prevención de la transmisión vertical | | | | | |

| ESTUDIO | DISEÑO Y TAMAÑO DE MUESTRA | RESULTADOS DE EVALUACIÓN | No. MUJERES | No. HOMBRES | FACTORES QUE AFECTAN LA FORTALEZA DE LA EVIDENCIA |
|---|--|--|-------------|-------------|--|
| (Rely, Bertozzi et al. 2003) | <p>Diseño: estudio cuantitativo costo-efectividad con modelo de Stover.</p> <p>Muestra: 5 intervenciones en México</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparación de 5 intervenciones para comparar costo-efectividad en transmisión vertical. Análisis y comparación de costos de diferentes instituciones de seguridad social. | <ul style="list-style-type: none"> Los costos de transmisión vertical en países de baja prevalencia deben enfocarse en costos de VCT, en vez de costos de medicamentos. Reducción en costos por pre-test acerca de factores de riesgo y prueba rápida. Zidovudina es más efectiva en profilaxis que Nevirapina. | Sin dato | Sin dato | <ul style="list-style-type: none"> Heterogeneidad de calidad y cobertura en las diferentes instituciones. Diferencia de presupuestos e inversión en atención y prevención en las |
| (Gossman, Carrillo Garza et al. 2008) | <p>Diseño: Transversal cuasiexperimental</p> <p>Muestra: 489 mujeres embarazadas de Matamoros, Tamps.; 458, de Brownsville, Texas.</p> <p>Modelo de regresión logística.</p> <p>Observar correlación factores realización de pruebas detección VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mayor porcentaje de aceptación de pruebas en Brownsville (94.8%) que Matamoros (57.6%) Estado civil, nivel educativo influyen en aceptar prueba Se necesita trabajo conjunto en ambas ciudades | 947 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> Menor escolaridad limitante para practicarse la prueba |
| Atención de terapia antirretroviral | | | | | |
| (Aracena-Genao, Oaxaca Navarro et al. 2008) | <p>Diseño: estudio de costo-efectividad por modelo Kaplan-Meier.</p> <p>Muestra: 797 PVVS con HAART en México.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudio retrospectivo longitudinal aleatorio de Cox de personas con HAART desde 1982 a 2006. | <ul style="list-style-type: none"> Mayor probabilidad de sobrevivencia mientras más pronto se da el tratamiento. Mayor esperanza de vida con HAART. US \$280,000.00 costo por individuo por más de 15 años con HAART. | 184 | 613 | <ul style="list-style-type: none"> 81 participantes fallecieron durante el análisis. Ausencia de datos sobre iniciación de HAART, adherencia y estatus clínico de los pacientes |
| INTERVENCIONES ESTRUCTURALES | | | | | |
| H. (del Río y Sepúlveda 2002) | <p>Diseño: Revisión literatura sobre implementación de políticas públicas de prevención de VIH en México</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión de la política sobre donación de sangre y prevención de ITS a trabajadoras sexuales. | <ul style="list-style-type: none"> Disminución importante en el contagio de VIH por transfusión sanguínea. Disminución de contagio de ITS a través de trabajadoras sexuales. | Sin dato | Sin dato | <ul style="list-style-type: none"> Proponen implementar leyes vinculadas con el uso de condón con las trabajadoras sexuales. |

4.3.2.2 Atención

Desde el año 2004, México declaró que había alcanzado la cobertura universal de antirretrovirales para las personas que viven con VIH. A pesar de ello, actualmente no existen datos públicos acerca del número total de personas que reciben antirretrovirales por parte del sector público. Es posible estimar que aproximadamente 22% son mujeres, porque ésta es la proporción de mujeres de la población de PVVS. A nivel internacional, se ha demostrado que el tratamiento con antirretrovirales concede importantes beneficios de salud y sobrelleva a las personas con VIH, con resultados semejantes para hombres y mujeres (Bertozzi, Padian et al. 2006). Sin embargo, para optimizar el tratamiento se requiere un diagnóstico temprano y una adherencia eficiente. Las mujeres enfrentan retos específicos para estos dos factores, como se menciona en el capítulo anterior.

Existe información acerca de las razones por las cuales existe una falta de adherencia en las mujeres mexicanas (Kendall, Perez-Vasquez et al. 2002; Torres-Escobar, Linares et al. 2004); sin embargo, la búsqueda de literatura no proporcionó evidencia sobre intervenciones en México dirigidas a mejorar la adherencia entre mujeres. A nivel internacional se han probado varias intervenciones, como la observación directa de terapia (Sarna, Luchters et al. 2008), la consejería (Mannheimer, Morse et al. 2006), y las intervenciones de comportamiento (Simoni, Pearson et al. 2006). En México, hay un estudio en curso que evalúa una intervención denominada “amigo acompañante”, que propone mejorar la adherencia de personas tomando antirretrovirales en cinco instituciones de salud (Sierra, Noris et al. 2009). Sería muy oportuno que dicho estudio desagregue los resultados por sexo, dado las diferencias que se han observado entre mujeres y hombres en cuanto al apego.

En otro estudio sobre costo-efectividad de la terapia antirretroviral en México (Aracena-Genao, Oaxaca Navarro et al. 2008) el principal hallazgo fue que la detección oportuna de la infección de VIH aumenta la costo-efectividad del tratamiento subsecuente. Dicho estudio no se enfocó específicamente en mujeres, por lo que sería útil que se investigue más acerca de la detección oportuna del VIH en las mujeres en México, dado que la evidencia demuestra que las mujeres mexicanas tienden a diagnosticarse más tarde y cuando la enfermedad ya está más avanzada que en los hombres.

4.4 Discusión

La información disponible sobre intervenciones para la prevención del VIH entre las mujeres en México se enfoca principalmente en grupos como trabajadoras sexuales, mujeres embarazadas y, hasta cierto nivel, en mujeres adolescentes. En cuanto a los aspectos de atención a las mujeres VIH positivas, no se encontró ni un estudio que abordara las intervenciones relacionadas con la atención, tales como la promoción de

un diagnóstico temprano o el fortalecimiento de la adherencia a la terapia antirretroviral. Existe evidencia clara del impacto positivo de intervenciones para promover el uso de condones entre trabajadoras sexuales, del papel de un programa de prevención dirigido a adolescentes y del uso de antiretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo, pero aún quedan varias asignaturas pendientes en cuando a la prevención y atención con enfoque de género para las mexicanas. Se requieren esfuerzos para ampliar y profundizar la base de evidencia relacionada con los grupos clave de mujeres que estudia este libro.

Para las intervenciones enfocadas al cambio de comportamientos, la evidencia existente demuestra que la consejería y la educación contribuyen a promover comportamientos como el uso de condón entre trabajadoras sexuales y, en menor medida, entre las adolescentes. Se encontró sólo una intervención probada sistemáticamente entre trabajadoras sexuales, la cual mostró un aumento de conocimientos y que deriva de una intervención diseñada con base en la autoeficacia (Patterson, Mausbach et al. 2008; Strathdee, Mausbach et al. 2009). Entre las trabajadoras sexuales que también utilizan drogas inyectables este impacto se perdió. En general, en esta revisión destacó la ausencia de información acerca de cómo abordar a las usuarias de drogas inyectables.

Las intervenciones de VIH/SIDA dirigidas a las adolescentes se concentran en la educación y el uso de condón. Por lo general, se observa un aumento en los conocimientos de VIH, aunque no se ha identificado en los programas escolares algún estudio que demuestre un impacto significativo en la prevención del VIH y en la reducción de la incidencia de infecciones de transmisión sexual, a pesar de que algunos estudios señalan un aumento en el uso de condón a través de datos autorreportados.

Es importante notar que para las intervenciones de educación sexual basadas en entornos escolares, hay una diferencia en el impacto del programa entre mujeres y hombres adolescentes. Se puede observar que, después de la intervención, los hombres son más propensos a reportar el uso del condón en su última relación sexual y, en particular, en sus relaciones con una parejas casuales o con trabajadores sexuales (Walker, Gutiérrez et al. 2006; Zellner, Martínez-Donate et al. 2006). Es probable que parte de esta diferencia en el impacto del programa se atribuya a aspectos culturales y sociales en cuanto a la mujeres y la sexualidad.

En las intervenciones escolares revisadas aquí —y también en otras a nivel internacional— existe una tensión entre los conceptos de educación para la prevención del VIH versus la educación sexual versus la provisión de condones en las escuelas. Estos tres abordajes se encuentran interrelacionados y la necesidad de educar a las y los jóvenes sobre cómo protegerse del VIH ha sido un detonador para incluir este tipo de programas en las escuelas. Sin embargo, se introducen y se evalúan como intervenciones discretas, limitadas generalmente al tema de VIH. Como resultado, se perciben efectos limitados en cuanto al cambio de comportamientos, o sencillamente se desconocen sus efectos a largo plazo. Un programa de sexualidad integrado al currículo que inicie en

niveles anteriores al bachillerato, tiene el potencial de tener más impacto en los comportamientos para asegurar una sexualidad saludable en las y los jóvenes mexicanos, y contribuir a cerrar la brecha de uso de condón entre hombres y mujeres adolescentes.

Finalmente, entre todos los estudios de intervenciones de prevención enfocados en comportamientos, existe un sesgo geográfico importante en la información. De los nueve estudios sobre intervenciones que buscaban cambiar los comportamientos, todos con excepción de un estudio sobre educación de la sexualidad en las escuelas (Walker, Gutiérrez et al. 2006), se llevaron a cabo en el Norte del país o con mujeres mexicanas en los Estados Unidos, y la gran mayoría se realizó en Tijuana. La intervención dirigida a trabajadoras sexuales “Comparte Sexo Más Seguro”, está en proceso de extenderse a otras ciudades del país con un plan de evaluación. No obstante, la diversidad socioeconómica y cultura del país requiere una base de evidencia más amplia en términos geográficos para asegurar que las intervenciones tengan éxito.

En cuanto a la intervención biomédica para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo, existe mucha información al nivel mundial y en México que demuestra su efectividad. El reto para México, país de ingresos medios, es encontrar la estrategia más adecuada para llevar a cabo la consejería y pruebas en el periodo prenatal. El panorama en México ha cambiado desde estudio de Rely, Bertozzi et al. (2003). Las pruebas rápidas ya están disponibles y son económicas. La reciente atención que se ha dado al tema de ofrecer la prueba del VIH a todas las embarazadas, debe tomar en cuenta la evidencia que indica que puede ser muy baja la proporción de mujeres que acepten someterse a esta prueba (Gossman, Carrillo Garza et al. 2008). Queda también pendiente el diseño y evaluación de un programa a nivel nacional de prevención de la transmisión vertical que sea efectivo y costo-efectivo.

Respecto de las intervenciones estructurales para la prevención de VIH, la evidencia es escasa para México. Se ha demostrado que para reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables, hay que tomar en cuenta el entorno, así como las prácticas individuales que influyen de manera importante en dicha transmisión (DeJarlais 2000). Un área pendiente es analizar cómo cambios en las políticas pueden afectar el uso de la inyección segura. Las políticas que rigen la distribución de jeringas y agujas y la presencia de la policía juegan un papel importante. Se ha demostrado que en dos ciudades fronterizas, los arrestos por la posesión de jeringas se asocian positivamente con la práctica de compartirlas (Pollini, Brouwer et al. 2002; Buris, Strathdee 2006). Las intervenciones estructurales en México para asegurar el acceso real a equipo de inyección y no penalizar su posesión pueden tener un impacto positivo en las mujeres UDI y en los hombres.

Finalmente, en el área de prevención, una asignatura pendiente consiste en cómo llegar al conjunto vulnerable de mujeres que son parejas de militares, reclusos, HSH, UDI o migrantes, ya que todavía no está claro cuál es la mejor forma de abordarlas directamente, más allá de las visitas prenatales. Para proteger a estas mujeres se deben

analizar las dinámicas de la infección y prevención desde dos perspectivas. Una es de fortalecer la prevención, utilizando las intervenciones comprobadas y presentadas en el cuadro 4.2 entre los hombres con comportamientos riesgosos. La segunda consiste en conocer más acerca de cómo abordar a estas mujeres y definir intervenciones que realmente les sirvan. El trabajo de determinantes sociales de la salud (OMS 2008) puede contribuir de forma significativa a este análisis.

No se encontró ninguna intervención de atención y tratamiento de VIH/SIDA con perspectiva de género en México. En este terreno existe un vacío importante, dado que 22% de todas las personas con VIH en México son mujeres, y, como se discutió en el capítulo 3, probablemente tienen diferentes necesidades a las de los hombres en cuanto a padecimientos ginecológicos, como el cáncer cérvico-uterino, aspectos de adherencia, así como apoyo psicológico.

4.5 Recomendaciones

El llamado de las agencias internacionales y nacionales para que se contemplen las necesidades de las mujeres en el diseño de intervenciones para la prevención y tratamiento del VIH ha sido bastante claro. Existen lineamientos, recomendaciones de políticas y abogacía para incluir la perspectiva de género. Sin embargo, persisten varios retos en cuanto a su incorporación y la implementación de intervenciones efectivas para la prevención y tratamiento del VIH en mujeres.

Existen diversos estudios de tipo descriptivo que analizan a diferentes poblaciones de mujeres y sus necesidades (Kendall, Pérez 2004; Pérez, Taracena et al. 2004; Leyva, Caballero 2009), consideramos que es el momento para crear e implementar intervenciones novedosas, adecuadas, efectivas y eficientes para cumplir con las necesidades de estas mujeres. Para que el diseño de nuevas intervenciones se enfoque en los esfuerzos de prevención y tratamiento de VIH a mujeres, sugerimos que se tomen en cuenta las siguientes consideraciones.

Las intervenciones no sólo deben ser documentadas, sino también evaluadas, para poder dar cuenta de su efectividad. Además, se necesita identificar cuáles son más eficaces en la prevención del VIH, para que se puedan ampliar y replicar. De igual manera, sirve identificar las intervenciones no efectivas, para evitar invertir los recursos (de por sí escasos) en acciones que no dan resultados, tomando en cuenta que las evaluaciones deben contemplar indicadores de conocimiento y comportamiento.

En el caso de las intervenciones dirigidas a cambiar los comportamientos, éstas se deben medir no sólo a través de autorreportes, sino también con marcadores biológicos como los embarazos no deseados, la identificación de ITS, e infecciones de VIH sobre la población participante en dichas intervenciones.

Debido a la poca información disponible acerca de la efectividad de diversas intervenciones para prevenir el VIH entre las mujeres mexicanas, es importante que las agencias financiadoras empiecen a exigir que los estudios abarquen estos temas con una perspectiva de género, desagregando los resultados por género cuando sea apropiado, y estableciendo las diferentes necesidades que pueden tener las mujeres en los programas de prevención de VIH cuando se diseñen intervenciones.

Por otra parte, si bien se han implementado diversas intervenciones para prevenir el VIH en distintas poblaciones clave, existen ciertos grupos que han estado al margen de esas intervenciones como: mujeres transgénero, mujeres reclusas, mujeres que utilizan drogas intravenosas, así como mujeres que son pareja de algún miembro de alguno de los grupos con mayor riesgo de infección y de los cuales tenemos evidencia limitada sobre las intervenciones que funcionan.

Finalmente, hay intervenciones que han sido bastante probadas, como el uso de antirretrovirales para prevenir transmisión vertical, lo cual implica realizar la prueba de VIH durante el embarazo, práctica que no ha sido optimizada en México. La prevención de la transmisión vertical constituye una importante oportunidad para educar sobre los riesgos de adquirir el VIH a mujeres embarazadas que cuentan con servicios médicos; además, de identificar el virus en la madre y prevenir infección en el bebé. Sin embargo, estas medidas se deben de acompañar de capacitación del personal de salud para que pueda proveer una consejería adecuada y propiciar la aceptación de la prueba bajo las normas de consentimiento informado.

Bibliografía

- Aracena-Genao B., Oaxaca Navarro J., et al. (2008) Costs and benefits of HAART for patients with HIV in a public hospital in Mexico. *AIDS* 22(Sup1):S141-S148.
- Bertozzi S., Padian N., et al. (2006) Disease control priorities in developing countries 2nd Edition. En *Disease Control Priorities in Developing Countries*. G. A. Dean T. Jamison, Joel Breman, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anthony R. Measham, Anne Mills y Philip Musgrove Eds. Washington D.C., Oxford University Press.
- Braitstein P., Boule A., et al. (2008) Gender and the Use of Antiretroviral Treatment in Resource-Constrained Settings: Findings from a Multicenter Collaboration. *Journal of Women's Health* 17(1):47-55.
- Bucardo, Brouwer, et al. (2005) Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence* 79:281-293.
- Buris S., Strathdee S. A. (2006) To serve and protect? Toward a better relationship between drug control policy and public health. *AIDS* 20(117-118).
- Cáceres C. (2004) Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cad. Saúde Pública* 20(6):1468-1485.
- D'Ippolito M. (2007) Missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Latin America and the Caribbean: the NISDI Perinatal Study. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 26(7):650-652.
- DeJarlais D. C. (2000) Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS* (14):S41-6.
- del Rio C., Sepúlveda J. (2002) AIDS in Mexico: lessons learned and implications for developing countries. *AIDS* 16(11):1445-1457.
- DeMaria L., Galarraga O., et al. (2009) What works to prevent and treat AIDS: a review of cost-effectiveness literature with a long-term perspective. *AIDS* 2031, Consultado 19 Octubre, 2009, En http://www.aids2031.org/pdfs/what%20works%20to%20prevent%20and%20treat%20aids_27.pdf.
- Galárraga O., Colchero A., et al. (2009) HIV Prevention Cost Effectiveness Review 2005-2008. *BMC Public Health* 9(Suppl 1):S5.
- Gallegos E. C., Villarruel A. M., et al. (2008) Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México* 50(1):59-66.
- Gómez C. A., Hernández M., et al. (1999) Sex in the new world: an empowerment model for HIV prevention in Latina immigrant women. *Health Educ Behav* 26(2):200-212.
- Gossman G. L., Carrillo Garza C. A., et al. (2008) 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. *Preventing chronic disease, public health research, practice and policy*, *CDC* 5(4).
- Íñiguez-Stevens E., Kimberly B., et al. (2009) Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana. *Gac Méd Méx* 145(3):189-195.
- Kendall T., Perez-Vasquez H., et al. (2002) Side effects and adherence to antiretrovirals by HIV-positive Mexican women. *International Conference on AIDS*. Barcelona, España.

- Kendall T., Pérez H. (2004) Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. México D.F., Colectivo Sol.
- Kirby D. (1995) A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking behaviors among school-aged youth in the United States. Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Kirby D. (2002) "Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy and childbearing." *The Journal of Sex Research*, 39:51-7.
- Leyva R., Caballero M. (2009) Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compamñeras de migrantes. Cuernavaca, Morelos, INSP.
- Mannheimer S. B., Morse E., et al. (2006) Sustained benefit from a long-term antiretroviral adherence intervention: results of a large randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 43(Suppl 1):S41-47.
- Martinez-Donate, A.P, Melbourne et al. (2004) "Evaluation of Two School-Based HIV Prevention Interventions in the Border City of Tijuana, México" *The Journal of Sex Research* 41(3):267-278
- OMS (2008) Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS, Geneva. Pp.41.
- ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2006. ONUSIDA, Ginebra. Pp.80.
- ONUSIDA UNFPA UNIFEM (2004) Mujeres y VIH/SIDA: enfrentarse a la crisis. ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, Ginebra. Pp.71.
- Patterson T., Mausbach B., et al. (2008a) Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juárez, México. *Am J Public Health* 98(11):2051-2057.
- Patterson T. L., Semple S. J., et al. (2005) An HIV-prevention intervention for sex workers in Tijuana, Mexico: a pilot study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 27(1):82-100.
- Pelcastre-Villafuerte B., Kendall T., et al. (2008) Las maquiladoras frente al VIH/sida, implementación de programas y percepción de los empleadores en Puebla. *Región y Sociedad* XX(043):189-211.
- Pérez-Jiménez, Serrano-García, et al. (2007) Men's role in HIV/AIDS prevention for women: exploring different views. *PRHSJ* 26(1):13-22.
- Pérez H., Taracena R., et al. (2004) Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Mexico, CENSIDA.
- Pollini R. A., Brouwer K. C., et al. (2002) Syringe possession arrests are associated with receptive syringe sharing in two Mexican-US border cities. *Addiction* 103(1):101-108.
- Ramos R. L., Ferreira-Pinto J. B. (2002) A Model for Capacity-building in AIDS Prevention Programs. *AIDS Education and Prevention* 14(3):196-206.
- Rely K., Bertozzi S., et al. (2003) Cost-effectiveness of strategies to reduce mother-to-child HIV transmission in Mexico, a low-prevalence setting. *Health Policy Planning* 18(3):290-298.
- Rosenfield A., Figdor E. (2001) Where is the M in MTCT? The broader issues in mother-to-child transmission of HIV. *Am J Public Health*. 91:703-704.

- Sarna A., Luchters S., et al. (2008) Short- and long-term efficacy of modified directly observed antiretroviral treatment Mombasa, Kenya: A randomized trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 48:611-19.
- Sierra J., Noris P., et al. (2009) Evaluación de la intervención integral para mejorar la adherencia al tratamiento con antiretrovirales. Consultado 18 noviembre 2009, En <http://www.cisidat.org.mx/projects/atencion.html#top>.
- Simoni J. M., Pearson C. R., et al. (2006) Efficacy of Interventions in Improving Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence and HIV-1 RNA Viral Load: A Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43 (Suppl 1):S23-35.
- Strathdee S., Mausbach B., et al. (2009) Predictors of sexual risk reduction among Mexican female sex workers enrolled in a behavioral intervention study. *Acquir Immune Deficit Syndrome* 51(s1):s42-s46.
- Torres-Escobar I., Linares G., et al. (2004) Factors affecting adherence among Mexican women: A quantitative/qualitative study. XV International AIDS Conference. Bangkok, Tailandia.
- UNESCO, World Food Program (2006) Literature Review on the Impact of Education Levels on HIV/AIDS Prevalence Rates. UNESCO, Ann Arbor. Pp.16.
- Walker D. M., Gutiérrez J. P., et al. (2006) HIV prevention in Mexican schools: prospective randomized evaluation of intervention. *British Medical Journal* 332:1189-1194.
- Zellner J. A., Martinez-Donate A. P., et al. (2006) Feasibility and use of school-based condom availability programs in Tijuana, Mexico. *AIDS and Behavior* 10(6):649-657.

RECOMENDACIONES GENERALES

Pilar Torres, Lisa M. DeMaria, Carlos Magis, Patricia Volkow, Betania Allen, Ángel Zarco Mera, Dulce Alejandra Balandrán, Enrique Bravo-García, Marcelo De Luca y Tyler Martz

Las recomendaciones que se ofrecen en la presente sección pretenden guiar los esfuerzos de vigilancia epidemiológica, prevención, atención e intervenciones en el tema de SIDA y las mujeres. En especial, se elaboraron recomendaciones referentes a dos áreas: la investigación que se necesita realizar para generar evidencia suficiente que permita elaborar intervenciones efectivas y eficaces dirigidas a las mujeres, y las acciones que requieren abogacía para promover el bienestar de las mujeres en relación al tema del VIH/SIDA.

Las presentes recomendaciones son producto del consenso de los autores respecto de la prioridad que éstas deberían tener en el momento actual. Para llegar a este consenso, los autores revisamos el conjunto de recomendaciones realizadas a lo largo de los capítulos y se priorizaron aquéllas que contaban con mayor evidencia y cuyos resultados cobran mayor relevancia para guiar las acciones relacionadas al VIH y las mujeres.

1. Recomendaciones de vigilancia epidemiológica

1. **Realizar, a través de vigilancia centinela e investigación especializada, mejores estimaciones sobre comportamientos de riesgo y factores de vulnerabilidad así como de la prevalencia del VIH en grupos específicos.** Los datos para algunos grupos de la población y su riesgo de infección son bastante escasos. En particular las estimaciones deben enfocarse en los siguientes grupos: mujeres parejas de HSH, reclusos, migrantes y militares, así como mujeres que pertenecen a otros grupos clave como trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables y transgéneros.
2. **Clasificar los casos de SIDA en función del ámbito de residencia** (urbana o rural) de las PVVS con el fin de actualizar las estadísticas de modo rutinario.
3. **Insistir en la implementación y ampliación de las pruebas rápidas en mujeres embarazadas** dentro de todas las instituciones del sistema sanitario del país.

2. Recomendaciones de prevención

De abogacía y política pública

1. **Convertir en realidad el programa de prevención de la transmisión vertical en el país.** Fortalecer el programa de prevención de transmisión vertical del VIH. Se requiere garantizar que el programa de atención perinatal ofrezca la detección del VIH a todas las mujeres, y que el acceso a dicho programa incluya como elementos clave: una consejería de calidad y calidez, y el acceso a un programa de atención que incluya medicamentos y médicos capacitados en manejo del VIH en mujeres embarazadas.
2. **Fortalecer la detección oportuna del VIH.** Se recomienda la promoción de la atención integral para las mujeres, incorporando la detección del VIH a los servicios existentes de atención para la salud sexual y reproductiva (incluyendo también la detección y tratamiento de otras ITS, detección oportuna del cáncer cervical y de mama, y atención prenatal), y aprovechando sinergias tales como la capacitación del personal de salud para la consejería.
3. **Aprovechar sinergias de otros programas sociales y de salud para la prevención.** Se debe aprovechar los programas sociales y de salud existentes en México –los cuales cuentan una estructura organizacional y recursos financieros y hu-

manos - para difundir programas de prevención enfocados a cambiar comportamientos de riesgo y disminuir la vulnerabilidad. De central importancia en esta estrategia puede ser el programa Oportunidades, cuya estructura se podría aprovechar para difundir campañas contra el estigma, promover la detección oportuna del VIH, habilidades técnicas y de negociación de los condones, así como su distribución. De la misma manera, se deberán aprovechar otros programas de salud, incluyendo por ejemplo los programas de detección oportuna del cáncer cervical y de mama, la atención prenatal, entre otros.

4. **Integrar la prevención primaria con la secundaria.** Se debe combinar la prevención del riesgo a corto plazo o prevención primaria (intervenciones para cambiar comportamientos individuales) con la prevención de la vulnerabilidad a largo plazo o prevención secundaria (intervenciones para reducir la vulnerabilidad de género), así como impulsar la prevención positiva con mujeres, adolescentes y niñas.

5. **Implementar intervenciones dirigidas al cambio del comportamiento, reducción de la vulnerabilidad y prevención positiva** que ya han mostrado efectividad e impacto (es decir, que han sido evaluadas con métodos científicos) en poblaciones de niñas, adolescentes y mujeres mexicanas y sus parejas masculinas, acompañadas de evaluaciones y estudios de costo-efectividad. Específicamente:
 - a. **Apoyar la ampliación del modelo de prevención de VIH para trabajadoras sexuales**, pues existe evidencia de un modelo efectivo para trabajadoras sexuales desarrollado en Tijuana. Se deben dedicar fondos para extender esta intervención a más lugares y trabajadoras sexuales, adecuándola a las especificidades de cada entorno cuando sea necesario.

 - b. **Fortalecer la educación comprensiva de la sexualidad en las escuelas** (desde la primaria a la preparatoria), con un enfoque particular de género y derechos reproductivos, incluyendo la adquisición de habilidades como, por ejemplo, cómo utilizar un condón. Esta educación debe estar claramente vinculada con los servicios de salud reproductiva dirigidos a las y los adolescentes e involucrar siempre que sea posible a sus madres y padres.

 - c. **Atender a los grupos que presentan una alta vulnerabilidad ante el VIH**, que no reciben intervenciones de prevención del VIH y para los cuales no conocemos la mejor forma de abordarlos. En particular, se deben dedicar esfuerzos a encontrar nuevas formas de acceder a mujeres UDI y parejas de UDI, HSH, reclusos y militares. También se deben reforzar las acciones de prevención entre los hombres que pertenecen a estos grupos, bajo la premisa de que reducir la incidencia del VIH entre ellos, tendrá repercusiones positivas en sus parejas femeninas.

De investigación

1. **Realizar investigación aplicada sobre la implementación de un sistema de detección oportuna, así como sobre de estrategias para incorporar la prevención** –especialmente de la transmisión vertical– dentro de las estructuras y programas existentes. Dicha investigación debe permitirnos conocer cómo podemos implementar estos programas de manera que éstos tengan un mayor impacto y sean más costo-efectivos en el contexto mexicano.
2. **Desarrollar una herramienta para identificar oportunamente a las mujeres que tienen comportamientos que las ponen en mayor riesgo o quienes se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad** para la transmisión del virus a fin de facilitar la detección oportuna del VIH entre ellas.
3. **Investigación sobre la situación del VIH en grupos de mujeres de las que poco o nada se sabe**, y que generalmente se asume que podrían estar en situación de alta vulnerabilidad ante el VIH: mujeres en contextos rurales y con alta migración, mujeres parejas de hombres militares, migrantes y privados de la libertad, mujeres migrantes, mujeres transgénero y transexuales, mujeres UDI y parejas de UDI, mujeres que hacen trabajo sexual en ciudades pequeñas que guardan tasas de prevalencia elevadas, y niñas y adolescentes que nacieron con VIH.

3. Recomendaciones de atención:

De abogacía y política pública

1. **Promover el uso estandarizado de lineamientos o normatividad vigente y oportuna** sustentados en la evidencia, para atender a hombres y mujeres con VIH, así como la actualización de todo el personal de salud relacionado con la atención (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc.).
2. **Fortalecer la capacitación en consejería** para el seguimiento de niñas, adolescentes y mujeres con VIH, no sólo para la detección del virus, sino también en programas de adherencia terapéutica.
3. **Promover la distribución de condones** en el seguimiento de adolescentes y mujeres con VIH, surtiéndoles un número adecuado en cada visita de seguimiento.
4. **Impulsar el acceso de niñas, adolescentes y mujeres con VIH a programas sociales**, además de aquéllos que inciden en el círculo intergeneracional de la pobreza (como el programa Oportunidades) o brindan protección financiera (como el Seguro Popular).

De investigación y a nivel programático

1. **Desarrollar un manual de atención integral** a las mujeres con VIH, alineado los programas de acción específicos de atención a la salud de la mujer.
2. **Desarrollar programas de capacitación integral para médicos que atienden adolescentes y mujeres con VIH**, creando médicos especializados en la atención de ésta.
3. **Realizar a mesas de discusión con expertos** (del área ética médica, legal, médica y de atención a PVVS) **para promover una modificación en relación a la confidencialidad** del diagnóstico cuando existe una tercera persona en riesgo.

4. Recomendaciones de buenas prácticas:

1. **Promover y exigir la evaluación rigurosa como elemento importante en el financiamiento de intervenciones de prevención.** La evaluación sirve para identificar las intervenciones más exitosas y eficaces, así como las intervenciones no efectivas, lo que evita invertir recursos escasos en acciones que no dan resultados. La evaluación debe contemplar indicadores de conocimiento y comportamiento, así como de diseño y proceso. Cuando se busque modificar el comportamiento, los cambios de comportamiento se deben medir no sólo a través de autorreportes, sino también de marcadores biológicos entre la población expuesta a dichas intervenciones. Entre los indicadores se pueden incluir: embarazo no planeado, identificación de ITS e infecciones de VIH (dependiendo de las prevalencias esperadas para los grupos), o para intervenciones en atención, indicadores como número de pacientes con carga viral indetectable.
2. **Exigir que los estudios abarquen temas con una perspectiva de género, desagregando los resultados por sexo cuando sea apropiado,** y estableciendo las diferentes necesidades que pueden tener las mujeres, adolescentes y niñas en los programas de prevención de VIH cuando se diseñen intervenciones.
3. **Fortalecer la base de la evidencia de acciones e intervenciones exitosas para los grupos que han sido históricamente marginados por las intervenciones,** tales como: adolescentes y niñas que viven con VIH, mujeres transgénero, mujeres reclusas, mujeres que utilizan drogas intravenosas, así como mujeres que son pareja de algún integrante de los grupos con mayor riesgo de infección y de los cuales tenemos una evidencia limitada sobre las intervenciones que funcionan.

Anexo

Estimaciones de prevalencia de VIH/SIDA para poblaciones específicas de mujeres

Fuentes y supuestos asumidos para estimar a las mujeres vulnerables al VIH en situación de bajo riesgo.

I. Mujeres que se encontrarían unidas/casadas de 15-49 al 2009 (57.2%)¹ = 17,219,644

El levantamiento de la ENADID 2006 se realizó en 41,926 viviendas distribuidas en todo el territorio nacional, se llevó a cabo en marzo de ese año por el Instituto Nacional de Salud Pública. Las proporciones obtenidas de mujeres unidas y casadas se aplicaron a la población de mujeres 15-49 años estimada para 2009. Dado el crecimiento de casos de SIDA observado en los últimos años se estima posible utilizar una prevalencia de 0.1% para este sector de bajo riesgo de transmisión. Se trata de una prevalencia muy similar al promedio observado durante los últimos seis años en embarazadas con VIH/SIDA (Magis, Bravo-García et al. 2008).

II. Mujeres no unidas de 15-49 que asumen prácticas sexuales al 2009 (14.5%)² = 4,359,347

Los cocientes obtenidos en ENADID 2006 para mujeres con inicio sexual y unidas/casadas se aplicaron a la población de mujeres de 15-49 años de edad es-

¹ Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica **ENADID 2006**. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según grupos de edad y estado conyugal. <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/page0005.html>. Cálculo de actualización al 2009 CENSIDA-DIO.

² Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica **ENADID 2006**. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales por entidad federativa según tamaño de la localidad y edad promedio a la primera relación sexual. <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/page0005.html> Cálculo de actualización al 2009 CENSIDA-DIO

timada para 2009. Es decir: población femenina 15-49 sexualmente iniciada³ (21,578,991) - población 15-49 en unión conyugal (17,219,644). Dado el crecimiento de detecciones de VIH en mujeres embarazadas observado en los últimos años también se estima conveniente utilizar una prevalencia de 0.1% para este sector de bajo riesgo de transmisión.

III. Mujeres anteriormente unidas con actividad sexual en 2009 (9.9%)⁴ = 2,975,646

Se establece como variable próxima para visualizar a esta población a la población femenina de 15-49 años alguna vez unida que utiliza anticoncepción (68.3% de quienes estuvieron unidas o casadas). Los cocientes obtenidos en ENADID 2006 para mujeres separadas, divorciadas y viudas que continúan utilizando métodos anticonceptivos se aplicaron a la población de mujeres 15-49 años de edad estimada para 2009. A este sector de bajo riesgo de transmisión también se le aplica una prevalencia de 0.1%.

IV. Mujeres que dejaron de tener actividad sexual (4.7%)⁵ = 1,383,701

El supuesto es que las mujeres que estuvieron alguna vez unidas y ya no utilizan anticoncepción dejaron de tener prácticas sexuales. De todos modos, en función de su pasada actividad sexual se asigna una prevalencia del 0.05%, es decir la mitad que la prevalencia para mujeres de bajo riesgo que mantienen prácticas sexuales.

La forma de estimar a este subgrupo de las mujeres es: Mujeres no unidas con iniciación sexual (4,359,347) - Población femenina alguna vez unida que utiliza anticoncepción (2,975,646)

Fuentes y supuestos asumidos para estimar mujeres que se encuentran en poblaciones clave

I. Mujeres usuarias de drogas inyectables (UDI) = 10,657

El cálculo a nivel mundial de la cantidad de UDI (Aceijas, Stimson et al. 2004) propone una estimación media del número de UDI para México que abarcaría

³ Mujeres sexualmente iniciadas no es igual a mujeres sexualmente activas, sin embargo puede considerarse como variable próxima ante la ausencia de ese dato.

⁴ Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica **ENADID 2006**. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según condición de unión, uso de métodos anticonceptivos y tipo de método. <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/page0005.html> . Cálculo de actualización al 2009 CENSIDA-DIO

⁵ Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica **ENADID 2006**. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años no usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa según razón de no uso. Cálculo de actualización 2009 CENSIDA-DIO. <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/page0005.html>

al 0.09 % de la población de 15 a 64 años de edad en el país. El porcentaje de prevalencia de UDI en el país (0.09%) fue aplicado a la población de 15 a 49 años de edad del país estimada al año 2010 en 60 millones de habitantes, con lo que se obtuvo una cifra (53 mil UDI). Los estudios más recientes muestran que, aproximadamente, el 85% de los UDI son hombres en Tijuana (Abramovitz, Volz et al. 2008), no obstante, en Ciudad Juárez, Chihuahua, se reporta que cada vez es más frecuente el uso de drogas inyectadas entre las trabajadoras sexuales, por lo que se podría anticipar una estimación en la proporción por sexo con el supuesto de que el 20% de UDI serían mujeres (10,657) para el año 2009 (Bucardo, Brouwer et al. 2005). La prevalencia en mujeres UDI es tres veces mayor que en hombres (10.5% vs. 3.4%) (Strathdee, Philbin et al. 2008).

II. Mujeres que son pareja de UDI = 21,300

En el país se estima que se encuentran alrededor de 42,600 hombres UDI. Existen estudios que sitúan a un 49% de estos hombres como HSH en su mayoría bisexuales, además la actividad sexual en hombres UDI es relativamente baja, la mayoría no cuenta con pareja estable o sus parejas también son UDI. Solamente un 24.5% reconoció haber utilizado condón en la última relación sexual (Magis, Bravo-García et al. 2008). Bajo este escenario se considera que la mitad podría tener pareja femenina que no fuese UDI, como una estimación alta. A falta de estudios que midan la prevalencia en mujeres parejas de hombres UDI se supone una prevalencia similar a la de hombres UDI (4%), considerando que es muy insuficiente el uso de condón en este grupo.

III. Mujeres que son pareja de militares = 161,000

Las estimaciones más recientes revelan que en México habría alrededor de 230,000 militares (CESOP 2003). Bajo el supuesto que el 70% se encuentra con pareja femenina estable (porcentaje similar al de mujeres unidas junto a las mujeres no unidas que tienen relaciones sexuales en la población general), es probable que exista alrededor de 161,000 mujeres parejas de militares. Se han detectado 4 casos de sida en 2,742 pruebas de VIH realizadas a embarazadas de la SEDENA (SSA 2007) en 2007, lo que establece una prevalencia de 0.146%, algo mayor que la prevalencia considerada para la población de bajo riesgo (0.1%).

IV. Mujeres migrantes = 3,482,099

Con base en las estimaciones de mujeres migrantes a los Estados Unidos (EU) realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (Bautista Arredondo et al 2006) se determinó la posible existencia de 7,249 mujeres mexicanas VVS que se encontraban en EU en el 2005. Para actualizar ese resultado se ensayó con otro sistema de cálculo el cual considera al volumen migratorio femenino (CONAPO 2008) en edades de 15 a 44 años actualizado al 2007 según estimaciones de CONAPO y se aplicó una tasa de prevalencia del 0.2%, es decir el doble

que la población de bajo riesgo, lo cual se relaciona con el hecho de que la prevalencia general en EU es el doble que en México (0.6% vs. 0.3%). Se obtiene así una cifra similar (6,964) a la calculada por el INSP. Es importante tener en cuenta que la mayoría de estas mujeres radican en EU, pero pueden regresar de forma permanente o transitoria además de interactuar con población mexicana que puede encontrarse de paso y regresar a México infectada.

V. Mujeres en reclusorios = 11,193

Fueron contabilizadas 11,193 mujeres privadas de la libertad en los reclusorios del país (SSP 2009) a septiembre del 2008. Hace más de una década que no se han realizado estudios sobre la generalidad de las mujeres privadas de la libertad que especifiquen su condición de seropositividad. Bajo el supuesto de un pequeño crecimiento en la seroprevalencia que se conoció a mediados de los años noventa –entonces del 0.4%– (CONASIDA 1996) se asigna a estas mujeres una seroprevalencia del 0.5%. En esta población de mujeres hay cierto porcentaje de mujeres UDI y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), aunque se desconoce en la actualidad el peso relativo que ocupan estos grupos en el total de las mujeres privadas de libertad.

VI. Parejas de reclusos = 105,500

Fueron contabilizados 211,487 reclusos masculinos a septiembre del 2008 (SSP 2009). Bajo el supuesto de una seroprevalencia cercana al 2% entre los reclusos de sexo masculino (CENSIDA 2009) y que la mitad cuenta con pareja femenina estable sería posible esperar una seroprevalencia del 1% en las parejas de reclusos. Se requiere la realización de estudios que aborden a estos grupos de la población (reclusos y sus parejas sexuales), dado que las hipótesis que se pueden formular cuentan con pocos elementos de certidumbre, junto a que la escasa información disponible es obsoleta.

VII. Parejas de migrantes = 829,070

El INSP (Bautista-Arredondo, Figueroa-Oropeza et al. 2006) estimó que para el 2005 habían trabajado en EU 829,070 mexicanos hombres migrantes de temporal, es decir que ingresan y regresan dentro del mismo año. Se supone que todos los hombres migrantes de temporal cuentan con pareja en México y que la seroprevalencia en esa población es el doble (0.2%) que la establecida para la población de bajo riesgo. Estos cálculos podrían estar subvaluando la epidemia de VIH en esta población, ya que se considera que son los mismos trabajadores los que reinciden en el movimiento migratorio cuando, en realidad, hay renovación de efectivos migratorios que mantienen prácticas de retorno estacional. Las estimaciones se han complicado más en los últimos años en razón del endurecimiento de las medidas anti-migración de indocumentados puestas en práctica por el gobierno de los EU, lo cual parece haber afectado el tamaño del flujo de

personas mexicanas y la frecuencia de retorno estacional en el sentido de ensanchar los periodos de estadía a varios años.

VIII. Mujeres trabajadoras sexuales (MTS) = 200,000

La hipótesis más aceptada entre los expertos del CENSIDA es que en México existen alrededor de 200,000 trabajadoras del sexo comercial en todas sus modalidades de ejercicio. La prevalencia del 2% que se aplica es un promedio de las halladas en los estudios más recientes (Strathdee, Philbin et al. 2008).

IX. MTS que son usuarias de drogas inyectables (UDI) = 5,000

Algunos estudios en la frontera norte de México han encontrado que una parte considerable de las mujeres UDI ejercen el trabajo sexual. Se estima que podrían existir unas 5,000 mujeres que asumen ambas prácticas de riesgo y la prevalencia de VIH/SIDA en ellas, considerando la información obtenida en la ciudad de Tijuana, se ubica en el 14% (Iñiguez-Stevens, Brouwer et al. 2009). En sentido estricto esta población queda comprendida en la categoría de UDI.

X. Transgéneros y Transexuales (18-60 años) = 30,039

La modificación del aspecto del cuerpo de hombre a mujer tradicionalmente estimada es de 1:1000 como estimación alta (Femke and Conway 2007). Dado que no se cuenta con otra fuente, en México se aplica esa proporción a los 30,038,573 de hombres de entre 18-60 años de edad (CONAPO 2006). Cabe advertir que la estimación baja es la mitad de la mencionada. Una parte importante de esta población se dedica al trabajo sexual y la seroprevalencia estimada es del 20% (Strathdee, Philbin et al. 2008).

XI. Niñas explotadas sexualmente = 8,000

Se trata de una situación que, por el grado de clandestinidad con que se practica, no ha permitido la elaboración de estimaciones dotadas de cierta solidez. En México se calculó que existirían alrededor de 16,000 menores de edad sexualmente explotados (Azazola 2000), estimándose que la mitad serían niñas. El supuesto de prevalencia que se decidió adjudicarles a las menores que se encuentran en esta situación es la misma que la conocida para MTS (2%).

Bibliografía

- Abramovitz D. E., Strathdee S., et al. (2008) Using Respondent Driven Sampling in a Hidden Population at Risk of HIV Infection: who do HIV positive recruiters recruit? International Conference of AIDS. Ciudad de México, México.
- Aceijas C., Stimson G., et al. (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 18(17):2295-2303.
- Azazola, E. (2000). Infancia robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México. México D.F., DIF/UNICEF/CIESAS.
- Bautista Arredondo S., Figueroa Oropeza J. L., et al. (2006) Costos Anuales de Atención de VIH/SIDA para Migrantes Mexicanos de Retorno: un Ejercicio de Modelaje. Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. Consultado Octubre 2009, En <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/innovaciones/pdf/7.pdf>
- Bucardo J., Brouwer K., et al. (2005). Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence* 79: 281-293.
- CESOP (2003) Acta de la sesión extraordinaria de la Comisión de Seguridad Social. Gaceta Parlamentaria Volume, DOI. Consultado en Noviembre 2009, En <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/58/2003/may/20030508.html>
- CENSIDA (2009) Estimación realizada por los expertos de la Dirección de Investigación Operativa con base en información de la década de los noventa. Comunicación Personal.
- CONAPO. (2008). Flujos migratorios EMIF Norte. Consultado en Noviembre 2009, En http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=324&Itemid=251.
- CONASIDA (1996) Informe CONASIDA 1996. México D.F., SSA: 52.
- Femke O., and L. Conway (2007) On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. Paper presented at the WPATH 20th International Symposium, Chicago, Illinois, September 5-8, 2007. Submitted for publication in the International Journal of Transgenderism (IJT). By September 6, 2007
- Iñiguez-Stevens E., Brouwer K., et al. (2009). Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana. *Gac Méd Méx* 145(3): 189-95.
- Magis Rodríguez C., Bravo García E., et al. (2008) El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México, D.F., CENSIDA.
- SSA (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, SSA: 74.
- SSP (2009) Programa Nacional de Seguridad Pública 2008-2012. México, SSP.
- Strathdee S., Philbina M., et al. (2008). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 92(3): 132-182.

“Un texto pertinente y comprensivo, aunque sabemos que la epidemia del VIH en México se concentra entre HSH, se ha observado un constante crecimiento del grupo de las mujeres en la misma. En este contexto, es todavía poco lo que se sabe de los aspectos específicos de la epidemia entre las mujeres: cómo y quiénes se ven afectadas, cómo el sistema las atiende, cómo se pueden establecer estrategias de prevención específicas para ellas. Este libro presenta tendencias epidemiológicas, recopila y sistematiza la información disponible y ofrece recomendaciones en términos de atención clínica, acciones de prevención y atención basadas en experiencias exitosas.

Para quienes busquen comprender la epidemia entre las mujeres, adolescentes y niñas en México, *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*, ofrece un excelente resumen de la evidencia existente al día de hoy y presenta un puntilloso análisis de los temas relevantes.”

Stefano Bertozzi, Fundación Bill y Melinda Gates

“En este momento en nuestro país es urgente una mirada sobre la evolución del VIH en las mujeres con la finalidad de tomar las medidas que permitan contener su expansión y no esperar a que se conviertan en el principal grupo afectado. Visibilizar a las mujeres en la prevención y atención de la infección por VIH no significa el disminuir la prioridad que tienen las acciones dirigidas a los grupos donde se encuentra concentrada la epidemia actualmente en nuestro país. Visibilizar permite tener presente, no cometer omisiones y, en consecuencia, actuar de manera anticipada y diferenciada.

Este libro fue realizado por hombres y mujeres con amplia experiencia y compromiso en el tema, lo cual permite tener una mirada incluyente, integral y crítica de los aspectos individuales y estructurales que facilitan o dificultan un mejor abordaje en donde el centro de la atención son las mujeres.”

Patricia Uribe Zúñiga, CNEGySR

(Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva)



Instituto Nacional
de Salud Pública