

MUJERES *y* VIH en México

*Diálogos y tensiones
entre perspectivas
de atención a
la salud*

Coordinadora
Ana Amuchástegui


imagia


Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

MUJERES ^y VIH en México

*Diálogos y tensiones
entre perspectivas
de atención a
la salud*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector general, Eduardo Abel Peñalosa Castro
Secretario general, José Antonio de los Reyes Heredia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

Rector de Unidad, Fernando de León González
Secretaría de Unidad, Claudia Mónica Salazar Villava

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Director, Carlos Alfonso Hernández Gómez
Secretario académico, Alfonso León Pérez
Jefe del Departamento de Educación y Comunicación, Luis A. Razgado Flores
Jefe de la sección de publicaciones, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

CONSEJO EDITORIAL

Aleida Azamar Alonso / Gabriela Duttrénit Bielous
Diego Lizarazo Arias / Graciela Y. Pérez-Gavilán Rojas
José Alberto Sánchez Martínez

Asesores del Consejo Editorial: Luciano Concheiro Bórquez
Verónica Gil Montes / Miguel Ángel Hinojosa Carranza

COMITÉ EDITORIAL

Jerónimo Luis Repoll (Presidente)
Mauricio Andión Gamboa / María de Lourdes Patricia Femat González
Elías Barón Levín / Maricela Adriana Soto Martínez
Jorge Alejandro Montes de Oca Villatoro / Armando Ortiz Tepale

Asistente editorial: Varinia Cortés Rodríguez

MUJERES ^y VIH en México

*Diálogos y tensiones
entre perspectivas
de atención a
la salud*

Coordinadora
Ana Amuchástegui


imagia



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

Publicación realizada con apoyo del Fondo de Ciencia Básica SEP-CONACYT,
para el proyecto "Mujeres y VIH en México: expectativas, necesidades y
experiencias de atención a la salud", N° 177946.

Support was provided by the Elton John AIDS Foundation.

Esta coedición fue dictaminada por el
Comité Editorial de la Revista Salud Problema.



MUJERES y VIH en México

2018, D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana.
Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco.
Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud
Coyoacán, Ciudad de México. C.P. 04960

Sección de Publicaciones de la División de Ciencias Sociales y Humanidades.
Edificio A, 3er piso. Teléfono 54 83 70 60.
pubcsh@correo.xoc.uam.mx
<http://dcshpublicaciones.xoc.uam.mx>

2018, D.R. © Imagia Comunicación.
Por características tipográficas, de edición y diseño.
Tejocotes 56-7, Col. Tlacoquemecatl, Benito Juárez, CDMX. CP. 03200.

ISBN: 978-607-28-1250-5

Impreso en México.
Printed in Mexico.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, parcial o totalmente,
ni directa ni indirectamente, ni registrarla o transmitirla por un sistema de recuperación de
información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico,
electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la
autorización previa y expresa por escrito de los editores.

ÍNDICE

Introducción.	9
Ana Amuchástegui	
Atención a salud reproductiva y VIH en mujeres.	21
Patricia Uribe Zúñiga, Adriana Villafuerte García, Carlos Magis Rodríguez	
Las construcciones sociales de la sexualidad. Infidelidad marital y las enfermedades de transmisión sexual. El riesgo del VIH en una comunidad mexicana de migrantes.	59
Jennifer S. Hirsch, Jennifer Higgins, Margaret E. Bentley, Constance A. Nathanson	
Oportunidades perdidas de diagnóstico de VIH entre mujeres mexicanas.	101
Alexandra Martin-Onraët Arciniegas	
Mi medicamento es mi mejor amigo. Mujeres, VIH y tratamiento antirretroviral en México: una relación pastoral.	119
Ana Amuchástegui, Azucena Ojeda Sánchez	
Ser mujer y vivir con VIH: la voz de las usuarias y las acompañantes pares.	149
Nancy Lombardini, Ana Amuchástegui	
El personal médico y la visibilidad de las mujeres en la epidemia del VIH en México.	169
Alicia Piñeirúa Menéndez, Ubaldo Ramos Alamillo	

Uso de servicios de prevención de ITS/vIH por trabajadoras sexuales mexicanas y extranjeras en la frontera sur de México. 187

Frida Eréndira Quintino Pérez, René Leyva Flores, César Infante Xibille,
Francisco Chong Villarreal, Hilda Nelly Gómez Ventura

De la representación a la corposubjetivación. La configuración de lo transgénero en la Ciudad de México. 209

Alba Pons Rabasa

Mujeres trans y atención en salud. Perspectivas desde el primer nivel de atención. 243

Jeremy Bernardo Cruz Islas

Vulnerabilidad y marginación. Mujeres y adolescentes privadas de la libertad en la Ciudad de México. 267

Nathalie Gras Allain, Ubaldo Ramos Alamillo,
Andrea González Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

Ana Amuchástegui¹

Este volumen surge de un esfuerzo colectivo por comprender y difundir aspectos fundamentales de la condición específica de las mujeres en la epidemia del VIH en México. A través de la información producida por la experiencia en el campo de la atención a la salud, antropólogas, mujeres acompañantes pares y mujeres que viven con el virus, psicólogas sociales y sociólogos, funcionarias/os encargadas de políticas públicas, y médicas y médicos buscan en este texto tender puentes entre prácticas y saberes diversos. En él se invita al lector a que entable entre estos enfoques y problemas un diálogo que invite a ir más allá de una aproximación biomédica, en tanto se discuten procesos sociales, institucionales y subjetivos que marcan la experiencia de vivir con VIH para las mujeres en nuestro país.

La epidemia de VIH/Sida en mujeres crece rápidamente en México. Las estadísticas oficiales muestran que el ratio de masculinidad ha disminuido de 15 a 1 en 1984, a 5 de 1 en 2015 (CENSIDA, 2015). La vulnerabilidad biológica específica de las mujeres en relaciones heterosexuales² se suma a condiciones estructurales que

¹ Profesora-Investigadora del Depto. de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.

² La investigación clínica ha comprobado que la mujer es entre dos y cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre (Patel, Borkowf y Brooks, 2014) debido a que durante el coito vaginal, la superficie de la vagina expuesta a las secre-

configuran su riesgo de infección. Cuestiones ligadas con desigualdades de clase y raza, las relaciones de subordinación constitutivas del orden de género, la división sexual del trabajo y del cuidado –la cual condiciona estructuralmente tanto el riesgo de infección como el acceso a la atención–, la marca del género en la sexualidad, y el papel de la monogamia unilateral en el matrimonio, configuran las formas en las que las mujeres en el país se enfrentan a la epidemia.

En términos epidemiológicos, actualmente la práctica más riesgosa para las mujeres es el sexo desprotegido con su pareja masculina estable (Hirsch, *et al.*, 2007), quien probablemente haya tenido relaciones anales con otro hombre. Sin embargo, el estigma que marca al homoerotismo masculino en nuestro país dificulta considerablemente que los hombres unidos reconozcan su deseo homosexual –sobre todo cuando se experimenta de manera ocasional–, y por consiguiente el propio riesgo de infección y al que exponen a sus parejas mujeres. Es menos esperable aún que lo discutan con ellas, a veces a pesar de conocer su diagnóstico. Es por ello que se estima que muchas mujeres que viven con VIH no lo saben. Así, excluidas de las políticas públicas enfocadas en “poblaciones clave” (hombres *gay*, hombres que tienen sexo con hombres, hombres y mujeres trabajadores sexuales, y mujeres trans), muchas mujeres en relaciones estables desconocen el riesgo de infección al que se enfrentan.

Aún cuando en años recientes, un mayor número de mujeres han sido diagnosticadas en comparación con hombres (CENSIDA, 2016), estas cifras se concentran en embarazadas, lo cual puede estar relacionado con la campaña de prevención de transmisión

ciones sexuales del compañero es más grande que en el caso del pene. Además, la concentración de VIH generalmente es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer (CENSIDA, 2016).

vertical, lanzada por la Secretaría de Salud, en concordancia con los objetivos establecidos por ONUSIDA para el control de la epidemia en el año 2030: 90% de detecciones, 90% de personas detectadas en tratamiento y 90% de ellas en supresión viral (OPS, 2015).

Algunos estudios en México han mostrado, sin embargo, que las mujeres que no están embarazadas tienden a recibir un diagnóstico tardío, muchas de ellas después de varias visitas a servicios de salud con el fin de atender síntomas relacionados con complicaciones del VIH. Es así que la llamada “nula percepción de riesgo” que pone en riesgo a mujeres unidas, incluye en realidad a muchos prestadores de servicios de salud, quienes no ofrecen consistentemente la prueba a sus pacientes, aun a pesar de la evidencia clínica.

Si bien en México el tratamiento antirretroviral constituye desde 2003 un derecho universal para todas las personas detectadas, el acceso al mismo atraviesa vicisitudes propias de desigualdades estructurales que, en este caso, afectan de manera específica a las mujeres. 21% del total de personas que viven con VIH en México son mujeres (41,000), de las cuales el 63% están registradas en tratamiento. Sin embargo, las cifras muestran que ellas son 1.34 veces más proclives a abandonar el tratamiento antirretroviral que los hombres (CENSIDA, 2016).

Es preciso tener en cuenta la diversidad de contextos, identidades y experiencias de las mujeres afectadas por la epidemia, por lo cual son diversos los objetos y métodos de indagación, así como los niveles de análisis abordados en este volumen: desde el reporte de contextos de atención a las llamadas poblaciones clave, como mujeres trans, trabajadoras sexuales, mujeres privadas de la libertad y mujeres urbanas, hasta la revisión de programas de atención y percepciones del personal de salud cuya labor es proporcionar el servicio directamente a las mujeres.

El libro abre con una revisión de las características que debe contener la atención del VIH en mujeres en relación con la importancia de reconocer sus necesidades específicas, a saber, el cuidado de la salud reproductiva. En el capítulo *Atención a salud reproductiva y VIH en mujeres*, los autores enfatizan la importancia de modelos de atención integral, es decir, la consideración de los servicios de VIH como parte del ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Este enfoque, basado en una “perspectiva de género”, debe incluir la consejería, información y atención en torno a decisiones reproductivas, en el contexto de la infección por VIH. La necesidad de incorporar cuestiones como métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia e interrupción del embarazo –en concordancia con las leyes correspondientes– son cruciales para que las mujeres que viven con VIH accedan a condiciones para decidir sobre su fecundidad y reproducción. Dado que las tecnologías biomédicas actuales pueden reducir hasta en 98% la transmisión vertical, cobra particular importancia su conocimiento por parte de las mujeres, con el fin de que puedan elegir la maternidad si así lo desean. Por ello, la oferta de la prueba y la administración del tratamiento antirretroviral durante el embarazo, así como los cuidados durante el parto y del recién nacido, deben ser intrínsecos a la atención del VIH en mujeres. El capítulo discute asimismo “propuestas de mejora” de los servicios en relación con poblaciones específicas, como mujeres indígenas, usuarias de drogas intravenosas, mujeres de la tercera edad y mujeres trans. Finalmente, enfatiza la necesidad de impulsar “intervenciones estructurales” que compensen las desigualdades que afectan a las mujeres. Debe formar parte de los modelos integrales, por tanto, el reconocimiento de que las relaciones de subordinación que caracterizan al género dificultan su acceso al trabajo formal y por tanto

a la seguridad social, y la implementación de programas sociales de apoyo al traslado a los servicios especializados, o la presencia de traductoras o acompañantes indígenas, entre otros.

Tales condiciones estructurales son exploradas en profundidad en el siguiente capítulo, *Las construcciones de la sexualidad, infidelidad marital y enfermedades de transmisión sexual. El riesgo de VIH en una comunidad de migrantes*, en el que, a través de una etnografía en localidades de México y Atlanta, las autoras analizan la vinculación de la epidemia en mujeres con las largas separaciones de su pareja como consecuencia de la migración. En particular, ellas discuten la importancia de lo que llaman el “compromiso de las mujeres con el ideal de fidelidad”, en la configuración del riesgo. Historias de vida llevadas a cabo con 13 mujeres en Degollado, Jalisco y 13 en Atlanta, muestran que si bien el “giro hacia el ideal marital equitativo y basado en el compañerismo” –más presente en generaciones de mujeres jóvenes– permite la comunicación de las parejas en torno a ciertos aspectos de la sexualidad –como el placer mutuo–, no lo facilita en relación al riesgo de infección y la prevención. Así, el énfasis de estas jóvenes esposas en la intimidad sexual dentro del matrimonio, tiene como correlato la necesidad de ignorar las posibles infidelidades del marido. En ese contexto, las autoras llaman a reconsiderar los contenidos de los programas de prevención heterosexual, en tanto la centralidad de las mujeres en el exhorto al uso del condón puede ser menos eficaz que centrar los esfuerzos en la población masculina migrante.

La alta frecuencia de diagnósticos tardíos es el objeto de análisis del siguiente capítulo, *Oportunidades perdidas de diagnóstico de VIH entre mujeres mexicanas*. A través de cuestionarios aplicados a usuarias de cuatro servicios especializados en VIH (Oaxaca, Puebla y Ciudad de México), los autores concluyen que aquellas detec-

ciones de mujeres con menos de 200 CD₄ reflejan barreras de acceso a servicios e inadecuadas estrategias para diagnósticos tempranos. En su muestra, ellos encuentran que el mejor escenario para la detección oportuna fue el embarazo, en tanto las mujeres embarazadas contaban con cuentas significativamente más altas de CD₄ que aquéllas diagnosticadas por otras vías, como la detección de la pareja o hijos/as, o sus propios síntomas. De hecho, estas mujeres, diagnosticadas con una cuenta menor a 200 CD₄, habían realizado un promedio de tres visitas a servicios médicos por síntomas asociados al VIH, incluyendo el sector privado, donde las tasas de oferta de la prueba fueron más bajas. Este resultado muestra deficiencias en los sistemas de salud, lo cual se atribuye parcialmente a las descripciones dominantes de “poblaciones clave” de la epidemia en mujeres –trabajadoras sexuales, usuarias de drogas intravenosas o múltiples parejas sexuales–, mismas que muchas guías de atención comparten y por tanto invisibilizan el riesgo de infección que corren las mujeres unidas. Los autores insisten en la importancia de aprovechar oportunidades de diagnóstico en consultas diversas como planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, cáncer cervical uterino y atención prenatal.

El diagnóstico oportuno es condición imprescindible para que el VIH no avance a fase de sida y por tanto a peligro de muerte. En *Mi medicamento es mi mejor amigo. Mujeres y tratamiento antirretroviral en México: una relación pastoral*, se utiliza la obra de Foucault sobre la biopolítica como herramienta para discutir la adherencia al tratamiento y la atención médica como relaciones de poder en el contexto del VIH. A través del análisis de una investigación-intervención de acompañamiento de mujeres pares en tres servicios especializados (Morelos, Oaxaca y Ciudad de México), las autoras hacen una crítica a las concepciones biomédicas reduccionistas de

la adherencia y muestran que, si bien se encarna en conductas individuales, el apego se configura en una relación conflictiva entre las usuarias y los sistemas de salud, marcada por condiciones estructurales y dinámicas institucionales. En ese contexto, se muestra que el acompañamiento de pares opera como traducción y mediación entre los saberes científicos, la operación de las instituciones y el lenguaje de la experiencia, y convierte el mero éxito técnico de la tecnología biomédica en la posibilidad de que las mujeres que viven con el virus construyan proyectos de felicidad.

Estos procesos se hacen presentes en el capítulo *Ser mujer y vivir con VIH: la voz de las usuarias y las acompañantes pares*, a través de los testimonios de las participantes del proyecto *Yantzin: mujeres acompañantes en VIH*, llevado a cabo en servicios especializados de Oaxaca y la Ciudad de México. Además de una descripción de la intervención, el texto recoge sus relatos en torno al proceso de transformación que han vivido al convertir su condición de pacientes y mujeres marcadas por el estigma del VIH, en la potencia del saber del acompañamiento de pares; el saber de la experiencia. Los efectos de su trabajo se hacen sentir también en los testimonios de las usuarias, quienes muestran que la corporalidad vigorosa y saludable de las acompañantes las convierte en testigos *encarnados* del estado de salud y la calidad de vida que es posible lograr con la adherencia al tratamiento, y diluye de manera sensible la equivalencia VIH=sida=muerte que ha caracterizado a la construcción social de la epidemia. Su función de traductoras y mediadoras entre el saber médico y la experiencia de vivir con el diagnóstico, en las condiciones específicas de las mujeres, se deja ver también en las narraciones sobre su acompañamiento en la navegación del servicio, la experiencia corporal del tratamiento antirretroviral, la decisión en torno a la apertura del diagnóstico,

la sexualidad, etc. En la relación entre las acompañantes pares y las usuarias se posibilita un nuevo sentido a la condición de vivir con el virus.

Una cierta constante aparece en los capítulos de este volumen: más allá de las llamadas vulnerabilidades estructurales de las mujeres al VIH –producidas por sus condiciones sociales de subordinación– destaca una en particular, a saber, la invisibilización del riesgo de infección al que están sujetas las mujeres unidas. Si bien este silenciamiento atraviesa el discurso social sobre la epidemia, tiene efectos particularmente nocivos cuando es el personal médico quien lo pone en acto. En *El personal médico y la visibilidad de la epidemia del VIH en mujeres en México: estigma y personal de salud*, los autores analizan 40 entrevistas en profundidad a usuarias de servicios especializados de Oaxaca, y 109 cuestionarios aplicados a personal de salud del primer nivel de atención, con el fin de conocer su papel en las trayectorias de mujeres en servicios de salud reproductiva y de atención al VIH. Los resultados confirman que con frecuencia, los criterios para ofrecer la prueba a las mujeres –no embarazadas– se basan en estereotipos y percepciones producidos por el estigma del carácter sexual de la transmisión del VIH: la supuesta o reportada “promiscuidad” de las mujeres que los prestadores consideran en “alto riesgo” (trabajadoras sexuales, usuarias de drogas intravenosas, parejas de migrantes, etc.). Solamente dos de los 109 mencionaron las prácticas desprotegidas dentro de la unión conyugal como prácticas de riesgo.

Una encuesta realizada con 291 trabajadoras sexuales de siete municipios del Soconusco en Chiapas es la materia de análisis del capítulo *Uso de servicios de salud reproductiva y prevención de ITS/VIH por trabajadoras sexuales mexicanas y extranjeras en la frontera sur de México*. Un enfoque de vulnerabilidad social –y del trabajo

sexual como actividad laboral— se utiliza para conocer los vínculos entre migración y salud, particularmente en un contexto de precariedad laboral, dificultad de acceso a sistemas de protección social y de salud, persecución policiaca, extorsión, violencia, y el doble estigma que las mujeres sufren debido a su condición laboral y de migración irregular. Si bien la intención de los Programas Municipales de Regulación Sanitaria es controlar la sexualidad de las trabajadoras sexuales con el fin de proteger la sexualidad de “otros” (clientes y sus parejas, por ejemplo), el capítulo compara la relación entre factores sociodemográficos y laborales, y el uso de servicios ginecológicos y de detección de VIH/ITS, entre mujeres con y sin registro en tales programas. Los datos muestran que, aunque el acceso a servicios de salud es mayor entre las trabajadoras sexuales registradas, aquéllos se ofrecen bajo la influencia del estigma de que pertenecen a un “grupo de riesgo”, lo cual incide también en un descuido de sus derechos sexuales y reproductivos.

La problemática de las mujeres trans y su relación con la epidemia del VIH se analiza críticamente en *De la representación a la corposubjetivación: la configuración de lo transgénero en la Ciudad de México*, producto de una etnografía con participantes de un grupo de apoyo con sede en los servicios especializados de la Ciudad. Entendido lo trans como una creación histórica, el capítulo hace una búsqueda local de este proceso, a través de la revisión histórica de la politización y los efectos de la institucionalización de la identidad transgénero. Las contradicciones que surgen de la medicalización de lo trans y su relación con la Ley de Identidad de Género sirven como telón de fondo para discutir el carácter problemático de la atención que se ofrece en la clínica, en tanto sostiene una perspectiva de despatologización y reducción del estigma —lo cual incluye el acceso a tratamiento

hormonal–, al tiempo que sigue un paradigma psiquiátrico de la experiencia trans.

En atención a que la prevalencia de infección por VIH en mujeres privadas de la libertad es de 10 a 30 veces mayor que en la población general, el capítulo *Vulnerabilidad y marginación: mujeres y adolescentes privadas de la libertad en la Ciudad de México*, reporta los resultados Programa de atención de VIH del Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México en dos centros penitenciarios femeniles; uno de ellos para adolescentes. Las actividades del programa incluyen la detección y atención de VIH y otras ITS, así como el tratamiento antirretroviral y su monitoreo. Considerada como una de las poblaciones clave en la epidemia, los autores investigan el perfil sociodemográfico y epidemiológico de esta población clave, caracterizada por una exposición al VIH previa al internamiento, y con altas prevalencias de uso de drogas, violencia sexual, física y psicológica, embarazos tempranos y no deseados, y sexo desprotegido.

Referencias

- CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CENSIDA) (2015) *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA*, http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf, consultado el 20 de abril de 2017.
- (2016) *Casos de Sida Notificados por Estado de Residencia según Año de Diagnóstico y Sexo México, 1983-2016* (Información preliminar al 30 de junio de 2016.) SUIVE/DGE/SS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, consultado el 20 de abril de 2017.
- HIRSCH, J, MENESES, S, THOMPSON, B, MEGRONI, B, PELCASTRE, B y DEL RIO, C (2007), "The inevitability of infidelity: sexual reputation, social

geographies, and marital HIV risk in rural Mexico”, *American Journal of Public Health*, 97: 986-996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2015) “90-90-90”, *las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/Sida en América Latina y el Caribe*, http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239, consultado el 20 de abril de 2017.

PATEL, P, BPRKOWE, CB, BROOKS, JT, *et al.* (2014) “Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review”, *AIDS*, 1509-1519.

ATENCIÓN A SALUD REPRODUCTIVA Y VIH EN MUJERES

Patricia Uribe Zúñiga, Adriana Villafuerte García y
Carlos Magis Rodríguez³

Con el paso de los años, la distribución de la epidemia de VIH entre hombres y mujeres ha cambiado. En 2013, 52% de todas las personas con VIH en países de ingresos bajos y medianos, eran mujeres. En nuestro país, esta proporción ha aumentado notablemente; mientras que en 1990 el 13% de las personas con VIH eran mujeres; en 2013, esta cifra fue de 21% (CENSIDA, 2014a), dando pie a un cambio en los servicios de salud que se ofrecen a la mujer, que actualmente se ve reflejado en los modelos de atención propuestos en las últimas décadas en México.

Desde 2003, las mujeres con VIH atendidas por la Secretaría de Salud en el país, reciben servicios médicos especializados en VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), a través de las unidades de atención médica ambulatoria y hospitalaria, llamadas Centros Ambulatorios para la Atención del Sida y otras ITS (CAPASITS), y los Servicios de Atención Integral Hospitalarios (SAIH). La creación de estos servicios ha impactado en una alta cobertura del tratamiento antirretroviral y en la disminución de la morta-

³ Centro Nacional de Prevención y Control del Sida

lidad de las personas que acceden a ellos, con una continua mejora de su calidad de vida.

A pesar de ello, se ha documentado en encuestas, investigaciones y estudios cualitativos que las mujeres con VIH perciben que los servicios de salud disponibles están más orientados a las necesidades de las poblaciones de la diversidad sexual y que frecuentemente no consideran otras necesidades distintas a las del VIH, incluyendo sus necesidades de salud reproductiva. Estos hallazgos han mostrado la necesidad de fortalecer elementos transversales que contribuyan a eliminar barreras para el acceso y utilización de los servicios de salud, con una perspectiva de género y derechos humanos.

El presente capítulo explora, a través de una investigación documental basada en revisión de información estadística y de resultados de estudios previos, orientada por los enfoques de derechos humanos y de género, las barreras que las mujeres con VIH enfrentan para el acceso a los servicios de salud y propone, puntualmente, elementos para una mayor integración de los servicios de atención primaria y de salud reproductiva.

El VIH y la salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva está directamente vinculada con la infección por VIH, no sólo porque la principal vía de transmisión es la sexual, sino también porque las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos tanto de hombres como de mujeres, aumentan la vulnerabilidad a la infección por VIH. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “la salud reproductiva se define como el estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos

relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; es decir, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud o para procrear, con la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad” (Salud Sexual y Reproductiva, 2016a).

Desde 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los países se comprometieron a lograr, en 2015, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información referente a esta; uno de los mecanismos para acercarse a la meta ha sido la incorporación de la perspectiva de género en los diversos programas de salud, tanto en los componentes de prevención, como de atención, con énfasis en las y los jóvenes. La salud sexual y reproductiva como un derecho de hombres y mujeres es el eje para alcanzar el acceso universal, en este se reconoce el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, así como el espaciamiento temporal entre los nacimientos; disponer de la información y los medios para decidirlo, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También se incluye la libertad de adoptar decisiones relacionadas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción o violencia, en un marco de pleno respeto a los derechos humanos. (Salud Sexual y Reproductiva, 2017b).

De acuerdo con un estudio realizado con el análisis de 90 casos de transmisión vertical de VIH reportados en 2013 en México (Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A.C., 2015), 73% de las mujeres nunca había escuchado hablar sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Las necesidades de intervenciones preventivas y de atención en salud sexual y reproductiva dependen de las diferentes etapas de la

vida, y deben ser otorgadas independientemente del contexto social y económico. Específicamente en las mujeres con VIH, su estado serológico no debe ser motivo de exclusión, por el contrario, requiere de intervenciones más focalizadas en temas de prevención, de derecho a la reproducción y mecanismos para fortalecer su autocuidado.

Las mujeres con VIH requieren atención integral que responda a las diversas necesidades que surgen a lo largo de su vida, tanto en salud reproductiva como en otros aspectos. Asimismo, es indispensable considerarlas, no sólo como el objeto de programas y servicios, sino también como actores clave que participan de manera activa en las propuestas y en los sistemas informales y formales de la salud; incorporando el principio de un Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas (principio MIPA) (ONUSIDA, 2010), el cual ha sido recomendado a nivel internacional para lograr la prevención y control de la epidemia.

En México, en 2004 se impulsó una estrategia que consideraba una serie de intervenciones de promoción y prevención a la salud, de acuerdo con cada una de las etapas de la vida (línea de vida). Dicha estrategia se fue consolidando a lo largo del tiempo, y en 2011 se publicó el *Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud*. La estrategia plantea las acciones básicas para evitar enfermedades y propiciar el autocuidado, de acuerdo con su edad y sexo, independientemente de la causa por la que visitan la unidad de salud. Actualmente, la instrumentación de esta estrategia es irregular y en algunos espacios se ha dejado de aplicar, a pesar de los beneficios potenciales que tiene. (Secretaría de Salud, 2011a)

La estrategia agrupa a la población con base en su rango de edad, a saber: 10 a 19 años, 20 a 59 años y 60 años y más. Por cada grupo de edad, las intervenciones de promoción y prevención de la

salud sexual y reproductiva varían de acuerdo con las necesidades. En las mujeres con VIH, estas acciones son insuficientes, por lo que se retoman las recomendaciones nacionales, internacionales, los resultados de diversas investigaciones, así como el conocimiento adquirido en los servicios de atención, para proponer acciones claras y puntuales. En el cuadro 1 se describen dichas acciones, así como las enlistadas en el Manual antes mencionado.

CUADRO 1. SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR EDAD, EN LAS MUJERES CON VIH	
<i>Acciones en salud sexual y reproductiva propuestas en el Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud</i>	<i>Acciones en salud sexual y reproductiva dirigidas a mujeres con VIH, basadas en las etapas de la vida (línea de vida)</i>
10 a 19 años	
Orienta sobre salud sexual y reproductiva	Orientación para el ejercicio de la sexualidad placentera y sin riesgos (conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos)
Informa sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones	Consejería y oferta de anticonceptivos y del condón como prevención para el VIH y otras ITS (si es sexualmente activa)
Detecta ITS y VIH/Sida; brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/Sida	Manejo etiológico o sintomático de ITS (incluyendo a su o sus parejas sexuales)
Detecta violencia: orienta y refiere casos	Violencia familiar, sexual y de género
Realiza detección de cáncer	Acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción del embarazo en los casos que la legislación vigente lo establece
	Vacuna contra la hepatitis B

	Tamizaje y atención de otras ITS (sífilis, hepatitis B y otras)
	Oferta de vacuna de VPH y tamizaje de cáncer cervical uterino (si aplica)
	Servicios durante embarazo, parto, puerperio y al recién nacido
	Control prenatal
	Profilaxis para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de sífilis congénita
	Atención del evento obstétrico
20 a 59 años	
Informa sobre cáncer cervical uterino y, si responde, tomar Papanicolaou	Orientación para el ejercicio de la sexualidad placentera y sin riesgos (conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos)
Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y, en su caso prescribe mastografía	Consejería y oferta de anticonceptivos y del condón como prevención para el VIH y otras ITS (si es sexualmente activa)
Proporciona orientaciones sobre salud sexual y reproductiva	Manejo etiológico o sintomático de ITS (incluyendo a su o sus parejas sexuales)
Brinda información sobre planificación familiar y promueve el uso de condones	Violencia familiar, sexual y de género
Detecta ITS/VIH/Sida; brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/Sida	Acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción del embarazo en los casos que la legislación vigente lo establece
Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja	Vacuna contra la hepatitis B
	Tamizaje y atención de otras ITS (sífilis, hepatitis B y otras)
	Oferta de vacuna de VPH y tamizaje de cáncer cervical uterino (si aplica)
	Servicios durante embarazo, parto, puerperio y al recién nacido
	Control prenatal

	Profilaxis para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de sífilis congénita
	Atención del evento obstétrico
	Apoyo con sucedáneos de la leche materna
	Monitoreo continuo durante embarazo, parto, puerperio
	Anticoncepción posevento obstétrico
	Control del recién nacido
	Detección oportuna y atención de cáncer de mama y otras patologías mamarias
60 años y mas	
Informa sobre cáncer cervical uterino y, si corresponde, toma Papanicolaou	Orientación para el ejercicio de la sexualidad placentera y sin riesgos
Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y, en su caso, prescribe mastografía	Consejería y oferta del condón para prevención de VIH y otras ITS
Detecta y refiere casos de violencia familiar	Tamizaje de otras ITS (sífilis, hepatitis B y otras)
	Detección oportuna y atención de cáncer de mama y otras patologías mamarias
	Orientación y manejo de peri y postmenopausia
	Violencia sexual, de género y familiar

Fuente: Elaboración de los autores, adaptación del *Manual del paquete garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor salud*. (Secretaría de Salud, 2011a)

Operar las acciones antes propuestas tiene diversas implicaciones dentro del Sistema de Salud, algunas de ellas son la disponibilidad

de recursos materiales, recursos humanos capacitados y sensibilizados, la disposición de espacios dentro de las unidades de salud que permitan una exploración ginecológica básica, el uso de los sistemas de información para el monitoreo y análisis, entre otras. Sin embargo, el reto más grande es la integración de todas estas acciones a fin de acercarnos a un servicio de calidad, efectivo, eficiente y eficaz, considerando etapas de la vida, escenarios y poblaciones específicas.

Si analizamos desde la perspectiva de las etapas de la vida, tenemos una condición específica en la cual, la intervención para la prevención del VIH y otras ITS resulta determinante, dicha condición es el embarazo y el consecuente evento obstétrico, el puerperio y la atención de la o el recién nacido. Aunado a esto, se encuentra la decisión del control de la natalidad y las opciones que las mujeres con VIH tienen para aceptarlo y elegirlo.

Otra etapa de la vida que resulta necesario mencionar es la tercera edad, pues muchas veces consideramos a estas mujeres como sexualmente inactivas y una población que requiere las mínimas intervenciones, sin embargo, como veremos más adelante, hay acciones específicas dirigidas a ellas.

Desde un enfoque de grupos poblacionales, cobra gran relevancia mencionar específicamente a las mujeres trans y las mujeres que usan drogas, pues ellas requieren intervenciones no solo dirigidas al control virológico, sino también al cuidado del uso concomitante de hormonas, el abuso de sustancias y la integración a los programas de reducción del daño.

Por otro lado, es de especial interés mencionar a las mujeres que independientemente del grupo poblacional al que pertenecen, la edad o etapa de la vida en que se encuentren, sufren violencia de pareja.

A continuación se describen elementos clave de cada uno de los grupos poblacionales, etapas de la vida y condiciones que hemos

mencionado, con la finalidad de hacer un análisis y una discusión centrada en las necesidades y las respuestas en materia de prevención y atención integral; asimismo, se hace una mención especial a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual y a la prevención de cánceres, los cuales son transversales a la población, etapa de la vida o condición y contexto.

Prevención y atención de infecciones de transmisión sexual

A nivel internacional se ha establecido que las infecciones de transmisión sexual (ITS) contribuyen a deteriorar la calidad de vida de las personas y las complicaciones que provocan, principalmente en las mujeres, tienen un profundo impacto en la salud sexual y reproductiva, especialmente en entornos de recursos económicos limitados.

En la *Estrategia Mundial del Sector Salud contra las ITS 2016-2021* se reporta que además de provocar infección aguda, algunas ITS aumentan en gran medida el riesgo de infección por el VIH. La sífilis durante el embarazo puede provocar muerte fetal y neonatal, mientras que la gonorrea y la clamidiasis son dos de las principales causas de enfermedad inflamatoria pélvica, resultados adversos del embarazo e infertilidad femenina, así como de muerte prenatal, neonatal y malformaciones congénitas. Otros agentes patógenos de transmisión sexual, como el virus del papiloma humano (VPH), en sus diferentes serotipos, así como el virus de la hepatitis B (VHB), son responsables de un gran número de casos de cáncer cervical uterino y hepático, respectivamente. Las ITS provocan mala salud sexual y estigmatización, y pueden desencadenar violencia de pareja. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el control y la

eliminación adecuados de las ITS conllevan a una reducción de las enfermedades y del sufrimiento humano (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los servicios de salud especializados en VIH frecuentemente no ofrecen la detección de otras ITS, con lo cual se pierde la posibilidad de detectar oportunamente y brindar el tratamiento; esto contribuye en cierto grado a la fragmentación de la atención.

El enfoque recomendado para el diagnóstico y la atención de la mayoría de las ITS es el sindrómico, siempre incluyendo el tratamiento de la o las parejas de la persona infectada. El diagnóstico y tratamiento etiológico se recomienda en casos como sífilis, hepatitis B, VPH, recientemente gonorrea (por la resistencia a antimicrobianos), entre otras, para ello se requiere de disponibilidad de las pruebas diagnósticas. Es importante recordar que las ITS frecuentemente son asintomáticas en las mujeres y que su eficiencia de transmisión sexual es mayor que la del VIH. En México, la mayoría de las mujeres han contraído la infección por sus parejas estables, por lo que es importante analizar las situaciones de desigualdad, aunadas a las posibles prácticas de riesgo de la mujer.

El uso correcto y consistente de condones, ya sean masculinos o femeninos, es indispensable para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS a las parejas sexuales no infectadas o la reinfección, y se deben de ofrecer como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Detección de cánceres

Las personas con VIH presentan mayores posibilidades de desarrollar ciertos cánceres debido fundamentalmente a que la infección por VIH provoca deterioro del sistema inmunológico y la

capacidad de eliminar virus asociados al cáncer o células cancerosas. Asimismo, la frecuencia de algunas coinfecciones virales vinculadas con ciertos cánceres es mayor en las personas con VIH [virus del herpes humano 8 (VHH8), virus de Epstein Barr (VEB), VPH, VHB o virus de la hepatitis C (VHC)].

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer y el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, los cánceres más frecuentes en las personas con VIH son: Sarcoma de Kaposi (VHH8), linfoma no Hodgkin (VEB), cáncer de cérvix tipo invasivo (VPH), cáncer de ano (VPH), hígado (VHB o VHC), pulmón, linfoma de Hodgkin (VEB) o de piel (Siegel *et al.*, 2014).

Las personas con VIH presentan mayor frecuencia de cáncer mamario, de próstata, colon u otros tipos de cáncer, pero en todo caso el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral reconstituye el sistema inmunológico, contribuyendo de manera general a evitar el desarrollo de cualquier tipo de cáncer.

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es una de las principales causas de mortalidad en las mujeres mexicanas; cada año ocurren cerca de 4,000 muertes asociadas (Palacio-Mejía *et al.*, 2009). Las mujeres con VIH presentan mayor vulnerabilidad para adquirir infecciones por VPH y Cáncer Cervicouterino (CaCu), pues en función de la inmunosupresión inducida por el VIH, las lesiones cervicales evolucionan a un mayor grado de severidad. Se ha documentado que las mujeres con VIH presentan cáncer invasor entre 10 y 15 años antes que las mujeres sin VIH y cinco veces más frecuentemente que en mujeres sin VIH (Grulich *et al.*, 2010) y no ha disminuido su incidencia con el acceso a terapia antirretroviral.

La prevalencia de neoplasia intracelular cervical (NIC) en las mujeres con VIH es de 7%, cifra mucho mayor a la prevalencia en mujeres sin VIH (1%), esta prevalencia se ha relacionado con

infección por VPH 16 y 18 y con una mayor carga viral de VPH en el sitio de la lesión (Tota *et al.*, 2011). La progresión de las lesiones de alto grado (NIC2+) y CaCu, posterior al diagnóstico de cualquier alteración citológica es mucho más rápida en las mujeres con VIH que el resto de la población (Wright *et al.*, 1994).

Actualmente, la vacunación contra el VPH y el tamizaje son las dos formas de prevención primaria y secundaria más eficaces; la vacunación ha demostrado una eficacia mayor al 90%. En las mujeres con VIH no es la excepción, pues previene el cáncer anogenital (Barroso *et al.*, 2013). De acuerdo con el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización, además del CDC, la vacunación contra VPH en un esquema de tres dosis (0, 1-2 y 6 meses), es recomendable en las mujeres con VIH, aún en aquellas con un estado inmunológico no totalmente competente (Kahn *et al.*, 2013).

En México, en las unidades de atención especializadas en VIH de la Secretaría de Salud, no se realiza tamizaje rutinario, ni aplicación de vacuna contra el VPH, pues son acciones que se ofrecen a todas las mujeres en el primer nivel de atención, por ello la articulación con los servicios de prevención y control del cáncer de la mujer es imprescindible. Asimismo, estos servicios son un espacio clave para ofrecer la prueba de VIH a las mujeres con alguna lesión cervical.

En el estado de Tlaxcala, en los Servicios de Atención Integral Hospitalarios, se realizó un estudio-intervención para realizar tamizaje y aplicación de vacunas (Torres-Ibarra *et al.*, 2016). De un total de 151 mujeres, el 70.8% fueron tamizadas y 32.1% de ellas resultaron positivas a VPH. Un total de 110 mujeres fueron elegibles para ser vacunadas y se les aplicó un cuestionario sobre conocimientos del VPH; 99.1% aceptaron la vacunación, 82.7% (n=91) respondieron saber que el VPH puede causar cáncer cervical y

62.2% (n=75) reportaron sentirse en más riesgo de contraer VPH por tener VIH.

Otro cáncer, que si bien es de baja ocurrencia, es el cáncer de vagina. Se estima a nivel mundial que representa del 1 al 3% de todos los tumores ginecológicos y sólo 1 de cada 5 se detectan en forma temprana a través de la citología cervical. La tasa de incidencia depende de la edad, en mujeres de 20 a 29 años, la tasa es de 0.03 casos por 100,000 años/persona, mientras que en mujeres de entre 80 y 90 años, es de 4.4 por 100,000 años/persona.

No se cuenta actualmente con cifras de cáncer de vagina en mujeres con VIH, sin embargo se sabe que el VIH, por las alteraciones inmunológicas que produce, es un factor de riesgo para padecerlo. El VPH por su parte, también es un factor de riesgo importante para padecer cáncer de vagina, por lo que su tamizaje en mujeres con VIH resulta prioritario (Solomon *et al*, 2002).

En el área de salud reproductiva es importante considerar el cáncer de ano en mujeres trans, ya que se ha reportado una probabilidad de padecerlo hasta 25 veces mayor en las personas con VIH y su frecuencia va en aumento (Grulich *et al.*, 2010). En México no contamos con datos sobre la frecuencia de este tipo de cáncer, sin embargo, se recomienda ofrecer la detección con pruebas de tamizaje anales, similares a las realizadas en las lesiones cervicales por VPH. Asimismo, se recomienda la vacunación contra el VPH en esta población.

Por otro lado, el cáncer mamario no ha mostrado mayor frecuencia en las mujeres con VIH (biológicas o trans), sin embargo, se recomienda reducir los factores de riesgo para padecerlo, dentro de ellos el consumo de alcohol, que es alto en la población trans. Otros efectos secundarios del alcohol y otras drogas es que contribuyen a aumentar el riesgo de adquirir otras infecciones de trans-

misión sexual debido a las alteraciones de la conciencia, además de asociarse a mayores posibilidades de alteraciones hepáticas.

Servicios durante embarazo, parto, puerperio y al recién nacido

La maternidad es un aspecto central en la mayoría de las mujeres, dado el valor que tiene en la sociedad. En México, decidir de manera libre e informada el momento y número de hijos que se desean tener, es un derecho de todas las mujeres y de todos los hombres⁴. Asimismo, es un derecho contar con servicios de salud que ofrezcan información, consejería, servicios e insumos para que la mujer y su pareja decidan no tener hijos o tenerlos en las mejores condiciones y sin riesgos de complicaciones o muerte.

Una mujer con VIH tiene este mismo derecho, y se ha documentado que a pesar de que existe el riesgo de transmisión materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio, el cual puede ser del 15 al 30%, este disminuye en un 98% cuando la embarazada conoce su estado serológico y se le ofrecen oportunamente todas las medidas recomendadas para disminuir la transmisión vertical del VIH, lo cual redundaría en altas posibilidades de tener un bebé libre del virus (López *et al.*, 2016).

En México, análisis realizados de los casos de transmisión materno-infantil del VIH (Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A.C., 2015), han reportado el maltrato y discriminación por parte del personal de salud y la sociedad, hacia las mujeres que deciden tener un hijo estando infectadas por el VIH.

⁴ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Artículo 4º.

El principal reto para la prevención de la transmisión vertical del VIH es la detección. En 2013, del total de casos de VIH y sida por transmisión vertical, 85% de las mujeres conocieron su seropositividad después del parto, lo cual limita las posibilidades de prevención y la toma de decisiones.

Por lo anterior, es muy importante garantizar la oferta universal de pruebas de detección del VIH a toda mujer embarazada en el control prenatal que se realiza en el primer nivel de atención de todas las instituciones públicas, así como involucrar más a los servicios privados, los cuales frecuentemente no ofertan las pruebas recomendadas y establecidas en la normatividad vigente, por una regulación de servicios insuficiente y basados en estereotipos o supuestos sin ningún sustento.

El procedimiento de tamizaje y consejería durante el embarazo y otros servicios de salud debe ser actualizado, incorporando innovaciones tecnológicas como son las pruebas rápidas duales (sífilis y VIH) y nuevas opciones para la confirmación del diagnóstico, así como la disminución de tiempos de espera y la eliminación de barreras con algoritmos que respondan a las necesidades reales de los servicios de salud.

Asimismo, es importante que otros servicios del Sistema de Salud ofrezcan la atención del parto o cesárea a las mujeres con VIH, los servicios de control del puerperio, y los servicios pediátricos, a fin de completar la atención necesaria, de una manera articulada e integral, no limitándose sólo a los servicios que se ofrecen en las unidades o servicios especializados para la atención del VIH. Esta es otra de las fallas encontradas en el análisis de los casos de transmisión vertical del VIH que persisten en el país, donde se ha documentado que a pesar de la aplicación de la prueba, las mujeres no fueron canalizadas para su tratamiento, o el pediatra no completó el esquema de

profilaxis ni recomendó suspender la lactancia materna (Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A.C., 2015), tal como se establece en la *Guía de Tratamiento Antirretroviral de las Personas con VIH*, vigente (Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, 2015).

En el estudio de las causales críticas asociadas a la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita realizado por la UNAM, (López *et al.*, 2013) se documentó la fragmentación de las acciones y la falta de articulación de las unidades y servicios, misma que conlleva que no se haya logrado la eliminación de estas formas de transmisión y el diagnóstico tardío de los casos perinatales, reportándose que sólo el 50% son diagnosticados antes de los dos años de edad.

Las mujeres con VIH tienen coinfecciones, comorbilidades y otras condiciones de salud que tienen implicaciones para su manejo integral. Por lo anterior, se debe resaltar la importancia de ofrecer la anticoncepción de emergencia o la interrupción del embarazo en las circunstancias que lo ameriten y cuando sea solicitado por la mujer. La normatividad vigente en la mayor parte del país considera como causales del aborto médico la violación sexual y cuando se pone en riesgo la salud o la vida de la madre, entre otras.

Métodos anticonceptivos recomendados para mujeres con VIH

A partir de la adolescencia, las mujeres con VIH deben tener acceso a consejería y orientación en materia de anticoncepción y prevención de otras ITS (OMS, 2017). La anticoncepción es un elemento esencial, y facilitar su acceso favorece la planificación de embarazos bajo circunstancias óptimas.

Estos servicios usualmente son otorgados por el primer nivel de atención, el cual en nuestro país no se encuentra integrado a los servicios especializados de VIH. Por ello, la anticoncepción debe ser incluida en el paquete de actividades prioritarias que se ofrecen a las mujeres y acompañarse de consejería reproductiva, la cual se espera cumpla con lo establecido en la normatividad vigente.

Con base en la organización interna de las diferentes instituciones de salud, la anticoncepción debe ser incluida en los servicios de VIH, o bien, se tiene que priorizar el fortalecimiento de la articulación con el primer nivel de atención, asegurándose el acceso de las mujeres a estos servicios.

Los anticonceptivos deben ofrecerse con base en los criterios de elegibilidad, enfermedades concomitantes de la mujer, efectos adversos y necesidades de las mismas. Algunos estudios internacionales recomiendan el uso de anticoncepción dual, es decir, un método hormonal y un método de barrera, pues mientras los hormonales contribuyen al control de la natalidad, el método de barrera lo refuerza y previene otras ITS.

En términos generales no existen restricciones para el uso de anticonceptivos en mujeres que reciben tratamiento antirretroviral, pero es indispensable analizar médicamente cada caso, basándose en un marco de derechos, respetando la decisión de la mujer que desee prevenir un embarazo o tenerlo, pues se ha documentado la fuerte presión del personal para que las mujeres acepten un método anticonceptivo, sobre todo la oclusión tubaria bilateral (OTB), que en ocasiones es forzada.

La anticoncepción de emergencia es una alternativa para prevenir embarazos, por lo que es de suma importancia ofrecerla en todo momento y facilitar su prescripción en los casos que esté

indicado. De igual forma, se debe facilitar el acceso a servicios oportunos y de calidad para la interrupción del embarazo, bajo el marco de la legislación vigente en cada entidad federativa.

Problemas vinculados con la tercera edad

ONUSIDA reportó a finales del 2013 que aproximadamente el 10% del total mundial de personas que viven con VIH tienen 50 años o más, y estimó que el 15% de las personas que viven con VIH en Latinoamérica tiene más de 50 años (ONUSIDA, 2013), esto refleja un envejecimiento de la epidemia asociado a la introducción de la terapia antirretroviral. En México, el 16% de las personas con VIH atendidas en la Secretaría de Salud tienen 50 años o más. (CENSIDA, 2016c)

Las investigaciones han demostrado que las conductas de riesgo de las personas adultas mayores son similares a las observadas en los más jóvenes. Sin embargo, las personas mayores tienen sólo un sexto de probabilidad de usar condones y un quinto de probabilidad de hacerse la prueba de VIH en comparación con jóvenes. Algunos estudios han encontrado resistencia al uso de condones entre las personas adultas mayores que viven con VIH a pesar de su reconocimiento de la gravedad de la enfermedad.

Las personas adultas mayores pueden ser más vulnerables a contraer el VIH debido a ciertos cambios biológicos tales como el adelgazamiento de las membranas mucosas de los genitales, ano y vagina, al presentar microtraumatismos con más facilidad durante las relaciones sexuales que propician un acceso fácil para que el virus entre en el organismo. En este grupo de edad también están presentes factores específicos de riesgo, tales como

relaciones sexuales no protegidas, varias parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual y abuso de drogas.

Entre las causas que explican el VIH en las personas mayores, se encuentran:

- ◆ El personal de salud y paramédico, a menudo, no considera a las personas adultas mayores en riesgo de contraer VIH
- ◆ Muchas personas mayores no ponen mucha atención en los mensajes de prevención del VIH.
- ◆ Ausencia de información preventiva dirigida a las personas mayores.
- ◆ Falta de información sobre cómo protegerse cuando se tienen relaciones sexuales.
- ◆ Relaciones sexuales sin protección, tanto hetero como homosexuales.

El descubrimiento de fármacos que ayudan al hombre a lograr y mantener la erección, permite que se puedan tener un mayor número de relaciones sexuales y la posibilidad de mayor exposición a cualquier ITS, si no se adoptan medidas preventivas.

El diagnóstico de VIH en las personas mayores, a menudo se realiza en forma tardía; muchos de los síntomas que presentan, particularmente las mujeres, pueden ser confundidos o explicados por la presencia de enfermedades propias de la edad o con el envejecimiento *per se* (como por ejemplo la fatiga o debilidad generalizada).

Asimismo, su respuesta al tratamiento es menor debido a que tienen mayor deterioro de la función cognitiva y mayor presencia de enfermedades concomitantes como la diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal, con una disminución del apoyo social

y capacidad financiera limitada, aspectos que deberán considerarse en su manejo integral.

Durante el 2014 en la Secretaría de Salud se registraron 10,703 pacientes nuevos, el 6% tenía de 50 a 59 años de edad y el 2%, 60 años o más (CENSIDA, 2014a), porcentajes todavía menores a los encontrados en la población general nacional, pero es importante promover que se consideren las necesidades especiales de este grupo de edad (ONUSIDA, 2013 y Huenchuan, 2009).

Violencia de pareja

La violencia está presente en la trayectoria de vida de muchas mujeres previa a la infección y después del diagnóstico. Con base a resultados de Encuestas Nacionales se ha reportado que el 46.1% de las mujeres de 15 años y más han sufrido algún incidente de violencia por parte de su pareja; el 42.4% ha sido humillada, encerrada, amenazada con correrlas de casa, quitarles a sus hijos o matarlas (violencia emocional); 24.5% les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (violencia económica); un 13.5% ha sido golpeada, amarrada, pateada, o agredida con alguna arma por su pareja (violencia física); y a 7.3% de las mujeres se les ha obligado a tener relaciones sexuales sin que ellas quieran.

La violencia influye directamente en el riesgo de VIH y otras ITS al interferir con la capacidad de negociación, y el 6.8% de las mujeres reportan haber sido violadas alguna vez en su vida (Secretaría de Salud, 2004b), con un riesgo de infección por VIH en cada evento de violación del 0.5%. Desde el 2007 la Secretaría de Salud emitió una *Guía para la atención de personas violadas*, la cual permite disminuir los riesgos para la salud y que debe ser incorpo-

rada en los protocolos de atención de todas las instituciones que atienden mujeres violadas y en los servicios de emergencia, mismos que están delimitados en la *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres*.

La depresión es una de las manifestaciones de la violencia y repercute de manera negativa en la autoestima, la adherencia al tratamiento y el abandono de los servicios de salud. Por ello, es fundamental abordar la depresión y otros aspectos de salud mental de manera integral, particularmente en mujeres, adolescentes y mujeres trans, en donde se ha reportado también una alta prevalencia de violencia, depresión e ideación suicida.

La depresión unipolar en México se reporta desde los 15 a 24 años y en las mujeres de 15 a 49 años como la principal causa de discapacidad (AVD) y de años de vida saludables perdidos (AVISA) en el análisis de carga de enfermedad recientemente realizado, en el cual aparece la violencia interpersonal como un problema de salud permanente en las mujeres afectadas, que tiene efectos negativos en su calidad de vida. Las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), muestran un incremento discreto del VIH/Sida como causa de muerte prematura, asimismo “los accidentes, el suicidio y la violencia interpersonal se incrementan de manera muy llamativa y la depresión sigue despuntando como la causa de discapacidad más relevante junto con otros problemas de salud mental” (Silverman *et al.*, 2015).

Mujeres trans

Existe poca información en el país sobre las mujeres transgénero y transexuales, sin embargo, se sabe que es una de las poblaciones

con las prevalencias más altas de VIH reportadas en las encuestas nacionales (19.5%) (Colchero *et al.*, 2013). El término mujeres trans (MT), es utilizado para referirse a personas asignadas como hombres biológicos al nacimiento pero que se identifican como mujeres.

En una encuesta realizada a 585 mujeres trans en la Ciudad de México y su zona metropolitana en el 2012, en sitios de encuentro, centros penitenciarios y en la Clínica de Especialidades Condesa del Gobierno de la Ciudad de México (Colchero *et al.*, 2013), se encontró una prevalencia del VIH del 20% en sitios de encuentro, 32% en centros penitenciarios y en la Clínica Especializada Condesa del 64% dado que en la encuesta participaron mujeres trans VIH positivas que acuden con más frecuencia que las que no están infectadas.

En esta misma encuesta se reportó que del 24 al 69% de las mujeres trans entrevistadas son trabajadoras sexuales, 11 al 29% han vivido en la calle y 25% reportan haber estado en un centro penitenciario, lo cual las expone a mayor violencia y riesgos para su salud. Los recursos del trabajo sexual sirven para pagar estudios o, como fue reportado en un estudio cualitativo realizado en poblaciones clave en el marco del Proyecto financiado por el Fondo Mundial, las mujeres trans reportaron que los utilizan para subvencionar los altos costos de las cirugías y tratamientos hormonales y, en el caso de las personas usuarias de drogas inyectables, para costearse drogas. En otras ocasiones, las mujeres trans reportaron ejercer el trabajo sexual por falta de opciones laborales, la necesidad de completar sus ingresos, o por elección.

Los principales problemas de salud en las mujeres trans son los siguientes:

- ◆ Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio);
- ◆ Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas;
- ◆ Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual;
- ◆ Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; secundario al contexto de alta discriminación y rechazo
- ◆ Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo; y
- ◆ Problemas de salud reproductiva.

Estos problemas de salud también fueron detectados en la encuesta entre mujeres trans de la Ciudad de México, dado que del 77 al 91% han usado hormonas en algún momento de su vida y entre el 15 y 17% tuvieron complicaciones. De ellas, el 30% en promedio requirió hospitalización (Colchero *et al.*, 2013). El 67% de las MT que acuden a sitios de encuentro han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en su vida, y esta cifra se incrementa en centros penitenciarios y en la Clínica Especializada Condesa al 79%, siendo la razón más común de la discriminación ser una persona transgénero, transexual o travesti. El uso de sustancias y la prevalencia de consumo de alcohol fue mayor que en la población en general. Alrededor del 94% de mujeres trans en los tres sitios de estudio han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

Debido al uso de hormonas sin control médico, los problemas de salud mental que incluyen la ideación suicida vinculada a las

altas prevalencias de rechazo y violencia en las que viven de manera permanente, la frecuencia del trabajo sexual y el alto consumo de sustancias adictivas y del alcohol se recomienda de manera general que se ofrezcan servicios que atiendan de manera integral estos problemas de salud prioritarios. Se recomienda también que se tomen como modelo servicios que ya cuentan con experiencia, como la Clínica Especializada Condesa, la cual ofrece servicios de endocrinología para el manejo adecuado de hormonas, servicios de salud mental y atención de la violencia; así como de prevención y atención del uso de sustancias adictivas. En el área de salud reproductiva es fundamental considerar la oferta de pruebas de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual cada seis meses, o con mayor frecuencia en caso de dedicarse al trabajo sexual, ofertar la vacunación de hepatitis B y el tamizaje de cáncer de ano, así como el manejo integral del VIH en caso de ya encontrarse infectadas⁵.

Este grupo de la población requiere de acciones estructurales que amortigüen los determinantes sociales que favorecen la desigualdad, la discriminación, la transfobia y la violencia de género hacia las mujeres trans. Se ha recomendado en diversos foros de consulta de expertos, que se promuevan acuerdos con las autoridades policíacas locales para disminuir el acoso, hostigamiento y detención de esta población para eliminar barreras al acceso y utilización de los servicios de salud institucionales.

⁵ Las mujeres trabajadoras sexuales no serán abordadas a profundidad en esta sección, ya que existe un capítulo específico sobre este tema en este volumen.

Mujeres usuarias de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables y la infección por VIH están estrechamente relacionados, pues es una vía de transmisión muy eficiente y se produce al compartir los equipos de inyección, práctica muy difundida entre el grupo de personas usuarias de drogas inyectables (PUDIs).

De acuerdo con ONUSIDA, las personas que se inyectan drogas constituyen entre un 0.2% y 0.5% de la población mundial, y conforman entre 5 y 10% del total de personas que viven con VIH. La prevalencia de VIH en esta población es variable por región, pero se encuentra entre el 5 y el 28% (Informe Mundial sobre las drogas 2014, 2017).

En México, a través de una encuesta aplicada en 242 sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres en 24 ciudades representativas del país, se encontró una prevalencia de VIH del 7% en personas usuarias de drogas inyectadas (Bautista *et al.*, 2013a).

Diversos estudios han mostrado la importancia del género en las mujeres PUDIs y su vulnerabilidad al VIH, pues no solamente está relacionada con el uso y el tipo de sustancias, sino también con las prácticas sexuales y el acceso a servicios de prevención determinados por desigualdades estructurales y cuestiones culturales.

En un estudio de cohorte, realizado en Canadá con 939 personas usuarias de drogas inyectables, se registró una tasa de incidencia de seroconversión al VIH en mujeres del 16.6%, cifra mucho mayor respecto a los hombres, con 11.7% (Spittal *et al.*, 2002). Otros estudios (Tortu *et al.*, 2000 y Strathdee *et al.*, 1997b) han mostrado hallazgos similares y han logrado describir elementos importantes asociados a esta diferencia, uno de los cuales es el comportamiento sexual de las mujeres usuarias de drogas, que por un lado, se ve

influenciado por el efecto de las sustancias y por otro, el trabajo sexual que resulta un medio para obtener recursos que les permita mantener el consumo.

También se ha descrito la vulnerabilidad de las mujeres con antecedentes de ITS y cuando tienen una pareja usuaria de drogas inyectables que en determinado momento adquiere el VIH. Una encuesta nacional de mujeres con parejas usuarias de drogas inyectables mostró que las mujeres con antecedentes recientes de ITS, tuvieron un riesgo de seroconversión dos veces mayor en comparación con los hombres (Strathdee *et al.*, 2010a).

Las PUDIs, al igual que otros grupos excluidos socialmente y con actividades clandestinas, son difíciles de ubicar. Además, el uso de servicios de salud por parte de ellos, con frecuencia se reduce a las visitas a salas de emergencia en casos de sobredosis (Small, 2012). Por otro lado, utilizan fundamentalmente los servicios de organizaciones de la sociedad civil y no de instituciones públicas; lo cual obliga a establecer una relación muy estrecha con estas organizaciones para lograr incrementar el acceso a servicios, incluyendo los de salud sexual y reproductiva. Asimismo, algunas organizaciones de la sociedad civil realizan actividades para sensibilizar a las autoridades policíacas de modo que se favorezcan las acciones en salud en un ambiente menos restrictivo, con menor acoso y hostigamiento, así como con menos detenciones sustentadas en el uso de drogas ilícitas.

Con base en los resultados de una encuesta realizada en 2011 y 2013 en México, entre personas usuarias de drogas inyectables (INPRFM, 2012), se identificó que la mayor concentración de PUDIs se encuentra en el rango de edad de entre 18-25 años y la mayor parte de la población adulta es menor de 35 años, a diferencia de la distribución de la población general del país, por lo

cual indica que son más jóvenes, y se encuentran en edad reproductiva. También se reportó en esta encuesta que las personas usuarias de drogas inyectadas tienen una tasa de matrimonio del 60%, más baja que en la población general, mientras que las tasas de divorcio y separación son hasta dos veces más altas, con mayores dificultades de mantener una pareja estable, lo cual aunado al no uso de medidas preventivas cuando se encuentran bajo el efecto de las drogas y las inequidades de género preexistentes, pueden contribuir a una mayor exposición de riesgos de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados o planeados.

En México, las estrategias de reducción del daño que incluyen programas de recambio gratuito de jeringas tienen importantes limitaciones operativas que no permiten llegar a todas las personas que lo requieren. Sin embargo, se cuenta con otro tipo de centros (Clínicas de metadona, Centros de Integración Juvenil) en donde se proporciona terapia sustitutiva de opiáceos y que son un espacio clave para realizar actividades de detección y prevención del VIH y otras ITS.

La orientación sobre el uso del condón es imprescindible y en las mujeres el efecto es doble, pues si se embarazan y adquieren el VIH, tienen un alto riesgo de transmitir el virus a su bebé.

Este panorama muestra con claridad la necesidad de articular los programas de atención de adicciones, los programas de VIH y los de salud reproductiva, como espacios para el desarrollo de actividades de prevención y vinculación. La oferta de pruebas de detección de VIH en los centros de atención de PUDIs, la orientación para el uso del condón y la canalización con otros programas son elementos que sin lugar a dudas impactan en la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en esta población.

CUADRO 2. SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MUJERES USUARIAS DE DROGAS
Servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres usuarias de drogas
• Orientación para el ejercicio de la sexualidad placentera y sin riesgos
• Consejería y oferta del condón para prevención de VIH y otras ITS
• Oferta de jeringas y paquetes para reducción del daño
• Oferta de vacuna de hepatitis B y VPH
• Tamizaje de otras ITS (sífilis, hepatitis B y otras) y hepatitis C
• Manejo etiológico o sintomático de ITS (incluyendo a su o sus parejas sexuales)
• Servicios durante embarazo, parto, puerperio y al recién nacido
• Detección oportuna y atención de cánceres (cáncer de cuello uterino, hígado)
• Atención integral de adicciones
• Problemas de salud asociados al uso de drogas como son infecciones en sitio de aplicación, infecciones por transmisión sanguínea
• Problemas de salud asociados al trabajo sexual
• Violencia sexual e institucional y salud mental

Fuente: Elaboración de los autores

Mujeres indígenas

La principal vía de transmisión del VIH en las mujeres es la sexual (90.6%), dado que ellas se enfrentan a condiciones de desigualdad ante las limitaciones que tienen para decidir sobre su cuerpo y su propia sexualidad, aunadas a la desinformación, mitos y prejuicios que existen alrededor de la misma.

Es frecuente que el diagnóstico de las mujeres sea tardío, cuando ya presentan síntomas o su hijo fue diagnosticado con

VIH, o la pareja se encuentra infectada; lo cual implica una situación compleja para la mayoría de ellas, y que requiere ser abordada con confidencialidad, sensibilidad y comprensión del proceso por el cual están pasando, siempre en un marco de respeto a sus derechos y con un enfoque de interculturalidad, sin imponer juicios o ideologías del prestador de servicios.

Hablar de esta situación con las mujeres requiere de una comunicación clara y escucha permanente, por lo cual en el caso de mujeres indígenas, es indispensable considerar la presencia de un traductor o acompañantes comunitarios, en caso de que así lo requiera la mujer, y con absoluto respeto a su autonomía. Por ello es imprescindible lograr la instrumentación real de acciones en los servicios de salud, con perspectiva de género y reconociendo a la mujer como sujeto de derechos, así como contribuir a disminuir las inequidades de género y las desigualdades sociales que persisten.

Conclusiones

Se ha recomendado a nivel internacional y regional que para lograr mayor impacto en el control del VIH se requiere una mayor integración de los servicios de salud que garantice el continuum de la atención, identifique las barreras o grietas del sistema que dificultan el funcionamiento en redes integrales de servicios de salud, y delimite acciones para eliminarlas.

La integralidad o mayor articulación de servicios estratégicos es urgente para mujeres con VIH, y debe incluir tanto los servicios de salud sexual y reproductiva requeridos (Cacu, ITS, salud materna, planificación familiar, servicios recién nacido), como otros servi-

cios prioritarios que contribuyen a la adherencia y calidad de vida de las mujeres afectadas (tuberculosis, violencia, adicciones, salud mental, síndrome metabólico, entre otros). Para lograrlo se requiere el trabajo conjunto de los líderes jurisdiccionales y las autoridades estatales responsables de la operación de los servicios de salud, estableciendo las acciones conducentes.

La eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita son metas alcanzables e impostergables, pues de acuerdo con estudios realizados por el CENSIDA, entre los principales obstáculos se encuentran la falta de oferta de pruebas de detección y la desarticulación de servicios.

En México, aun cuando se ha avanzado en la construcción de un marco legal hacia la igualdad entre mujeres y hombres, y hacia el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, aún no se garantiza la igualdad sustantiva ni la igualdad de facto. Por ello, se requieren políticas públicas integrales que permitan el desarrollo de acciones dirigidas a promover la igualdad en los hechos, así como acciones estructurales que disminuyan las condiciones de desigualdad de la mayoría de las mujeres. Por ejemplo, en la actualidad un gran número de mujeres tiene que pedir permiso para poder visitar a sus parientes o amistades; para trabajar por un pago; para participar en alguna actividad vecinal o política; para ir de compras; para elegir a sus amistades o para votar por algún partido o candidato.

La cultura mexicana todavía está permeada por visiones sexistas y discriminatorias que violentan los derechos de las mujeres y de las niñas, y persiste un modelo de masculinidad que exalta el uso de la violencia, la discriminación y la exclusión basado en roles y estereotipos tradicionales de género, los cuales se expresan de manera particular en la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo,

el 22% de las mujeres de 15 años o más, está de acuerdo en que una esposa debe obedecer a su pareja en todo lo que él ordene; 18.1% en que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo o pareja aunque no quiera; 26.6% opinan que si hay golpes o maltrato en casa es un asunto de familia y ahí se debe quedar.

Aun cuando tanto hombres como mujeres que viven con VIH se enfrentan con el estigma, discriminación y condiciones sociales de desigualdad, en las mujeres esta situación cobra mayor relevancia, como se ha documentado en el estudio realizado en la Ciudad de México para identificar las diferencias entre hombres y mujeres con VIH, encontrando que la epidemia en mujeres se da en un contexto de mayor desigualdad social, donde la pobreza, la baja escolaridad, las inequidades de género o la violencia de pareja son factores determinantes.

El impacto de la pobreza ejerce un efecto más negativo sobre la salud y supervivencia de las mujeres que sobre los hombres, debido entre otros factores a que las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud por los elementos reproductivos, cuentan con menor acceso a servicios de seguridad social, tienen menos prestaciones por mayor trabajo informal y de tiempo parcial, y tienen ingresos menores y menor capacidad de pago de bolsillo.

Por lo anterior, cuando se trabaja con mujeres con VIH, es necesario considerar servicios que impactan en el acceso y utilización de servicios como son el apoyo a traslado o estancia, servicios de apoyo para el cuidado de los hijos menores, apoyo de despensas, acompañamiento, traductores en caso de lengua indígena, o apoyos como proveedora de cuidados domiciliarios de otros miembros de la familia afectados (pareja e hijos), cobrando particular importancia la necesidad de impulsar estrategias estructurales que contribuyan a modificar las desigualdades sociales. Dichos servi-

cios y apoyos deben generarse con la participación de las instituciones encargadas del desarrollo social, el trabajo y la educación en nuestro país. Específicamente en el caso de las mujeres trans, en 2017 se publicó el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual* (Secretaría de Salud, 2017), el cual contribuye a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de estas poblaciones, así como la *Guía de Atención Específica de personas trans* que emana de dicho protocolo. Ambos documentos deben ser consultados por el personal de salud, con el fin de garantizar la atención médica sin discriminación.

La investigación e innovación brindan oportunidades de cambiar la trayectoria de la expansión de los programas de VIH, de mejorar la eficiencia y la calidad, y de maximizar su impacto, siendo una de las directrices estratégicas de la *Estrategia Mundial para combatir el VIH 2016-2021*. La profilaxis pre-exposición, la circuncisión, los microbicidas para mujeres y otras alternativas que se encuentran en investigación tanto para la atención como para la prevención del VIH deberán ser consideradas, con base en la evidencia científica, los consensos de los grupos de expertos y la participación de los grupos afectados.

Referencias

- BARROSO, L. (2013). "The role of Human Papilloma Virus (HPV) vaccination in the prevention of anal cancer in individuals with Human Immunodeficiency Virus-1 (HIV-1) infection." *Therapeutic Advances In Vaccines*, Vol. 1, Núm. 2: 81-92.
- BAUTISTA, S., COLCHERO, A., SOSA, S., ROMERO, M., Y CONDE, C. (2013). *Resultados principales de la encuesta de sero prevalencia en sitios de encuentro que tienen sexo con hombres*. México, Consultado: 10 enero 2016, disponible: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/Encuesta-seroprevalencia.pdf>
- BAUTISTA, S., SOSA, S., ARANTXA, C., ALARID, F., Y SERVÁN, E. (2012). *Optimización de la Respuesta al VIH/SIDA: Eficiencia Técnica en la Prevención*. Cicieinsp.wordpress.com. Consultado: 5 Enero 2016, disponible: <https://cieeinsp.wordpress.com/2012/02/02/optimizacion-de-la-respuesta-al-vihsida-eficiencia-tecnica-en-la-prevencion/>
- CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA. (2014). *Boletín de Diagnóstico y Tratamiento Antirretroviral (Del 1° de julio al 30 de septiembre de 2014)*. Consultado: 5 enero 2015, disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/26093/Boletin_Diagnostico_Tratamiento_CENSIDA_Num5b_3er_Trim_2014.pdf
- (2015). *Mujeres y el VIH y el Sida en México*. México. Consultado: 10 octubre 2015, disponible: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/mujeres_vih_sida.pdf
- (2016). *Boletín de Atención Integral (Vol. 1 No. 4, Octubre-Diciembre 2015)*. México. Consultado: 10 enero 2016, disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60983/Boletin_Nal_CENSIDA_AT_IN_oct_dic2015_2.pdf
- COLCHERO, A., CORTÉS, M., SOSA, S., ROMERO, M., BAUTISTA, S., Y VEGA, H. ET AL. (2013). *Resultados de la Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México*. México. Consultado: 5 enero 2016, disponible: <https://www.insp.mx/centros/evaluacion-y-encuestas/publicaciones/otras-publicaciones.html>

- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA. (2015). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* (Séptima edición.). México. Consultado: 10 enero 2016, disponible: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GuiaARV112015.pdf>
- FUNDACIÓN NACIONAL DE MUJERES POR LA SALUD COMUNITARIA A.C. (2015). *Proyecto: Construcción y monitoreo de indicadores clave para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis Congénita en México. Presentación, México*. Disponible: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/participacion_ciudadana/Proy_Construccionymonitoreo_indicadores_clave Eliminacion_de_la_transmision_vertical.pdf
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. (2017). Unfpa.org.mx. Consultado: 10 octubre 2015, disponible: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
- GRULICH, A., JIN, F., CONWAY, E., STEIN, A., & HOCKING, J. (2010). "Cancers attributable to human papillomavirus infection". *Sexual Health*, Vol. 7, Núm. 3:244-252.
- HUENCHUAN, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago, de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2014: *Hay que hacer más para combatir el consumo de drogas inyectables y el VIH*. (2017). Unaid.org. Consultado: 10 diciembre 2015, disponible: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/june/20140626worlddrugreport>
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México.
- KAHN, J., Y BERNSTEIN, D. (2013). "HPV vaccination: too soon for 2 doses?". *Journal of the American Medical Association*. Disponible: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1682919>
- LÓPEZ, M., CASTRO, V., Y ROJAS-RUSELL, M. (2016). *VIH, SIDA, Sífilis congénita. Causales críticas asociadas a la transmisión vertical* (1st ed.).

- México. Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/190107/VIH_SIDA_S_filisCongenita._causales_cr_ticas.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *Anticoncepción hormonal y VIH*. (2017). Who.int. Consultado: 5 Enero 2016, disponible: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/es/
- (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021*. Ginebra, Suiza. Disponible: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>
- Salud Sexual Y Reproductiva. (2017). Consultado: 6 enero 2016, disponible: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- PALACIO-MEJÍA, L., LAZCANO-PONCE, E., ALLEN-LEIGH, B., Y HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2009). “Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006”. *Salud Pública De México*, Vol. 51, suplemento 2:s208-s219.
- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH Y EL SIDA (ONUSIDA). (2010). *Llegar a cero: estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA) para 2011-2015*.
- (2013). *El envejecimiento y el VIH*.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2011). *Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. México.
- SECRETARIA DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA. (2004). *Atención Médica a Personas Violadas*. México.
- SECRETARIA DE SALUD. CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA. (2015). *Panorama de la respuesta nacional al VIH*. México, 2015. .
- SIEGEL, R., MA, J., ZOU, Z., Y JEMAL, A. (2014). “Cancer statistics, 2014”. CA: *A Cancer Journal For Clinicians*, Vol. 64, Núm. 1:9-29.
- SILVERMAN-RENATA, O., BAUTISTA, S., SERVÁN-MORI, E., Y LOZANO, R. (2015). “Mortalidad temprana por sida en México durante el periodo 2008-2012”. *Salud Pública De México*, Vol. 57, suplemento 2:119.

- SMALL, W., WOOD, E., TOBIN, D., RIKLEY, J., LAPUSHINSKY, D., Y KERR, T. (2012). "The Injection Support Team: A Peer-Driven Program to Address Unsafe Injecting in a Canadian Setting". *Substance Use & Misuse*, Vol. 47, Núm. 5:491-501.
- SOLOMON, D., DAVEY, D., KURMAN, R., MORIARTY, A., O'CONNOR, D., & PREY, M. ET AL. (2002). "The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology". *Journal of the American Medical Association*, Vol. 287, Núm. 16:2114-2119.
- SPITTAL, P., CRAIB, K., WOOD, E., LALIBERTÉ, N., LI, K., & TYNDALL, M. ET AL. (2002). "Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver". *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 166, Núm. 7:894-899.
- STRATHDEE, S., HALLETT, T., BOBROVA, N., RHODES, T., BOOTH, R., ABDOOL, R., Y HANKINS, C. (2010). "HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future". *The Lancet*, Vol. 376, Núm. 9737:268-284.
- STRATHDEE, S., PATRICK, D., CURRIE, S., CORNELISSE, P., REKART, M., & MONTANER, J. ET AL. (1997). "Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study". *AIDS*, Vol. 11, Núm. 8:F59-F65.
- TORRES-IBARRA, L., LAZCANO-PONCE, E., FRANCO, E., CUZICK, J., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., Y LORINCZ, A. ET AL. (2016). "Triage strategies in cervical cancer detection in Mexico: methods of the FRIDA Study". *Salud Pública De México*, Vol. 58, Núm. 2:197-210.
- TORTU, S., BEARDSLEY, M., DEREN, S., WILLIAMS, M., MCCOY, H., & STARK, M. ET AL. (2000). "HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites". *AIDS Care*, Vol. 12, Núm. 1:65-76.
- TOTA, J., CHEVARIE-DAVIS, M., RICHARDSON, L., DEVRIES, M., Y FRANCO, E. (2011). "Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: Implications for prevention strategies". *Preventive Medicine*, Vol. 53, suplemento 1:S12-S21.
- WRIGHT, T., ELLERBROOCK, T., CHIASSON, M., DEVANTER, N., & XIAOWEI, S. (1994). "Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with

human immunodeficiency virus: Prevalence, risk factors, and validity of papanicolaou smears". *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 50, Núm. 1:112-112.

LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD

Infidelidad marital y las enfermedades de transmisión sexual. El riesgo del VIH en una comunidad mexicana de migrantes⁶

Jennifer S. Hirsch, Jennifer Higgins,
Margaret E. Bentley y Constance A. Nathanson

La noche antes de su boda, una muchacha
se arrodilla para rezar. Pide 3 cosas:

“Dios mío, por favor que mi esposo me sea fiel.
Dios mío, por favor que no me entere cuando sea infiel.⁷
Dios mío, por favor que no me importe cuando me entere de que es infiel”

Chiste contado en Degollado, México. Verano de 1996

Este artículo describe el contexto social en el que se desarrolla la epidemia de VIH relacionada con la migración en el occidente de México. En años recientes, la investigación epidemiológica y etnográfica ha sugerido que el aumento proporcional de casos de

⁶ Este texto es la traducción de The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease. HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8): 1227-1237. Se reproduce con permiso de la editorial.

⁷ Este chiste fue contado por una mujer de edad madura durante una salida en domingo; su esposo, cuñada, cuñado y sobrina adolescente lo consideraron muy gracioso.

sida en México está relacionado con la infección de los hombres mexicanos en Estados Unidos, los cuales transmiten el virus a sus esposas al regresar a su país (Bronfman, Sejenovich y Uribe, 1998). Un creciente corpus académico ha demostrado variaciones culturales en las ideas y emociones relacionadas con el deseo, la elección de pareja, y el comportamiento sexual (Weeks, 1981; Nathanson, 1991; Parker, 1991; Vance, 1991; Dixon-Mueller, 1993; Hirsch y Nathanson, 2001). En este artículo analizamos la manera en que el riesgo de VIH está influido por las construcciones sociales de la sexualidad y con ello comprender cómo el contexto social determina el riesgo que corren las mujeres parejas de migrantes de contraer VIH o enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Específicamente, mostramos cómo un giro hacia un ideal marital más equitativo y basado en nociones de compañerismo, en mujeres de dos comunidades mexicanas que envían migrantes a los Estados Unidos, ha generado diferencias generacionales en sus actitudes hacia la infidelidad masculina, y proponemos que un énfasis creciente en la intimidad sexual dentro del matrimonio puede hacer que las jóvenes mexicanas ignoren con mayor probabilidad la evidencia de la infidelidad.

Estudios anteriores sobre la negación del riesgo del VIH han demostrado cómo el compromiso con el ideal de fidelidad que las mujeres sienten, puede incrementar el peligro de infección (Sobo, 1995). En este artículo documentamos la negación del riesgo del VIH en un contexto que no se había indagado con anterioridad, y mostramos cómo podría exacerbarse potencialmente con las transformaciones de las nociones sobre intimidad marital. También sugerimos que las mismas ideas que entorpecen el reconocimiento del riesgo entre las mujeres, pueden mostrar posibilidades culturalmente relevantes para campañas de prevención orientadas a los hombres.

Al trazar el contorno de la sexualidad en estas comunidades de migrantes, se discuten múltiples diferencias en la manera en que mujeres de distintas edades abordan temas de sexualidad, matrimonio e infidelidad. Estas diferencias generacionales apuntan tanto a la importancia de estudiar los cambios en la sexualidad a través del tiempo, como a la posibilidad –irónica por cierto– de que más comunicación entre parejas casadas sobre algunos aspectos de la sexualidad (como el placer mutuo) no implica necesariamente una mayor probabilidad de comunicación acerca del riesgo de infección y de la necesidad de prevención. También describimos las diferentes maneras en que las mujeres entienden la infidelidad e interpretan este discurso de la intimidad marital y señalamos así que los cambios en la construcción social de la sexualidad no son uniformes en toda la sociedad. En nuestra conclusión, criticamos los programas que buscan prevenir la transmisión heterosexual del VIH a través de enfocarse solamente en mujeres casadas, y hacemos sugerencias concretas acerca de la manera en que estos hallazgos sobre la sexualidad y el matrimonio pueden aplicarse al diseño de una campaña de prevención culturalmente relevante para los migrantes mexicanos.

Métodos

Los datos provienen de un estudio etnográfico comparativo sobre sexualidad, género y salud reproductiva, entre mexicanos provenientes de una comunidad rural migrante en el occidente del país (Hirsch, 1998; Hirsch y Nathanson, 1998; Hirsch, 2003). El estudio amplio –del cual este artículo es parte– exploró el efecto de los cambios generacionales y migratorios en el género y la sexualidad, así como la manera en que estas transformaciones dan forma

a las prácticas de salud reproductiva. El método principal de recopilación de datos se basó en historias de vida hechas a 13 mujeres en Atlanta y 13 en comunidades mexicanas.⁸ Las entrevistadas en Atlanta fueron invitadas a través de un grupo inicial de contactos de la investigadora principal. Ellas provenían de El Fuerte (una comunidad rural en el estado de Michoacán) y de Degollado (un pueblo en el estado de Jalisco), aunque vivían en el área metropolitana de Atlanta. Las entrevistadas en México eran hermanas o cuñadas de las informantes en Atlanta. Los cuadros 1 y 2 resumen la estrategia de muestreo y métodos etnográficos:

⁸ Las mujeres en Atlanta fueron sistemáticamente seleccionadas para representar el rango de diversidad dentro de la comunidad inmigrante del estado, en términos de clase social y recursos disponibles para sus familias de origen en México, así como su estatus legal, competencia en el idioma inglés, y experiencia laboral y reproductiva. En una muestra etnográfica sistemática, el objetivo es mostrar una variedad de tipos de personas, no generar una muestra que sea estadísticamente representativa (lo cual sería imposible debido a la falta de un marco de muestreo). Barbara Katz Rothman en *The Tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood* (1986) utiliza una metáfora conveniente para explicar la diferencia: el propósito no es determinar el porcentaje de canicas de cada color en un frasco, sino entender cuáles son los colores que existen en ese frasco y explorar las maneras en las que difieren uno del otro. En este estudio, por ejemplo, nos interesamos en observar si el acceso a recursos, la clase social o el contexto afectaban las prácticas de salud reproductiva en las mujeres, al tener un conjunto de ideas culturalmente compartidas y construidas acerca del género y la sexualidad. Era importante, entonces, construir una muestra variada alrededor de estos tres ejes. Al seleccionar un grupo de mujeres que variaban en términos de recursos actuales (medido en Atlanta como habilidades en inglés y licencia para conducir, y en ambos lugares como trabajo actual), al igual que su clase social original y el contexto en el que vivían (en Atlanta o México), pudimos evaluar el efecto de estos tres conjuntos de factores. Para una discusión más extensa de los métodos y descubrimientos, al igual que una descripción de la forma en la que la observación participativa contribuyó a los descubrimientos de este estudio, ver Hirsch y Nathanson, 1994.

CUADRO 1. RESUMEN DE LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LAS INFORMANTES CLAVE (INFORMANTES BIOGRÁFICAS [IBS], MADRES Y ESPOSOS SELECCIONADOS DE LAS IBS)		
Sitios de Campo en México	Sitios de Campo en Atlanta	Muestra total de entrevistas a las Informantes Clave
Degollado, Jalisco	Kennesaw, Ga	
9 IBS (5 de las cuales habían experimentado separaciones vinculadas a la migración > 3 meses) 4 Madres de IBS, 5 Esposos de IBS	7 IBS (5 de las cuales habían experimentado separaciones vinculadas a la migración > 3 meses) 1 Madre de IBS 3 Esposos de IBS	26 IBS (14 de las cuales había experimentado separación vinculada a la migración > 3 meses) 8 Madres de IBS 8 Esposos de IBS
El Fuerte, Michoacán	Doraville, Ga	
4 IBS (2 de las cuales habían experimentado separaciones > 3 meses) 3 Madres de IBS	2 IBS (1 de las cuales había experimentado separación vinculada a la migración > 3 meses)	
	Conyers, Ga	
	4 IBS (2 de las cuales había experimentado separación vinculada a la migración > 3 meses)	

CUADRO 2. RESUMEN DE LOS MÉTODOS ETNOGRÁFICOS UTILIZADOS POR POBLACIÓN, TEMAS Y TAMAÑO DE LA MUESTRA			
Método	Entrevistas biográficas	Entrevistas semiestructuradas	Observaciones participativas
Población	26 informantes biográficas	8 de las madres de las informantes y 8 de sus esposos	El enfoque principal fue la familia de las mujeres seleccionadas como informantes biográficas
Temas	Infancia y vida familiar	Migración México-E.U.A.	Cambios generacionales y migratorios de la sexualidad, el género, la fertilidad, y las prácticas de planeación familiar
	Redes sociales y la migración de México a E.U.A.	Cortejo y matrimonio	
	Género y la división doméstica de labores	Infidelidad	
	Menstruación, reproducción y control de fertilidad	Control de fertilidad	
	Salud, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual		
	Cortejo y sexualidad marital		
Cantidad	6 con cada informante (total n~156)	1 con cada informante clave (total n~16)	7 meses en los sitios de campo en México
			8 meses en los sitios de campo en Atlanta

Degollado y El Fuerte se eligieron como sitios de trabajo de campo en México. El Departamento de Censos estima que la población latina en el área metropolitana de Atlanta es mayor a 175 000; otros estiman que la cifra se eleva hasta 250,000.⁹

Los datos recopilados para este estudio consisten en entrevistas transcritas y notas de campo. El análisis se basó en múltiples lecturas del texto. En la primera lectura, se generaron temas centrales (por ejemplo, la infidelidad) y se organizaron secciones de la narrativa en archivos temáticos separados para cada código. En una segunda lectura, observamos la variación dentro de cada tema (por ejemplo, las diferentes opiniones que tenían las mujeres acerca de la infidelidad) para poder establecer sub-códigos. En un tercer nivel del análisis, se exploraron las diferencias entre los sub-códigos; en otras palabras, se observaron las diferencias sociales entre las mujeres que respondieron que nunca confrontarían a sus esposos si se encontraran con alguna prueba de infidelidad, y aquellas que dijeron que lo harían.¹⁰

⁹ Centro de Investigación Aplicada en Antropología (CARA), Georgia State University, *Hispanics in Georgia 1998: By County* (Atlanta: Centro de Investigación Aplicada en Antropología, Departamentos de Antropología y Geografía, Georgia State University, 1998); Departamento de Censo de E.U.A., *Population by Race and Hispanic or Latino Origin, for the 15 Largest Counties and Incorporated Places in Georgia: 2000*, Censo 2000 (PL 94-171) Archivo resumido. Tabla PL1.

¹⁰ Para una discusión más detallada de los métodos analíticos, ver Hirsch, 1994, y Miles y Huberman 1994.

Migración EUA-México y el vínculo entre la migración y el VIH

Existe una larga historia de migración de trabajadores mexicanos a Estados Unidos. Algunas de las informantes en este estudio son descendientes de hombres que llegaron a Estados Unidos para trabajar temporalmente como migrantes (Hirsch, 1994; Hondagneu-Sotelo, 1994; Massey, *et al.*, 1987).

La proporción femenina de la población de migrantes mexicanos en Estados Unidos se ha incrementado en la última década (Cornelius, 1991; Cenutti, 2001), aun así, un número significativo de hombres casados y solteros viajan hacia el norte desde distintos pueblos en México, durante nueve o diez meses cada año, dejando a sus novias y esposas en casa. Como se indica en el cuadro 1, 14 de 26 entrevistadas han experimentado estas largas separaciones maritales.

La relativa juventud de los migrantes mexicanos, su soledad y aislamiento social, así como el hecho de que viajan solteros o sin esposa, posibilita su búsqueda de actividad sexual, y sus bajos niveles de educación, en conjunción con el inglés limitado que manejan, pueden dificultar su alcance por parte de campañas de prevención del VIH¹¹ (Gayet, *et al.*, 1995; Cardenas-Elizalde, 1988; Bronfman y Minello, 1995; Bronfman y López Moreno, 1996; Hirsch, Albalak y Nyhus, 2000; Magaña, *et al.*, 1996). Factores sociales como normas sexuales más permisivas, la cada vez más alta incidencia de casos de VIH/Sida (especialmente en estados

¹¹ Muchos han notado las tasas bajas de uso de condón y las perspectivas personales limitadas del riesgo de infección entre los hombres migrantes (Bronfman y Minello, 1995; Bronfman y López, 1996; Hirsch, Albalak y Nyhus, 2000; Magaña, de la Rocha y Ansel, 1994).

que reciben grandes cantidades de migrantes mexicanos), el uso común de drogas inyectables, la falta de campañas preventivas en español y el acceso limitado de los migrantes a servicios de salud pueden incrementar su vulnerabilidad frente al VIH¹² (Weatherby, McCoy, Metsch, Bletzer, McCoy y de la Rosa, 1999; McCoy, Meisch, Inciardi, Anwyl, Wingred, Bletzer, 1996; Magaña *et al.*, 1995; Singer, Marxuach-Rodríguez, 1996). La migración misma, que es un producto de las relaciones políticas y económicas entre México y Estados Unidos (Massey, *et al.*, 1993), puede poner en riesgo a los mexicanos, debido a que los hombres que experimentan largas separaciones maritales podrían ser más propensos a tener relaciones sexuales extramaritales.¹³

¹² En comparación con comunidades que han recibido migrantes por más tiempo, las comunidades relativamente nuevas, como la de Georgia, pueden encontrar una escasez de latinos de segunda generación dispuestos a trabajar como abogados o traductores; (Atlanta: Georgia Departamento de Recursos Humanos, División de Salud Pública, 1994). Mientras los migrantes viajan a destinos más diversos en Estados Unidos (Massey y Durand, 1998), esta cuestión de la variación regional en la efectividad de la infraestructura de salud pública se vuelve cada vez más relevante.

¹³ El hecho de que los hombres se queden en México no garantiza que no busquen otras parejas; un análisis de una encuesta hecha en México reportó que el 15% de los hombres entrevistados habían tenido sexo extramarital en el último año (Pulerwitz, Izazola-Licea y Gortmaker, 2001). Además, no todos los hombres migrantes que trabajan durante algún período de tiempo en Estados Unidos tienen relaciones sexuales fuera de casa; un análisis preliminar de los datos provenientes de un estudio piloto con una muestra comunitaria de migrantes mexicanos en Atlanta reveló que poco más de la mitad de los hombres (53%) no habían tenido relaciones sexuales en Estados Unidos (Hirsch, Yount, Nyhus, datos sin publicar). Aquí nos enfocamos en la infidelidad durante la migración y el riesgo de VIH porque aquellos migrantes que buscan tener sexo extramarital en E.U.A. son generalmente un riesgo mayor de transmisión de VIH que aquellos que se quedan en México.

La migración ha emergido como factor de riesgo de VIH en las comunidades rurales en México (Figura 1).

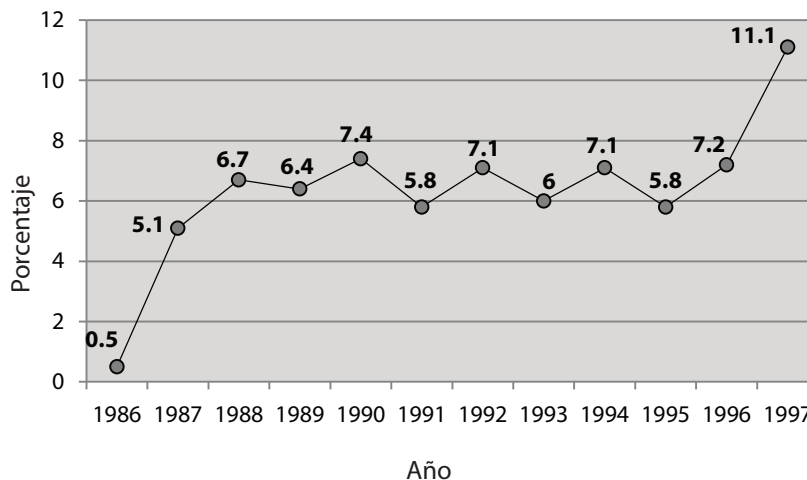


FIGURA 1-PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN COMUNIDADES RURALES EN MÉXICO¹⁴

En 1995, 25% de los casos de sida, en comunidades rurales mexicanas se dieron entre hombres que habían viajado a E.U.A, mientras que sólo el 6% de los casos en comunidades urbanas reportaron haber viajado a Estados Unidos (Magis-Rodríguez, del Río-Zolezzi, *et al.*, 1995). En Jalisco (donde se encuentra Degollado), un estudio descubrió que la mitad de los individuos que habían contraído VIH, según los reportes, habían viajado a

¹⁴ Se considera una comunidad rural aquella que tiene como población total 2500 personas o menos. Fuente. Magis-Rodríguez, García, Nolasco y Zúñiga, 2000.

otros países (Díaz-Santana y Celis, 1989; Bronfman, Camposortega y Izazula, 1989), y en el estado vecino de Michoacán, donde se localiza El Fuerte, 39% de los casos de sida habían viajado a Estados Unidos (Bronfman *et al.*, 1992); (Pineda, Loeza, Heredia y Vázquez, Hernández, 1992). Debido a que las mujeres representan el 20% de casos en comunidades rurales pero sólo el 14% en las urbanas, parece urgente explorar cómo la vida en las comunidades rurales en México incrementa en las mujeres el riesgo de transmisión (Magis-Rodríguez, *et al.*; Magis-Rodríguez, del Río-Zolezzi, Valdespino-Gómez, García-García, 1998; del Río-Zolezzi, Liguori, Magis-Rodríguez, Valdespino-Gómez, García-García, Sepúlveda, 1995). Muchos han sugerido que la migración temporal a Estados Unidos es responsable de las diferencias en la razón hombre-mujer en las comunidades urbanas y rurales (Bronfman, *et al.*, 1996; Mishra, *et al.*, 1996). Para prevenir la transmisión heterosexual del VIH relacionada con la migración, es importante entender a mayor profundidad la sexualidad marital en las comunidades rurales mexicanas.

Resultados

La negación del riesgo de infección por VIH/Sida y estrategias de prevención del VIH

J: “Entonces, ¿cómo se puede prevenir el sida?”

E: “Bueno, más que nada teniendo sexo sólo con tu esposo, y si él es infiel, entonces usando un condón, pero no es tan confiable porque algunas veces se rompe, o se sale, o cosas por el estilo, y entonces así te arriesgas.”

J: “Dices que sólo teniendo sexo con tu esposo, pero ¿qué pasa si te es infiel?”

E: “Bueno, se supone que tienen que ser los dos: “Yo lo hago sólo contigo y tú sólo conmigo”, pero ahí es cuando tienes que confiar de verdad en tu pareja, porque puede ser que te diga “No, tú eres la única,” y si confías en él pero al final te está siendo infiel, ¿qué puedes hacer? No es como si –no vas a– él sólo te va a decir ¿No confías en mí? O sea, que no puedes prevenirlo en realidad –sólo puedes creerle.”

Esperanza, casada, 19 años, entrevistada en Degollado.¹⁵

Las mujeres identificaron un vínculo claro entre la migración temporal de los hombres a Estados Unidos y el riesgo de transmisión de VIH¹⁶ Como comentó una mujer en Atlanta: “El sida se está esparciendo mucho en México porque muchos hombres cuyas esposas viven ahí vienen y se involucran con alguien, y no saben si ella tiene sida. Luego se contagian y regresan a México”. Las mujeres comentaron que los hombres que pasan grandes períodos lejos de casa son propensos a involucrarse en algún tipo de relación sexual, pero la mayoría aseguró que sus propios esposos eran la excepción a esta regla, a través de comentarios como “No me preocupó por eso porque él es un buen hombre”. Las mujeres identificaron las relaciones extramaritales de los hombres en Estados Unidos como una

¹⁵ Todas las citas presentadas usan pseudónimos.

¹⁶ Todas las mujeres entrevistadas para este estudio sabían que el sida se transmite sexualmente. La mayoría sabía que no era curable, y varias comentaron que alguien podría haber contraído la enfermedad pero se podía ver completamente sano. Todas las mujeres afirmaron que una mujer está segura siempre y cuando tenga sexo sólo con su esposo. No hubo diferencias generacionales evidentes en el nivel de conocimiento que las mujeres tenían, y éste tampoco varió entre mujeres con experiencias migratorias.

fuente de riesgo para ellos, e incluso conectaron ese riesgo a la posibilidad de transmisión en las mujeres mexicanas en general, pero no tradujeron ese escenario a uno en el que las mujeres como ellas mismas –mujeres casadas que “se comportan bien”– estén en riesgo. Estas mujeres han aceptado el mensaje de que la monogamia es una estrategia efectiva para la reducción del riesgo de transmisión de VIH (Wasonga, 1996; Cohen, 1995; Soler, 2000; Weiss, 1994). Durante las entrevistas y las conversaciones casuales, las mujeres mencionaron frecuentemente que la mejor forma de prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual era tener sexo sólo con su esposo; algunas inclusive citaron pláticas de educación sexual que decían que la única clase de “sexo seguro” es “con tu pareja”.

A pesar de que en el momento en el que se llevó a cabo este estudio, la información provista por la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH y sida en México (CENSIDA, 1997) reportó dos casos de sida en la zona en la que se localiza Degollado, las informantes mencionaron varios casos de personas viviendo con sida en Degollado y El Fuerte, así como otras ocasiones en las que hombres de las comunidades habían muerto de sida en Estados Unidos. Casi todas las entrevistadas recordaron haber escuchado acerca de otras mujeres que habían contraído una enfermedad de transmisión sexual, además del VIH, de sus esposos; muchas de estas historias (sin que hubiésemos mencionado el factor de la migración) hablaban acerca de hombres que regresaban de trabajar por temporadas en el norte.¹⁷ Todas las mujeres sabían que las

¹⁷ No hay nada particularmente nuevo en cuanto al vínculo entre migración e infección: una mujer contó que la abuela de su esposo había sido contagiada por su marido. Tampoco se puede considerar como un nuevo fenómeno la relación entre las enfermedades de transmisión sexual y los crecientes lazos económicos y sociales con

enfermedades pueden ser transmitidas a través del contacto genital durante el sexo, pero todas negaron haber experimentado alguna infección transmitida sexualmente.¹⁸

Casi todas las entrevistadas habían escuchado que el condón previene la transmisión de sida y otras enfermedades de transmisión sexual; sin embargo, las ideas que estas mujeres tienen acerca de los aspectos técnicos, sensoriales y simbólicos del condón disminuyen considerablemente la probabilidad de que promuevan su uso. Alrededor de la mitad de las mujeres habían experimentado con el condón como método anticonceptivo, pero ninguna lo prefería, y tan sólo pocas de ellas lo usaban ocasionalmente en combinación con el método del ritmo (Ver Hirsch y Nathanson, 2001). Una de las razones por las que las mujeres preferían otros métodos fue que, según su visión, los condones son poco efectivos. Tanto aquéllas que lo habían usado como aquéllas que no, comentaron que “no es tan seguro” y “a veces salen medio defectuosos”. Las mujeres también comentaron que los condones son una barrera para la intimidad.¹⁹

un mundo más allá del pueblo: Luis González describe cómo los primeros casos de gonorrea fueron diagnosticados en San José a finales de 1940, poco después de que una nueva carretera que conectaba a San José con otros pueblos y ciudades en Michoacán se había terminado (González, 1974). La carretera de Degollado a Guadalupe se terminó aproximadamente al mismo tiempo.

¹⁸ Las mujeres hablaron de las enfermedades de transmisión sexual como el punto central en la vergüenza asociada con la infidelidad de los esposos. Como dijo una de ellas: “son cosas penosas... Por ejemplo, si mi esposo me contagiara una enfermedad, bueno no le diría a nadie...es algo que la gente se guarda”.

¹⁹ MacCormack y Draper explican que en Jamaica se tienen ideas similares sobre cómo el condón interfiere con los efectos sociales de las relaciones sexuales, (ver Caplan, 1987 y Sobo, 1993).

Una mujer que había intentado usar condón dijo “Le dije que tener sexo ocasionalmente y luego hacerlo con una cubierta, todo tapado, no, de ninguna manera”. Las mujeres dijeron no querer experimentar el sexo “tapado” y comentaron que el sexo con condón es menos natural y menos placentero (tanto para mujeres como para hombres). Las mujeres veían el sexo desprotegido como la forma más íntima de tener sexo y, debido a esto, sostenían que si un hombre iba a usar condón, debería usarlo con sus otras parejas. La esposa de un migrante dijo que había intentado convencer a su esposo de usar condón como método anticonceptivo durante una visita sorpresa y que éste le respondió “No, ¿qué pinche placer hay en eso? En ese caso mejor voy con otra vieja”. Se dice, en broma, que los hombres y mujeres reunidos después de haberse separado por la migración están de luna de miel; el romance durante este período podría ser considerablemente estropeado por la implicación de que el condón es necesario debido a alguna infidelidad por parte de cualquiera de los dos.

Debido al riesgo que presenta una estrategia de monogamia unilateral, un enfoque que podría resultar adecuado consistiría en educar a estas mujeres sobre su riesgo particular de infección por VIH, y desarrollar intervenciones que las motiven a negociar con sus esposos el uso del condón. De hecho, muchos de los textos citados en el artículo de revisión acerca del VIH y la migración (Gayet, Bronfman y Magis, 2000), sugieren que los programas deberían enfocarse en incrementar las habilidades de negociación del uso de condón en las mujeres. Durante el resto de este artículo, argumentamos en contra de esta perspectiva, aparentemente obvia. El problema no se reduce simplemente a que estas mujeres no disfruten usar el condón (aunque posiblemente así es) o que no tengan el poder de insistir en su uso (aunque, de nuevo, podrían no tenerlo). Más bien, negociar el uso del condón es impensable para

estas mujeres ya que, en su visión, solicitar su uso a sus esposos es equiparable a aceptar, o incluso permitir, la infidelidad.

Cambios generacionales en el matrimonio y la sexualidad

El ideal marital ha cambiado de una generación a otra; de un ideal de “respeto” a uno de “confianza”. Los objetivos maritales de la generación anterior (descritos tanto por las madres de las entrevistadas jóvenes como por las entrevistadas mayores [mayores de 35 años]) se centraban en el cumplimiento mutuo de un conjunto de obligaciones determinadas por el género (Hirsch, 1999) Los esposos y esposas ciertamente podrían haber sentido amor y cariño por el otro en el pasado, pero el éxito y la estabilidad marital dependían de la manera en la que la unión cumplía las necesidades básicas de la pareja y su extensión familiar –producción de comida, una casa, herederos y estatus social–, más que en la cercanía emocional.

En el nuevo ideal mexicano del matrimonio basado en el compañerismo, las parejas jóvenes pasan más tiempo juntos, disfrutan de una división del trabajo un poco menos determinada por el género y afirman buscar una toma conjunta de decisiones (aunque frecuentemente la autoridad masculina tiene mayor peso) en gran parte de los asuntos domésticos y económicos. Estos matrimonios de compañerismo no son necesariamente equitativos; de hecho, el énfasis en la importancia de los lazos matrimoniales por encima de todos los vínculos sociales podrían dejar a algunas mujeres aisladas y dependientes en sus maridos. Las mujeres jóvenes hablan de manera diferente que sus madres acerca de la naturaleza y el papel del sexo en el matrimonio. Para las mujeres mayores, el sexo marital producía hijos y mantenía la atención de sus esposos

y así servía para enfocar sus recursos en una sola mujer y sus hijos, en vez de mantener a los hombres fuera de la familia. En cambio, las mujeres más jóvenes afirman que una intimidad sexual que sea mutuamente placentera refuerza la “confianza” que está en el corazón de estos matrimonios modernos (Hirsch y Nathanson, 2001; Hirsch, 2003). Ellas ven el sexo como una especie de “pegamento marital”, que ayuda a la relación afectiva de la pareja a sobrevivir las buenas y malas experiencias (Giddens, 1992).

Las mexicanas jóvenes en Atlanta compartieron los mismos valores en cuanto a las relaciones, la intimidad sexual y el género con las mujeres en las comunidades de migrantes, pero aquéllas entrevistadas en Atlanta viven circunstancias sociales muy diferentes a las de sus hermanas y cuñadas en México, por lo que algunas de las jóvenes en Atlanta poseían un mayor poder dentro del ámbito doméstico que sus familiares en México (Hirsch, 1999). El contraste entre la cultura compartida y la marcada diferencia de contexto social en este tipo de comunidad migrante ofrece una oportunidad única para explorar la manera en que los factores sociales y culturales dan forma a la construcción de la sexualidad.

Infidelidad y matrimonio de compañerismo

La actitud de las mujeres frente a la infidelidad masculina refleja estos grandes cambios en la sexualidad marital.²⁰ Las mujeres

²⁰ En la quinta entrevista, se hizo a las informantes una serie de preguntas acerca de la infidelidad, incluyendo cómo reaccionarían si fueran confrontadas con pruebas de la infidelidad de sus esposos, y cómo apoyarían a una amiga cuyo esposo tuviera otra

mayores valoraban una ignorancia fingida de las relaciones extramaritales de sus esposos. En palabras de una mujer, para que un hombre “te siga respetando”, una mujer “no debe saber lo que está haciendo [...] actúan como quieren, pero lo hacen para que no lo sepas”. Debido a que la obligación principal de un hombre frente a su mujer era ser el sostén económico y, secundariamente el respeto a su esposa, su conducta sexual era asunto sólo suyo, excepto si le causaba una vergüenza pública a su esposa. Las mujeres mayores dijeron que el alcoholismo, la violencia o la pereza eran problemas significativos en un matrimonio, y hubo bastante acuerdo en que la peor cualidad que un hombre podría tener era la de ser “desobligado” (no tener la habilidad o la voluntad de mantener a su familia), pero ninguna sugirió que la infidelidad podría ser un motivo para dejar a su esposo. La infidelidad obvia de un hombre podría, ciertamente, lastimar a las mujeres –como dijo una mujer, “No le dices nada, pero de todos modos te sientes mal, en tu corazón”²¹ pero

pareja. A las madres de las informantes se les pidió hablar acerca de la infidelidad por medio de una serie de preguntas acerca de la manera en la que un hombre respecta o no a su esposa, y se les preguntó si existían situaciones en las que se justificaría que una mujer dejara a su marido.

²¹ Nuestras discusiones acerca de la infidelidad se enfocaron en las relaciones extramaritales de los hombres. Las actitudes frente a la infidelidad femenina han cambiado poco. Hombres y mujeres la consideraron como motivo de divorcio, y como una cosa terrible en sí misma ya que daña la reputación (y por lo tanto posibilidad de contraer matrimonio) de los hijos. La sexualidad de las mujeres tiene un valor diferente a la de los hombres en los contratos maritales tradicionales en México: al comprometerse a mantenerlas económicamente, los hombres ganan acceso sexual ilimitado y exclusivo a sus esposas, la certeza de que todos los hijos dentro de su unión serán suyos, y el esfuerzo por parte de la mujer de cumplir las numerosas tareas implícitas en la reproducción social. La infidelidad de una mujer tiene un peso diferente a la del hombre porque su sexualidad, a diferencia de la de su esposo, es una propiedad familiar más que individual; al compartir su cuerpo con alguien ade-

esa conducta no daba por terminado el contrato marital implícito. Inclusive, las mujeres mayores sugirieron que los hombres necesitan, físicamente, tener sexo de manera regular, que esta necesidad de satisfacción sexual no puede ser atendida sólo con la masturbación, y que la relación sexual de un hombre con otra mujer no amenazaba necesariamente un matrimonio. Como una mujer mayor relató en una entrevista al discutir las largas ausencias de su esposo mientras él trabajaba en Estados Unidos, “Le he dicho a mi esposo, ‘No puedo decir que tú no usaste a alguna mujer, pero si lo hiciste fue porque se te haría necesario’”.

Las mujeres más jóvenes, en cambio, ven el comportamiento sexual de los hombres como inseparable de la intimidad marital. Si el sexo es el lenguaje del amor, entonces, para estar seguras del amor de su esposo, ellas deben creer que él es fiel durante su ausencia. En palabras de una mujer en el rancho: “No me sentiría cómoda con él, sabiendo que ha estado con otra mujer”. Según estas jóvenes, la infidelidad sexual de un hombre debilitaría o destruiría la confianza que le tienen a sus esposos. Una joven relató

más de su esposo, ella incumple con su parte del trato. Aún en los matrimonios más modernos, nadie sugirió que la ausencia extendida de sus esposos justificaría una transgresión sexual por parte de la mujer, aunque varias mujeres sugirieron que si una mujer tiene un fuerte apetito sexual, su esposo debería llevarla a vivir con él a Estados Unidos, para que no sea víctima de la tentación constante. La falta de aceptación de la infidelidad femenina no significa, por supuesto, que nunca suceda; simplemente que las mujeres tienen mucho más que perder si son descubiertas. Debido a que las mujeres casadas casi no emigran sin su esposo, la infidelidad de las mujeres ocurre en situaciones en las que la mujer que se ha quedado en México escoge una pareja de entre la población de hombres que no han emigrado. En estos casos, su infidelidad tiene poca probabilidad de llevar un alto riesgo de infección de VIH. La infidelidad de las mujeres posee un gran interés sociológico, pero es poco probable que contribuya de manera significativa a la epidemia de VIH, relacionada con la migración, en las comunidades rurales en México.

haber llamado a su esposo a Atlanta desde México. El teléfono sonó toda la noche, pero él nunca contestó. Cuando ella lo acusó al día siguiente de haber salido con otra mujer, él dijo que había estado en casa toda la noche y que simplemente no había escuchado el teléfono. Ella reflexionó acerca de este incidente a través de algunos comentarios generales sobre la infidelidad:

Quando el hombre no quiere perderte, intenta arreglar las cosas, mejorarlo –y yo prefiero esto a que me diga, –“Bueno, sí, estuve con otra”, ...para mí, prefiero que mienta, que sea un error, que salió un poco y luego regresó, pero que no lo admita así... Aunque tal vez no esté bien, prefiero la mentira si va a ser sólo un pasatiempo o una cosa que sólo sucedió, que tomó mucha cerveza y se emborrachó y todo eso, mejor que me lo oculte para que no me lastime.

El compromiso que las mujeres sostienen con la imagen de fidelidad sexual de sus esposos, aun cuando son confrontadas con evidencia convincente de lo contrario, proviene de la idea de que la traición sexual indica una falta de amor. El nuevo ideal cultural del matrimonio de compañerismo y el placer sexual compartido, alimenta en las mujeres jóvenes la renuencia a hablar de problemas de infección e infidelidad. Las parejas más jóvenes se enorgullecieron de mantener una buena comunicación en cuanto a temas de sexualidad, emociones y placer, en contraste con las mujeres mayores, para quienes una discusión abierta de temas sexuales indica una falta de respeto. Sin embargo, el valor que estas parejas jóvenes depositan en la comunicación de algunos aspectos de la sexualidad no significa que las jóvenes sean más propensas que sus madres a sugerir que un hombre use condón para prevenir enfermedades.

Clase social, contexto social y construcciones de la sexualidad

Dentro de esta tendencia amplia de cambio generacional de la sexualidad existe un segundo tipo de diversidad. Se pueden dividir las historias de vida de las informantes en cuatro grupos, según sus respuestas, cuando preguntamos cómo reaccionarían si hipotéticamente fuesen confrontadas con pruebas de una infidelidad: aquellas que dejarían a su esposo, aquéllas que hablarían sobre el asunto con él, aquéllas que se esforzarían para hacerlo sentir especial y aquéllas que no harían nada. Las diferentes maneras en las que las mujeres interpretan la ideología sugiere que el tipo de relaciones sexuales “modernas” que construye una mujer dependen del lugar en que vive y de los recursos a los que tiene acceso.

Seis de las 26 entrevistadas dijeron que la infidelidad era motivo para dejar a sus esposos.²² Sólo las mujeres que podían mantenerse solas adoptaron este lenguaje de derechos cuando hablaban de la infidelidad; todas tenían ingresos independientes, y cinco habían terminado al menos la preparatoria. Cuando se les preguntó acerca de los hombres que decían que el sexo extramarital era un derecho para ellos, una mujer que vivía en Atlanta y que contribuía tanto como su esposo a los ingresos de la casa dijo:

[...] así como él podía salir [con alguien más], yo también. ¿Qué le parecería si cambiáramos los roles y yo le hiciera eso? No me

²² Para las mujeres mayores, dejar a su esposo bajo cualquier circunstancia significaba que su reputación, y por ende el control sobre sus hijas, quedaba irremediabilmente dañada.

perdonaría, ¿verdad? Somos seres humanos, al igual que ellos [...] ninguno de los dos estamos hechos de piedra o de paja [...] Los dos tenemos corazón, los dos sentimos igual.

Ella sostenía que en el contrato emocional del matrimonio, ambos miembros de la pareja tienen esencialmente los mismos derechos. Cuando se le preguntó por qué las mujeres no toleran la infidelidad hoy en día, ella continuó: “Antes, las mujeres hacían lo que sus esposos decían cuando se casaban. La regla era que el hombre manda... Ahora nosotros dos mandamos”. Estas mujeres mexicanas han entretendido ideas acerca de la intimidad sexual como la base del matrimonio, con sus historias personales y con la imagen de sí mismas como mujeres modernas, para producir un conjunto de actitudes sobre los límites de la libertad sexual de los hombres.

Otras dijeron que ellas abordarían el problema con sus esposos.²³ Al hablar acerca de cómo aconsejaría a una amiga, una entrevistada dijo, “La cosa es hacerlo entender, comunicarse bien, para que se dé cuenta de que su esposa es valiosa”. Estas mujeres compartían con sus hermanas la idea de que la infidelidad es una violación fundamental al contrato del matrimonio, pero fueron particularmente hábiles al hablar acerca de sus emociones, y se preciaban de la comunicación abierta que habían alcanzado en sus matrimonios. Además, todas ellas residían en México. El hecho de que las mujeres en Atlanta y las mujeres con mayores recursos en México sean tan directas al decir que dejarían a sus esposos, mientras que sus contrapartes en México responden que harían todo lo posible

²³ El grupo que decidió “hablar las cosas” presentó una estrategia para lidiar con la infidelidad cuando fueran forzadas a hacerlo, mas no para hablar de ello en el contexto de la salud preventiva.

para arreglar las cosas hablando, demuestra cómo la cercanía emocional puede ser un recurso estratégico para una mujer que es dependiente social y económicamente de su esposo. Las mujeres en Degollado o El Fuerte pueden tener recursos de los que sus compañeras en Atlanta carecen (por ejemplo, una red social más amplia, completo dominio del idioma), pero estos recursos no les permiten vivir sin el apoyo económico de un hombre. Es más, las mujeres en México continúan enfrentándose al tema de que “el hombre es el respeto de la casa”, es decir, que una mujer necesita un hombre para ser respetada (Hirsch, 1999), junto con el estigma del divorcio, el cual sigue estando muy presente en las comunidades rurales en México.

La idea de que estas mujeres en México intentarían hablar con sus esposos sobre estos temas implica que, en última instancia aceptarían la infidelidad de un hombre (tal y como sus madres lo hubieran hecho), pero decir que al menos les gustaría enfrentar el asunto les permite afirmar que son mujeres que lidian activamente con los problemas, y que son libres de decir lo que piensan. Para ambos grupos de mujeres, una infidelidad representa una traición contra la relación especial que las personas casadas deberían compartir, pero los dos grupos utilizan esta ideología de maneras distintas, determinadas por sus circunstancias sociales y económicas.

Desde luego, no todas las mujeres estaban tan interesadas en estas estrategias modernas de construir relaciones. La noción de que una relación exitosa depende de la habilidad de una mujer para mantener a su esposo feliz, de “manejarlo por las buenas”, estaba muy presente en las mujeres mexicanas en los sitios de trabajo de campo tanto en E.U.A como en México. Las cuatro mujeres en este tercer grupo se enfocaron mucho más en sus

habilidades femeninas para complacer y mantener a su hombre. Todas dijeron que una vida sexual satisfactoria era una de las claves para un buen matrimonio. A la pregunta “Si una pareja no se lleva bien en la cama, ¿cómo les va en su matrimonio?”, una mujer respondió: “Muy mal, yo creo, porque he escuchado que para el hombre necesitas tener su comida lista, su ropa lista, y la cama lista, y él estará contento, y si no, entonces será un verdadero diablo”. En caso de infidelidad verdadera o sospechada, estas mujeres dijeron que usarían sus encantos femeninos para volverse irresistibles. Todas mencionaron la importancia de ser más cariñosas. Las mujeres en este grupo son jóvenes (menores de 20) y están recién casadas. A pesar de que vivieron tanto en los sitios de trabajo de campo mexicanos como estadounidenses, ninguna trabajaba fuera de casa, y las que residían en Atlanta estaban ahí sin ninguno de sus parientes consanguíneos para apoyarlas en caso de emergencia. El soporte de esta estrategia es, probablemente, producto de diversos factores: la edad, la historia familiar, su personalidad y la de sus esposos, la clase de matrimonio que tienen, y la falta de otros recursos.

Finalmente, seis de las entrevistadas dijeron que no reaccionarían de ninguna forma ante una infidelidad sospechada o confirmada. Ninguna disfrutaría la situación, pero tampoco sería una razón para separarse. Aunque este grupo incluyó a mujeres entrevistadas en ambos sitios de campo en Atlanta y México, las primeras habían vivido, durante algunos de sus años de matrimonio –si no es que todos– en México. Todas las mujeres de este grupo eran mayores, con menor escolaridad y experiencia laboral, y con menores oportunidades de lograr independencia económica. En otras palabras, las mujeres cuyas circunstancias materiales eran similares a las de las mujeres de las generaciones

anteriores, eran menos propensas a aceptar esta nueva ideología de la sexualidad.

Discusión

En las generaciones más jóvenes, las ideas sobre intimidad sexual transforman la infidelidad masculina, de ser un recordatorio doloroso de la inequidad de género –aunque no sea considerado necesariamente indicación de que el matrimonio es un fracaso–, a una traición de la confianza que las mujeres jóvenes anhelan que constituya el núcleo de sus matrimonios. Si la infidelidad representa una ruptura de la confianza –y una enfermedad de transmisión sexual o el VIH es la máxima evidencia de esa ruptura– entonces cada acto sexual sin condón es una muestra de mutua confianza. La confianza de la cual hablan hombres y mujeres jóvenes implica un compromiso compartido con el placer y la intimidad emocional, predicados en el supuesto incuestionado e incuestionable de monogamia mutua. Esto no significa que estén abiertos a discutir problemáticas de riesgo e infidelidad, o a negociar el uso del condón. En un matrimonio con plena confianza, una mujer puede sentir mayor libertad para iniciar el sexo, o tener sexo oral, o usar lencería atrevida, pero ella no tiene mayor posibilidad que su madre de preguntar espontáneamente acerca de las aventuras de su esposo “en el norte”.

Tanto en los sitios de campo en Atlanta como en México, las mujeres jóvenes expresaron este compromiso con la confianza como base del matrimonio; las más jóvenes en México se asemejaron más a las más jóvenes en Atlanta que a las mujeres mayores en México. Mientras más recursos socioeconómicos tiene una mujer,

es menos probable que busque arreglar una situación de infidelidad comprobada a través del diálogo. Las reacciones hipotéticas de las mujeres demuestran cómo la estratificación social tiene un efecto importante en las opciones que ellas consideran disponibles.

CUADRO 3- HALLAZGOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO, POR TEMA

La percepción de las mujeres acerca del papel de la sexualidad en el matrimonio

En virtud de los cambios en los ideales maritales en México, las mujeres jóvenes consideran la reciprocidad en el placer de la intimidad sexual una característica importante del ideal de matrimonio moderno, mientras que sus madres veían el placer sexual y la intimidad emocional como menos centrales para el éxito marital.

Percepciones de las mujeres acerca de la infidelidad de los maridos

Los cambios generacionales en las ideas sobre sexualidad tienen implicaciones importantes en la disposición de las mujeres para reconocer la infidelidad:

- Las mujeres mayores consideraron las relaciones extramaritales de los hombres como un recordatorio doloroso de la desigualdad de género, mas no necesariamente como una indicación del fracaso del matrimonio
- Para las mujeres jóvenes, la infidelidad de un hombre representa la traición de la confianza, la cual consideran el fundamento del matrimonio

Las respuestas imaginadas de las mujeres a una infidelidad de los maridos

Las respuestas de las mujeres a un caso hipotético de infidelidad fueron diferentes en relación con la generación, clase social y contexto:

- Fue más probable que aquellas que tienen mayor acceso a recursos –especialmente las jóvenes en Atlanta– dijeran que dejarían a su esposo si él era infiel, lo que muestra que el acceso a recursos tiene un efecto importante en la manera en que las mujeres interpretan modelos culturales acerca del significado de la infidelidad.

<p>Comunicación acerca del sexo extramarital de los hombres</p>
<p>Mujeres jóvenes y mayores por igual preferían no saber de la infidelidad, aunque por diferentes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mayores dijeron que evitarían hablar del asunto tanto porque los hombres lo sentirían como un desafío a su poder, como porque ellas preferían no saber lo que los hombres hacen lejos de casa. Algunas utilizaron la frase “ojos que no ven, corazón que no siente”, lo cual implica que lo que no saben no puede hacerles daño emocional. • Las mujeres jóvenes, veían el comportamiento sexual de los hombres como elemento inseparable de la intimidad marital, su énfasis en la comunicación sobre emociones y placer sexual no se traducía en disposición para hablar de la infidelidad. Las jóvenes dijeron que el sexo es una expresión del amor y que al estar seguras del amor de su marido se debe creer en que es fiel aunque esté lejos.
<p>Uso del condón y percepción de riesgo de VIH e ITS</p>
<p>El hecho de que las parejas jóvenes se comunicaban más con relación a la sexualidad no significó que las mujeres jóvenes quisieran confrontar la infidelidad, o sugerir que el hombre usara condón con fines de prevención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ideales de compañerismo que las mujeres jóvenes sostienen, hacen de la negociación del condón un asunto culturalmente inapropiado como estrategia de prevención de enfermedades. Las mujeres consideran que pedir el condón implicaría asumir la inevitabilidad de la infidelidad de los hombres. En virtud de lo que el sexo significa en los matrimonios de compañerismo en México, las mujeres se muestran profundamente comprometidas con la idea de que no están en riesgo. Pedirle a un hombre que use condón sugiere la sospecha de que ha sido infiel y, en este contexto, “la desconfianza es falta de amor”.

Desarrollar estrategias efectivas para la prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual entre mujeres casadas cuyos esposos son migrantes temporales significaría encontrar una manera de evitar la negación que ellas hacen del riesgo de infección por VIH. Pedirle a un hombre que use condón implica desconfianza y, como dijo una joven en Atlanta (quien, de acuerdo con los rumores, tiene muchas razones para preocuparse de contraer una enfermedad de transmisión sexual), “la desconfianza ya es falta de

amor”. Sobo (1995) descubrió que las mujeres afroamericanas en Estados Unidos compartían opiniones similares, y sostiene que el compromiso que ellas mantienen con el ideal de la monogamia contribuye al riesgo de infección por VIH.²⁴

Los datos recopilados aquí apoyan las conclusiones de Sobo, pero también expandimos su trabajo al colocar la negación del riesgo del sida por parte de las mujeres casadas en un contexto global más amplio, en el que el significado del matrimonio ha cambiado. La investigación etnográfica en diferentes partes del mundo en desarrollo ha mostrado la evolución de ideas similares relacionadas con el compañerismo marital y la intimidad sexual (Inhorn, 1996; Yan, 1997; Hallos y Larsen, 1997; Ahearn, 1998; Hirsch, 2003; Wardlow, 1999; Gregg, 1999; Maggi, 1999; Rebhun, 2000 y Smith, 2001). La similitud entre estas ideas no significa que el matrimonio en El Fuerte sea exactamente igual al matrimonio en Egipto, pero este vínculo generalizado entre el sexo marital y la intimidad emocional sugiere que la negación del riesgo de sida en mujeres casadas, en conjunto con una persis-

²⁴ El trabajo de Sobo es parte de un corpus académico creciente que analiza la importancia relativa de los factores sociales, económicos y psicológicos al determinar el deseo y la habilidad de las mujeres para usar condón con diferentes parejas. Algunos trabajos sostienen que los factores económicos son los primarios, mientras que otros han demostrado que la renuencia de una mujer a exigir el uso del condón proviene de la falta de voluntad para reconocer que su relación no está a la altura de sus ideales de intimidad monógama (Hinkle, Johnson, Gilbert, Jackson y Lollis, 1992); (Kline y Oken, 1992); (Sabo, 1997); (Morril, Ickovics, Golubchikiv, Beren y Rodin, 1996) (Santelli, *et al.*, 1996); Hetherington, Harris, Bausell, Kavanaugh, Scott, 1996); (Miller, *et al.*, 1993); (Farmer, Connors y Simmons, 1996). Ambos son importantes en este contexto particular, ya que la aprehensión de las mujeres mexicanas por esta ficción de monogamia mutua es una manifestación cultural de su dependencia social y económica de los hombres.

tente inequidad de género, puede tener mayores implicaciones en la transmisión de VIH marital de las que se habían reconocido con anterioridad.

Sin embargo, la persistencia del enfoque de la investigación sobre los motivos por los que las mujeres negocian o no el uso del condón representa un fracaso apabullante por parte de investigadores de salud pública en su intención de confrontar la manera en la que el género determina –y limita– nuestra imaginación. Enfocarse en las mujeres puede ser, en parte, consecuencia del conocimiento científico acerca del mayor riesgo biológico de que ellas contraigan VIH por vía sexual (Farmer, *et al.*, 1996) pero esto no explica por qué hemos asumido que las mujeres pueden modificar su comportamiento sexual e insistir en el uso del condón, mientras asumimos que los hombres no.²⁵ Tampoco se justifica el hecho de que hayamos insistido en difundir el mensaje de que la monogamia es una estrategia efectiva de reducción de riesgo de contraer VIH (Abdool, Mantell y Scheepers, 1996; Obwongo, 1996; Ohwogo, 1998; Weiss, *et al.*, 1996), cuando sabemos que la falsa suposición de que el matrimonio equivale a la monogamia puede estar costándole la vida a muchas mujeres (Bolton, 1992).

El comportamiento sexual de los hombres presenta un problema de salud y, debido a esto, su comportamiento debería

²⁵ La mayoría de los programas enfocados a cambiar el comportamiento sexual en los hombres están dirigidos a hombres homosexuales. Han existido varios programas de investigación e intervención orientados a hombres heterosexuales u homosexuales juntos, o que se han enfocado, principalmente, en los hombres heterosexuales (Caceres y Rosasco, 1993; Celentano, *et al.*, 1998; Nishra *et al.*, 1996; O'Leary, *et al.*, 1996; William y Britton, 1999). Sin embargo, los hombres heterosexuales han sido relativamente ignorados, en general, como receptores de programas de promoción del uso de condón.

ser el objeto de nuestra atención. Sugerir que podemos ayudar a las mujeres casadas a protegerse al “empoderarlas” para negociar el uso del condón es sugerir que podemos cambiar las consecuencias de las inequidades de poder entre géneros sin hacer nada acerca de la inequidad en sí.²⁶

Debido a que una mujer en esta comunidad podría sentir que está ganando algo de valor al ignorar el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual a través de su esposo, no debe sorprendernos que las mujeres hagan tan poco para protegerse a sí mismas. Estas mujeres no se beneficiarían de programas que las ayudaran a negociar el uso de condón; en muchas áreas de su vida doméstica y social, ya son negociadoras expertas. Las mujeres en esta comunidad no quieren usar condones para prevenir enfermedades, porque el costo emocional de reconocer que el sexo con sus esposos no es seguro es demasiado alto. Como Karen Mason ha señalado, la idea de que el empoderamiento de las mujeres incrementaría el uso del condón “es plausible sólo si existe una razón para pensar que las mujeres están más motivadas que los hombres para usarlo, pero están imposibilitadas para exigir su uso frente a la opresión masculina” (Mason, 1994). En el caso particular

²⁶ Hace más de diez años, Fullilove y Fullilove sostuvieron que el enfoque en el cual el factor social o económico sea clave en ayudar a las mujeres a negociar el uso de condón pasa por alto que las mujeres, regularmente, no cuentan con el poder suficiente para negociar con los hombres la manera y las circunstancias bajo las cuales se llevará a cabo la actividad (y relación) sexual (Fullilove, et al., 1990); en 1995, Amaro escribió que “El riesgo de infección de VIH en las mujeres no puede separarse del estatus desigual que ellas tienen en la sociedad estadounidense ni de las diferencias consecuentes de poder entre mujeres y hombres” (Amaro, 1995; Fanner, 1999). Estos argumentos han tenido muy poco impacto en las prácticas de salud pública relacionadas con las mujeres y el sida.

de México, la lógica cultural de la sexualidad marital sugiere que los esfuerzos de las instituciones de salud pública para frenar la creciente ola de transmisiones de VIH relacionadas con la migración deberían, más bien, concentrarse en dos frentes: el comportamiento y las circunstancias sociales de los migrantes durante su estadía en E.U.A, y las fuentes más profundas de inequidad de género que estructuran la vida de las mujeres.²⁷

Conclusiones

Esta investigación podría servir como base para un programa de prevención que parta de ideas de “respeto” y “confianza” en el diseño de mensajes de educación para la salud dirigidos a hombres, con el fin de promover el uso extramarital del condón. Hombres y mujeres pueden estar en desacuerdo respecto a si aquéllos que creen en un matrimonio basado en el compañerismo deberían tener parejas fuera del mismo, pero están de acuerdo en que si una mujer descubre las infidelidades de su esposo, esto representaría

²⁷ Al decir que las mujeres en esta comunidad y otras similares en México no son objetivos apropiados para las campañas que promueven el uso del condón como método de control de la creciente ola de transmisión marital heterosexual no queremos sugerir que sea cierto para el resto de las mujeres casadas en el mundo. Los datos demuestran que las mujeres casadas en Sudáfrica piensan de manera diferente acerca del balance entre el riesgo emocional de reconocer la infidelidad y el riesgo físico de no hacerlo (Susser y Stein, 2000). En el mundo pueden existir circunstancias sociales y culturales en las que las mujeres crean apropiado actuar para protegerse, y en estos escenarios tiene mucho más sentido proceder con la investigación e intervención que apunte a mejorar las habilidades de negociación de uso de condón en las mujeres y, con la investigación básica, desarrollar y poner a su alcance microbicidas efectivos.

tanto una ruptura de la confianza como una falta de respeto por parte de él. Los mensajes educativos sobre salud podrían usar estos términos para enfatizar la responsabilidad del hombre de proteger a su familia frente a la enfermedad y del dolor emocional. Comunicar a los hombres que, idealmente, no deberían tener parejas sexuales fuera del matrimonio pero que si llegan a tenerlas deberían usar condón para proteger la confianza de la que gozan con sus esposas y evitar faltarles al respeto, podría ser una manera de condensar un mensaje educativo sobre su salud en términos culturalmente significativos (ver Weeks, 1981).

Los programas de prevención de VIH para migrantes mexicanos deben considerar un contexto en el que el acceso a los servicios de salud es generalmente limitado. En Atlanta, la única manera en la que un migrante mexicano puede llamar la atención del Departamento de Salud del condado de Fulton es si tiene tuberculosis activa²⁸. A nivel nacional, el acceso limitado de los latinos a servicios de salud de calidad en E.U.A. ha sido extensamente documentado (Chávez, 1984; Chávez, Cornelius and Williams, 1985; Chávez, Flores y López Garza, 1992; Evans, 1995; Flaskerud y Kim, 199; Humbaut, *et al.*, 1986). En el momento en que se escribió este artículo, la mayoría de los hombres que pegaban ladrillos y colocaban tablaroca en las cada vez más grandes mini-mansiones suburbanas que rodean Atlanta, junto con sus paisanos que podaban jardines y plantaban flores de temporada, contaban con un acceso muy limitado a servicios de atención sanitaria primaria. Estos hombres que

²⁸ Instituto de Medicina. Comité de Eliminación de Tuberculosis en Estados Unidos. División de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, *Ending Neglect: The Elimination of Tuberculosis in the United States*. ed. Geiter, L. (Washington, DC: Kational Academy Press. 2000).

pasaron largos meses en el frío del norte pueden parecer poderosos en relación con sus esposas, pero debemos recordar que no son sólo hombres –son hombres pobres, de piel oscura, que en su mayoría no hablan inglés y que no cuentan con documentos. Hablar acerca del VIH en conexión con la migración más allá de lo superficial significaría facilitar el acceso general de los migrantes a los servicios de salud. Clínicas de bajos costos con traductores y horarios vespertinos podrían crear una gran variedad de oportunidades para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH (Santelli, *et al.*, 2000).

El sida es una emergencia, y la clase de investigación que se presenta aquí toma mucho tiempo para su elaboración (aunque si se buscan alianzas con científicos locales y se inician proyectos de investigación con una base sólida en el vasto acervo de los archivos etnográficos, la investigación se puede acelerar). Sin embargo, es precisamente debido a la naturaleza urgente de esta pandemia global que debemos tomarnos el tiempo de elaborar una investigación etnográfica con cuidado. Particularmente, los datos presentados aquí hablan del valor que una investigación antropológica aporta al establecer conexiones entre la cultura y los patrones cambiantes de inequidad social. Mientras nos adentramos en la cuarta década de la epidemia, debemos usar todas las herramientas a nuestra disposición, incluyendo el amplio rango del poder explicativo de la antropología, para poder abordar el reto global que es el sida.

Protección de Participantes Humanos

El estudio aquí descrito fue aprobado por el comité institucional de revisión en la Escuela de Higiene y Salud Pública John Hopkins,

y todos los sujetos de estudio dieron su completo consentimiento antes de participar en las entrevistas.

Referencias

- ABDOOL, K.Q., MANTELL, J.E., SCHEEPERS, E. (1996) "South Africa's Response to Preventing HIV/AIDS and Other STDs in Women: Introducing Female Controlled Methods in the Public Sector." *XI International Conference on AIDS*, Vol. 2: 258.
- AHEARN, L. (1998) "Love Keeps Afflicting Me": Agentive Discourses in Nepali Love Letters", presentado en el Congreso Anual de la Asociación Antropológica de Estados Unidos, Philadelphia.
- AMARO, H. (1995) "Love, Sex and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention." *American Psychologist*, Vol. 50 Núm. 6: 437-447.
- BLETZER, K. (1995) "Use of ethnography in the evaluation and targeting of HIV/AIDS education among Latino farm workers" *AIDS Education and Prevention*, Vol. 7 Núm. 2: 178-91
- BOLTON, R. (1992) "AIDS and Promiscuity: Muddles in the Models of HIV Prevention." *Medical Anthropology*, Vol. 14 Núm. 2-4: 145-223.
- CACERES, C., ROSASCO, A. (1993) "An HIV /STD Prevention Program for Homosexually Active Men Who Do not Necessarily Identify Themselves as Gay in Lima." *IX International Conference on AIDS*, Vol. 2 (abstract WS-DO8-4).
- CAPLAN, P. (ed.) (1987) *The Cultural Construction of Sexuality*. London: Tavistock.
- CARDENAS ELIZALDE, M.R. (1988) "Migración y sida en México", *Salud Pública de México*, Vol. 30 Núm 1: 613-618.
- CELENTANO, D., NELSON, K., LYLES, C. ET AL., (1998) "Decreasing Incidence of HIV and Sexually Transmitted Diseases in Young Thai Men: Evidence for Success of the HIV /AIDS Control and Prevention Program" *AIDS*, Vol. 12 Núm. 5: 29-36.

- CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CEN-SIDA) (1997) *Situación Epidemiológica del Sida y Situación Epidemiológica de las ETS.*
- CERRUTTI, M., MASSEY, D.S. (2001) "On the Auspices of Female Migration From México to the United States." *Demography*, Vol. 38 Núm. 2: 187-200.
- CHÁVEZ, L. (1984) "Undocumented Immigrants and Access to Health Services: A Game of Pass the Buck." *Migration Today*, Vol. 12 Núm. 4-5: 20-24.
- CHÁVEZ, L., CORNELIUS, W., WILLIAMS, O. (1985) "Mexican Immigrants and the Utilization of US Health Services: The Case of San Diego." *Social Science and Medicine*, Vol. 21 Núm. 1:93-102.
- CHÁVEZ, L., FLORES, E., LÓPEZ-GARZA, M. (1992) "Undocumented Latin American Immigrant and US Health Services: An Approach to a Political Economy of Utilization." *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 6 Núm. 1: 6-26.
- COHEN, M. (1995) "HIV and Sexuality Transmitted Diseases: The Physician's Role in Prevention." *Postgraduate Medicine*, Vol. 98 Núm. 3: 52-58, 63-64.
- CORNELIUS, W. (1991) "Los Migrantes de la Crisis: The Changing Profile of Mexican Immigration to the United States," en *Social Responses to México's Economic Crisis*. González De La Rocha, M., Latapi, A.E. (eds.), San Diego: Centro de Estudios E.U.A-México, Universidad de California en San Diego, 155-194. San Diego: Center for U.S. Mexican Studies.
- DEL RÍO-ZOLEZZI, A., LIGUORI, A., MAGIS-RODRÍGUEZ, C., VALDESPINO-GÓMEZ, J., GARCÍA-GARCÍA, M., SEPÚLVEDA, J. (1995) "La Epidemia de VIH/ Sida y la Mujer en México." *Salud Pública de México*, Número Especial. Doce Años de Sida en México, Vol. 37 Núm. 1: 581-591.
- DÍAZ-SANTANA, D., CELIS, A. (1989) "AIDS and Migration in Jalisco, México: Their Relation With Risk Factors," *International Conference on AIDS*, Vol. 5: 1057.
- EVANS, C. (1995) "Immigrants and Health Care: Mounting Problems." *Annals of Internal Medicine*, Vol. 125 Núm. 4: 309-310

- FARMER, P. (1999) *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER, P., CONNORS, M., SIMMONS, J. (eds.), (1996) *Women. Poverty and AIDS: Sex, drugs and structural violence*. Monroe, ME: Common Courage Press.
- FLASKERUD, J. AND SKIM, S. (1999) "Health Problems of Asian and Latino Immigrants." *Nursing Clinics of North America*, Vol. 34 Núm. 2: 359-380.
- FULLILOVE, M., FULLILOVE, R., HI, HAYES, K., GROSS, S. (1990) "Black Women and AIDS Prevention: A View Towards Understanding the Gender Rules." *Journal of Sex Research*, Vol. 27 Núm 1: 47-64
- GAYET C, MAGIS C, BRONFMAN M. (2000) "Aspectos conceptuales sobre la relación entre migración y sida en México." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol. 20: 134-140.
- GEORGIA DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA (1994) *Access to Health Care by Limited English Proficient Populations in Georgia. A Report of the Bilingual Health Initiative Task Force*. Atlanta: Georgia Department of Human Resources.
- GIDDENS, A. (1992) *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love. and Eroticism in Modern Societies*. Stanford CA: Stanford University Press.
- GONZÁLEZ, L. (1974) *San José de Gracia: Mexican Village in Transition*, (translated by J. Upton). Austin TX: University of Texas Press.
- GREGG, J. (1999) "He Can Be Sad Like That': Liberdade and the Absence of Romantic Love in a Brazilian Shantytown." Presentado en el 98° Congreso Anual de la Asociación Antropológica de Estado Unidos, Chicago.
- HOLLOS, M., LARSEN, C. (1997) "From Lineage to Conjuality: The Social Context of Fertility Decisions Among the Pare of Northern Tanzania." *Social Science and Medicine*, Vol. 45 Núm. 3: 361-372.
- HETHERINGTON, S., HARRIS, R., BAUSELL, R., KAVANAUGH, K, SCOTT, D. (1996) "AIDS and Prevention in High-Risk African American Women: Behavioral, Psychology. and Gender Issues." *Journal of Sex and Marital Therapy*, Vol. 22 Núm. 1: 9-21
- HINKLE, Y., JOHNSON, E., GILBERT, D., JACKSON, L., LOLLIS, C. (1992) "African American Women Who Always Use Condoms: Attitudes,

- Knowledge About AIDS and Sexual Behavior." *Journal of the American Medical Women's Association*, Vol. 47 Núm. 6: 230-237.
- HIRSCH, J. WARDLOW, H. (1999) "All's Fair When Love Is War: Attempts at Companionate Marriage Among the Huli of Papua New Guinea." Presentado en el 98° Congreso Anual de la Asociación Antropológica de Estado Unidos, Chicago.
- HIRSCH, J. Y NATHANSON, C. (2001) "Some Traditional Methods Are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 3 Núm. 4: 413-428.
- HIRSCH, J. (1994) "Migration, Modernity and Mexican Marriage", en Durand, J. *Mas Allá de la Línea: Patrones Migratorios entre México y Estados Unidos*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Ciudad de México.
- HIRSCH, J. (1999) "Migration, Modernity and Mexican Marriage: 'En el Norte la Mujer Manda': Gender, Generation and Geography in a Mexican Transnational Community." *American Behavioral Scientist*, Vol. 42 Núm. 9: 1332-1349.
- HIRSCH, J., ALBALAK, R., NYHUS, C. (2000) "Masculinity, Sexuality and AIDS Risk Behavior in a Mexican Migrant Community" ponencia presentada en el Congreso Anual de la Asociación de Población en América", Los Angeles, CA.
- HONDAGNEU-SOTELO, P. (1994) *Gendered Transitions: Mexican Experiences of Immigration*. University of California Press, Berkeley.
- HUMBAUT, R.G., CHAVEZ, L.R., MOSER, R.J., PICKWELL, S.M., WISHNIK, S.M. (1986) "The Politics of Migrant Health Care: A Comparative Study of Mexican Immigrant and Indochinese Refugees." *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 7: 143-202.
- INHORN, M. (1996) *Infertility and Patriarchy: The Cultural Politics of Gender and Family Life in Egypt*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2000) *Ending Neglect: The Elimination of Tuberculosis in the United States*. Geiter, L. (ed.) Washington, DC: National Academy Press.

- KLINE, A., KLINE, E., OKEN, E. (1992) "Minority Women and Sexual Choice in the Age of AIDS." *Social Science & Medicine*, Vol. 34 Núm. 4: 447-457.
- MAGAÑA, R., DE LA ROCHA, O., ANSEL, J. (1996) "Sexual History and Behavior of Mexican Migrant Workers in Orange County, CA." S. Mishra, R. Conner, and R. Magaña (eds.) *AIDS Crossing Borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Boulder, CO: Westview Press. 77-94.
- MAGGI, W. (1999) "Heart-Struck: Love Marriage as a Marker of Ethnic Identity Among the Kalasha of Northwest Pakistan." Presentado en el 98° Congreso Anual de la Asociación Antropológica de Estado Unidos. Chicago.
- MAGIS RODRIGUEZ, C., DEL RÍO-ZOLEZZI, A., VALDESPINO-GÓMEZ, J., GARCÍA-GARCÍA, M. (1996) "Rural AIDS cases in México." presentado en la 12° Conferencia Mundial sobre el SIDA, Vancouver. BC.
- MAGIS RODRÍGUEZ, C., DEL RÍO-ZOLEZZI, A., VALDESPINO- GÓMEZ, J.L., GARCÍA-GARCÍA, M.L. (1995) "AIDS Cases in Rural México." *Salud Pública de México*, Vol. 37 Núm. 6: 615-623.
- MASON, K. (1994) "HIV Transmission and the Balance of Power Between Women and Men: A Global View." *Health Transition Review*, Vol. 4 (Supplement):217-240.
- MASSEY, D., ALARCÓN, R. DURAND, J. GONZÁLEZ, H. (1987) *Return to Aztlan: The Social Process of International Migration From Western México* Berkeley: University of California Press.
- MASSEY, D., ARANGO, J., HUGO, G., KOUAOUCI, A. PELLEGRINO, A., TAYLOR, J. (1993) "Theories of International Migration: A Review mid Appraisal." *Population and Development Review*, Vol. 19 Núm. 3: 31-466.
- MASSEY, D., DURAND, J. (1998) "Historical Dynamics of Mexican Migration Destinations, 1920-90". Presentado en la Junta de la Asociación de Estudios Latinoamericanos. Chicago.
- MCCORMACK, C. Y DRAPER, A. (1987) "Social and Cognitive Aspects of Female Sexuality in Jamaica." en *The Cultural Construction of Sexuality*. Caplan, P. (ed.) 143 - 165. London: Routledge and Kegan Paul.
- MCCOY, C.B., MEISCH, L.R., INCIARDI, J.A., ANWYL, R.S., WINGRED, J., BLETZER, K. (1996) "Sex, Drugs, and the Spread of HIV/AIDS in Bella Glade. Florida." *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 10 Núm. 1: 83-93.

- MILLER, L.C., BETTENCOURT, B.A., DEBRO, S.C., HOFFMAN, V. (1993) "Negotiating Safer Sex: Interpersonal Dynamics" en *The Social Psychology of HIV Infection*, J.B. Pryor y G.D. Reeder Hillsdale (eds.) 85-123. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- MORRIL, A., ICKOVICS, J., GOLUBCHIKIV, V., BEREN, S., RODIN, J. (1996) "Safer Sex: Social and Psychological Predictors of Behavioral Maintenance and Change Among Heterosexual Women." *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64 Núm. 4: 819-828.
- MISHRA, S, CONNER, R Y MAGAÑA, R. (1996) *AIDS Crossing Borders; The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Boulder, CO Westview Press.
- O'LEARY, A., JEMMOTT, L.S., GOODHART, F., GEBELT, J. (1996) "Effects of an Institutional AIDS Prevention Intervention: Moderation by Gender." *AIDS Education & Prevention*, Vol. 8 Núm. 6: 516-528.
- OBWONGO, B.S. (1996) "Modeling Safe-Sex Practices among Medical Students through Peer Education." *International Conference on AIDS*, Vol.2: 467 (abstract Pub.C.1184)
- OBWONGO, B.S. (1998) "Sexual Practices among Nairobi University Freshmen," *International Conference on AIDS*, Vol.12: 1015 (abstract no. 60079).
- PEREZ, M.A., FENNELLY, K. (1996) "Risk Factors for HIV and AIDS Among Latino Farmworkers in Pennsylvania" S. Misha, R Conner and J Magaña (eds.) *AIDS Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. 137-156. Pennsylvania. Boulder, CO.
- PETCHESKY, R., JUDD, K. eds., (1998) *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*, London: International Reproductive Rights Action Group and Zed Books.
- PULERWITZ, J., LZAZOLA LICEA, J.A. Y GORTMAKER, S.L. (2001) "Extra-marital Sex Among Mexican Men and Their Partners' Risk of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases." *American Journal of Public Health*, Vol. 91 Núm. 10: 1650-1652.
- REBHUN, L. (2000) *The Heart is Unknown Country: Love in the Changing Economy of Northeast Brazil*. Stanford, CA, Stanford University Press.
- SANTELLI, J.S., KOUZIN, A.C., HOOVER, D.R., POLASCEK, M., BURWELL, L.G., CELENTANO, D.D. (1996) "Stage of Behavior Change for Condom Use:

- The Influence of Partner Type, Relationship, and Pregnancy Factors." *Family Planning Perspectives*, Vol. 28 Núm. 3: 101-107.
- SANTELLI, J.S., LOWRY, R., BRENER, N.D., ROBIN, L. (2000) "The Association of Sexual Behaviors With Socioeconomic Status, Family Structure and Race/Ethnicity Among US Adolescents." *American Journal of Public Health*, Vol. 90 Núm. 10: 1582-1588.
- SECRETARÍA DE SALUD/CONSEJO NACIONAL DE SIDA (1997) Separata de la Revista SIDA ETS. *Enfermedades de Transmisión Sexual Situación Epidemiológica del SIDA & Situación Epidemiológica de las ETS*. Datos Actualizados hasta Tercer Trimestre de 1997, Ciudad de México.
- SINGER, M. (1994) "AIDS and the Health Crisis of the US Urban Poor: The Perspective of Critical Medical Anthropology." *Social Science & Medicine*, Vol. 39 Núm 7: 931-948.
- SINGER, M., FLORES, C., DAVISON, L. ET AL.(1990) "SIDA: The Economic, Social, and Cultural Context of AIDS Among Latinos." *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 4 Núm. 1: 71-114.
- SINGER, M., MARXUACH-RODRÍGUEZ, L. (1996) "Applying Anthropology to the Prevention of AIDS: The Latino Gay Men's Health Project." *Human Organization*, Vol. 55 Núm 2: 141-148.
- SMITH, D.J. (2001) "Romance, Parenthood and Gender in a Modern African Society." *Ethnology*, Vol. 40 Núm 2: 129-151.
- SOBO, E. (1993) "Bodies, Kin, and Flow: Family Planning in Rural Jamaica." *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 7 Núm. 1: 50-73.
- SOBO, E. (1995) *Choosing Unsafe Sex: AIDS risk denial among disadvantaged women*. Philadelphia, PA: University Pennsylvania Press.
- SOBO, E. (1995) "Finance, Romance, Social Support, and Condom Use among Impoverished Inner-City Women." *Human Organization*, Vol. 54 Núm. 2: 115-128
- SOLER, H., QUADAGNO, D., SLY, D.F., RIEHRNAN, K.S. EBERSTEIN, L.W. AND HARRISON, D.F. (2000) "Relationship Dynamics, Ethnicity and Condom Use Among Low-Income Women." *Family Planning Perspectives*, Vol. 32 Núm. 2: 82-88, 101.

- SUSSER, I., STEIN, Z. (2000) "Culture, Sexuality, and Women's Agency in the Prevention of HIV/AIDS in Southern Africa." *American Journal of Public Health*, Vol. 90 Núm. 7: 1042-1048.
- WASONGA, J. (1996) "Role of Publications in Disseminating Correct AIDS/HIV Information and Influencing Behavior Among the Youth." *International Conference on AIDS* Vol. 2: 499 (abstract Puh.D.1393).
- WEATHERBY, N.L., MCCOY, H.V., METSCH, L.R., ET. AL.(1999) "Use of Ethnography," *Substance Use and Abuse*, Vol. 34: 685-706
- WEEKS, J. (1981) *Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800*. New York: Routledge.
- WEEKS, R.W., SCHENSUL, J.J., WILLAIMS, S.S., SINGER, M., GRIER, M. (1995) "AIDS Prevention for African-American and Latina Women: Building Culturally and Gender-Appropriate Intervention." *AIDS Education and Prevention*, Vol. 7 Núm. 3: 251-263.
- WEISS, E., HAO, G.G. (1994) "The Need for Female-Controlled HIV Prevention." *International Conference on AIDS*, Vol. 10: 46 (abstract SS9).
- WEISS, E, SHELAN, D, GUPTA, G. (1996) *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World; Findings from the Women and AIDS Research Program*. International Center for Research on Women. ICRW Reports and Publications; Washington.
- WILLIAM, P. Y BRITTON, C. (1999) "Understanding the Culture of Masculinity and Creating Effective Prevention Messages." *National HIV Prevention Conference* (abstract 116).
- YAN, Y. (1997) "The Triumph of Conjuality: Structural Transformation of Family Relations in a Chinese Village," *Ethnology*, Vol. 36 Núm. 3: 191-212.
- ZIERLER, S. Y KRIEGER, N. (1997) "Reframing Women's risk: Social Inequalities and HIV Infection" *Annual Review of Public Health*, Vol. 18: 401-436.

OPORTUNIDADES PERDIDAS de diagnóstico de VIH entre mujeres mexicanas

Alexandra Martin-Onraët Arciniegas²⁹

Varios estudios han reportado que gran parte del diagnóstico tardío que se observa en México en mujeres con VIH se debe a oportunidades perdidas. La primera barrera para un diagnóstico temprano es la cobertura inadecuada del escrutinio prenatal, a pesar de ser parte de la *Norma Oficial Mexicana*. Por otro lado, la mujer tampoco es diagnosticada cuando acude a atención médica en forma repetida por síntomas que sugieren una infección por VIH. Estas oportunidades perdidas tienen serios impactos: a nivel individual, se traducen en un estadio clínico avanzado y peor pronóstico de la enfermedad, pero también tienen repercusiones económicas y emocionales. A nivel de salud pública, favorecen la transmisión del VIH por personas que desconocen su estatus, como sucede con la transmisión materno-infantil, y son un marcador de calidad de la atención.

Existe poca información sobre los factores que llevan a una oferta sub-óptima de la prueba de VIH en mujeres en general. Se ha visto que la percepción de riesgo, tanto de las mujeres como de los prestadores de servicios médicos, juega un papel importante en

²⁹ Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan)

la oferta de la prueba, y probablemente haya otros factores cuya combinación contribuya a este problema, relacionados con condiciones relativas a las mujeres, al personal médico y al funcionamiento del sistema de salud. La identificación de estos factores puede facilitar intervenciones dirigidas para mejorar la detección temprana en la mujer. Por lo pronto, la evidencia muestra que la oferta de la prueba de VIH basada en una clasificación de grupos de riesgos preestablecidos y dependiente de la decisión del personal de salud resulta en una cobertura sub-óptima y debería replantearse una expansión del escrutinio en la mujer más allá del embarazo, ya sea incluyendo otras clínicas de atención para la mujer o por medio de una prueba universal.

Introducción

En México, el 60% de los pacientes que se diagnostican con VIH (hombres y mujeres) son detectados con menos de 200 CD4 (lo cual es considerado como un diagnóstico tardío), y clasificados en etapa avanzada (Crabtree-Ramirez, Caro-Vega, Belaunzaran-Zamudio, and Sierra-Madero, 2012). El diagnóstico tardío es un problema de salud pública importante ya que refleja barreras de acceso y de uso de los servicios de salud, así como estrategias inadecuadas de detección temprana (Fisher, 2008). El diagnóstico tardío tiene implicaciones en cuanto a morbi-mortalidad asociada al VIH, nivel de respuesta al tratamiento antirretroviral, mayor riesgo de transmisión del paciente que desconoce su diagnóstico, e incremento en los costos de atención.

Gran parte de los diagnósticos tardíos se deben a oportunidades perdidas: situaciones en las cuales el paciente tuvo contacto

con el sistema de salud en un periodo anterior a su diagnóstico, durante el cual ya se encontraba infectado, y no fue diagnosticado.

Algunos estudios recientes han reportado una alta proporción de oportunidades perdidas de diagnóstico de VIH en mujeres en México (Kendall, 2014; Martin-Onraet A. *et al.*, 2015; Piñeirua-Menendez, 2015). En general, los estudios resaltan dos escenarios: mujeres que no son diagnosticadas como parte de un escrutinio durante la atención prenatal, y mujeres que acuden en múltiples ocasiones a atención primaria por síntomas que están relacionados a la infección por VIH, y en quienes se retrasa el diagnóstico por falta de oferta de la prueba. Si bien dentro del diagnóstico tardío, existe un tercer escenario de “presentadoras tardías” (mujeres que acuden a atención médica por primera vez con enfermedad avanzada, sin haber tenido contactos médicos previos), este grupo no es el más frecuente (Martin-Onraet A. *et al.*, 2015; Piñeirua-Menendez A, 2015). Este capítulo se enfocará en analizar el contexto de las mujeres con VIH en México en cuanto a oportunidades perdidas de diagnóstico.

Se abordarán a continuación los principales escenarios de las oportunidades perdidas para mujeres, incluyendo la mujer durante la atención prenatal y entre las mujeres no embarazadas. También se mencionarán las deficiencias del sistema de salud que puede causar la falta de oferta de la prueba de VIH a la mujer. Finalmente, se resumirán posibles estrategias para cada una de las barreras mencionadas.

Oportunidades perdidas en atención prenatal

Situación actual de la cobertura prenatal de pruebas de VIH

Según la *Norma Oficial Mexicana* (NOM-010-SSA2-2010) (Secretaría de Salud, 2010), la oferta de la prueba de VIH durante el embarazo es obligatoria. Si bien esta NOM no fue actualizada hasta el 2010, desde el 2001 la Secretaría de Salud había establecido la oferta universal de la prueba de VIH a toda mujer embarazada (Kendall, 2014; Torres, 2014). Por otro lado, la cobertura de servicios prenatales en México se encuentra por arriba de 90%, con al menos tres consultas prenatales (Uribe-Zuñiga P, Ortiz-Ibarra FJ, & G, 2009). A pesar de esto, la cobertura de pruebas realizadas durante el embarazo sigue siendo inaceptablemente baja (CONASIDA, 2011; Uribe-Zuñiga P *et al.*, 2009). En el 2009, sólo a 37% de las mujeres embarazadas registradas se les realizó una prueba de VIH, con una amplia variabilidad entre las diferentes instituciones de salud (CONASIDA, 2011).

Según un análisis de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) 2012 que incluyó a más de 5000 mujeres de 20-49 años (Torres, 2014), durante el periodo del 2011-2012, a 54% de las mujeres embarazadas en México se les ofreció la prueba de VIH como escrutinio. La cobertura varió ampliamente por estados, y los factores asociados con la aplicación de la prueba en el análisis multivariado fueron: recibir atención prenatal en el sector de asistencia pública (refiriéndose principalmente a las instituciones de la Secretaría de Salud), acudir en etapas más tempranas del embarazo (primer trimestre), ser atendida por personal de salud (médicos o enfermeras) y no por parteras o promotores de salud, o tener una educación superior (preparatoria completa o más). Los

factores asociados con no haber recibido una prueba de VIH fueron algunos estados como Ciudad de México, Puebla y el Estado de México, y hablar una lengua indígena. Hay que considerar que no se incluyeron en el análisis mujeres de <20 años, lo cual podría haber disminuido más el porcentaje debido a que estas mujeres son susceptibles a tener más difícil acceso a una adecuada atención prenatal. Estos resultados resaltan cómo la aplicación no sistemática de la prueba durante el embarazo sigue dejando en desventaja a los grupos más vulnerables de mujeres.

Consecuencias de una cobertura inadecuada durante el embarazo

Las consecuencias de la falta de escrutinio prenatal son potencialmente graves: en el 2014, se diagnosticaron 46 casos de transmisión perinatal en el país, una circunstancia totalmente prevenible sólo con la aplicación de la Norma (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014c). La prueba durante el embarazo es el pilar de la prevención de la transmisión materno-infantil. Además de la transmisión vertical, se han descrito implicaciones clínicas, emocionales y económicas de la falta de escrutinio. En un estudio transversal que incluyó 301 mujeres entrevistadas en tres estados de la República (Ciudad de México, Puebla, Oaxaca), las mujeres diagnosticadas durante el embarazo tuvieron una cuenta de CD4 significativamente más alta que las mujeres diagnosticadas por otras vías (ya sea por detección del VIH en la pareja, en el hijo, o por estar sintomáticas) (Martin-Onraet A. *et al.*, 2015). Estos datos reflejan cómo el embarazo es el mejor escenario para que las mujeres sean diagnosticadas de forma temprana. El hecho de diagnosticar a las mujeres estando asintomáticas tiene un impacto en su pronóstico y respuesta al

tratamiento. Entrevistas en profundidad realizadas en Oaxaca que incluyeron mujeres que viven con VIH diagnosticadas en diferentes etapas clínicas muestran que las mujeres diagnosticadas con una cuenta de CD4 mayor a 200 células/mm³, tendieron a una buena relación médico-paciente, adherencia al tratamiento antirretroviral, y mejoría en la dinámica familiar (Piñeirua-Menendez A, 2015). En cambio, la falta de escrutinio prenatal tiene repercusiones económicas asociadas al diagnóstico tardío: más limitaciones para trabajar en etapas más avanzadas de la enfermedad, más requerimientos de estudios clínicos. Asimismo, se acompaña de repercusiones emocionales, como la culpa de haber tenido un hijo con VIH y el estigma (Kendall, 2014; Piñeirua-Menendez A, 2015).

Factores asociados con una baja detección prenatal de VIH

Existe poca información que analice las causas de la cobertura tan baja de escrutinio prenatal, a pesar de ser una recomendación oficial a nivel nacional. Podría considerarse que las causas dependientes de la mujer son el que no acuda a atención prenatal, por falta de conocimientos o por dificultad de acceso a los servicios de salud, o que rehúse la aplicación de la prueba de VIH. Sin embargo, se mencionó previamente que las mujeres normalmente acuden a atención prenatal (Uribe-Zuñiga P *et al.*, 2009), y la encuesta de ENSANUT refleja más una falta de oferta de la prueba (Torres, 2014) que una falta de atención prenatal. Por otro lado, existen reportes realizados en México que muestran en general buena aceptación de la prueba por parte de las mujeres. Un estudio transversal realizado en León en el 2001 en una institución de tercer nivel de atención del IMSS incluyó a 1184 mujeres embarazadas a

quienes se les ofreció la prueba de VIH (Romero-Gutierrez, Delgado-Macias, Mora-Escobar, Ponce-Ponce de Leon, & Amador, 2007). El 85% de las mujeres aceptó la prueba. Las razones principales para aceptar la prueba fueron el beneficio para el bebé (45%) y para ellas mismas (33%). Las razones para no aceptarla fueron que no se consideraban en riesgo ya que sólo tenían relaciones con su pareja estable (33%) y que no tenían autorización de la pareja (24%). Otro estudio realizado en el año 2000 en siete clínicas de atención prenatal de Yucatán, reportó una aceptación del 90% (Vera Gamboa *et al.*, 2005). Del 10% que no aceptó la prueba, las dos principales razones para rechazarla fueron las mismas que las reportadas por Romero-Gutiérrez (Romero-Gutierrez *et al.*, 2007). Si bien no se pueden generalizar las poblaciones de estos estudios, pareciera mucho más trascendente el problema de falta de oferta de la prueba, que su rechazo.

La siguiente pregunta es por qué no se ofrece la prueba durante el embarazo siendo ésta obligatoria. No hay publicaciones recientes que analicen los factores que afectan la cobertura del escrutinio de VIH prenatal. Se ha considerado que la falta de uniformidad en años pasados en los criterios para la aplicación de la prueba por parte de los diferentes organismos de salud pudo favorecer confusión entre el personal de salud (Uribe-Zuñiga P *et al.*, 2009). Por otro lado, la falta de indicadores confiables por falta de información proveniente de todos los sectores del sistema de salud dificulta el monitoreo (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014b). Además, la existencia de múltiples organismos dedicados a salud reproductiva, atención prenatal, VIH, dificulta el liderazgo y se refleja en el pobre desempeño de la política de salud. Los factores relacionados con el sistema de salud se discutirán con detalle más adelante.

Oportunidades perdidas fuera del embarazo

El perfil de las mujeres a quienes se solicita una prueba de VIH

En México, que se caracteriza por ser una epidemia concentrada³⁰, el embarazo es la única recomendación oficial de escrutinio de VIH dirigida a las mujeres. Si bien en años recientes ha aumentado la promoción de la prueba de VIH en el grupo de mujeres por la participación activa de las organizaciones civiles y gubernamentales (INMUJERES, CENSIDA, & INSP, 2010; Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014a), las guías siguen enfocando la prevención y atención a grupos establecidos de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores(as) sexuales y usuarios(as) de drogas intravenosas. Si las mujeres no son clasificadas en alguno de estos grupos, no son consideradas de alto riesgo. Por lo tanto, en el centro de salud al que acuden las mujeres, la oferta de la prueba es sujeta a la decisión del personal de salud, la cual se fundamenta muchas veces en ideas preconcebidas del perfil de riesgo y en prejuicios.

Frecuencia con la cual las mujeres acuden a los servicios médicos

Existe poca información sobre las diferencias asociadas a oportunidades perdidas entre hombres y mujeres; sin embargo, un estudio retrospectivo de personas diagnosticadas con VIH reali-

³⁰ Epidemia concentrada: la prevalencia en la población general es menor al 1% con prevalencias mayores al 5% en poblaciones específicas (Bertozzi *et al.*, 2006)

zado en North Carolina reportó que los hombres tenían tres veces más posibilidades de ser diagnosticados en el primer contacto médico que las mujeres (Chin, Hicks, Samsa, & McKellar, 2013). Esto puede ser por dos razones: las mujeres tienen más contactos con el sistema de salud, mismas que son desaprovechadas, y/o a los hombres se les solicita más fácilmente una prueba de VIH según el criterio del personal de salud. Con respecto al primer escenario, se han hecho estudios en mujeres con VIH, analizando la frecuencia de contactos con servicios de salud por otras razones previo al diagnóstico y durante el periodo en el cual se supone que ya estaban infectadas, encontrándose que hasta el 70% de las mujeres ha visitado algún centro de salud durante ese periodo (Duffus *et al.*, 2012), y concluyendo que deben considerarse otras estrategias que ofrezcan la prueba no sólo a mujeres embarazadas sino también a las mujeres que acuden a clínicas de planificación familiar, detección oportuna de cáncer cervical uterino e infecciones de transmisión sexual.

Las oportunidades perdidas en las mujeres sintomáticas

Algunos reportes recientes de México describen la frecuencia con la cual las mujeres tienen contactos con el sistema de salud que no son aprovechados para un diagnóstico más temprano de VIH. Desafortunadamente, muchos de esos contactos son situaciones en las que las mujeres se presentan por síntomas (Kendall, 2014; Martin-Onraet A. *et al.*, 2015; Piñeirua-Menendez A, 2015). El estudio de Martin-Onraet reportó que 40% de las mujeres entrevistadas había buscado atención médica por síntomas relacionados con VIH, sin que se les ofreciera la prueba (Martin-Onraet A. *et al.*, 2015). De estas, dos tercios acudieron más de tres veces a aten-

ción médica por los mismos síntomas, antes de que se les hiciera el diagnóstico. Esto tuvo repercusiones claras en el estadio clínico al diagnóstico, ya que las mujeres con más de tres consultas previas al diagnóstico tuvieron una cuenta de CD4 basal significativamente más baja que las mujeres diagnosticadas en su primer contacto con el médico, o que las mujeres embarazadas. Esta falta de oferta de prueba es consecuencia de una falta de percepción de riesgo tanto de las mujeres como del personal de salud (Piñeirua-Menendez A, 2015).

El riesgo de infección por VIH en las mujeres

La prevalencia de infección por VIH en mujeres depende de los grupos de riesgo. Las mujeres con mayor riesgo son las mujeres transexuales-trabajadoras sexuales (15.5%), seguidas de las usuarias de drogas intravenosas (3.3%) y las mujeres transexuales (0.67%) (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014b)³¹. Si bien la prevalencia en mujeres consideradas de bajo riesgo (casadas o unidas, sin múltiples parejas sexuales) es menor al 0.1%, en números absolutos este grupo representa a la mayoría de las mujeres que viven con VIH (INMUJERES *et al.*, 2010). A pesar de que el matrimonio ha sido mencionado como el principal factor de riesgo de las mujeres (Hirsch *et al.*, 2007), y que el 70% de las mujeres con VIH lo adquirieron por su pareja estable (Martin-Onraet A. *et al.*, 2015), una mujer casada con una sola pareja sexual con quien tiene relaciones sexuales sin protección,

³¹ Estos grupos se comentarán en otros artículos del presente volumen.

que se presenta con síntomas que sugieren una infección por VIH, no desencadena una solicitud de prueba por el personal de salud. El riesgo real de esas mujeres en estas circunstancias debería considerarse equivalente al de su pareja, y depende entonces de las conductas de riesgo que tenga la pareja. Esto se conoce como comportamientos “de puenteo”, donde una persona con conductas de alto riesgo le transmite ese nivel de riesgo a una persona sin conductas de riesgo (Patterson *et al.*, 2012). En varias regiones del mundo, entre ellas Tijuana en México, se ha reportado que los clientes de trabajadoras sexuales tienen la misma prevalencia de VIH que las trabajadoras sexuales, y frecuentemente tienen sexo sin protección con sus esposas, volviéndose el puente para la transmisión del VIH a la población general (considerada de bajo riesgo) (Patterson *et al.*, 2012). Otro ejemplo de riesgo transmitido es consecuencia de la homofobia en México, que sigue contribuyendo a que los hombres que tienen sexo con hombres mantengan una pareja femenina como la pareja oficial mientras continúan teniendo relaciones homosexuales (INMUJERES *et al.*, 2010). El riesgo de las mujeres depende entonces de los comportamientos de riesgo de sus maridos.

México se caracteriza por normas de género donde es aceptable que el hombre tenga relaciones extramaritales (INMUJERES *et al.*, 2010). En el 2001 se realizó una encuesta en la Ciudad de México a hombres casados o en unión libre con una mujer por más de un año, y sexualmente activos con esa pareja. Se observó que 15% de los hombres tenían relaciones extramaritales, y sólo 22% hacían uso de preservativo en la pareja secundaria (Pulerwitz, Izazola-Licea, & Gortmaker, 2001). Por lo tanto, el riesgo transmitido al cual están sujetas las mujeres es el de sus parejas, el cual suele ser desconocido. Esto demuestra

cómo encasillar a las mujeres en grupos de riesgo preestablecidos y solicitarles la prueba en función de esta clasificación aumenta el riesgo de no diagnosticarlas de forma oportuna a todas.

Oportunidades perdidas asociadas a deficiencias en el sistema de salud

Parte de las oportunidades perdidas para diagnosticar a un paciente pueden deberse a las características y el funcionamiento de las estrategias establecidas por el sistema de salud. A nivel gubernamental, el hecho de que las mujeres no son el grupo de más alto riesgo para adquirir el VIH dentro de una epidemia concentrada, no las hace prioritarias en las estrategias y programas nacionales (Bertozzi S *et al.*, 2006; Walt & Gilson, 1994), lo cual se ve reflejado en todos los niveles de atención. Por otro lado, la falta de recursos humanos, la sobrecarga de trabajo y la pobre calidad de la atención son otros factores que pueden jugar un papel importante, así como los desabastos y baja calidad de la información disponible y de la supervisión.

Las características del sistema de salud

Existe poca información en México sobre estas barreras. El papel que juegan los recursos humanos³² es fundamental en la oferta de

³² El papel del personal de salud en la oferta de la prueba se discutirá en el capítulo de Piñeirúa y Ramos, en este volumen..

prueba y el buen desempeño del profesional de la salud depende de múltiples factores que pueden ir desde falta de conocimientos hasta prejuicios morales y ausencia de percepción de riesgo. También parece pertinente que si un médico tiene poco tiempo para atender a una paciente y la prueba de VIH no tiene una indicación sistematizada, hay más probabilidades de que el médico no la solicite. Por otro lado, si la cantidad disponible de pruebas rápidas es limitada y ya está destinada a poblaciones específicas, o simplemente no hay pruebas disponibles, esto puede ser otro factor para no usar aquéllas destinadas para otros grupos (de mayor riesgo), en mujeres consideradas de bajo riesgo. Si bien no se encontraron reportes nacionales, el desabasto de los kits de diagnóstico ha sido reportado como una causa de falla de cobertura de escrutinio prenatal en otros países (Sprague, Chersich, & Black, 2011).

El papel del sector privado en las oportunidades perdidas

La fragmentación del sistema nacional de salud también dificulta la supervisión y la recolección de información válida de forma central (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014a; Uribe-Zuñiga P *et al.*, 2009) y puede ser una barrera para la adecuada aplicación de las normas de salud, sobre todo en el sector privado que es independiente del gobierno y no siempre reporta al sistema de monitoreo nacional (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014a). Es importante evaluar la participación del sector privado en la oferta de la prueba de VIH, y la frecuencia con la cual es el primer punto de contacto con servicios médicos para las mujeres (Wang, Sulzbach, & De, 2011). El estudio de ENSANUT reportó que 22% de las mujeres embarazadas se atendieron en hospitales privados, con

tasas mucho más bajas de oferta de prueba de VIH. En el estudio de Martin-Onraet, 13% de los embarazos reportados en las mujeres entrevistadas de la Ciudad de México fueron atendidos en el sector privado, y en ninguno de éstos se ofreció la prueba de VIH. Además, de las mujeres que reportaron haber acudido a atención médica por síntomas y sin oferta de prueba, el 43% refirió haber acudido a algún consultorio particular, incluyendo consultorios de farmacias. Este sector informal de atención primaria parece ser un punto importante de acceso a servicios de salud y ya se ha enfatizado la importancia de una mejor inclusión en las estrategias de prevención y detección temprana de VIH (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2014a), con fines de mejorar la supervisión y adecuada aplicación de las normas.

Conclusiones y perspectivas

En resumen podríamos decir que en México las mujeres diagnosticadas con VIH que experimentan oportunidades perdidas previas al diagnóstico entran en alguno de los siguientes escenarios: 1) mujeres embarazadas a quienes no se les ofreció la prueba de VIH durante la atención prenatal, 2) mujeres con síntomas relacionados a la infección por VIH que acuden a atención médica sin que les ofrezcan la prueba porque no son consideradas personas con riesgo alto, 3) mujeres asintomáticas que acuden en varias ocasiones al centro de salud por otras razones (planificación familiar, detección oportuna de cáncer) y son diagnosticadas por otros motivos (por ejemplo, porque la pareja o el hijo son positivos).

De acuerdo con lo reportado, parece que la tasa de aceptabilidad de la prueba de VIH es buena por parte de las mujeres y que

la baja cobertura de la prueba de VIH no se debe a su rechazo. Por lo tanto, fortalecer la calidad de la atención prenatal para aumentar la cobertura de una política de salud –que es obligatoria a nivel nacional– debería obtener buenos resultados, incluyendo educación al personal de salud, mayor supervisión, uniformidad de criterios e integración del sector informal.

Por otro lado, tomando en cuenta que las mujeres probablemente acuden a los servicios de salud de forma más frecuente que el hombre, debido a las consultas de ginecología y planificación familiar, éstas representan situaciones ideales para integrar la oferta de la prueba en estas clínicas e incrementar las posibilidades de diagnóstico temprano de la mujer. En ese mismo sentido la prueba universal sería otra manera de mejorar la detección en mujeres; la sistematización de la prueba sería así una forma de evitar que la oferta de la prueba sea dependiente de la percepción de riesgo del proveedor de salud.

Referencias

- BERTOZZI, S., PADIAN, N.S., WEGBREIT, J., DEMARIA, L.M., FELDMAN, B., GAYLE, H., GOLD, J., GRANT, R. y ISBELL, M.T. (2006). “HIV/AIDS Prevention and Treatment”. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington DC: World Bank: 331-371.
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CONASIDA). (2011). “La cobertura de pruebas de detección del VIH en embarazadas en México”. *Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA*, http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/pdfs/Pruebas_VIH_a_embarazadas.pdf, consultado el 09 de Noviembre de 2017.
- CRABTREE-RAMIREZ, B., CARO-VEGA, Y., BELAUNZARAN-ZAMUDIO, F. y SIERRA-MADERO, J. (2012). “High prevalence of late diagnosis of HIV

- in Mexico during the HAART era”, *Salud Pública de México*, vol.54, Núm.5:506-514.
- CHIN, T., HICKS, C., SAMSA, G. y MCKELLAR, M. (2013). “Diagnosing HIV infection in primary care settings: missed opportunities”, *AIDS Patient Care and STDs*, vol.27, Núm.7: 392-397. doi:10.1089/apc.2013.0099
- DUFFUS, W.A., DAVIS, H. T., BYRD, M. D., HEIDARI, K., STEPHENS, T. G. y GIBSON, J. J. (2012). “HIV testing in women: missed opportunities”, *Journal of Womens Health (Larchmt)*, vol.21, Núm.2: 170-178. doi:10.1089/jwh.2010.2655
- FISHER, M. (2008). “Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities”, *Current Opinion in Infectious Diseases*, vol.21, Núm.1: 1-3. doi:10.1097/QCO.0b013e3282f2d8fb
- HIRSCH, J. S., MENESES, S., THOMPSON, B., NEGRONI, M., PELCASTRE, B. y DEL RIO, C. (2007). “The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico”, *American Journal of Public Health*, vol.97, Núm.6: 986-996. doi:10.2105/AJPH.2006.088492
- INMUJERES, CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA (CENSIDA) y INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP). (2010). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el Sida. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*. México: M. P. Torres Pereda Ed.
- KENDALL, T. (2014). “Consequences of missed opportunities for HIV testing during pregnancy and delayed diagnosis for Mexican women, children and male partners”, *PLoS One*, vol.9, Núm.11: e109912. doi:10.1371/journal.pone.0109912
- MARTIN-ONRAET, A., VOLKOW-FERNANDEZ, P., ALVAREZ-WYSSMANN, V., GONZALEZ-RODRIGUEZ, A., CASILLAS-RODRIGUEZ, J., RIVERA-ABARCA, L., TORRES-ESCOBAR, I. y SIERRA-MADERO, S.M. (2017). “Late diagnosis due to missed opportunities and inadequate screening strategies in HIV infected Mexican Women” *AIDS & Behaviour*, vol.21, Núm.2: 505-514. doi:10.1007/s10461-016-1560-1
- PATTERSON, T. L., VOLKMAN, T., GALLARDO, M., GOLDENBERG, S., LOZADA, R., SEMPLE, S. J., ANDERSON, C. M. y STRATHDEE, S. A. (2012).

- “Identifying the HIV transmission bridge: which men are having unsafe sex with female sex workers and with their own wives or steady partners?” *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol.60, Núm.4: 414-420. doi:10.1097/QAI.0b013e31825693f2
- PIÑEURIA-MENENDEZ, A. (2015). *Women and HIV in Mexico: An exploratory analysis about experiences, expectations and health care needs in Oaxaca, Mexico*. (Master of Public Health), Emory University, Atlanta.
- PULERWITZ, J., IZAZOLA-LICEA, J. A., y GORTMAKER, S. L. (2001). “Extrarelatational sex among Mexican men and their partner’s risk of HIV and other sexually transmitted diseases.”, *American Journal of Public Health*, vol.91, Núm.10: 1650-1652.
- ROMERO-GUTIERREZ, G., DELGADO-MACIAS, A.A., MORA-ESCOBAR, Y., PONCE-PONCE DE LEON, A. L. y AMADOR, N. (2007). “Mexican women’s reasons for accepting or declining HIV antibody testing in pregnancy”, *Midwifery*, vol.23, Núm.1: 23-27. doi:10.1016/j.midw.2006.05.007
- SECRETARÍA DE SALUD. (2010). *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*, NOM-010-SSA2-2010, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23>, consultada el 28 de Septiembre de 2017.
- SECRETARÍA DE SALUD y CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA (CENSIDA). (2014a). *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el Sida*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf , consultada el 09 de Noviembre de 2017.
- (2014b). *Informe Nacional de Avances en la respuesta al VIH y el sida*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf, consultada el 09 de Noviembre de 2017.
- (2014c). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México. Registro Nacional de casos de SIDA*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014_.pdf, consultada el 09 de Noviembre de 2017.
- SPRAGUE, C., CHERSICH, M. F. y BLACK, V. (2011). “Health system weaknesses constrain access to PMTCT and maternal HIV services in South

Africa: a qualitative enquiry”, *AIDS Research and Therapy*, vol. 8:10. doi:10.1186/1742-6405-8-10

TORRES, J. V. (2014). “Prevención de la transmisión perinatal del VIH/Sida en México por medio de la aplicación de la prueba en mujeres embarazadas”. Tesis de Maestría en Población y Desarrollo, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Mexico D.F.

URIBE-ZUÑIGA, P., ORTIZ-IBARRA, F.J. y HERNANDEZ-TEPICIHIN, G. (2009). “La prevención de la transmisión perinatal”. En: Instituto Nacional de Salud Pública (Ed.), *25 años de VIH en México: logros, desaciertos y retos*. Mexico: 73-92.

VERA GAMBOA, L., GONGORA BIACHI, R. A., PAVIA RUZ, N., GABER OSORNO, J., LARA PERERA, D. y ALONZO SALOMON, L. (2005). “Acceptability of a test for antibodies against HIV in a group of pregnant women in Yucatan, Mexico”, *Ginecología y Obstetricia de México*, vol.73, Núm.7: 355-359.

WALT, G., y GILSON, L. (1994). “Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis”, *Health Policy and Planning*, vol.9, Núm.4: 353-370.

WANG, W., SULZBACH, S. Y DE, S. (2011). “Utilization of HIV-related services from the private health sector: A multi-country analysis”, *Social Science & Medicine*, vol.72, Núm.2: 216-223. doi:10.1016/j.socsci-med.2010.11.011

MI MEDICAMENTO ES MI MEJOR AMIGO

Mujeres, VIH y tratamiento antirretroviral en México: una relación pastoral

Ana Amuchástegui³³
Azucena Ojeda Sánchez³⁴

Yo me he dado cuenta que esta enfermedad más que antibióticos, más que medicinas, más que todo eso, es tu capacidad y las ganas que tengas tú de vivir.

Cristal, 38 años, 10 años en tratamiento

Cristal plasma en estos relatos la experiencia de una relación: aquella entre agentes del saber-poder médico y ella en su condición de mujer que vive con VIH. Cristal ha transitado por distintos procesos en su incorporación a servicios de salud especializados. Su trayectoria refleja la de tantas otras mujeres: diagnóstico tardío, vicisitudes con el personal y las instituciones de salud, obstáculos geográficos, económicos y sociales en su acceso al tratamiento antirretroviral, y la experiencia corporal de lo que implica vivir con VIH. Por otro lado, enfatiza su deseo de vivir, un anhelo compartido por otras mujeres que se resisten a abandonar el curso de su vida cotidiana. Su historia muestra también

³³ Profesora-Investigadora, Depto. de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco

³⁴ Profesora-Investigadora, Carrera de Médico Cirujano, FES Zaragoza, UNAM

la intersección entre las desigualdades estructurales y de género, las intervenciones biomédicas para responder a la epidemia, y el deseo como potencia de vida, procesos que participan en las posibilidades de adherencia terapéutica de mujeres viviendo con VIH.

La intención de este capítulo es interrogar los efectos de las concepciones reduccionistas sobre la adherencia terapéutica y sus tecnologías biomédicas, desde lo vivido por mujeres en la gestión de su condición crónica. A partir del análisis de un proceso de investigación-intervención, en el cual mujeres que viven con VIH acompañan a mujeres de reciente diagnóstico para su incorporación y retención en los servicios de salud (Ojeda, Amuchástegui y García, 2013). La intervención construye espacios de diálogo y reflexión entre iguales sobre la problemática de vivir con VIH desde la experiencia de ser mujeres. Además de constituirse como red de contención entre mujeres usuarias, se vierten relatos y significados acerca de la concepción del tratamiento antirretroviral, la interacción médico-paciente, así como de la relación de las mujeres con su cuerpo, la gestión de su cronicidad y el deseo de dar sentido a su vida cotidiana después del diagnóstico positivo.

En el trabajo que se realizó en tres servicios estatales especializados en México (Oaxaca, Morelos y Ciudad de México), se analiza la interacción –desigual y conflictiva–, entre saberes específicos: el biomédico y el de la experiencia –de las mujeres–, en su interacción para lograr el apego al tratamiento y la permanencia en la atención. Este análisis permitió indagar sobre las prácticas de poder-saber de la biomedicina y la conflictividad en la relación médico-paciente, mediante las acciones que pretenden producir la adherencia terapéutica a la medicación antirretroviral. Este panorama permea de dificultades y contradicciones sus posibilidades de éxito, pues para producir condiciones que faciliten la adherencia

es fundamental reconocerlo como un trabajo vivo situado en relaciones sociales y procesos corporales, subjetivos, éticos y políticos.

A partir de la intervención que sustenta este análisis incluimos a las acompañantes pares como un nuevo agente en la intersección entre saberes científicos y saberes de la experiencia. Como apunta Bloch (2010: 112): “las personas, pacientes, usuarios del sistema de salud tienen un conocimiento privilegiado sobre su sufrimiento y sobre su propia vida”. De ahí que incluir en las estrategias e intervenciones el saber de la experiencia sobre lo que implica vivir con un diagnóstico positivo (Galicia, 2013), permite registrar prácticas de cuidado ético, colectivo, amoroso y solidario (Pinheiro, *et al.*, 2005). Es así una invitación a recuperar la potencia de este encuentro y el diálogo a tres voces, como una línea promisoría para responder a la epidemia del VIH en mujeres.

La adherencia a los tratamientos antirretrovirales como tecnologías de poder: una mirada crítica

Distintas aproximaciones teóricas han cuestionado los enfoques reduccionistas de la salud y la enfermedad como estados biológicos e individuales (Herzlich y Pierret, 1988). Para las disciplinas socio-antropológicas, se trata de procesos articulados de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1984) resultado de distintas condiciones materiales de vida (Castro, 2011), y de una cierta disposición de relaciones sociales e intervenciones políticas (Fassin, 2009). Implican entonces la producción de un triple trabajo: el de la incorporación de las desigualdades sociales, el de la organización social del poder de curar (o de evitar el daño), y el del control biopolítico sobre la vida (Villamil, 2013), en tanto ésta

se convierte en un bien que se administra en el ámbito público. Dada su complejidad, entendemos los procesos de salud-enfermedad como fragmentados, conflictivos e inciertos (Bloch, 2010), con dimensiones tanto biomédicas como experienciales (Conrad y Barker, 2010), que se materializan en la accesibilidad a los sistemas de salud (Landini, González y D'Amore 2014), en suma, como procesos marcados por prácticas de poder. En el contexto del VIH, en tanto enfermedad crónica, se muestran las contradicciones de los paradigmas biomédicos y biopolíticos cuando encaran proyectos de salud y de control de la epidemia.

A partir del desarrollo de la terapia antirretroviral durante los años 90, se modificó el pronóstico de las personas con VIH, y con ella emergieron formas distintas de interacción entre el personal de los servicios de salud y las(os) pacientes (Margulies, Barber y Recoder, 2006). En este proceso, la adherencia terapéutica como tecnología de salud, ha sido una estrategia crucial –aún con sus vicisitudes–, y constituye un reto para la biomedicina y la salud pública. Sin embargo, el apego al tratamiento entendido como “la capacidad de un individuo para cumplir con las indicaciones médicas” (CENSIDA, 2012), parte de un paradigma individual y conductista que centra el éxito casi exclusivamente en la usuaria.

Este enfoque busca producir un resultado específico: la adherencia consistente de un individuo que se construye como racional y volitivo, quien a partir de prescripciones y recomendaciones médicas evalúa ventajas y desventajas, juzga y toma decisiones, bajo la meta del auto-control. La adherencia deviene así un “proceso medicalizador que dirige comportamientos, establece formas de disciplina, de restricción y de obligación, e impone un modo “normal”, responsable y legítimo de cuidar de sí y de otros” (Ayres, 2001: 66). Se construye así:

[...] sobre la base de un modelo de “deber ser” o de un “horizonte normativo” que busca el control de la enfermedad y la supresión de los síntomas, como criterio de éxito técnico de las prácticas de salud (Ayres, 2001).

Esta definición de adherencia es problemática, primero porque omite las condiciones estructurales que dan forma a las posibilidades individuales de acción sobre el propio cuerpo y padecimiento. De entrada, la posibilidad de acceso físico y material a los servicios de salud, está marcada por distintos vectores de desigualdad social como clase, género y etnia. En el caso de las mujeres pobres, sobre todo en comunidades rurales, la inaccesibilidad geográfica de los servicios interactúa con su papel en la división sexual del trabajo –incluyendo el de cuidado–, y a un orden de género que regula su autonomía. A esto se suma lo concerniente al abasto de medicamentos, pues si bien desde 2003 la acción política de la sociedad civil logró la normatividad para el acceso universal al tratamiento –garantizado por ley (CIENI, 2011)–, y se supone que el abasto de los medicamentos es adecuado y constante, en el 2014 se estimó un déficit en un 6% en algunas instituciones –SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR– (SS, CENSIDA, 2015).

Aparte de estas condiciones de inaccesibilidad, buena parte de las prácticas biomédicas parten de una visión mecanicista que ve la adherencia terapéutica como resultado de disposiciones profesionales y técnicas (atención en servicios), y como expresión de inclinaciones racionales de las personas que viven con VIH. Concebido de ese modo, este saber especializado opera como una maquinaria que trabaja a manera de modelo de intervención, con base en un conjunto de recomendaciones internacionales de distintos organismos (WHO, 2004; ONUSIDA, 2011) bajo el supuesto de “buenas

prácticas”, que producirían los resultados deseados. Al operar el discurso institucional como modelo, se espera la producción de la serie como replicación o repetición del mismo a escala global y local.

Pasar de la serie a los actos cotidianos y singulares implicados para producir la adherencia al tratamiento –en este caso de mujeres–, requiere de ciertas prácticas de atención en los servicios de salud y de cierto tipo de relación médico-paciente. Acá no partimos de una concepción interaccionista individual (médico y usuaria) o comportamental, sino de una aproximación crítica a las prácticas específicas de la relación en las consultas médicas, donde operan formas de saber-poder, es decir, discursos dominantes, tecnologías y formas de subjetivación (Foucault, 1990). Esta complejidad permite entender que la adherencia al medicamento no es simplemente el acto de tomar pastillas, sino aprender a vivir con VIH, lo cual implica la transformación de relaciones, decisiones y prácticas cotidianas de cuidado de sí (Thorne, Paterson y Rusell, 2003). La adherencia como proceso requiere, por tanto, una administración diferente de la vida, a veces radical. Las políticas de la vida, vistas desde el panorama de la intervención sobre el VIH, no sólo tienen que ver con tecnologías biomédicas, sino con la experiencia cotidiana de los agentes sociales, y la producción de sentido y valores para los involucrados (Fassin, 2009).

Por tanto, se enuncia aquí una conceptualización diferente de las prácticas sanitarias hegemónicas, basadas en tratar, curar y controlar, para pensarlas en un sentido más amplio como prácticas de cuidado, centradas en la búsqueda de bienestar. Considerando que “los actuales tratamientos exigen no sólo poner el cuerpo; los sujetos afectados deben reorganizar el conjunto de su vida cotidiana incluyendo las condiciones y limitaciones de estos

tratamientos” (Grimberg, 2002: 45), nos apoyamos en la conceptualización de Ayres (2001) para pensar a los sujetos con diagnóstico positivo no como individuos enfermos, objeto de acciones técnicas, sino como sujetos que se desenvuelven en condiciones sociales, y que despliegan prácticas de salud caracterizadas por su aspecto relacional, existencial y pragmático (2001). Es así que tales prácticas implican siempre encuentro y diálogo con otros, sean éstos profesionales de la salud, familiares, personas con el mismo diagnóstico, etc.

En ese sentido, frente a este modelo biomédico y su producción de la adherencia, la intervención que aquí se analiza permite vislumbrar a un agente distinto: las acompañantes pares. En ellas, es posible observar procesos activos de apropiación del estado de cronicidad de la enfermedad, formas encarnadas de resistencia al estigma, y modos de tejer una red de apoyo desde la solidaridad y la esperanza. Las acompañantes pares escuchan, traducen, acompañan y destraban procesos críticos vividos por las mujeres en su incorporación a los servicios de salud. En este sentido, su atributo más elevado, es que dialogan con un proyecto que va más allá de la dimensión biomédica, en tanto se trata de un verdadero proyecto de felicidad (Ayres, 2001), y en el cual la potencia del deseo juega un papel definitivo (Campos, 2009).

Biopolítica y adherencia: sujeto de derecho y sujeto de obediencia

En este análisis inscribimos la epidemia del VIH como un problema de biopolítica (Foucault, 1981) en la interpretación de Rabinow y Rose (2006):

El biopoder, sugerimos, implica uno o más discursos de verdad sobre el carácter “vital” de los seres humanos vivientes; un conjunto de autoridades competentes para enunciar tal verdad; estrategias de intervención sobre la existencia colectiva en nombre de la vida y la salud; y modos de subjetivación, en los que los individuos trabajan sobre sí en nombre de la vida colectiva, o la salud individual o colectiva (2006: 195).

En el caso del VIH la llamada estrategia Tratamiento como Prevención puede ser descrita como una intervención biopolítica. Adoptada en los últimos años por ONUSIDA como lineamiento central en la respuesta a la epidemia, recoge la evidencia científica de que la transmisión del VIH puede reducirse hasta en 96%, siempre y cuando la carga viral se mantenga indetectable (AVERT, 2016, WHO, 2012). Si bien este resultado es sin duda benéfico, el efecto medicalizante de este énfasis ha implicado, entre otras cosas, el retorno de la preeminencia de las intervenciones biomédicas, lo cual deja de lado el reconocimiento de que cualquier estrategia de este tipo requiere también de componentes comunitarios, de comportamiento y estructurales, si se pretende aumentarla a escala (Paiva, et al., 2015). El propio Banco Mundial afirma que “sin condenar los efectos transformativos del tratamiento en la reducción de la enfermedad del sida y la muerte, y en la desaceleración en la transmisión del VIH, no acabaremos con esta epidemia tomando pastillas” (World Bank, 2016).

En el proceso de implementación de esta estrategia, los sistemas de salud utilizan estos contenidos del saber científico para la intervención sobre cuerpos individuales, con el fin no solamente de cultivar la salud, sino también de producir un efecto sobre el cuerpo masa, es decir, sobre la población: la anatomopolítica implicada en

el tratamiento antirretroviral se entrecruza con la biopolítica como forma de gestión gubernamental de la enfermedad.

Es nuestra intención mostrar esta operación biopolítica, a través de analizar las vicisitudes que producen un sujeto específico: el sujeto de la adherencia. Pretendemos identificar las técnicas y estrategias a través de las cuales un individuo es conducido a operar sobre su cuerpo, su afectividad, sus vínculos y su acción cotidiana, de modo que incorpore el tratamiento antirretroviral, ciertos hábitos de cuidado, y la atención médica, como parte de sí. Herminia –una empleada doméstica de 55 años de Oaxaca– ejemplifica el éxito de esta operación al afirmar: “mi medicamento ya es mi mejor amigo”.

En el caso de esta investigación, la interacción médico-paciente se muestra como uno de los procesos centrales en la construcción de tal sujeto, a partir de la instalación de un “deber ser” cuyo indicador más claro sería la obediencia de las usuarias respecto a las prescripciones técnicas. En concordancia con la perspectiva autoevidente de la ciencia, la obediencia estaría ligada al reconocimiento automático de la sensatez de seguir inequívocamente las prescripciones con sólo recibir la información correspondiente. La expectativa sería entonces, que la racionalidad médica encontrara su equivalente en la racionalidad de las pacientes, representada por el apego absoluto al tratamiento.

Es como confrontarlas mucho, es lo más importante, y que vean que la salud es lo principal, y estando bien ellas [...] tienen que adherirse a su tratamiento. Es trabajar intensamente y llevar un monitoreo constante de cómo se puede hacer para que lleven un buen apego al tratamiento, porque es muy difícil (Psicóloga).

Este sujeto sería capaz de comprender con prontitud el lenguaje técnico y actuar en consecuencia, sin vacilación alguna. Sin embargo, entre las autoridades competentes encargadas de enunciar la verdad de la salud y los sujetos en quienes se encarna la experiencia de la enfermedad, se encuentran dos perspectivas incluso divergentes: el saber lego versus los saberes expertos, es decir, la perspectiva de la paciente versus la perspectiva del médico (Martínez, 2008).

En las entrevistas, algunas mujeres relatan haber ocultado síntomas, no tomar consistentemente el medicamento y no comunicarlo a su médico, no acudir o llegar tarde a las citas médicas, etc. Como contraparte, algunos miembros del personal –especialmente aquéllos más identificados con la jerarquía otorgada por el saber médico– interpretan estos comportamientos como fallas, producto del escaso nivel educativo de las mujeres, de un deficiente sentido común, de falta de sensatez e inclusive de la ingratitud hacia la institución.

De múltiples maneras, ellos expresan su desconcierto y frustración ante la imposibilidad de hacer valer esta expectativa subjetivante. Si bien reconocen como condiciones para la adherencia el papel de las mujeres en la división sexual del trabajo, y las dificultades de las usuarias –especialmente procedentes del ámbito rural– para acceder a los servicios, el comportamiento que es etiquetado como falla tendría para algunos miembros del personal una explicación en una sumisión atribuida a las relaciones de género. El “machismo” se utiliza con frecuencia como explicación para las interrupciones en el tratamiento, especialmente cuando está involucrada la violencia doméstica. Sin embargo, el uso ocasional de calificativos psicologizantes como “masoquistas” y “depresivas”, responsabiliza directamente a las mujeres de permanecer en relaciones violentas y, en consecuencia, de dejar el tratamiento.

La contraparte de esta condición sumisa sería el trato tutelar que algunos ofrecen a las usuarias al llamarlas “m’ijita” “mis pacientitas”, “las embarazaditas”, entre otras expresiones infantilizantes que conllevan intervenciones asistencialistas como aconsejar, “regañar” o inclusive condicionar el tratamiento:

En algún momento me llegó a pasar que no vine a mi consulta el día que me tocaba, pero por problemas que se me atravesaron. Entonces cuando hablo a la clínica, me dice la trabajadora social: “es que ya lleva usted tantos días sin medicamento, pues ahora le vamos a dar la cita hasta dentro de un mes”, y le dije: “oiga, ¿pero por qué dentro de un mes?”, “es que no hay cupo, es que no hay espacio”. No sé qué pensó ella, que a lo mejor no quise venir, o no sé. [...] Esa vez no me dejó explicarle, pero también entendí que era una forma de [...] regaño (*Xóchitl, 2 años en tratamiento*).

Al mismo tiempo, desde el mandato institucional aparecen en el personal prácticas específicas basadas en presupuestos normativos que construyen a las usuarias como sujetos de derecho, en concordancia con el campo jurídico que protege a las personas viviendo con VIH. Este marco –producto de la disputa política de los movimientos sociales por el derecho universal al tratamiento y traducido en políticas de salud–, ha transformado paulatinamente los procedimientos de atención, cuyo fin es la integración y permanencia de los pacientes en los servicios. Las instituciones médicas se ven regidas así por principios bioéticos y normativos de “equidad de género, diversidad sexual, no discriminación”, y derechos humanos. Rabinow y Rose (2006) incluyen como parte de tal “complejo bioético” la construcción histórica de la atención a la salud como un derecho: “Más aún, hemos visto el incremento de nuevos tipos de

grupos de pacientes e individuos, que crecientemente definen su ciudadanía en términos de derechos (y obligaciones) hacia la vida, la salud y la cura“ (203).

En este sentido, el servicio opera bajo una maquinaria de producción de saberes, regímenes y prácticas que lo anteceden y sobrepasan, y que estructura los modos de actuar, delimitados crecientemente por el campo de derechos. Es así que, en términos de relaciones de poder y procesos de subjetivación, se proyectan sobre las usuarias dos sujetos distintos e inclusive contrapuestos: el sujeto de derecho y el sujeto de la obediencia, de modo que la racionalidad médica opone la obiedad de la adherencia, al derecho de decisión de las mujeres en relación con su propio cuidado:

La primera pregunta que habitualmente nos hacen las patientitas: “doctor, y, ¿cuánto tiempo me queda de vida?”, es común denominador. Yo siempre les contesto: “el que tú quieras m’ijita, siempre y cuando vengas con nosotros y te demos tu tratamiento y lo estés tomando como debe de ser” (*Médico*).

Es por ello que, paradójicamente, el saber médico espera que el sujeto de derechos obedezca las indicaciones médicas, aunque tal expectativa se vea frustrada con cierta frecuencia. De este modo, entre la práctica médica y el acatamiento de sus prescripciones existe siempre una posible fractura: aquélla producida por la inmanente condición material y vital del sujeto. En respuesta, el personal busca estrategias de comunicación, traducción y persuasión para que el sujeto de derechos se haga cargo del comportamiento deseado, es decir, se trata más bien de un proceso de responsabilización, que de prácticas de ejercicio de derechos. La expectativa de obediencia se ancla así en una tecnología para la conducción:

Aquí [en el servicio especializado] no hablamos con tecnicismos como en un hospital. “No, m’ija, lávate las manos, si no te va a dar chorro” [diarrea], o cosas así para que la gente también se sienta confiada. “Tienes que usar condón, si no, te enfermas, ¿quieres venir aquí que huelas mal?”, “ahora debes tomar tus pastillas, mira, la azul es a tales horas, acuérdate”. De hecho les dan unos pastilleros y se les enseña para que vean si realmente se tomaron la pastilla (*Médico*).

El sujeto de la adherencia: una relación pastoral

La intención biopolítica que busca controlar e incluso eliminar la epidemia del VIH depende por ello –inestable e inevitablemente–, del comportamiento terapéutico de las personas; el bienestar de la población descansa pues en el éxito en la conducción de las prácticas que los individuos lleven a cabo sobre sus cuerpos. Si atendemos a la discusión presentada en este análisis, tal proceso de subjetivación –que hemos llamado sujeto de la adherencia– es producto de una relación de poder, en particular aquella que Rose (2001), –apoyado en la conceptualización de Foucault (1988)– llama pastoral del soma:

Trabaja a través de la relación entre los afectos y la ética del guía [...] y los afectos y la ética del guiado. [Se trata pues de una etopolítica] que responde a principios relacionados con el consentimiento informado, la autonomía, la acción voluntaria, la decisión y la no-directividad (Rose, 2001: 9).

En virtud de que la producción de este sujeto requiere de la colaboración activa de sus destinatarios, es preciso instalar ciertos procesos de mediación entre la práctica médica y la apropiación que ellos puedan hacer de las prescripciones de cuidado. Una de estas mediaciones consiste en la responsabilización de las usuarias respecto de su propio estado de salud:

El doctor me dijo: “si te digo que no te vas a morir, ¿dejas de llorar?”, “pues sí”. “¿Cuánto tiempo quieres vivir?”, entonces yo dije [...] mi hija tiene ocho años, “pues de menos diez años, por lo menos ver que cumpla la mayoría de edad y que se pueda defender por sí misma”. Y me dijo el doctor, “pues la tienes regalada, hoy día puedes vivir veinte, treinta años o lo que quieras vivir, siempre y cuando tú te cuides”. Me acuerdo que me regresó el alma al cuerpo y le dije: “¿de veras, doctor?, ¿no me está engañando?”, y me dijo, “no, pero va a depender mucho de ti”. Y la verdad es que a partir de ese momento dije “sí, sí es cierto, va a depender de mí” (*Mariel, 11 años de Dx, viuda, una hija, CDMX*).

Como ya se ha dicho, algunos miembros del personal, entrevistados para esta investigación, reconocen la existencia de condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres, que configuran tanto el riesgo de infección como las posibilidades de adherencia al tratamiento, al tiempo que expresan su impotencia para transformarlas meramente desde su trabajo en el servicio de salud. Inclusive las agencias estatales y algunas ONG's que colaboran con el gobierno en la respuesta a la epidemia, incluyen en su discurso la pobreza y la desigualdad de género como contextos que intervienen en procesos de producción de riesgo y enfermedad. Sin embargo, su respuesta –basada en la organización social del

sufrimiento que rige la política neoliberal actual (Amuchástegui y Reartes, 2017)—, reduce la intervención gubernamental a la concesión de “apoyos” que faciliten la asistencia de las mujeres a los servicios, tales como el pago de pasajes y el beneficio de refrigerios durante su estancia en ellos.

Las relaciones entre fuerzas estructurales y la producción de enfermedad ha sido documentada ampliamente desde la antropología médica crítica (Castro y Farmer, 2003) y la antropología de la salud (Fassin, 2004), dentro de las cuales la epidemia del VIH no ha sido la excepción (Parker, Easton y Klein, 2000). En particular, el concepto de “vulnerabilidad estructural”, asociado a condiciones específicas de “corporización de la subordinación” (Quesada, Hart y Bourgois, 2016: 342) ha permitido análisis complejos respecto de la vulnerabilidad como posicionalidad de los sujetos frente al riesgo de infección y muerte. No obstante, el paradigma biomédico convencional ha fallado en traducir esta constatación de las fuerzas sociales a su práctica cotidiana y su epistemología. Ante la ausencia de modelos alternativos que sean efectivos y clínicamente accesibles, los clínicos siguen tratando a los pacientes individuales en un vacío psicológico, social, cultural y de clase. Las intervenciones en salud pública continúan enfocándose principalmente en cambiar los micro-comportamientos de los individuos a través de intervenciones basadas en la educación, a su vez ancladas en modelos de clase media, que entienden la toma de decisiones como una elección racional (Quesada, Hart y Bourgois, 2016: 344).

La responsabilización empata cabalmente no sólo con esta —incómoda— incapacidad del enfoque biomédico, sino con las políticas neoliberales de desmantelamiento de derechos, en tanto individualiza y moraliza (Rose, 2000) procesos y acciones cuyas condiciones de posibilidad no descansan exclusivamente en la

voluntad y decisión del sujeto. En este contexto, el apego al tratamiento en tanto producto de una relación pastoral encamina el comportamiento con el fin de cultivar sujetos que se auto-administren, y que internalicen y corporicen disposiciones responsables (Rose, 2000). Mayo, una mujer positiva de más de 60 años, se apropia de este planteamiento:

He hecho lo que me corresponde precisamente. Sé que soy responsable de mi estado emocional, soy responsable de mis estudios, y estoy al 100, toda mi atención sin que nadie me lo esté recordando. Sé que soy responsable de mis medicamentos (*27 años con el Dx, viuda, asistente al grupo de pares de mujeres positivas, CDMX*).

Según Foucault (1988), el Estado como forma de poder pastoral descansa en “el gobierno de los hombres”, es decir, en la capacidad de unos para intervenir sobre las acciones de otros, y por lo tanto, presupone la libertad. De este modo, el sujeto responsable que nos ocupa es, ante todo, un sujeto “libre”, dueño de sus decisiones y dispuesto a enfrentar sus consecuencias. Por ello, una de las características que definen esta responsabilización es que se encuentra asociada a “...tecnologías de libertad que se han inventado para gobernar a través y no a pesar de las elecciones autónomas de entidades relativamente independientes” (Rose, 2000: 334).

Decían en las adherencias [talleres]: “hay que ser responsables, nada de que te vas a bailar y ¡ay se me olvidó!, cuando llegue en la madrugada me tomo la pastilla”. Y nos ponían una pantallita [una gráfica] y nos decían: “mira, tu virus va aquí y si dejas de tomar el medicamento sube hasta acá”. Entonces, hay que ser responsable (*Ximena, 5 años Dx, dos hijos negativos, Oaxaca*).

Este proceso de individualización tiende a invisibilizar las condiciones estructurales que dificultan a las mujeres una adherencia apropiada, como afirma uno de los médicos entrevistados:

Nos toca un trabajo bien complicado porque la mayoría de las mujeres llega a pedirte apoyo económico: despensas, ropa, zapatos o para el transporte o alimentación. Hemos tratado de buscar la manera de tener un poquito de cada cosa y es complicado porque no tenemos apoyo económico. Muchas veces traen al niño que también vive con VIH y viven con una angustia terrible y a veces dicen “ya no voy a venir por el medicamento porque soy el sostén de la casa” (Oaxaca).

Paradójicamente, la implementación de intervenciones estructurales no requiere que aquellos beneficiados por ellas realicen cambios de comportamiento (Quesada, Hart y Bourgois, 2016). Por ejemplo, una política económica de remuneración del trabajo doméstico, facilitaría –aunque parcialmente– la autonomía de las mujeres, y en ese sentido podría tener efectos sobre su salud, sin que ellas necesariamente cambiaran su conducta respecto de la misma.

Una segunda mediación que interviene en la producción de un sujeto de la adherencia es lo que Pecheny, Manzelli y Jones (2002) llaman expertización:

El proceso mediante el cual las personas [que viven con condiciones crónicas] van adquiriendo un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo en la materia, es decir los profesionales. Dichos conocimientos pueden ser “discursivos” (que pueden expresarse en palabras) o “prácticos” (conocimientos tácitos, saber-hacer) (32).

Los supuestos de consentimiento informado, acción voluntaria, autonomía y decisión que sustentan esta etopolítica, deben traducirse en una serie de “micro-tecnologías” para el manejo de la comunicación y la información (Rose, 2001: 10), lo cual impulsa al personal a fungir no sólo como prescriptores sino también como educadores. La primera función tendría como puntal la obediencia –de la que ya hemos hablado–, mientras que la segunda hablaría propiamente de un proceso de subjetivación –el sujeto de la adherencia–, en el que es esencial que las pacientes adquieran una comprensión cabal y se apropien de cierta información científica, lo cual se supone suficiente para generar la aceptación y el uso adecuado del tratamiento.

La situación de la consulta médica constituye un diálogo jerarquizado, no sólo entre personas, sino entre saberes y perspectivas en situación de desigualdad, que son requeridos a interactuar por el dispositivo biopolítico: saberes expertos frente a saberes legos, y la perspectiva del paciente (*illness*) frente a la perspectiva médica (*disease*), es decir, la experiencia subjetiva de la enfermedad frente a la aproximación objetivista de la enfermedad como objeto de intervención (Martínez, 2008).

Si bien personal y usuarias reconocen la importancia sustancial del diálogo, la contracción institucional de los tiempos de atención y la creciente dependencia de la tecnología de laboratorio, han favorecido la búsqueda de indicadores objetivos para el diagnóstico –o medir efectos del tratamiento– centrados en signos producidos por tales análisis, con frecuencia más que en el malestar corporal reportado por las mujeres (Menéndez, 2003).

Es desde esta relación con el VIH que las prácticas médicas interactúan con cuerpos y pacientes, mediante parámetros específicos que miden el éxito terapéutico. Por ello, carga viral y conteo de

linfocitos CD4 reflejarían el acceso a la atención, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, así como el seguimiento clínico adecuado (CENSIDA, 2015). En este paradigma, el cuerpo se representa como un organismo, que a través de la tecnología biomédica se transforma en un cuerpo medicalizado (Foucault, 1977) el cual, dada su alta complejidad biológica, se entiende como conjunto de sistemas y órganos que requiere descifrarse, en el caso del VIH, a nivel celular.

Ambos participantes de la relación pastoral trabajan aquí para favorecer la expertización. Tanto el personal como las usuarias se esfuerzan en construir un lenguaje común que les permita interpretar sus resultados de laboratorio (carga viral y CD4), y convertirlos en indicadores fidedignos de su estado de salud. En esta operación, las acompañantes pares juegan un papel crucial en tanto traducen –entre otras acciones que se verán más adelante–, la información científica a códigos de la vida cotidiana que las mujeres pueden apropiarse con más facilidad. Las metáforas constituyen en esta mediación la figura lingüística más productiva:

Hazte de cuenta que el VIH es como un pastito que crece y crece y va haciendo cadenas. El medicamento lo que va a hacer... va a ser la podadora que va cortando el pasto y va a cortar esas cadenas, ya te poda el pasto, ya está parejito, entonces así lo dejamos, lo recubrimos. ¿Qué es lo que hace la pastilla? Es la mamá gruñona que castiga al virus en una esquina y lo mantiene incubado, siempre y cuando seamos responsables en nuestras relaciones, protegiéndonos de ahora en adelante para que no haya una reinfección ¿quedó claro eso? ¿Sí? (Coordinadora de grupo de pares, CDMX).

Sin embargo, esta tecnología de signos extraídos de la sangre se entreteje inevitablemente con la experiencia corporal, con una estrecha vigilancia del propio cuerpo en búsqueda de cualquier malestar. Cuando las mujeres aprenden sobre los mecanismos de reproducción del virus y el efecto del medicamento, la observación e interpretación de cada sensación se intensifica. Tomadas por la amenaza de la enfermedad –y ulteriormente la muerte–, en más de una ocasión las usuarias del grupo atribuyen al VIH cualquier molestia experimentada.

El aprendizaje del lenguaje de laboratorio es del todo diferente en función de la circunstancia del diagnóstico: si éste se realiza porque las mujeres presentaron síntomas asociados con el VIH, la relación con los exámenes puede engancharse en una experiencia sensorial de enfermedad. El tratamiento antirretroviral funge aquí, en efecto, como intervención para la recuperación.

En contraste, si las mujeres conocieron su infección debido a la comunicación del diagnóstico o a la enfermedad de su pareja o hijas/os, este proceso de instrucción requiere de una operación del todo abstracta: la adhesión al tratamiento antirretroviral sucede por deducción, y para intervenir no sobre un malestar sentido, sino sobre la posibilidad de enfermar.

Dices: “yo tengo 123 de CD4 pero me siento bien, No tengo ningún síntoma, vine a acompañar a un amigo y yo me saqué el premio”. Pues, bueno, es momento de iniciar tratamiento antes de que te lleve una neumonía, de que te enfermes, es lo más importante (*Coordinadora de grupo de pares, CDMX*).

Más sofisticada aún es la comprensión de una racionalidad en la que el diagnóstico no es en sí una enfermedad, es decir, que el VIH

no produce síntomas, sino que configura las condiciones inmunológicas para que se presente la enfermedad, bajo diferentes formas llamadas infecciones oportunistas. En consecuencia, la noción de que el tratamiento no cura sino controla tales condiciones, es una operación aún más abstracta que la comprensión de las pruebas de laboratorio.

Ya sea que nunca enfermaran, o que se hayan restablecido de algún padecimiento asociado al VIH, los resultados de laboratorio se convierten en una brújula para navegar la cronicidad del VIH: números impresos en papel se constituyen en signos –aunque del todo externos–, sobre su cuerpo, su carne y su vida. La recompensa –para ambos integrantes de la relación pastoral– se alcanza cuando la carga viral aparece indetectable. De un lado, este resultado del examen evidencia el efecto de la etopolítica –las técnicas aplicadas al mejoramiento de sí– a través de la adopción disciplinada de prescripciones técnicas:

La doctora me explicó, “de la carga de virus no tiene de qué preocuparse. Sus virus que usted tiene en su sangre no se pueden ni contar, gracias a que usted le está echando ganas a la vida. Luego luego se ve que usted sí se está tomando su medicamento al pie de la letra” (*Irene, 57 años, 10 años Dx, trabajadora doméstica, Morelos*).

Del otro, la indetectabilidad del virus pasa, de ser un indicador de la infección, a un nuevo marcador de identidad: una vez que la expertización hizo su trabajo, ser indetectable se convierte en la aspiración de la ardua práctica de la adherencia. En virtud del estigma que marca al VIH, las mujeres expresan incesantemente su necesidad de mantener el diagnóstico oculto, excepto para aquellos a quien ellas decidan revelarlo.

Las lógicas en las que se desarrolla la gestión del diagnóstico suceden en el seno de relaciones sociales, y por tanto inducen a un trabajo minucioso de estrategias para su invisibilización. Por ejemplo, la toma de medicamentos ante la mirada de otros, en los espacios en los que transcurren cotidianamente sus vidas, exige que simulen otros padecimientos o que usen frascos de vitaminas para no despertar sospechas. De este modo, ser indetectable a nivel virológico opera como metáfora de la invisibilización del padecimiento a nivel identitario y social (Amuchástegui y Reartes, 2017):

Tengo que disfrazar las cosas, ellos no saben nada, porque aquí es muy..., ¿cómo te digo?, aquí [en su trabajo] te fusilan, y es un problema, y después lo apestan a uno pues y ya nadie te da trabajo ni nada, sí. Y he vivido siempre, discretamente todas estas cosas. Entonces me dice [una compañera de trabajo] “ay ¿para qué tomas?, son un montón”, le digo “es un montón pero lo que pasa es que estas pastillas las tengo que tomar porque son estrógenos, y las tengo que tomar hasta que me muera”, “ah pues sí”, dice ella (*Carla*).

Biopolítica, deseo y agenciamiento: la adherencia como práctica de vida

En general, los trabajos analíticos sobre biopolítica enfatizan la dimensión sujetante –si se nos permite el neologismo– del dispositivo, y la naturaleza bifronte del poder, en tanto sujetación y resistencia. Sin embargo, en el campo que nos ocupa, esta dicotomía no se aprecia de manera del todo nítida. Tratamiento como Prevención en tanto estrategia de gobierno de la epidemia no reduce sus

efectos a la protección de la población: las mujeres que participan de sus efectos desean vivir, y es a través de la subjetivación ligada a este dispositivo que eso se vuelve factible. Por tanto nos preguntamos, ¿qué sucede cuando la biopolítica y el deseo coinciden?

Yo solita llegué, y lo primero que le dije al doctor fue “no me quiero morir, tengo miedo y no me quiero morir, tengo muchas cosas que hacer”. “Pues no te vas a morir”, me dijo, “quítate eso de la cabeza, tú vas a tener calidad de vida, vas a tener una vida productiva, una vida feliz”. Pero eso ya dependía de mi, ¿verdad? (*Cristal, Morelos*).

La expertización, la responsabilización y otras tecnologías de sí que hemos discutido pueden entenderse no sólo como operaciones del poder, sino también como cauces de acción del deseo, es decir como agenciamientos. En palabras de Deleuze, “no hay deseo que no fluya en un agenciamiento. Desear es construir un agenciamiento, construir un conjunto” (1988: s/p).

Consideramos el trabajo de las acompañantes pares como un anclaje crucial de estos agenciamientos para la vida, en tanto funciona como estrategia aliada en los procesos de apego al tratamiento, mas no desde la apelación a la obediencia sino al deseo encarnado en la experiencia, y desde un espacio de solidaridad, no de jerarquía. La experiencia –reflexionada– de vivir con VIH, hace posible que el acompañamiento destrabe obstáculos que las mujeres enfrentan en los servicios de salud y en sus espacios cotidianos. En particular, su guía en la navegación del engranaje institucional aporta una mediación indispensable entre el discurso del derecho y el ejercicio del mismo frente al saber médico.

Lo que ellas realizan es un trabajo vivo, “en acto”, de sumo relevante cuando es llevado a cabo por y para las personas involucradas

en el proceso (Merhy, Camargo y Burg, 2006). Este trabajo facilita asumir el diagnóstico, abrir expediente y atenderse clínicamente. Tal como lo describe una acompañante par, el derecho a la información cobra sentido cuando resulta útil:

Yo les digo que anoten todas sus preguntas para que no se les olviden y que le pregunten a su médico para que estén más tranquilas [...] para que la atención sea la adecuada (*Maribel, CDMX*).

Es así que las acompañantes pares colaboran en un proceso en el que el deseo “como un devenir vital... como la tendencia del cuerpo a unirse a lo que aumenta su potencia de acción” (Deleuze, 1988: s/p) se engrana con la intervención estatal que hace posible –con todas sus regulaciones–, continuar la vida. En el plano de la práctica, y a través de su trabajo ejemplar, de traducción y mediación entre el poder médico y el saber de la experiencia, las acompañantes pares muestran que la vida es posible:

El papel es acompañar a las personas cuando ya les dieron diagnóstico positivo, comentarles, platicarles. De entrada les explico que tengo 39 años de edad, de los cuales llevo 11 años viviendo con VIH. Acompañarlos a que se incorporen al servicio de salud, que abran un expediente, tratar de aclararles dudas... del medicamento, le tienen miedo al medicamento, piensan que el medicamento los va a matar, y entonces es cuando les digo “pues yo llevo once años tomando el medicamento ¡y veme! ¿Tengo cara de muerto?” Es como... ¡mírame, me siento bien! (*Mariel, CDMX*).

Desde la construcción de una colectividad de mutuo apoyo, las pares realizan un trabajo de desmedicalización del diagnóstico,

para llevarlo a un orden distinto: un compromiso con la salud y con la vida. Su cuerpo mismo es portavoz (signo material) del efecto del tratamiento antirretroviral. Elaboran así un mensaje distinto del enviado por el saber médico, que concibe el uso del medicamento con un objetivo de control de la enfermedad, a uno que considera el tratamiento como condición de vida, como condición de estar en el mundo:

Les digo que el medicamento es importante. Es importante estar bien, estar contentos, pero el medicamento es del diario y ya es como, si no te has casado te vas a casar con tu medicamento a partir de ahora (*Mariel, CDMX*).

De esta manera, las mujeres pares hacen una elaboración corporal de significación, que pasa de transformar un dolor en un saber. Hay una memoria corporal que permite registrar y enunciar lo vivido en su propia trayectoria de incorporación a los servicios de salud, y en sus propios procesos de manejo de la cronicidad, que incluyen una negociación con la vida.

Diremos finalmente que las acompañantes pares usan en los grupos dos formas potentes para comunicar que es posible bien-vivir con VIH: por un lado, el cuestionamiento del VIH como enfermedad (“Tú no estás enferma, tienes un diagnóstico”), y por otro, la presencia de un cuerpo vivo y actuante, aún después de haber enfrentado momentos críticos (“Mírame y mírate, yo estuve como tú”). Así, en la salud como en la vida, el biopoder dialoga inevitablemente con esta potencia, en tanto aquella no es entendida como la suma de acciones preventivas para mantener en orden al cuerpo (Campos, 2009), sino como expresión de la intensidad y gozo de vivir (Deleuze, 1995).

Es como una diferencia –para que un acontecimiento se produzca hace falta una diferencia de potencial, y para que haya una diferencia de potencial hacen falta dos niveles, hace falta que haya dos. En ese momento algo sucede, un relámpago –o quizás no un relámpago, sino un arroyo, un arroyuelo [...] que pertenece al campo del deseo (Deleuze, 1988).

Entre las pares y sus compañeras, entre esos dos polos, una diferencia de potencial, un relámpago. La recuperación de su propia vida por parte de las mujeres que participan en el grupo de pares es, en términos deleuzianos y a todas luces, un –gran– acontecimiento.

Referencias

- AMUCHÁSTEGUI, A. y REARTES, D. (2017) “La voluntad de ser indetectable como proyecto de felicidad: tratamiento antirretroviral y prácticas de adherencia terapéutica en mujeres usuarias de servicios especializados de VIH en México”, en *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. xxx, N° 86: 35-53.
- AVERTING HIV and Aids (2016) *Treatment as Prevention (TASP)* <http://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/treatment-as-prevention>, consultado 22 de agosto de 2016.
- AYRES, J.R. (2001) “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, Núm. 1: 63-72.
- BLOCH, C. (2010) “Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/Sida”. *Actualizaciones en sida*, vol. 18, Núm. 69: 104-114.
- CAMPOS, Gastao Wagner de Sousa (2009) *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CASTRO, A. y FARMER P. (2003) “El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima”, *Cuadernos de Antropología*, Núm. 17: 29-47.

- CASTRO, R. (2011) "Sociología de la salud en México", *Política y Sociedad*, vol. 48, Núm. 2: 295-312
- CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/Sida (CENSIDA) (2012) *Guía para el tratamiento antirretroviral*, www.censidad.salud.gob.mx/descargas/atención/GUIA_arv_2012.pdf, consultada el 2 de septiembre de 2016.
- (2015) *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida*. (CENSIDA) http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf, consultado el 14 de enero de 2016.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (CIENI) Y FUNDACIÓN MÉXICO VIVO (2011) *30 años del VIH-Sida. Perspectivas desde México*, México: CIENI.
- CONRAD, P. y BARKER, K. (2010) "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51, Núm. 5: S67-S79.
- DELEUZE, G. (1988) *Abecedario*, <https://vimeo.com/132742319>, (transcripción. <http://estafeta-gabrielpulecio.blogspot.mx/2009/08/gilles-deleuze-abecedario-entrevistas.html>, consultado el 28 de junio de 2016.
- (1995) "La inmanencia: una vida", en *Philosophie*, Núm. 47, Minuit Paris, el 1 de septiembre de 1995.
- FASSIN, D. (2004) "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida", *Revista Colombiana de Antropología* vol. 40: 283-31
- (2009) "Another politics of life is possible", *Theory, Culture & Society*, vol. 26, Núm. 5: 44-60.
- FOUCAULT, M. (1977) "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud*, vol. 11 Núm. 1: 3-25.
- "El sujeto y el poder" (1988) *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, Núm. 3: 3-20.
- (1990) *Tecnologías del yo*, Barcelona: Paidós.
- GALICIA, V. (2013) *Manual de asesoría y acompañamiento de pares. Asesoría y acompañamiento de pares en la incorporación de pacientes de VIH a servicios de salud*. CHECCOS, <http://checcos.org.mx/wp-content/>

- uploads/2013/12/AS-PAR.-Asesor%C3%ADa-y-Acompa%C3%B1amiento-de-Pares.pdf, consultado el 30 de agosto de 2016.
- GRINBERG, M. (2002) "VIH-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH", en *Cuadernos médico sociales*, vol. 82: 43-59.
- HERZLICH, C. y PIERRET, J. (1988) "De ayer a hoy: construcción social del enfermo", *Cuadernos*, vol. 43: 21-30.
- LANDINI, F., GONZÁLEZ, V., D'AMORE, E. (2014) "Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural", en *Saúde Pública*, vol. 30, Núm. 2: 231-244.
- MARGULIES, S., BARBIERI, N., RECODE, M.L. (2006) "VIH-Sida y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas", *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, vol. 3: 281-300.
- MARTÍNEZ, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Anthropos.
- MENÉNDEZ, E. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*, MÉXICO: CIESAS.
- (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas a articulaciones prácticas", *Ciencia e Saúde Coletiva*, vol. 8, Núm. 1: 185-207.
- MERHY, E., CAMARGO FEUERWERKER, L y BURG CECCIM, R. (2006) "Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micro-política del trabajo en salud", *Salud Colectiva*, vol. 2, Núm. 2: 147-160.
- OJEDA, A., AMUCHÁSTEGUI, A., GARCÍA, A. (2013) *De miradas, escuchas y reconocimientos. Una experiencia de intervención sobre acompañamiento de pares con mujeres afectadas por el VIH*, México: INDESOL.
- ONUSIDA (2011) "Salud, dignidad y prevención positivas". *Un marco de políticas*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110701_PHDP_es_0.pdf, consultado el 22 de enero de 2016.
- PARKER, R., EASTON, D., KLEIN, C. (2000) "Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research", *AIDS* 14 (Suppl. 1): S29-S32.
- PAIVA, V., FERGUSON, L., AGGLETON, P., MANE, P., KELLY-HANKU, A., GIANG, L.E. M., BARBOSA, R., CÁCERES, C y PARKER, R. (2015) "The current state

- of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 31, Núm. 3:477-486.
- PECHENY, M., MANZELLI, H. y JONES, D. (2002) *Vida cotidiana con VIH/Sida y/o Hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: CEDES,
- PINHEIRO, P., VIEIRA, N, PEREIRA, M. y BARROSO, M. (2005) “O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS” *Rev Latino-am Enfermagem*, julho-agosto; vol. 13, Núm. 4: 569-75.
- QUESADA, J., HART, L., BOURGOIS, P. (2016) “Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States”, *Medical Anthropology*, vol. 30, Núm. 4: 339-362.
- RABINOW, P. y ROSE, N. (2006) “Biopower Today”, *BioSocieties* vol. 1: 195-217.
- ROSE, N. (2000) “Government and control”, *British Journal of Criminology*, vol. 40, Núm. 2: 321-339.
- (2001) “The Politics of Life Itself”, *Theory, Culture and Society*, vol. 18, Núm. 6: 1-30.
- SECRETARÍA DE SALUD (SS) y CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA (CENSIDA) (2015). *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf, consultada el 2 de septiembre del 2016.
- THORNE, S., PATERSON, B. y RUSSELL, C. (2003) “The Structure of Everyday Self-Care Decision Making in Chronic Illness”, en *Qualitative Health Research*, vol. 13, Núm. 10: 1337-1352.
- VILLAMIL, F. (2013) “Cuerpos, virus y economías morales: la prueba del VIH”, *Política y Sociedad*, vol. 50, Núm. 3: 865-892.
- WORLD BANK (2016) “The end of the end of AIDS”, *Investing in Health. News and views in healthy development*, <https://blogs.worldbank.org/health/end-end-aids>, consultado el 22 de agosto de 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción* http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270, consultado el 14 de enero de 2016.

—(2012) *Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Programmatic update*, http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_tasp/en/, consultado el 22 de agosto de 2016.

SER MUJER Y VIVIR CON VIH: la voz de las usuarias y las acompañantes pares

Nancy Lombardini³⁵

Ana Amuchástegui³⁶

Este artículo nace con el propósito de compartir, desde la voz de las mujeres, la experiencia como Acompañantes Pares, figura que se ha tornado esencial para la incorporación a los servicios de salud y adherencia al tratamiento antirretroviral de personas que han sido diagnosticadas con VIH.

Lo anterior forma parte del proyecto de investigación-intervención intitulado *Mujeres y VIH en México: Estudio Exploratorio sobre Experiencias, Necesidades y Expectativas de Atención a la Salud*³⁷ apoyado por CONACYT, la Universidad Autónoma Metropolitana y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA). El proyecto comienza en 2014, año en el que se tuvo la oportunidad de establecer el servicio de mujeres acompañantes pares en la Clínica Especializada Condesa y en mayo del siguiente año en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en la ciudad de Oaxaca.

³⁵ Doctorante en Ciencias Sociales, Área de Concentración Mujer y Relaciones de Género, UAM-Xochimilco

³⁶ Profesora-Investigadora, Depto. de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco

³⁷ Proyecto CONACYT 177946, coordinado por la Dra. Ana Amuchástegui

Compartiremos el testimonio de mujeres que viven con VIH para reconocer las dificultades y transformaciones que han pasado a partir de su diagnóstico y cómo ha sido este proceso de incorporación y adherencia. En este caso queremos centrarnos en la experiencia de mujeres que se formaron como Acompañantes Pares y quienes ahora apoyan a mujeres de reciente diagnóstico.

La Educación entre pares o Acompañamiento Par se define como un proceso en el cual miembros que comparten características o situaciones similares, en este caso, personas que viven con VIH son capacitadas para apoyar a otras personas de su mismo grupo. Esta intervención ha sido utilizada en distintas áreas de la salud pública (planeación familiar, uso de fármacos y prevención de violencia), y actualmente ha mostrado ser una estrategia efectiva en la pandemia del VIH/Sida (UNAIDS, 1999).

Uno de los aspectos más sobresalientes de este proyecto de Acompañamiento Par es que reconoce que las condiciones estructurales de las mujeres que viven con VIH difieren enormemente a la de los hombres, en el que el orden de género determina la manera en que se adquiere la infección, la incorporación y acceso al tratamiento así como la inseguridad laboral, violencia y estigmatización. Por lo tanto, el acompañamiento par de mujeres se constituye como una intervención especializada que toma en cuenta el sesgo de género como determinante para que las personas con VIH puedan adherirse a su tratamiento y mejorar sus condiciones de vida.

Mujeres que acompañan mujeres desde el vínculo que produce del diagnóstico de VIH resalta que esta experiencia está entrelazada por posiciones sociales y subjetivas específicas como el ser madre o esposa y sus implicaciones en dimensiones como el cuidado, la salud, la sexualidad, entre otras.

Tomar en cuenta el género en la epidemia del VIH habilita la posibilidad de diseñar y desarrollar estrategias más certeras para la prevención, la incorporación a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Es reconocer que si bien en nuestro país la epidemia está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres son una población en riesgo de infección³⁸, por lo tanto, se requiere de la atención de las instituciones y la conformación y promoción de políticas de salud adecuadas.

¿Quiénes son las Acompañantes Pares?

Las Acompañantes Pares son mujeres que llevan más de cinco años viviendo con VIH, incorporadas a los servicios de salud y adheridas al tratamiento antirretroviral lo que les ha permitido niveles indetectables de carga viral.

A diferencia de las nuevas usuarias, ellas pasaron por el proceso de adaptación al diagnóstico “solas” aprendiendo a partir de su experiencia cómo seguir trámites, esperando citas con el personal médico para aclarar dudas acerca de su diagnóstico y tratamiento y enfrentando situaciones dolorosas como estigmatización y exclusión social por parte de familiares y círculos cercanos encontrando, en algunas ocasiones, pocos canales de apoyo efectivos.

Para ellas la experiencia de vivir con VIH, que en un inicio puede ser sumamente dolorosa, es transformada en un aprendizaje que les ha permitido establecer un vínculo cercano con personas con

³⁸ Según datos de CENSIDA (2009) mientras que en 1985 se reportaban 11 hombres infectados por cada mujer, en 2009 la brecha disminuyó a una mujer por cada 4 hombres.

diagnóstico positivo y ayudarlas en este complicado proceso subjetivo de aceptación y adaptación, es decir, su vivencia personal se convierte en la herramienta principal. En palabras de una de ellas:

Bueno, el papel es acompañar a las personas cuando ya les dieron el diagnóstico. Se les da un diagnóstico de positivo. Pues comentarles, platicarles, mi edad de entrada, les platico que tengo 31 años de edad, de los cuales llevo 11 años viviendo con VIH ¿no? Y que... que bueno, el asesorarlos es para... acompañarlos para que se incorporen a los servicios de salud, que abran un expediente, tratar de resolverles tal vez en ese momento un poco las dudas que tienen entre lo que es VIH y lo qué es sida, del medicamento que mucha gente le sigue tiene pavor a llegar a tomar medicamento, piensan que el medicamento los va a matar y entonces yo les digo: “llevo 11 años tomando medicamento ¿traigo cara de muerto?”

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par

¿Qué hacen las Acompañantes Pares?

Las Acompañantes Pares comparten un objetivo claro: que las mujeres de reciente diagnóstico se incorporen a los servicios de salud y se adhieran al tratamiento antirretroviral. Para cumplirlo orientan a las nuevas usuarias respecto a los trámites necesarios para abrir expediente dentro de los centros de salud y recibir atención en las distintas áreas para que puedan empezar su tratamiento lo antes posible.

Sin embargo, la incorporación a los servicios de salud suele presentarse como una tarea complicada para una persona que acaba de recibir un diagnóstico positivo de VIH y que ignora los

pasos y servicios que ofrece el flujo de atención. Las *Acompañantes Pares*, quienes ya pasaron por este proceso y que conocen la dinámica institucional, pueden apoyar desde su experiencia a las nuevas usuarias:

Yo creo que es fundamental un Acompañante Par que los vayan guiando paso a paso. Porque llegan y no saben a dónde dirigirse. Entonces van preguntando “Ah es allá” y la gente se pierde, sí, como que... a veces me siento guía de turistas... (Ríe) [Sin un asesor par] Sería más tardado su proceso y muchos se hartan y se van y no tiene tiempo para regresar, ese es el problema.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par

[Mi papel en la atención a las usuarias] es guiarlas, acompañarlas, decirles donde está trabajo social, agilizar las cosas si es necesario... trato de que se les abra expediente, que tengan todas sus citas agendadas antes de que se vayan de la clínica... Me gusta acompañarlos cada proceso y al final, porque en el proceso van platicando conmigo, una; y dos, a veces tardan mucho, y al tardar mucho la gente se desespera, y agarra y dice “vengo otro día” y se van y siento que mi compromiso es que se vayan con todo completo, y que tengan todas sus citas, y que no regresen otra vez porque muchos no tienen ni para el pasaje...Y muchos ya no regresa...

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par

El *Acompañamiento Par* promueve que las mujeres recientemente diagnosticadas se conviertan en usuarias de la clínica, que conozcan los servicios a los que tienen derecho y de los cuales deben hacer uso para cuidar su salud. Además, comprenden que las circunstancias económicas y de tiempo de muchas de ellas no son óptimas por lo

que ayudan a agilizar este proceso. Ellas saben que es esencial para la adherencia que las mujeres se vayan de la clínica teniendo la información sustancial para cuidar su salud, lo que implica tener citas agendadas, recibir el medicamento y que regresen a casa sin la percepción de que van a morir o transmitir el VIH a sus seres queridos:

Yo creo que es fundamental el acompañamiento de un par que te diga que tú vas a estar bien... “Sí tienes un diagnóstico pero no te vas a morir, o sea de esto no te vas a morir, tan así que bueno aquí estoy yo y tengo 11 años viviendo con VIH”

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par

El trato cálido que ofrecen es sustancial para la adherencia al tratamiento antirretroviral ya que evita que las nuevas usuarias se sientan solas, elimina las incertidumbres y funciona como guía que les permite ubicar servicios. La orientación se convierte en una oportunidad para conocer y acercarse a las usuarias, responderles algunas dudas y compartir con ellas su experiencia, es una práctica que permite establecer un vínculo empático y de confianza que procura que las usuarias se sientan acompañadas en este nuevo trayecto:

Iba a Neza por el medicamento, me regresaba. Ahí es muy diferente porque allá nada más iba, “¿cómo has estado?” y la receta, y vámonos. Aquí me cambió todo el panorama porque todo el mundo está sobre mí, no me siento ahogada ni nada, me da gusto, siento que existo: “Y ahorita pasas y ¿ya te tomaste la medicina? ¿ya te atendieron aquí? Ora ven allá y mañana tienes que hacer esto”. Desde que llegué aquí me sentí bien.

María (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

Esta usuaria, quien resalta que este tipo de trato le provee un sentido de “existencia”, señala que el proceso de atención a personas diagnosticadas con VIH va más allá de tener acceso al tratamiento o a diversos servicios. Al contrario, requerimos de personas que comprendan el diagnóstico de VIH como una experiencia compleja en la que está en juego el reconocimiento, el amor, miedos y desconocimiento, y estén dispuestas a hacer una diferencia en la vida de estas mujeres. En ese sentido las acompañantes desean que las mujeres que se acercan a ellas no pasen por las mismas complicaciones que ellas tuvieron que vivir en un inicio:

Si esto yo lo hubiera tenido hace 11 años [El Acompañamiento Par] otra cosa hubiera sido mi principio por este caminar, mis primeros años de vivir con VIH hubieran sido diferentes.

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par.

El que las acompañantes pares sean mujeres que han vivido con VIH durante varios años permite que las mujeres recientemente diagnosticadas se desprendan de muchos de los mitos, por ejemplo, el que van a estar enfermas, visitando continuamente hospitales. Cuando una acompañante par pregunta “¿me ves cara de muerto?” demuestra, con su propio rostro, lo efectivo del tratamiento y la posibilidad de tener una buena calidad de vida. Ellas realizan una intervención desde el cuerpo ya que son la prueba de que con el cuidado y tratamiento adecuado su salud no se ve perjudicada.

Su sola presencia cobija las incertidumbres y elimina los miedos, son la prueba fehaciente de que el VIH no es una enfermedad sino un diagnóstico que las acompañará, regresándoles el control y la tranquilidad sobre su propia situación: si ellas quieren y así lo desean pueden vivir mucho tiempo:

[El Acompañamiento Par ha ayudado a] tener una esperanza de vida, el ver que de eso ya no se van a morir y que pueden vivir el tiempo que ellas quieran vivir.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Es como el: “mírame, estoy bien” digo me siento bien, no estoy enferma. El decirles que en estos 11 años yo no he pisado un hospital por VIH o enfermedad de mi parte. Entonces eso es algo que... y pues es el comentarles la experiencia, lo que ha sido para mí vivir estos once años con VIH. Pues la verdad para mí es muy importante hacer mucho énfasis de que este espacio es para ellos y pues ayudarlos a que se den cuenta de que no nos vamos a morir ¿no?, por lo menos no rápido y por lo menos no de VIH, nos podemos morir de cualquier otra cosa pero no de VIH, es como... para mí es así como... es que la verdad a lo mejor es como soberbia pero decirle “mírame ¿tú me ves que estoy muriendo? Yo no me estoy muriendo de VIH y además no pretendo morirme de VIH, si yo puedo pues tú también puedes, échale ganas y tómate tu medicamento” que es algo que también yo hago mucho énfasis: “el medicamento es importante, es importante estar bien, estar contentos pero el medicamento es del diario, ya es como que si no te has casado pues te vas a casar con tu medicamento a partir de ahora”, es como invitarlos a que se atiendan, a que se quieran ¿no?

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par

Debido a la poca difusión de información verídica y actualizada acerca del tratamiento antirretroviral y a que durante mucho tiempo el VIH ha sido asociado a enfermedad, hospitalizaciones y dolor corporal, las personas que reciben un diagnóstico positivo comienzan a vivenciar fantasías de una muerte pronta y dolorosa.

Las acompañantes pares también vivieron esta sensación y tratan de evitar que sus compañeras pasen por lo mismo:

Entonces yo entré como en una crisis, era finales de marzo del 2004 y yo dije “bueno, ya me morí para diciembre” ¿no?, o sea, yo tenía una niña de ocho años de edad y yo ya sentía que ya no llegaba y ya no la veía crecer y ya no nada ¿no? y la verdad que caí en depresión ese fin de semana, me deprimí mucho, lloré muchísimo...

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par

El miedo a la muerte es acompañado por una preocupación por sus seres queridos: desde miedo al contagio hasta el temor de abandonar a sus hijos, no verlos crecer o no estar para orientarlos y educarlos. En el caso de una de las acompañantes pares esta situación fue aún más difícil en cuanto supo de su diagnóstico mientras se encontraba embarazada:

Me hubiera gustado conocer una Laura hace 9 años..., porque estaba sola. Yo no sabía del tratamiento profilaxis. Yo no sabía que sí puedo embarazarme sin estar infectada, de tener cuidados, de dónde recurrir. Y bajo mi experiencia no quiero que nadie más viva el dolor y el miedo intenso que tienes.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Una vez que ellas lograron obtener la información adecuada sus miedos se disiparon. En el caso de Laura, con el tratamiento anti-retroviral y la Profilaxis Post Exposición (PEP, por sus siglas en inglés), su hijo nació con diagnóstico negativo al VIH y ahora tiene diez años. El riesgo de infección vía perinatal promovió que Laura estuviera en contacto constante con los médicos, quienes la orien-

taron y la informaron en todo momento, ahora ella puede apoyar de la misma manera a otras mujeres embarazadas.

Y ahora sí que en lo emocional, ya he hablado contigo que tengo que tranquilizarme, que el niño va a estar sano pero no evito pensar puras tonterías. No me lo ha explicado una sola persona: Ya me lo explicó el doctor de aquí, ya me lo explicaste tú, ya me lo explicaron en el otro doctor... Yo me pongo a pensar tonterías: ¿qué va a decir mi abuelita de que no amamanto? ¿qué va a decir mi familia?

Karla (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

El testimonio anterior resalta cómo la experiencia de vivir con VIH se entrelaza con otras vivencias específicas de ser mujer, por ejemplo, el embarazo y por lo tanto convertirse en madre.

En la actualidad, las acompañantes pares recuerdan estos episodios como obstáculos que superaron y que les dieron fuerza para enfrentar su diagnóstico, saber que hay otras personas que dependen de ellas les dio un sentido de vida, les permitió que el VIH sea una constante en su vida pero no una limitante.

Este tipo de experiencias son las que les permite tener una intervención certera, comprender los sentimientos, preocupaciones y miedos de las mujeres. Pueden conectarse con ellas desde el lugar simbólico de esposas y madres. La identificación que se crea entre la acompañante par y la mujer de reciente diagnóstico no borra las diferencias de los casos, sino crea canales de comunicación fortalecidos ya que se basan en la empatía, en conocer en primera persona lo que se está viviendo.

De Asesora a Acompañante Par: el vínculo entre mujeres que viven con VIH

Hasta ahora hemos visto como la sola presencia de la acompañante par promueve la incorporación a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral. No obstante, la intervención no termina con la apertura de expediente, al contrario, este asesoramiento se convierte en un acompañamiento constante en el que las nuevas usuarias están en comunicación continua con la acompañante par, quien las apoya en diferentes situaciones.

Por ejemplo, con el fácil acceso a la información vía internet es común que las personas que acaban de conocer su diagnóstico busquen respuestas a sus preguntas en fuentes que no son rigurosas ni fidedignas, lo que en casos extremos conlleva la devastadora consecuencia de abandonar el tratamiento. En estos casos, la presencia de la acompañante par es imprescindible ya que reafirma con su apariencia, su experiencia y su conocimiento la importancia de seguir las indicaciones médicas:

Bueno, algunas personas dicen que “el medicamento mata”. Dicen: “es que a mí en el internet o es que a mí me dijeron que el medicamento me va a hacer mucho daño, que es más fácil que me mate el medicamento a que me mate el VIH” entonces yo lo que les digo: “Yo llevo 11 años tomando medicamento, no sé si traigo cara de muerto. Hasta ahorita mal no me siento” yo siempre digo: “Veme, mírame y admírame” y a veces les digo: “¿Si tú me encontraras caminando por la calle pensarías que tengo VIH?” “—No, pues no” “Y tengo 11 años tomando medicamento ¿te imaginas que tengo 11 años tomando medicamento?” “—No, pues no” “—el medicamento mata” “¿Me veo con cara de muerto? tengo 11 años tomando medicamento”. Entonces

así se te quedan viendo, “El internet te puede decir una cosa pero yo te puedo decir que yo llevo tomando pastillas todos los días, de los cuales, 5 años tomé medicamento cada 12 hrs y después me cambiaron el esquema cada 24, y yo no me veo con cara de muerto, ni me estoy muriendo, ni el medicamento me está matando”.

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par.

Es común que las usuarias pasen por un período de adaptación al medicamento y presenten algunos síntomas secundarios lo que provoca que se asusten y, en algunos casos, contemplen abandonar el tratamiento. Dado lo anterior, es sumamente importante que este malestar se exprese y se aclare promoviendo visitar al médico para que las orienten, es fundamental que esta ansiedad sea contenida y aclarada para impedir cortar con el tratamiento.

La semana pasada yo ya vine a surtir mi primera receta aquí y me tomé los medicamentos. El primer día sí me dio muchas náuseas y me sentí todo bien mal. Los demás días no, sí siento náuseas y sí me compré mis galletas. Lo que pasa es que si me vinieron muchas cosas con el venir a surtir la receta porque fueron días y meses sin medicamento.

Andrea (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

¿Oye Laura es normal que me mareo mucho, me duele mucho la cabeza, tengo muchas nauseas? Le digo: Acuérdate que estás iniciando tratamiento, acuérdate que la carga viral es muy alta y la tenemos que atacar, y lógicamente el virus se va a querer defender, entonces lo más importante es no suspender el medicamento para que salga vencedor ¿no?, Y encapsular el virus.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Así, la acompañante par se convierte en una figura que facilita la interacción entre el personal médico y las usuarias: aclaran dudas y difunden información verídica, promueven prácticas de cuidado y prevención, ayudan a crear estrategias para enfrentar el diagnóstico y desmitifican algunos imaginarios que giran alrededor del VIH:

Si yo me corto el virus no sobrevive, si estoy cocinando y le cae a la ensalada la sangre, tampoco, se muere, en la jeringa sí porque está la aguja y en la parte de en medio, por ejemplo, si yo me saco sangre y en la aguja en la parte de en medio quedan una o dos gotas, en la parte de en medio hay un vacío por eso sigue vivo el virus porque no entra el aire.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Respecto al manejo y promoción de la información es conveniente tomar en cuenta que la mayoría de las mujeres de reciente diagnóstico desconocen términos médicos esenciales para entender su estado de salud, tal es el caso de “carga viral”, “CD4”, “cepas”, entre otros. La intervención que hacen las acompañantes pares es sumamente interesante ya que funcionan como una suerte de “traductoras” entre el saber médico especializado y el lenguaje coloquial de las usuarias valiéndose de herramientas lingüísticas como la metáfora para que esta información sea accesible a las mujeres:

Ya llegaste, ya estás indetectable, ¿te acuerdas del jardinero no? ya podamos, el muérdago ya lo guardamos y aquí está ¿no? así hay que dejarlo así hay que mantenerlo... Ahora, eres indetectable tienes muchas defensas ahorita, a pesar de que llevas dos meses de que no tomas el otro medicamento, ya hay más soldados en tu jardín, hay más jardineros.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Las acompañantes pares reconocen que su lugar no es el de *un especialista* sino el de una persona que vive y ha vivido con el VIH muchos años, una persona que se puede comunicar a través su propia experiencia, una persona como ellas con preocupaciones y temores similares. Estas mismas vivencias son las que les dan un lugar de *saber*, las autoriza a informar, a orientar respecto a síntomas secundarios de los medicamentos: ayudan a las usuarias a comprender qué es lo que les está sucediendo y las invitan a seguir adelante recordándoles que estarán bien siempre y cuando sigan el tratamiento.

No es lo mismo que un médico te diga: “Eres positivo”, a que yo con palabras coloquiales, con algo más simple, con un vocabulario más... sí, más coloquial, más al día te lo explique y que te lo diga: “Yo lo vivo”. No es lo mismo. Sí, yo les digo: “Sí, yo vivo con VIH” a que un médico te diga “Ya tienes VIH y puedes vivir muchos años” no es lo mismo a que te diga: “Yo tengo 11 años viviendo con VIH y aquí estoy”

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par.

Una de las tareas fundamentales que realizan es que el Acompañamiento par crea y establece un nuevo vínculo con el cuerpo y la salud. Ellas promueven el cuidado, no como una amenaza a enfermar, sino como la posibilidad de sentirse mejor, de tener mejores prácticas y sobretodo de escuchar y hacer caso “cuando el cuerpo hable”:

Ahorita estás aprendiendo una, a quererte, dos, a cuidar tu cuerpo, a sentirte: me está doliendo, me siento mal, estoy entumida, no puedo caminar siento que me falta el aire, ¿ajá? Tu cuerpo te está levantando la mano y te está diciendo y tú ya lo estás escuchando.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Este efecto es muy valioso ya que las usuarias generan sus propias estrategias para cuidar su cuerpo y su salud: desde tener una alimentación más sana hasta establecer una rutina y agenda para tomar los medicamentos. Desde esta perspectiva, el tratamiento antirretroviral deja de ser una carga, incluso la noción de tener VIH se desvanece porque la sensación de bienestar es constante:

Exactamente sí, como se dice, ahí se cuida uno más, estoy más al pendiente de cuidarme. Esto hice yo, puse un recordatorio todos los días para que no se me pase la pastilla a la hora que es. Entonces bien. Ya no se me olvida: “¿quién me está llamando? Ah el celular, la pastilla” Y sí, no, la verdad es que ya hasta se me olvida.

Cynthia (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

La incertidumbre después del diagnóstico

Recibir la noticia de que se es VIH-positivo es un acontecimiento complicado para las mujeres, no sólo en la medida que deben empezar lo antes posible el tratamiento antirretroviral y tener chequeos médicos continuos. También empieza un difícil proceso de simbolización del diagnóstico que no pocas veces está acompañado por vivencias dolorosas e incertidumbres.

La estigmatización y los mitos que giran alrededor del VIH provocan que aún las personas más cercanas afectivamente, y de las que se espera mayor apoyo, expresen miedo a infectarse alejándose de las mujeres y excluyéndolas de muchas dinámicas de las que eran parte:

Ahorita que me dijeron que estaba infectada entró mi hijo, entonces yo le dije a mi hijo: “me quiero morir”. Bueno, mi esposo no pudo

entrar y hasta después entró. Los días que yo ya salí del hospital él entraba y no me agarraba ni siquiera la mano, nos acostamos pero él se hacia la orillita, ni la cobija ni nada quería compartir conmigo y se siente feo, créeme que se siente muy feo que te hagan eso.

Gabriela (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

Lamentablemente el episodio que narra Gabriela es una situación común para muchas de las usuarias quienes son rechazadas por esposos, amigos y familiares quienes desconocen formas de infección y prevención del VIH. En ese sentido, ellas deben aprender a lidiar diariamente con el temor al rechazo y la incertidumbre de cómo reaccionarán los otros frente al diagnóstico lo que genera muchas preguntas: con quién compartir la información, si podrán tener hijos o si tienen la posibilidad de mantener una relación erótico-amorosa estable. Cada una de ellas deberá pasar por eventos distintos para poder contestar estas preguntas, sabiendo que están expuestas, más que otras personas, al abandono y que no hay una guía que les asegure que la decisión que toman es la correcta:

Desde el principio se enojó mucho y me dijo: “¿sabes qué? Yo me siento defraudado, me siento triste porque tú no fuiste sincera conmigo”, le digo: “a ver, es un tema con el que yo debo ir preparándome para saber el que tú como me vas a aceptar, porque si tú no me aceptas o eres grosero o me insultas para mí es muy doloroso” No es fácil cargar con un diagnóstico, no es sencillo. A pesar de que yo acepté mi enfermedad, acepté el medicamento, trato de ser feliz... pero no es fácil que una persona sana no lo comprenda, entonces eso sí me lastimó mucho, mucho”.

Esther (pseudónimo), Clínica Especializada Condesa.

Compartir este tipo de experiencias con quien entiende sus miedos y el sufrimiento que causa el ser rechazada por alguien a quien se ama implica la creación de un espacio en el que ellas pueden hablar abiertamente sin temor a los prejuicios de las demás personas y con la posibilidad de tomar decisiones. Las mujeres que viven con VIH saben, porque lo viven diariamente, que el diagnóstico está acompañado de dolor e incertidumbre pero que es algo que pueden aprender a manejar y superar:

Realmente creo que estoy bien. Igual tengo muchas ganas de vivir, esto no me va a ganar. Esto es como sacar una muela, al principio me dolió pero ahí está sanando y ahí va y eso es a donde voy ahorita, un paso a la vez, así es como lo manejé, un paso a la vez, pero un paso seguro.

Lupita (pseudónimo), usuaria Clínica Especializada Condesa.

El Acompañamiento Par como posibilitador de sentido

El Acompañamiento Par es una práctica llena de vida, es desde la empatía donde se producen los lazos de apoyo y comprensión entre las mujeres (sean usuarias de la clínica o acompañantes pares). Desde esta posición, cada una de las mujeres se convierte en agentes activos que deciden sobre su vida, que construyen su propia posibilidad de ser felices.

El diagnóstico de VIH, que es una interrupción biográfica en tanto acontecimiento inesperado, puede ser también transformado. Son las acompañantes pares quienes ayudan en este proceso de cambio de sentido: el VIH no es una enfermedad, no es signo de muerte y no es malestar corporal; el VIH promueve el escuchar el cuerpo, a cuidar la salud y a valorar a las personas cercanas.

El acompañamiento par construye redes entre las mujeres para compartir su experiencia y saber que no se está sola en este trayecto: se aprende a vivir con VIH cada día, con cada palabra y con cada vivencia. Se aprende de la otra persona, quien sentada a su lado y con su sola presencia demuestra que se puede seguir adelante.

Son las mismas acompañantes quienes reconocen la fortuna de poder estar con otras mujeres y apoyarlas: ver cómo cambia el rostro desencajado por una sonrisa tímida, como el llanto se convierte en fortaleza, la manera en que se aprende a defenderse y a cuidarse. Es la dicha y la responsabilidad cuando una usuaria les dice “yo quiero estar como tú”:

Como que a veces no le entendía porque tenía VIH y hoy le encuentro sentido a tener VIH, y el sentido es ayudar a otras mujeres. Lo padre de conocer gente con el mismo diagnóstico y que piensa y que siente lo mismo, y si tú antes tenías ese miedo y ahora no lo tienes, entonces sabes cómo ayudar: “A mí me pasó esto, yo también lo sentí, yo también tuve esto y mi proceso fue así”, entonces les cambia inmediatamente la cara: “Yo quiero estar como tú”, muchos te lo dicen: “yo quiero estar como tú”.

Mariel (pseudónimo), Acompañante Par.

Es así que ser acompañante par es una experiencia de autodescubrimiento que sólo se puede llevar a cabo en el vínculo con la otra persona:

Es llegar, encontrarte con una persona, es verte a veces en mí hace nueve años atrás cuando no tienes ninguna información y que llegue alguien y te diga que es positivo igual que tú, y que no estás sola y que no te va rechazar, y que te va a acompañar en tu proceso y en

cómo te sientes. En que sabes que si se lo dices a esa persona te va a traicionar y lo va a saber todo el mundo y la acompañante par no, porque... te entiende perfectamente lo que estás pasando, tu dolor, lo que estás viviendo. Y a veces sus experiencias te hacen revivir las tuyas, tus vivencias y las vas liberando y te vas sanando.

Laura (pseudónimo), Acompañante Par.

Referencias

- CENSIDA. *El VIH/Sida en México, Mujeres y el VIH y el Sida en México*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/mujeres_vih_sida.pdf (consulta 26 de julio de 2016).
- UNAIDS. *Peer education and VIH/AIDS: concepts, uses and challenges*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_en_0.pdf (consulta 26 de julio de 2016)

EL PERSONAL MÉDICO Y LA VISIBILIDAD de las mujeres en la epidemia del VIH en México

Alicia Piñeirúa Menéndez³⁹

Ubaldo Ramos Alamillo⁴⁰

La prevención de la infección por VIH, así como su diagnóstico temprano, requieren de la acción conjunta de trabajadores de la salud y de los individuos en riesgo de adquirirla. Para que una estrategia preventiva rinda efecto, debe ser primero planteada por el personal de salud, así como dirigida a una población específica que se beneficie de las acciones propuestas. De igual manera, el diagnóstico oportuno de VIH requiere tanto de la oferta de una prueba diagnóstica por parte del personal de salud, como del acercamiento de los individuos a los servicios en los cuales la prueba pueda ser ofrecida.

El tema que compete a este capítulo es describir el papel que tiene el personal médico en la trayectoria de las mujeres a través de los servicios de salud, en relación con temas de salud reproductiva, y específicamente en el proceso que precede al diagnóstico de VIH (JOHNSON *et al.*, 2013; RANSOM *et al.*, 2005). El papel del personal médico en los procesos de diagnóstico de las mujeres, a pesar de su relevancia, es una cuestión poco explorada en nuestro país (ALLEN,

³⁹ Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

⁴⁰ Clínica Especializada Condesa

2006), aunque los mecanismos que intervienen en la toma de decisiones relacionadas con la oferta de la prueba y la percepción de riesgo por parte del personal médico tienen repercusiones no sólo en el establecimiento del diagnóstico oportuno, sino también en el desarrollo posterior de la relación médico-paciente, la retención en los servicios de salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Diversos factores norman el actuar médico en términos de atención y oferta de pruebas diagnósticas. En el caso específico de la infección por VIH, la educación médica, el estigma hacia las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y la manera en la que han sido enfocadas las estrategias preventivas (dirigidas a “poblaciones clave”) ha dejado a las mujeres fuera del campo visual de los trabajadores de la salud.

¿Son realmente invisibles las mujeres?

Las mujeres representan 25% del total de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS) en México (CENSIDA, 2013; CENSIDA, 2014). Al inicio de la epidemia en nuestro país, la razón hombre:mujer era aproximadamente 11:1. En los últimos 10 años, el incremento en el número de mujeres viviendo con VIH (MVV) ha modificado esta razón; la cual oscila entre 3:1 y 5:1, dependiendo de la región del país que se reporte (CENSIDA 2014). Existe evidencia suficiente para sustentar que entre las mujeres en México, al igual que en muchos otros países del mundo, el mayor riesgo de adquisición de la infección por VIH es el matrimonio o la unión conyugal (HIRSCH *et al.*, 2004; HIRSCH *et al.*, 2007; CAMPERO *et al.*, 2010). Sin embargo, la producción científica en el tema de VIH y mujeres se ha centrado en describir a las poblaciones consideradas como de

“alto riesgo”: mujeres migrantes (LEYVA *et al.*, 2013), trabajadoras del sexo comercial (GOLDENBERG *et al.*, 2013), usuarias de drogas intravenosas (BUCARDO *et al.*, 2005) y mujeres viviendo en la frontera México-E.U (GOSSMAN, 2008).

De acuerdo con los datos provenientes de estudios recientes realizados entre mujeres que viven con VIH (MARTÍN ONRAËT *et al.*, 2014; KENDALL, 2014), al menos una proporción de las mujeres que se presentan con diagnóstico tardío tuvieron oportunidades perdidas del mismo, aparentemente inobservadas por el personal de salud. Típicamente, las mujeres que no son diagnosticadas durante el embarazo, se detectaron en etapas avanzadas de la enfermedad, una vez que aparecieron síntomas sugerentes de inmunosupresión o bien una vez que algún familiar (el hijo o pareja de las mujeres) había sido diagnosticado con VIH. En muchos de los casos, el detonante de la prueba diagnóstica de las mujeres sintomáticas no fueron propiamente los datos obtenidos a través de la historia clínica y la exploración física, sino el diagnóstico de su pareja masculina, que frecuentemente presentaba datos clínicos similares.

En los casos de diagnóstico prenatal, se observa que la cobertura de pruebas de rutina durante el embarazo, aunque requeridas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana Número 007 (NOM 007) no supera el 60% (MARTÍN ONRAËT *et al.*, 2014; OPS, 2015). Así, la oferta de la prueba, aún en estos casos de naturaleza obligatoria, se encuentra muy por debajo de lo deseado. Aunque limitada, la evidencia publicada en la literatura reporta que la gran mayoría de las mujeres a las que se ofrece y explica la importancia de la prueba de VIH durante el embarazo, aceptan realizársela (GOSSMAN, 2006; ROMERO-GUTIÉRREZ, 2007). Por tanto, en este caso el porcentaje de mujeres a las que no se realiza la prueba durante el embarazo

parece deberse más bien a que la prueba no se ofrece, y a que ellas desconocen su importancia o la necesidad de realizársela.

De acuerdo con estos resultados, es común que para los trabajadores de la salud, las mujeres se encuentren fuera del campo de oferta de prueba de VIH, lo cual explica hasta cierto punto el diagnóstico tardío y la imposibilidad de prevenir la transmisión vertical al cien por ciento, a pesar del avance de las intervenciones médicas en este aspecto. Las razones por las cuales esto sucede incluyen una serie de procesos que a nuestro parecer van más allá del puro conocimiento sobre la transmisión de la infección y otros datos “duros” (tales como algoritmos diagnósticos o diagramas de flujo) aprendidos en las aulas en la escuela de medicina, y parecen responder a un proceder médico basado en lo que Roberto Castro denomina como el “currículum oculto” de los trabajadores de la salud (CASTRO, 2014), mismo que define como “el conjunto de [...] procesos, presiones y restricciones que caen fuera de o están incorporadas al currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados”. Específicamente en el caso de la formación médica, Castro se refiere al “aprendizaje no formal” frecuentemente basado en sistemas jerárquicos y de desigualdad de género al que los médicos se encuentran expuestos en sus años de formación. Este aprendizaje “no formal” tiene un impacto en la relación que los especialistas establecen con sus pacientes, y más aún, en la construcción de las sospechas diagnósticas frecuentemente más basadas en percepciones y estereotipos que en datos objetivos encontrados durante los procedimientos médicos de rutina.

En este capítulo, reportamos datos de dos estudios realizados en México durante el año 2014, que aportan información relevante acerca de la invisibilidad de las mujeres por parte del personal de

salud, en términos de la epidemia de VIH. El primero, corresponde a un estudio cualitativo realizado entre las usuarias del CAPASITS de San Bartolo Coyotepec, en el estado de Oaxaca. Se llevaron a cabo 40 entrevistas a profundidad, 20 entre mujeres con cuentas de linfocitos T CD4+ menores a 200 células/mm³ al diagnóstico, y 20 más en mujeres con cuentas de linfocitos T CD4+ superiores a ese nivel⁴¹. Documentamos sus trayectorias de diagnóstico a través de los servicios de salud, así como sus opiniones acerca de los trabajadores de la salud por los cuales habían sido atendidas, especialmente antes de recibir atención en el CAPASITS.

En el segundo estudio, quienes aquí escribimos realizamos 109 cuestionarios a médicos y otros trabajadores de la salud (enfermeras/enfermeros, trabajadores sociales) que ofrecen servicios de primer nivel de atención en instituciones de la Secretaría de Salud (centros de salud principalmente) en diferentes puntos de la República Mexicana. Las entrevistas se llevaron a cabo en el marco de una capacitación y actualización de enfermedades de transmisión sexual, y se aplicaron antes de dar inicio a las actividades de capacitación. La capacitación fue otorgada por personal médico de la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México. El objetivo de dichos cuestionarios, fue explorar el conocimiento sobre VIH en médicos generales, así como identificar su proceder en términos de oferta de prueba de VIH a la población general, y específicamente a las mujeres que atienden en sus consultas. Se realizó por tanto un cuestionario de nueve reactivos evaluando conocimientos generales sobre la infección por VIH (cuadro 1). Posteriormente,

⁴¹ Las cuentas de linfocitos T CD4+ por debajo de 200 cel/mm³ corresponden a enfermedad avanzada por VIH, frecuentemente acompañada de la presencia de enfermedades oportunistas.

se mostraban 10 escenarios clínicos en los que el (la) trabajador (a) de salud debía responder si solicitaría o no una prueba de VIH (cuadro 2).

CUADRO 1- CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE VIH	
<p>Lea cada una de las siguientes frases y escriba lo que haría en la mayoría de los casos: V si cree que la afirmación es VERDADERA o F si cree que es FALSA. Si no conoce la respuesta escriba NS</p>	
1. El VIH se transmite por la leche materna.	
2. Es necesario usar guantes y cubrebocas siempre para revisar a todo paciente con VIH independientemente del motivo de su hospitalización.	
3. Existe tratamiento para prevenir la infección por VIH una vez que se ha tenido una relación sexual de alto riesgo.	
4. Una mujer embarazada que se diagnostica con VIH no debe recibir antirretrovirales antes del parto porque son tóxicos para el bebé.	
5. El VIH se puede transmitir por una picadura de mosquito.	
6. El tratamiento antirretroviral es capaz de curar la infección por VIH	
7. Todos los pacientes con VIH que requieran hospitalización deben aislarse para proteger a otros pacientes.	
8. El tener alguna enfermedad de transmisión sexual como herpes genital, clamidia o gonorrea, se considera un factor de riesgo para infectarse con el virus de VIH.	
9. La infección por el VIH puede transmitirse por contacto con secreciones corporales incluyendo orina o saliva.	

CUADRO 2.- ESCENARIOS CLÍNICOS SOBRE VIH

Lea los siguientes escenarios clínicos. Escriba "sí" o "no" de acuerdo a si usted solicitaría una prueba de VIH en cada uno de los escenarios	
1. Hombre que tiene sexo con hombres 25 años de edad, acude por esguince de tobillo	
2. Mujer de 58 años de edad, casada, diabética, con diarrea crónica y pérdida de peso	
3. Hombre de 40 años, en control de hipertensión arterial	
4. Mujer de 24 años, casada, 1 pareja sexual estable, 3 meses de embarazo. VDRL negativo.	
5. Hombre de 38 años, usuario de cocaína y alcohol	
6. Mujer de 19 años, acude para la realización de su papanicolaou anual	
7. Hombre de 29 años, soltero, en tratamiento para tuberculosis pulmonar	
8. Mujer de 36 años con infección por Chlamydia trachomatis	
9. Hombre de 22 años, sano. Antecedente de relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial	
10. Mujer de 43 años, previamente sana con herpes zoster	

El estudio cualitativo con usuarias del CAPASITS de Oaxaca

Los resultados de este estudio mostraron que algunos médicos de primer nivel de atención no solicitaron la prueba a pesar de haber sido consultados por síntomas sugerentes de infección avanzada por VIH (cándida oral, síndrome de desgaste, diarrea crónica); aparentemente debido a una incapacidad de identificar en estas mujeres la posibilidad de riesgo de adquirir infección por VIH.

Soledad, una mujer de 36 años con cándida oral y diarrea crónica, que ha perdido 20 kgs y ha sido vista seis veces por el mismo médico de primer nivel de atención, no recibió la oferta de una prueba para VIH durante su consulta médica. Se le recetaron diversos esquemas antibióticos, se ha buscado exhaustivamente cáncer y algunas enfermedades autoinmunes, pero no se había solicitado aún una prueba de VIH. Incluso, la propia paciente sospechaba sobre la posibilidad de haber contraído infección por VIH. Soledad, durante la entrevista a profundidad realizada en 2014, comenta:

Y yo allá a la doctora se lo pedí pues. Le digo “quiero que me hagas un estudio de... de sida”, le digo pues, allá como diría mi vecina como vivimos en el rancho, decimos así. Entonces, no dice “señora, ese usted no lo tiene, porque se ve de una vez una persona cuando lo tiene”.

Esta cita ejemplifica la imposibilidad por parte del personal de salud de identificar a las mujeres monógamas en unión conyugal como poblaciones en riesgo de adquirir infección por VIH. Estas ideas preconcebidas (también conocidas como estigma instrumental) (Herek *et al.*, 1998), persisten independientemente del conocimiento científico que los trabajadores de la salud puedan tener

respecto a la infección por VIH; es decir, el mayor conocimiento acerca de la infección no modifica necesariamente la percepción social de los médicos respecto a aquéllos que se encuentran “en riesgo” de adquirir la infección (EKSTRAND *et al.*, 2013; INFANTE *et al.*, 2006; FEYISSA *et al.*, 2013; LI *et al.*, 2013; LIN *et al.*, 2012). A esto se suman las reminiscencias aún vigentes de los inicios de la epidemia de VIH, inicialmente identificada entre hombres blancos que tienen sexo con hombres (HSH) en los Estados Unidos. Si bien en México la epidemia de VIH es una epidemia concentrada, con mucho mayor prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres, el estigma hacia los HSH ha favorecido la invisibilidad de las mujeres dentro del algoritmo diagnóstico del personal médico. Por otro lado, este mismo estigma hacia los HSH invisibiliza también todas aquellas prácticas sexuales que ocurren entre hombres casados o unidos a mujeres con otros hombres. Como consecuencia, el riesgo de las mujeres unidas a estos hombres está inobservado.

Algunas de las mujeres entrevistadas cuestionaban el hecho de que los médicos que las atendieron solicitaran la prueba de VIH. Refugio, una mujer casada de 44 años, acudió en numerosas ocasiones con médicos de su comunidad por fiebre, diarrea y candida oral. Ella comenta que ella tenía la intención de mejorarse y que por eso acudía a la consulta médica, pero que los médicos “no daban” con lo que ella tenía.

Por ejemplo yo muchas veces fui cuando yo me estaba sintiendo mal, fui a los doctores digo “me siento mal”, me estaba saliendo hongo por la boca. Dice “no, es natural” dice “porque este... usted tuvo diarrea o usted tuvo este como se llama? Calentura ...este es lógico que lo tenga, pero ya que usted supere este ya se va a quedar normal”. Porque yo sí traté de que yo me iba a curar pues este, cuando me

sentía mal iba a los doctores. Pero luego me daban recetas y dicen “vas a tomar y todo”. Pero nunca llegó el día que me dijeran “¿sabe qué? usted tiene esta enfermedad o yo presiento que usted tiene esta enfermedad” (refiriéndose al VIH), no...

Consecuente con los hallazgos del estudio realizado por Martin-Onraët (2013), el motivo por el cual la prueba era ofertada a estas mujeres era frecuentemente el diagnóstico reciente de sus parejas masculinas, y en otros casos (menos frecuentes) el diagnóstico de sus hijas o hijos. En aproximadamente la mitad de los casos, estas mujeres habían recibido atención médica en centros de salud o en consultorios privados de sus comunidades. La razón por la cual habían sido vistas en la consulta médica era la presencia de síntomas como pérdida de peso, diarrea crónica, candida oral, cefalea persistente y fiebre. Sin embargo, los síntomas no representaron la causa por la cual los médicos les solicitaron la prueba de VIH, sino que el diagnóstico de sus parejas masculinas fue el detonador de la sospecha diagnóstica.

Domitila cuenta una trayectoria de diagnóstico similar. En este caso, su esposo fue diagnosticado en enfermedad avanzada y con la presencia de enfermedades definitivas de sida. Ella había sido evaluada por algunos médicos generales, con síntomas que habían pasado inadvertidos y a pesar de su persistencia, habían sido diagnosticados como padecimientos no infecciosos por el personal de salud. Domitila cuenta:

Pero este... Sí, también después me daba diarrea –y el doctor me dijo que era por la colitis. Pero sí a veces me daba diarrea hasta por 8 días. Tomaba pastillas, tomaba y para nada... Y ya últimamente hace como un mes, –como dos meses creo– me dio calentura. Me

dio como 15 días calentura. Y me salía y yo sentía pues que me salía y me volvía a dar pero con un fuerte frío que me hacía temblar. Y así me iba yo a mi trabajo, así me iba yo. Y ya este después ya entonces este ...pues eso nada más me dio, calentura y calentura.

El cuestionario aplicado con médicos

Al observar estas experiencias, consideramos pertinente explorar el proceder de un grupo de médicos generales, en términos de oferta de prueba de VIH, con el fin de intentar explicar los mecanismos que influyen en la sospecha diagnóstica y la percepción del personal médico en cuanto al riesgo de infección por VIH en poblaciones de mujeres. Como ya se dijo, en este estudio realizamos 109 encuestas a trabajadores de la salud. Noventa y uno (83.4%) de todos los entrevistados eran médicos, mientras que el resto representaban personal de enfermería, trabajadores sociales, odontólogos y personas que trabajan con PVVH en organizaciones no gubernamentales (ONG's). Para fines de este texto, reportaremos únicamente los resultados del personal médico encuestado.

Dentro del grupo de médicos, 52 (57.1%) fueron mujeres y 39 (42.8%) hombres. La edad promedio del personal entrevistado fueron 41.7 años; 40 en el caso de mujeres y 43.6 en el caso de los hombres. La mayoría de los médicos entrevistados (93.4%) trabajan en un Centro de Salud de la SSA. Casi el 30% de ellos (27) también proporcionaban atención en un consultorio privado o de farmacia. En promedio, ofrecen 76 consultas en una semana, y el 69% de sus pacientes son mujeres (aproximadamente 52 mujeres atendidas por semana, 108 mujeres atendidas por mes). La gran

mayoría de ellos (80%) contaban con pruebas de VIH en su lugar de trabajo, y 49% de ellos las aplicaban personalmente. El 24% de los médicos habían asistido a alguna capacitación sobre VIH en el último año.

El promedio de pruebas de VIH ofertadas por estos trabajadores de la salud en el último mes fue de 14. Cuando se les preguntó la razón por la cual solicitaron la prueba, el 70 % respondió que se trataba de mujeres embarazadas en su control prenatal, y el resto mencionó otras poblaciones a las cuales comúnmente se ofrecían las pruebas. En palabras textuales de los médicos encuestados: homosexuales, “meretrices”, trabajadores sexuales trans, personas vulnerables o en riesgo, diabéticos, personas con antecedentes de promiscuidad, hombres con factores de riesgo sexual, pacientes con tuberculosis y personas con múltiples parejas sexuales.

Al interrogarles sobre los factores de riesgo que consideran en un paciente para solicitar la prueba de VIH, 40% mencionaron tener relaciones sexuales no protegidas, y únicamente dos trabajadores de la salud mencionaron la unión conyugal en el caso de mujeres. El resto de ellos, delinearon las poblaciones en riesgo con base en su orientación sexual y su participación en el circuito del sexo comercial.

Más de la mitad de los entrevistados (72.5%) acertaron en al menos 6 de las 9 preguntas sobre conocimientos de riesgo profesional de infección por VIH (cuadro 1). Estos mismos reactivos fueron aplicados a personal de salud de cuatro instituciones de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, con resultados similares (PINÉIRÚA-MENÉNDEZ *et al.*, 2013). Las preguntas en las que se identificó la mayor cantidad de respuestas incorrectas fueron aquellas relacionadas con las precauciones tanto para explorar pacientes como para el manejo de pacientes hospitali-

zados con infección por VIH. El 60.4% de los médicos respondieron que es necesario el uso de guantes y cubrebocas para revisar a todos los pacientes con infección por VIH, independientemente del motivo de hospitalización. El 31.9% de los médicos encuestados consideró que los pacientes con infección por VIH hospitalizados deben ser aislados para proteger a otros pacientes. El 44% de los médicos respondió que la infección por VIH podía transmitirse a través de la orina y la saliva, y el 26.4% de ellos desconocía la existencia de la profilaxis post exposición para la prevención de la infección por VIH.

El 100% de los médicos entrevistados respondió que la prueba de VIH debía ser aplicada a toda mujer embarazada. Sin embargo, la última sección del cuestionario aplicado incluía 10 escenarios clínicos (cuadro 2). El escenario 4 representaba a una mujer de 24 años, casada, con un embarazo de tres meses y un VDRL negativo. El 15% de los médicos respondió que no ofrecería una prueba de VIH en este escenario.

En total, 5 de los 10 escenarios clínicos incluían mujeres. Los escenarios presentaban mujeres adultas, presumiblemente con vida sexual activa. El 62.6% de los trabajadores de la salud encuestados no solicitarían una prueba de VIH en al menos uno de los escenarios representados que incluían mujeres. La proporción de médicos que respondió que solicitaría la prueba a un HSH que acudía por un esguince de tobillo (69.2%) fue mayor que aquellos que solicitarían la prueba a una mujer de 58 años, diabética, casada, con diarrea crónica y pérdida de peso (67%). El 2% de los médicos respondió que no solicitaría la prueba a ninguno de los casos que ejemplificaban mujeres. No hubo ningún médico que no le solicitara la prueba a ninguno de los casos que mencionaban hombres. El 93% de ellos solicitaría la prueba de VIH al menos a tres de los hombres

incluidos en los casos, comparado con el 69% que la recomendaría a al menos tres mujeres (Chi cuadrada: 19.74, $p < 0.0001$).

Las respuestas de los médicos a éstos escenarios clínicos confirman que la oferta de la prueba de VIH obedece a una construcción del riesgo en la que el género juega un papel importante. Aunque se trata de un ejercicio sencillo, nuestros resultados en cierta medida reflejan lo que sucede dentro del consultorio médico, en donde una serie de culturalidades parecen nublar el algoritmo diagnóstico de la candida oral, la pérdida de peso o la diarrea crónica, ampliamente conocidos por los médicos de primer nivel de atención.

Conclusiones

Estos datos confirman que, a pesar de conocer la *Norma Oficial Mexicana*, así como los modos de transmisión de la infección, la oferta de la prueba de VIH obedece a un mecanismo diferente, basado en la forma en la que los médicos perciben a la población, catalogándola “en riesgo” o “sin riesgo”, casi siguiendo una corazonada que no obedece a su formación científica. Sumado a las declaraciones de las mujeres entrevistadas en el CAPASITS del estado de Oaxaca, nuestros resultados apoyan que hay una dificultad por parte del personal de salud para visualizar a las mujeres como personas en riesgo de adquirir infección por VIH. Asimismo, las mujeres clásicamente identificadas en riesgo son, coincidentemente, aquellas a las que se les ha “dedicado” la mayor producción científica existente: específicamente trabajadoras del sexo comercial. Esto a pesar de que la evidencia epidemiológica sustenta que la mayor parte de la transmisión de VIH en mujeres ocurre a través de su pareja estable.

Por otro lado, estos resultados producen cuestionamientos sobre el contenido de las capacitaciones para médicos generales en temas de VIH como una herramienta para incrementar el diagnóstico temprano. Los resultados de estos cuestionarios, –aun presentando casos hipotéticos– muestran que la oferta de prueba de VIH parece responder a mecanismos de racionalización influenciados por la formación de los trabajadores de la salud y la construcción social del género y la sexualidad, mas no a mecanismos “automatizados”, en los que se aplique un algoritmo de manera idéntica en cada sujeto al que se consulta. La solución a estos problemas que nacen de proceder con base en “etiquetas” podría ser más compleja, e incluso nos replantea la manera en la que se podrían mejorar los currícula de las escuelas de Medicina a este respecto. Es indispensable abrir espacios que permitan el análisis a partir de las ciencias sociales de las problemáticas actuales en los procesos de prevención, diagnóstico y retención de las PVVS.

Por tanto, la epidemia de VIH en mujeres requiere aún de estrategias, creatividad y cooperación entre los diferentes actores involucrados en programas de prevención, diagnóstico y atención de VIH/Sida. Parte de estas estrategias incluye la exploración de las características y circunstancias de diagnóstico de las parejas masculinas de las mujeres que viven con VIH. El entendimiento de la epidemia entre hombres heterosexuales es una pieza fundamental principalmente en las estrategias de prevención de la epidemia en mujeres.

Referencias

- 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, Doctorado en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México DF, 2006.
- BUCARDO, J., BROUWER, K.C., MAGIS RODRIGUEZ, C., RAMOS, R., FRAGA, M., PEREZ, S.G., STRATHDEE, S.A. (2005) "Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in México: implications for the prevention of blood borne infections", *Drug Alcohol Depend*, vol. 79, Núm. 3: 281-293.
- CAMPERO, L., KENDALL, T., CABALLERO, M., MENA, A.L., & HERRERA, C. (2010) "Exercising sexual and reproductive rights: a qualitative study of heterosexual people with HIV in México", *Salud Pública de México*, vol. 52, Núm.1: 61-69.
- CASTRO, R. (2014) "Génesis y Práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, Núm. 2: 167-197
- CENSIDA (2014) "Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Casos de VIH/Sida en México". Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 30 de Septiembre de 2014 http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014_.pdf. Consultado el 02 de julio de 2016
- CENSIDA (2013) *Mujeres y . . . El VIH y el Sida en México* Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf
- FEYISSA, G.T., Abebe, L., Girma, E., & Woldie, M. (2012) "Stigma and discrimination against people living with HIV by health-care providers, Southwest Ethiopia". *BMC Public Health*, 12: 522. doi: 10.1186/1471-2458-12-522 . Consultado el 02 de julio de 2016
- GOLDENBERG, S.M., ENGSTROM, D., ROLON, M.L., SILVERMAN, J.G., STRATHDEE, S.A. (2013) "Sex workers perspectives on strategies to reduce sexual exploitation and HIV risk: a qualitative study in Tijuana, México", *PLoS One*, vol. 8, Núm. 8: e72982.

- GOSSMAN, G.L., CARILLO, C.A., JOHNSON, C.H., NICHOLS, J.J., CASTRUCCI, B.C., MCDONALD, J.A., MIRCHANDANI, G.G. (2008) "Prenatal HIV testing in the US-México border region, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health", *Preventing Chronic Disease*, vol. 5, Núm. 4: A121.
- HEREK GM (1998) "AIDS and stigma: a conceptual framework and research agenda", *AIDS Public Policy Journal*, vol.13, Núm.1: 36-47.
- HIRSCH, J.S., HIGGINS, J., BENTLEY, M.E., & NATHANSON, C.A. (2002) "The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community", *American Journal of Public Health*, vol. 92, Núm.8: 1227-1237.
- MENESES, S., THOMPSON, B., NEGRONI, M., PELCASTRE, B., DEL RIO, C. (2007) "The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural México", *American Journal of Public Health*, vol. 97 Núm. 6 : 986-996.
- INFANTE, C., et al., (2006) "HIV/AIDS-related stigma and discrimination: the case of health care providers in México", *Salud Pública de México*, vol. 48 Núm. 2: 141-50.
- LEYVA, R., CASTILLO, J.G., INFANTE, C., & QUINTINO, F. (2013) "Population mobility and HIV: an experience of regional cooperation in Central America and México", *Salud Pública de México*, vol. 55, Núm. S1: s4-6.
- LI, L., COMULADA, W.S., WU, Z., DING, Y., & ZHU, W. (2013) "Providers HIV-related avoidance attitude and patient satisfaction", *Health Expectations*, vol. 16, Núm.1: 105-112.
- LIN, C., LI, L., WAN, D., WU, Z., & YAN, Z. (2012) "Empathy and avoidance in treating patients living with HIV/AIDS (PLWHA) among service providers in China", *AIDS Care*, vol. 24, Núm. 11: 1341-1348.
- MARTIN, A., GONZALEZ, A., GUERRERO, M., MAGIS, C., VOLKOW, P., ALVAREZ, V., SIERRA, J. (2013) "Missed opportunities and late diagnoses in HIV Infected Mexican Women", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, Núm S1: 18706.
- SECRETARÍA DE SALUD (1993) NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23>, consultado el 20 de abril de 2017

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2015) “Eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y sífilis en las Américas”. Actualización 2015. ISBN 978-92-75-31870-6

PIÑEIRUA, A., MARTIN, A., NOGUEDA, M., FRANCO, R., MARTÍNEZ, L., SÁNCHEZ, M., SIERRA, J. (2014) “HIV associated stigma among healthcare providers in México”, 20th International AIDS Conference, Melbourne, Australia July 20-24 2014. Poster no: TUPE290.

ROMERO, *ET AL* (2007). “Mexican women’s reasons for accepting or declining HIV antibody testing in pregnancy”, *Midwifery*, vol 23, Núm 1: 23-27.

USO DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN de ITS/VIH por trabajadoras sexuales mexicanas y extranjeras en la frontera sur de México

Frida Eréndira Quintino Pérez⁴², René Leyva Flores⁴³, César Infante Xibille⁴⁴, Francisco Chong Villarreal⁴⁵, Hilda Nelly Gómez Ventura⁴⁶

El trabajo sexual se encuentra estrechamente vinculado con la movilidad poblacional de las mujeres que ejercen esta actividad fuera de sus comunidades o de sus países de origen (Woolfers, 2002; OIT, 1998; Ariza, 2004; Orellana, 2004). Este fenómeno de movilidad se encuentra determinado por las condiciones de vida caracterizadas por la marginación y pobreza, así como por el sistema de poder intergénero que permea todas las instancias del proceso migratorio, desde la constitución de los flujos, los trayectos migratorios, hasta la organización e inserción en este sector informal del mercado laboral que se ha caracterizado por capitalizar la fuerza de trabajo femenina y migrante.

⁴² Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

⁴³ Profesor-Investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴⁴ Profesor-Investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴⁵ Post-doctoral profesor. Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

⁴⁶ Coordinadora del Programa de Prevención y Control de ITS y VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.

Las regiones fronterizas y los puertos son contextos donde tiene especial relevancia la movilidad poblacional vinculada al trabajo sexual, dinámica que se desarrolla en un ambiente de escaso soporte social, alto riesgo y con importantes restricciones en los derechos de las mujeres. En estos contextos, la dinámica de movilidad no tiene un carácter aleatorio, más bien presenta cierta direccionalidad definida por las asimetrías socioeconómicas y culturales entre regiones, países y grupos sociales (Leyva *et al.*, 2013). En diferentes espacios fronterizos de América Latina se ha observado la reproducción de estas asimetrías; por ejemplo, en la frontera Costa Rica-Nicaragua la mayoría de las trabajadoras sexuales es de nacionalidad nicaragüense (Villalobos *et al.*, 2004); en la frontera Ecuador-Colombia predominan las colombianas (Ruíz, 2005; Red Trabajo Sexual Ecuador, 2010); en contextos de la frontera Estados Unidos-México son las mujeres mexicanas las que en mayor proporción forman el grupo de trabajadoras sexuales (Strathdee *et al.*, 2011); y en la frontera México-Guatemala, predominan las mujeres provenientes de diferentes países de Centroamérica (Fernández, 2009 ; Kauffer, 2012).

En la frontera México-Guatemala, un amplio número de mujeres (nacionales y migrantes) ejercen el trabajo sexual en condiciones de precariedad laboral, enfrentan dificultades de acceso a sistemas de protección social y de salud, y con frecuencia viven persecución policíaca, extorsión, violencia, estigma y una doble discriminación asociada a su condición laboral y migración irregular (Dresler *et al.*, 2002; Villa *et al.*, 2004; Leyva *et al.*, 2011; Quintino, 2012). Estas problemáticas estructurales definen los contextos de vulnerabilidad social en salud y la emergencia de situaciones de riesgo, especialmente ante el VIH/ITS, que afectan de manera particular a las trabajadoras sexuales (Bronfman, Leyva & Negroni, 2004).

Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad hace referencia a la mayor susceptibilidad y riesgo en que pueden estar determinados grupos sociales ante condiciones adversas para su salud, en razón de las desigualdades socioeconómicas y de género que dificultan la satisfacción de necesidades básicas, así como por la desprotección política y legal que limita el ejercicio de los derechos humanos en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio (Leyva & Caballero, 2009). Sin embargo, la vulnerabilidad frente al VIH no se considera como una condición estática sino como un proceso dinámico que, si bien tiende a presentar un continuo de susceptibilidad a lo largo del curso de vida de las mujeres migrantes, depende de elementos externos e internos y de la capacidad de enfrentarlos de acuerdo con las singularidades de cada interacción y contexto. Por lo tanto, la vulnerabilidad se relaciona en sentido inverso con la mayor accesibilidad, disponibilidad y uso de servicios y recursos (personales, comunitarios e institucionales) que contribuyen a la protección de la salud y la prevención de riesgos frente a la infección por VIH/ITS (Carvalho & Paiva, 2006).

El ejercicio del derecho a la protección de la salud representa uno de los retos más importantes para las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad social y que además presentan una fuerte carga de estigma y rechazo social relacionado con el ejercicio de sus actividades a partir de las cuales obtienen sus ingresos económicos que contribuyen a definir sus condiciones de vida y salud, tal es el caso de las personas cuyos ingresos económicos dependen del ejercicio del trabajo sexual. Desde este enfoque, se asume que el acceso oportuno y el uso de servicios integrados de salud sexual y reproductiva y de prevención/atención del VIH/ITS constituyen determinantes que pueden contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social en salud que enfrentan las trabajadoras sexuales.

En la frontera México-Guatemala se han desarrollado modelos de intervención y estrategias que han buscado responder a las necesidades de salud de las mujeres en trabajo sexual, poniendo especial énfasis en la prevención y atención del VIH y otras ITS. Desde el ámbito de las instituciones públicas de salud destacan las opciones de atención que se brindan en dos espacios: los servicios de la Secretaría de Salud que brindan atención a las mujeres que carecen de seguridad social; y los consultorios que operan como parte de los Programas de Regulación Sanitaria que son impulsados por los ayuntamientos municipales de las localidades fronterizas. En este capítulo se pone especial énfasis en las acciones desplegadas por estos programas municipales que históricamente se han sustentado en la perspectiva reglamentarista-higienista del trabajo sexual.

En las comunidades de la frontera sur, el trabajo sexual se encuentra regulado a través de mecanismos tradicionales de control de infecciones de transmisión sexual, donde la salud de “los otros” justifica el ejercicio del control social sobre las mujeres. Para ejercer el trabajo sexual, las mujeres tienen que registrarse en el Programa de Regulación Sanitaria de cada municipio y acudir periódicamente a consultorios de salud asumiendo el costo de la Tarjeta Sanitaria (el cual oscila entre \$240 y \$360 anual), de la revisión ginecológica (el cual oscila entre \$60 y \$95 pesos semanal) y en algunos municipios las mujeres también pagan los estudios de laboratorio (costo que varía entre los \$250 y \$300 pesos), además de los medicamentos. En el caso de las trabajadoras sexuales extranjeras, en su mayoría migrantes indocumentadas que no se registran en el Programa, pueden ser sujetas a extorsión económica y en ocasiones a riesgo de deportación.

Diversos estudios han planteado la necesidad de analizar las condiciones de vulnerabilidad diferencial al VIH/ITS que presentan

las MTS que trabajan de manera “regulada” vs “no regulada”, señalando que esta división se produce a partir del control sanitario ejercido por las autoridades gubernamentales mediante el sistema público de salud (Hernández *et al.*, 2004; Villa *et al.*, 2004). Por lo tanto, en el primer grupo se ha ubicado a las mujeres que trabajan en espacios autorizados por las autoridades gubernamentales y sanitarias y que están inscritas en los Programas de Regulación Sanitaria. Por su parte, las mujeres del segundo grupo se han caracterizado por ofertar sus servicios en calle y establecimientos “no regulados” y no están afiliadas a este tipo de programas.

En este marco, se llevó a cabo el presente trabajo, cuyo propósito es analizar la relación entre factores sociodemográficos y laborales y el uso de servicios de prevención y diagnóstico de ITS/VIH por parte de las trabajadoras sexuales mexicanas y centroamericanas (con y sin registro en el Programa de Regulación Sanitaria). Su finalidad es contribuir a generar evidencia científica que funcione como insumo para la toma de decisiones en el campo de la migración, la salud y el trabajo sexual en contextos de frontera.

Material y métodos

Alcance geográfico

El área geográfica de alcance del estudio incluye seis municipios ubicados en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas: Tapachula, Huixtla, Cacahoatán, Suchiate, Frontera Hidalgo y Metapa. Los municipios fueron seleccionados por presentar una alta movilidad laboral vinculada al trabajo sexual. En estos contextos se ha estimulado por diversas vías este mercado, fenómeno dinámico y

estratificado que cuenta con una importante presencia de trabajadores y trabajadoras migrantes (internas e internacionales), las cuales ejercen diversos tipos de actividades (trabajo sexual, *table-dance*, ficheo, entre otras) y ofertan sus servicios en calle, hoteles y en una diversidad de establecimientos (cantinas, centros nocturnos, botaneros, etc.) ubicados en distintos puntos de las ciudades y comunidades, así como en las denominadas “zonas de tolerancia”.

Diseño del estudio y población

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública en el periodo 2011-2014; se trata de una iniciativa de investigación-acción que permitió documentar aspectos relevantes de la dinámica de la migración, el trabajo sexual y la salud en la frontera sur de México. Para abordar el objetivo del presente estudio se recuperan los datos de una encuesta de salud sexual y reproductiva aplicada en una muestra no aleatoria conformada por 291 mujeres mexicanas y centroamericanas que ejercen el trabajo sexual en los municipios mencionados de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Las mujeres que participaron en la encuesta presentaron las siguientes características: eran mayores de 18 años; estaban inmersas en las dinámicas de movilidad interna (mexicanas) o eran migrantes internacionales (centroamericanas), y todas se auto-identificaban como trabajadoras sexuales que ejercen esta actividad en establecimientos o en la calle, con o sin registro en el Programa de Regulación Sanitaria de los servicios municipales de salud. La comunicación con las trabajadoras sexuales se estableció a través de organizaciones de la sociedad civil y de

los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Tapachula, Chiapas. Se visitaron las calles y centros de trabajo y se les invitó a participar de forma voluntaria. Las encuestas fueron realizadas en condiciones de privacidad en los establecimientos laborales y en las instalaciones de la organización de la sociedad civil, y se les informó que tenían la libertad de suspender la entrevista en cualquier momento. No hubo ninguna retribución económica por su participación y a todas se les informó sobre los procedimientos de acceso a servicios de salud.

Se realizó un análisis estadístico bi-variado para explorar diferencias en las características socio-demográficas, laborales, migratorias, de salud y su relación con el uso de servicios de revisión ginecológica en los últimos tres meses y de acceso a exámenes clínicos de VIH y otras ITS. A través de un modelo de regresión logística se identificaron factores asociados al uso de servicios de salud sexual (atención ginecológica en los últimos tres meses) en mujeres mexicanas y extranjeras. Las variables consideradas en el análisis fueron: edad, país de origen, situación migratoria, tener pareja, lugar de trabajo y registro en el Programa de Regulación Sanitaria de los servicios locales de salud. Se esperaba observar que las mexicanas presentarían mayor uso de los servicios de atención ginecológica que las extranjeras, debido a la mayor posibilidad de ejercicio de sus derechos a la atención de la salud.

Aspectos éticos del estudio

El protocolo de investigación y los instrumentos de recolección de información fueron revisados, evaluados y aprobados por los Comités de Ética, Bioseguridad e Investigación del INSP.

Durante el trabajo de campo se establecieron las condiciones para asegurar el respeto a los derechos, la confidencialidad y la privacidad de informantes. Para la aplicación de la encuesta se obtuvo el consentimiento informado de las participantes, y se proporcionó una tarjeta para contactar a los responsables del estudio y facilitar la comunicación con las organizaciones locales.

Resultados

Características sociodemográficas

Del total de las mujeres entrevistadas ($n=291$), 32.7% eran mexicanas y 67.3% extranjeras. Las mujeres mexicanas eran originarias de comunidades fronterizas aledañas a la ciudad de Tapachula, Chiapas o habían nacido en otro estado del sur de México. En el caso de las mujeres extranjeras, la mayoría provenía de alguno de los países de Centroamérica, predominando Honduras (39%), Guatemala (38%), y en menor medida El Salvador (16%) y Nicaragua (5%). Siete de cada diez mujeres se encontraban en una situación migratoria irregular (sin documentos).

El análisis comparativo permitió observar diferencias estadísticamente significativas en la media de edad y en los años de escolaridad: las mujeres centroamericanas eran más jóvenes (28.2 años de edad) y con menor grado de escolaridad (4.0 años de estudios) en comparación con las mexicanas (media de edad de 30 años y promedio de escolaridad de 5 años) (cuadro 1). Es importante hacer notar que 1 de cada 5 mujeres no tuvo acceso a la educación, en ambos grupos. También se observaron diferencias en el estado civil, ya que el 55% de las centroamericanas eran

solteras (comparado con 38.9% de las mexicanas) y 16.3% separadas o divorciadas.

En ambos grupos predominaron las mujeres solteras, jefas de hogar y con hijos, sin diferencias estadísticamente significativas entre mexicanas y centroamericanas (cuadro 1). Cabe señalar que las mujeres de ambos grupos tuvieron su primer hijo en la adolescencia, con una edad promedio de 17.3 años en las mexicanas y de 17.9 en las centroamericanas. Hubo una mayor proporción de mujeres mexicanas con tres y más hijas(os) (36% comparado con 22%).

Características del trabajo sexual

Respecto a las características del trabajo sexual se observaron diferencias estadísticamente significativas entre extranjeras y mexicanas en los siguientes aspectos: las extranjeras se iniciaron en el trabajo sexual más jóvenes (promedio de 23.8 años de edad), presentaron un menor tiempo de estancia en su centro de trabajo actual (12 meses), y en su mayoría (61.7%) contaban con tarjeta sanitaria, es decir, se encontraban inscritas en los programas de control implementados por las instancias de salud municipal.

No se observaron diferencias en el lugar de trabajo (calle/ establecimiento), en los años dedicados al trabajo sexual y en el número de clientes en los últimos 15 días. Respecto a la percepción de discriminación relacionada con su condición laboral (25.5%) o de haber sufrido algún tipo de violencia (46%) física, psicológica y sexual no hubo diferencias entre ambos grupos (cuadro 1). La discriminación y la violencia son las problemáticas estructurales que continúan determinando las condiciones de vulnerabilidad social en salud para este grupo de la población. Para el ámbito

de la salud sexual y reproductiva, es prioritario el abordaje de la violencia sexual, ya que este tipo de agresión se configura como un grave problema de derechos humanos y salud pública que incrementa el riesgo al VIH/ITS.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO, SEGÚN NACIONALIDAD			
Observaciones %	Mexicanas	Extranjeras	Prueba de diferencia de medias o % Valor p
	95	196	
	32.7	67.3	
	Media o % [IC95%]		
Características sociodemográficas			
Edad (años)	30.0 [28.4;31.6]	28.2 [27.2;29.1]	0.04
Escolaridad (años)	5.01 [4.20;5.82]	4.01 [3.50;4.51]	0.03
Estado civil			
Casada/unión libre	32.6 [23.0;42.2]	28.1 [21.7;34.4]	0.43
Separada/divorciada/viuda	28.4 [19.2;37.7]	16.3 [11.1;21.5]	0.023
Soltera	38.9 [29.0;48.9]	55.6 [48.6;62.6]	0.01
Nº de hijos			
0	27.4 [18.2;36.5]	29.1 [22.7;35.5]	0.76
1	17.9 [10.0;25.7]	24.5 [18.4;30.6]	0.21
2	18.9 [10.9;27.0]	24.5 [18.4;30.6]	0.29
≥3	35.8 [26.0;45.6]	21.9 [16.1;27.8]	0.01
Años de edad cuando tuvo a su primer hijo	17.3 [16.6;18.1]	17.9 [17.4;18.4]	0.17
Hijos dependen económicamente de usted	87.0 [78.8;95.1]	92.8 [88.5;97.2]	0.20
Antecedentes de aborto(s)	23.2 [13.0;33.4]	28.1 [20.5;35.6]	0.63

Características del trabajo sexual			
Cuenta con tarjeta de control sanitario	41.1 [31.0;51.1]	61.7 [54.9;68.6]	0.00
Lugar de trabajo: Calle (vs. establecimiento)	53.7 [43.5;63.9]	50.5 [43.4;57.6]	0.61
Meses en su centro de trabajo actual	23.6 [18.2;29.1]	12.0 [8.94;15.1]	0.00
Edad de inicio en el trabajo sexual	25.9 [24.6;27.3]	23.8 [22.9;24.6]	0.01
Años dedicados a trabajo sexual	4.12 [3.14;5.10]	4.42 [3.68;5.17]	0.63
N° de clientes en los últimos 15 días	28.1 [19.4;36.7]	33.0 [25.0;40.9]	0.45
Discriminación y violencia			
Ha sido discriminada por su actividad laboral	22.1 [13.6;30.6]	25.5 [19.4;31.7]	0.53
Ha sufrido algún tipo de violencia	46.3 [36.1;56.5]	46.4 [39.4;53.5]	0.99

Uso de servicios de salud para la prevención de VIH/ITS

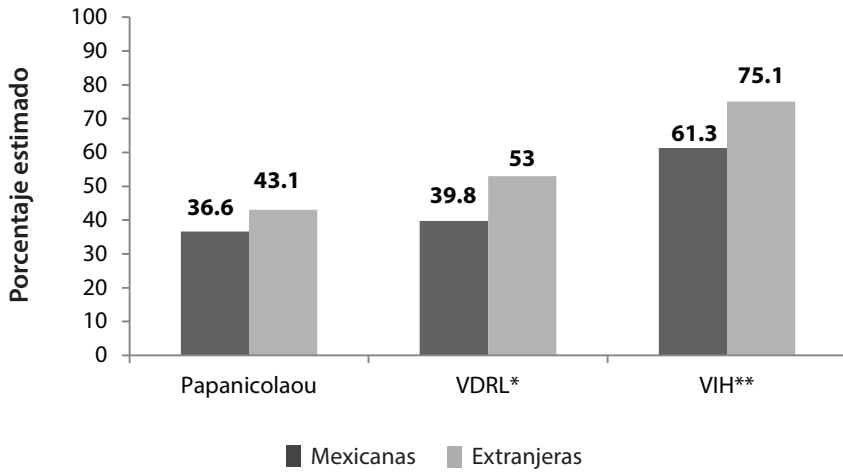
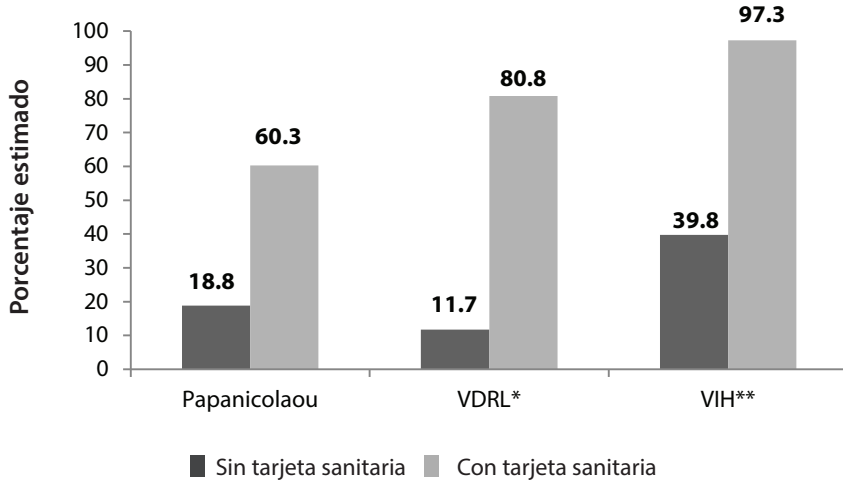
El 53.6% de las trabajadoras tuvo acceso a servicios de revisión ginecológica en los últimos tres meses. Las características de las mujeres con mayor acceso fueron: aquéllas que estaban inscritas en el Programa de Regulación Sanitaria, que laboran en establecimientos, con mayor número de años en trabajo sexual y mayor número de clientes en los últimos 15 días. La variable de mayor peso fue contar con tarjeta sanitaria: 86.5% de las mujeres que tuvieron acceso a revisión ginecológica en los últimos tres meses, cuentan con tarjeta del Programa de Regulación Sanitaria (cuadro 2). El acceso

a servicios ginecológicos incrementa la posibilidad de tener acceso a pruebas de Papanicolaou (prueba para neoplasia cérvico-uterina), VDRL (Prueba para sífilis) y prueba rápida de VIH. Fue mayor la cobertura entre extranjeras que mexicanas (figura 1).

CUADRO 2. TRABAJADORAS SEXUALES EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO SEGÚN EL REPORTE DE USO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA			
N %	Usuaris	No usuarias	Prueba de diferencia de medias o % Valor p
	156	135	
	53.6	46.4	
Media o % [IC95%]			
Características del trabajo sexual			
Cuenta con tarjeta de control sanitario	86.5 [81.1;92.0]	18.5 [11.9;25.2]	0.00
Lugar de trabajo: Calle (vs. establecimiento)	30.8 [23.4;38.1]	75.6 [68.2;82.9]	0.00
Meses en su centro de trabajo actual	16.6 [12.3;21.0]	14.9 [11.5;18.2]	0.53
Edad de inicio en el trabajo sexual	23.9 [22.9;24.9]	25.1 [24.0;26.2]	0.12
Años dedicados a trabajo sexual	5.14 [4.18;6.10]	3.38 [2.77;3.98]	0.0
Nº de clientes en los últimos 15 días	42.0 [31.1;53.0]	19.0 [17.1;20.9]	0.0

FIGURA. 1

Cobertura de exámenes de Papanicolaou, VDRL y VIH en trabajadoras sexuales de la frontera sur de México, según nacionalidad y acceso a tarjeta sanitaria



** $p < 0.1$; ** $p < 0.05$

Con el propósito de identificar los factores asociados al acceso a servicios ginecológicos (revisión clínica en los últimos tres meses) se probó un modelo de regresión logística en el que se incluyeron características sociodemográficas y del trabajo sexual que mostraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis bi-variados. En el modelo multivariado se observa que las trabajadoras sexuales que cuentan con registro en el Programa de Regulación Sanitaria y tarjeta sanitaria presentan 24.6 veces mayor posibilidad de utilizar servicios de atención ginecológica, independientemente de su condición sociodemográfica, migratoria y laboral (cuadro 3).

CUADRO 3. FACTORES ASOCIADOS AL USO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA POR MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO			
	Razón de momios ajustada	$p > z $	IC95% robusto
Características sociodemográficas			
Edad (años)	0.95	0.20	[0.89;1.03]
Escolaridad (años)	1.04	0.34	[0.95;1.14]
Extranjera (Ref.: Mexicana)	0.48	0.09	[0.20;1.11]
Estado civil (Ref.: Casada/ unión libre)			
Separada/divorciada/viuda	0.64	0.37	[0.24;1.69]
Soltera	1.44	0.47	[0.54;3.84]
N° de hijos (Ref.: Cero)			

1	2.28	0.06	[0.95;5.45]
2	4.33	0.02	[1.33;14.1]
≥3	6.57	0.00	[2.20;19.6]
Características del trabajo sexual			
Cuenta con tarjeta de control sanitario	24.6	0.00	[10.6;56.9]
Lugar de trabajo: Calle (Ref.:	0.50	0.08	[0.23;1.07]
Años dedicados a trabajo sexual	1.03	0.45	[0.96;1.11]
N° de clientes en los últimos 15 días	1.01	0.04	[1.00;1.02]
Antecedentes de violencia	1.14	0.70	[0.58;2.24]
Observaciones			
AIC			291
McFadden's R2			0.44
Hosmer-Lemeshow			10.5
Prob > chi2			0.23

Discusión

Chiapas es una de las 24 entidades federativas de México que han admitido un modelo reglamentarista del trabajo sexual; implementado a través de los Programas de Regulación Sanitaria, los cuales se enfocan en acciones de detección del VIH/ITS para las trabajadoras sexuales (MTS) mexicanas y centroamericanas; y sólo en algunos casos, brindan atención y tratamiento de estas infecciones.

Las mujeres que obtienen un resultado reactivo en las pruebas de VIH son referidas a los servicios de la Secretaría de Salud; y aquellas que se les diagnostica alguna ITS reciben prescripción médica, y los medicamentos deben ser adquiridos de forma directa en farmacias privadas.

Los resultados del presente análisis muestran las condiciones diferenciales de acceso a servicios de salud que presentan las MTS que trabajan de manera “regulada” (con tarjeta sanitaria) vs “no regulada” (sin tarjeta sanitaria). Esta primera segmentación se produce a partir del control sanitario ejercido por las autoridades gubernamentales locales (municipales) a través del área de salud. Sin embargo, aún desde la perspectiva sanitarista, la implementación del modelo reglamentarista que avala el control sanitario recaudatorio presenta importantes limitaciones. Particularmente, se ha cuestionado que en estos modelos subyace una concepción estigmatizadora de las trabajadoras sexuales y que las sitúa como un “grupo de riesgo” para la transmisión de ITS/VIH; se trata de formas de respuesta social que han asignado mayor importancia al “riesgo” que corre la población general en detrimento de los derechos de las trabajadoras sexuales (Uribe & Hernández, 2000; Allen *et al.*, 2003).

Los modelos de atención a la salud basados en el enfoque reglamentarista del trabajo sexual, también han sido cuestionados por los movimientos de mujeres y grupos defensores de los derechos humanos (Lamas, 2014; Ponce, 2008). Estos actores sociales han buscado eliminar las medidas de regulación sanitaria del trabajo sexual, ya que frecuentemente transgreden el respecto a la voluntariedad y confidencialidad en la aplicación de pruebas de VIH, y poco contribuyen en la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Al respecto, el Informe del año 2014 del Observatorio Laboral del Trabajo Sexual en México (Lamas, 2015) muestra

que ha sido creciente la oposición de un número cada vez mayor de trabajadoras sexuales que se manifiesta contra reglamentos de salud que avalan el control sanitario recaudatorio por su carácter discriminatorio y por el costo de los servicios.

Si bien, de manera formal los resultados de este estudio muestran que estos programas pueden tener alguna ventaja en la promoción de la salud de las mujeres y manejo de riesgos específicos, aún no queda claro que el procedimiento tenga como fin último brindar servicios dignos y de calidad para la mejora de la salud de la mujer y la prevención de los riesgos laborales y de sus posibles consecuencias en la salud.

En el caso de la frontera sur, las acciones de los programas de control sanitario en el mejor de los casos se han centrado en el control y diagnóstico de las ITS/VIH, restando importancia a la promoción de derechos y la atención de otras necesidades de salud reproductiva de las mujeres. En este marco, los servicios de salud municipal han dejado de lado la promoción de otros derechos sexuales y reproductivos (DSR), particularmente, el derecho que tienen las mujeres a regular su fecundidad de forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a prevenir y atender problemáticas que ponen en riesgo su salud e integridad personal (particularmente la grave problemática de la violencia), así como a tener acceso y demandar servicios de calidad y oportunidad.

Se encuentra ampliamente documentado que los distintos posicionamientos sociopolíticos y legales en torno al trabajo sexual (reglamentarismo, abolicionismo, prohibicionismo y los abordajes laboristas) tienen implicaciones importantes en la salud pública en general, y en la implementación de estrategias efectivas de prevención y control del VIH en particular (Yañez *et al.*, 2011). Dado que en esta región fronteriza se ha documentado que las

formas de inserción laboral en espacios del trabajo sexual “regulado” y “no regulado” influye en el acceso a los servicios de salud, es necesario dar continuidad al debate en torno a las condiciones de la regulación, y particularmente considerar el desarrollo de políticas y procesos jurídico-legales orientados a regular la organización, funcionamiento y coordinación de los servicios municipales de salud que corresponden a la oficina implementadora del Programa de Control Sanitario, con el fin de asegurar la provisión de servicios de calidad, en un marco de respeto de los derechos humanos de un grupo de población en alta vulnerabilidad social.

Referencias

- ALLEN, B., CRUZ-VALDEZ, A., RIVERA-RIVERA, L., CASTRO, R., ARANA-GARCÍA, M., & HERNÁNDEZ-AVILA, M. (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, S595-S607.
- ARIZA, M. (2004). “Obreras, sirvientas y prostitutas. Globalización, familia y mercados de trabajo en República Dominicana”. *Estudios Sociológicos*, 123-149.
- BRONFMAN M, GARCÍA, M., N., D., LEYVA, R., & NEGRONI, R. (2004). *Movilidad poblacional y VIH/Sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*.
- CARVALHO J.R. PAIVA V., FRANCA I. (2006), “Vulnerabilidad, Derechos humanos, y amplias necesidades de salud de los jóvenes que viven con el VIH/Sida”. En *Rev. Am J Public Health*, Junio; 96(6). 1001-1006
- DRESER, A., CABALLERO, M., LEYVA, R., BRONFMAN, M. (2002). “La vulnerabilidad ante el VIH/Sida de las Trabajadoras Sexuales migrantes en Centroamérica y México”. *Health HIV and sex work: the influence of migration mobility. Research for Sex Work*, 5, 15-16.

- ECUADOR, R. D. T. S. D. (2010). *Dinámica del trabajo sexual en la provincia de Esmeraldas, Ecuador*. Retrieved from <http://www.redtralsex.org/spip.php?rubrique40>
- FERNÁNDEZ-CASANUEVA, C. (2009). "Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-Guatemala". *Papeles de Población*, 15(59), 172-192.
- HERNÁNDEZ, D. E. A. (2004). "Chetumal". *Movilidad poblacional y VIH/Sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*.
- KAUFFER E. F. (2012). "Entre vulnerabilidad, reproducción de la subordinación y cambios alentadores: género y migración en tres flujos de la frontera sur de México". Tuñón, E., y Rojas M., (coord.) *Género y Migración*: 425-454.
- LAMAS, M. (2014). "¿Prostitución, trata o trabajo?" *Nexos*, XXXVI, 441, 54-55.
- LAMAS, M. (2015). "Encuentro de trabajadoras/es sexuales". Retrieved from Proceso website: <http://www.proceso.com.mx/411978>
- LEYVA-FLORES, R., QUINTINO-PÉREZ, F., FIGUEROA-LARA, A., CUADRA, M., SMITH, D., & GARCÍA, C. (2013). "Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica". *Salud Pública de México*, 55, S31-S38.
- LEYVA, R., GUERRA, G., & GARCÍA, R. (2011). *Fronteras y salud en América Latina: migración, VIH-Sida, violencia sexual y salud sexual y reproductiva: México*, UNFPA.
- LEYVA R., CABALLERO M. (2009), *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca.
- ORELLANA, E., CABALLERO, M., DRESER, A. (2004). "Corredor Inter-fronterizo Santa Ana-Jutiapa". Bronfman M., Leyva R., y Negroni M. *Movilidad poblacional y VIH/Sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP: 117-146.
- PONCE JIMÉNEZ, M. (2008). *L@s guerrer@s de la noche: lo difícil de la vida fácil: diagnóstico sobre las dimensiones sociales del trabajo sexual en el estado de Veracruz*. Porrúa-Instituto Veracruzano de Cultura-Universidad Veracruzana-Secretaría de Educación de Veracruz.

- QUINTINO, F. (2012). "Migración y acceso a servicios de salud: un estudio de caso con migrantes que viven con VIH/Sida en la frontera sur de México". Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México. Retrieved from <http://umys.insp.mx/docs/publicaciones/TESIS%20MIGRACION%20Y%20ACCESO%20A%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20FQP.pdf>
- QUINTINO, F., LEYVA, R., CHONG, F., LÓPEZ, R., GÓMEZ, N., & ALCALÁ, P. (2011). Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: Vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*, México: Instituto Nacional de Salud Pública/UNFPA: 107-126.
- RUIZ, M. (2008). Migración transfronteriza y comercio sexual en Ecuador: condiciones de trabajo y las percepciones de las mujeres migrantes. *América Latina migrante: Estado, familia, identidades*. Quito: FLACSO, Ministerio de Culturas del Ecuador.
- STRATHDEE, S., LOZADA, R., MARTINEZ, G., VERA, A., RUSCH, M., NGUYEN, L., . . . PATTERSON, T. (2011). "Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico-US border region". *PloS one*, 6(4), e19048.
- TRABAJO, O. I. T. (1998). "La industria del sexo: los incentivos económicos y la penuria alimentan el crecimiento", 10-14. Retrieved from *La Industria del sexo: los Incentivos económicos y la penuria alimenta el crecimiento*. website: <https://international.vlex.com/vid/sexo-incentivos-economicos-penuria-alimentan-119536>
- URIBE ZÚÑIGA, P., & HERNÁNDEZ TEPICHÍN, G. (2000). "Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la ciudad de México". *Papeles de población*, 6(23), 203-219.
- VILLA, B. (2004). "Ciudad Hidalgo, Chiapas". *Movilidad poblacional y VIH/Sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*.
- VILLALOBOS, B. L., CHAMIZO, G., PIEDRA, G., MORA, S. (2004). "La Cruz-Peñas Blancas Guanacaste". Bronfman M., Leyva R., y Negróni M. *Movilidad poblacional y VIH/Sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP: 81-116.

- WOLFFERS, I. (2002). "Health HIV and sex work: the influence of migration mobility". *Research for Sex Work*, 5, 1-2.
- YÁÑEZ R.M., INFANTE C., LEYVA R., QUINTINO F., (2011). "La reforma del reglamento municipal de sanidad en la frontera sur: trabajo sexual y exigibilidad del derecho a la salud y no a la discriminación". Leyva R., y Quintino F., *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. INSP:127-142.

DE LA REPRESENTACIÓN A LA CORPOSUBJETIVACIÓN.

La configuración de lo transgénero en la Ciudad de México⁴⁷

Alba Pons Rabasa⁴⁸

Hablar de lo transgénero requiere de un cuidado epistemológico en una doble dirección, la primera tiene que ver con el riesgo de re alterizar lo trans* desde una relación problemática con la representación que generamos, es decir, seguir representado lo trans*⁴⁹ como lo extraño, lo desviado, lo patológico y/o lo anormal, y la segunda, la violencia epistémica que supone hablar de trans* cuando alguien no se ha nombrado, identificado o entendido a sí mismo como trans*.

La pregunta fundamental que guía la investigación en la que se enmarca este artículo no tiene que ver con lo trans* en sí mismo, ni siquiera como identidad, tiene que ver con el género y con los procesos de corposubjetivación⁵⁰: ¿cómo nos encarnamos en sujetos de género?

⁴⁷ Este artículo es traducción del inglés (2016) "From representation to corposubjetivation: the configuration of transgender in México City", *Transgender Studies Quarterly*, Translating Transgender, vol. 3 (3-4): 388-411. EEUU:Duke Press.

⁴⁸ Investigadora Posdoctoral del Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la UNAM (CIEG UNAM).

⁴⁹ Siguiendo a Mauro Cabral utilizaré el asterisco junto a la categoría trans para matizar que nos estamos refiriendo a una multiplicidad de formas de ser trans que están cultural y geopolíticamente situadas y que no tienen por qué ajustarse a definiciones universalistas. (Cabral, 2009).

⁵⁰ Entiendo los procesos de corposubjetivación como aquellos mediante los cuales el sujeto se encarna como tal y en los que las representaciones sociales en torno al gé-

Lo trans –entendido ya no tanto como identidad sino en el sentido más literal de “ir más allá de” la identidad, del género, de lo normal, al fin y al cabo–, pone en evidencia la arbitrariedad de la propia normalidad cultural, corporal y subjetiva; así como la naturalidad y la originalidad de la misma. A su vez, nos permite observar de una forma clara el género como norma, pero también el género como extravío, el género como representación y el género como experiencia.

Adoptar la categoría y definición de lo transgénero proveniente de la medicina, o incluso la que se propone desde el movimiento transgénero de EEUU, sería imponer una representación que no se corresponde a lo observado y experimentado en mi trabajo de campo. A su vez, hablar de lo trans* como algo coherente, homogéneo, estático, que se sale de la norma, o incluso, que la transgrede, es simplificarlo y re alterizarlo.

Así, lo que guiará la interrogación del presente artículo tiene que ver con una búsqueda “local” de lo trans*, entendido no en su sentido territorial sino como un “lugar” en términos del antropólogo colombiano Arturo Escobar: como creación histórica, que debe ser explicado, no asumido, y que esta explicación debe tomar en cuenta las maneras en las que la circulación global del capital, el conocimiento y los medios configuran la experiencia de la localidad (2000: 2). El trabajo de campo y las investigaciones históricas y sociales realizadas en el presente contexto me permitirán rastrear lo trans* “local” en términos complejos que rescaten también las paradojas sobre las cuales se fundamenta,

nero, la sexualidad, la racialidad y la clase social participan performativamente de forma compleja, particular y constante. Ver Pons Rabasa, 2016.

para arrojar luz sobre la pregunta principal de mi investigación, presentada párrafos atrás.

La emergencia de lo transgénero en la Ciudad de México

Uno de los grupos pioneros en la Ciudad de México en poner en el terreno de lo político actitudes, prácticas y/o identidades no heterosexuales y disidentes de las categorías de mujer y hombre de la cultura de género hegemónica y nombrarlas como transgénero fue “Eón Inteligencia Transgénérica”, a mediados de los años 90. No eran las únicas que se reunían pero sí las primeras en nombrarse así, en apropiarse de esta categoría y redefinirla.

En la Ciudad de México es en el año 96 que se comienza a politizar la identidad transgénero, entendiendo politización en los términos que lo plantea la socióloga ecuatoriana Sofía Argüello:

[...] como la forma en que los aspectos de la vida social son llevados hacia el campo de la política. [...] comprendida en la arena de la acción colectiva, específicamente, en lo que se conoce como los marcos de sentido de la acción colectiva e incluye a: a) la evaluación/definición de una situación como justa o injusta y susceptible de ser alterada o preservada (estructuras de oportunidades políticas, marcos de injusticia), b) la constitución de un actor portador de demandas, en base a una identificación, así como de intereses compartidos (actores colectivos, organizaciones) y c) la definición de estrategias de acción (repertorios de acción colectiva) (Argüello, 2013: 12).

Antes de ese momento e incluso en paralelo han existido otros grupos que se nombran e identifican desde otras categorías y términos.

A finales de la década de los 70 se conoce la existencia de las Mariposas Rojas, las Mariposas Negras dentro del Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR) (Argüello, 2013: 79). Además la socióloga mexicana Ana Paulina Gutiérrez nombra para esa misma década al grupo Xóchitl, del que solamente conoce el nombre (2015: 92); pero de quien Yesenia Martínez Maldonado amplía la información hablando de su fundador, Gustavo Xochilteotzin, homosexual y travestido visible desde 1956, y de la actividad a la que se dedicó: “organizaba fiestas en las que se coronaba a reinas travestis” (2014: 73).

Durante los 70 y los 80 las vestidas que se autoconsideraban como homosexuales, no mujeres, fueron asociadas al trabajo sexual y al espectáculo, constituyéndose así como la abyección del recién emergido proceso de normalización de lo homosexual. Según la historiadora mexicana Yesenia Martínez, predominó un tratamiento represivo por parte de la policía hacia los que se vestían de mujer, a los que ella nombra como trans, y un tratamiento vejatorio por parte de la prensa que los nombraba como “lilos”, “mujercitos” y “tercer sexo” (2014: 87).

En los primeros años de los 90, en un contexto donde ya se estaban haciendo visibles las luchas por la ciudadanía sexual en Latinoamérica (cfr. Lind y Argüello, 2009), Transmodel, Quilotzin y G.A.L.E, grupos de los cuales no se tiene más información que los nombres y algunas de las actividades que hacían; se nombraban como vestidas, travestidas o jotas (cfr. Gutiérrez, 2015: 91-92), y se identificaban dentro de la categoría homosexual.

Crisálida Travestis Heterosexuales fue un grupo contemporáneo a Eón, pero lejos de estar politizando algún tipo de identidad, era un grupo de autoayuda dirigido por el psicólogo Víctor Velasco. A pesar de esto, como relata Gutiérrez, supuso un estandarte en la conformación de redes más fuertes y duraderas entre las personas travestidas (2015: 92).

Este panorama de grupos politizados bien bajo la nomenclatura de lo homosexual, bien de lo travesti heterosexual, que llevaban a cabo actividades políticas (Mariposas Rosas y Mariposas Negras), de apoyo mutuo (Crisálida) o lúdicas (Xóchitl, Transmodel y G.A.L.E) conformó las condiciones de posibilidad para la emergencia de Eón y con éste, de lo transgénero como categoría identitaria y política.

Otros factores fundamentales para abonar la arena social sobre la cual esto sería posible fueron la institucionalización de los derechos humanos a través de la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en el año 92; las primeras elecciones para elegir democráticamente al nuevo Jefe de Gobierno y a los representantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en las cuales salió victoriosa la izquierda mexicana representada por el Partido de la Revolución Democrática en el año 1997 (cfr. Gutiérrez, 2015: 77); la emergencia de las ONG's como nueva forma asociativa civil y la creación de redes internacionales como la división latinoamericana de la International Lesbian and Gay Association (ILGA-LAC) en el año 95-96 (cfr. Martínez, 2014: 122).

Como relatan sus fundadores y fundadoras, eran un grupo heterogéneo donde algunas eran simplemente “vestidas de clóset” y otras deseaban modificar su cuerpo y vivir cotidianamente en el género opuesto al registral; unas se dedicaban al trabajo sexual, otras eran profesionistas y una de ellas estaba en la Facultad de

Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) investigando el tema trans*.

Uno de los grandes interrogantes que las unía, era el relativo a la definición de sí mismas, y en su búsqueda de definiciones con las que poder narrarse empezaron a apropiarse y definir el término transgénero. Lo escucharon por primera vez de la boca de Tito Vasconcelos que, a su vez, lo había escuchado en EEUU, en un congreso –y lo intentaron resignificar a partir de la búsqueda de bibliografía al respecto en el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), porque un año antes una de las “eonitas” había sido diagnosticada por su sexólogo de esta institución como transgénero. Asimismo encontraron referentes en el incipiente internet (cfr. Gutiérrez, 2015: 288), de dónde consiguieron algunas copias de textos provenientes del activismo y la página web de la Tri-Ess, asociación estadounidense de heterosexual *crossdressers* que hasta el 2009 tuvo activa su página web.

Fueron fundamentales los recursos de ciertas personas que en ese momento formaron parte de Eón. Entre ellas Anxélica Risco relata que Alejandra Carrillo era ingeniera en sistemas y tenía acceso a internet; así como acceso a la biblioteca del IMESEX porque era usuaria del instituto. Alejandra Zúñiga estaba estudiando Psicología en la UNAM. Las tres comprendían el inglés. Esto posibilitó la traducción de materiales provenientes de EEUU para que las compañeras pudieran entenderlos y utilizarlos como recursos en los que se apoyaron las reflexiones colectivas para resignificar lo transgénero.

Otro referente que relata Anxélica es el libro que consiguió en una librería de segunda mano de la ciudad, “Confesiones secretas de un bisexual anarco” del escritor español Victor Zalbidea. La metáfora que inventaron para significarse partía de la idea de que

había dos países, “país hombre” y “país mujer”. Anxélica relata como a partir de esta metáfora inventada por Alejandra Zúñiga:

Yo me enfoqué en tratar de graficar la “barrera de los géneros” y me enfoqué en indagar más desde mi empirismo en esa frontera. ¿Cómo la definiríamos tridimensionalmente?, ¿cómo se cruzaba o la cruzaban? Y brincó la idea de que en la mitad de esa frontera había un campamento como de refugiados, de prófugos de uno u otro país habitando ese espacio liminal. Influyeron en todo eso lecturas de un libro que se llama “*Anarco*” *confesiones de un bisexual* –que estaba mal traducido y el anarco venía de los nombre Ana y Marco del protagonista– que postulaba “si yo actuó en un papel te obligo a actuar/representar el complementario”.

En 1999 así lo definió Anxélica Risco en la editorial del número uno del fanzine al que titularon “TransG”:

[...] una forma de vida, de expresiones, es una actitud que se rebela contra los estereotipos sociales de hombre o mujer, cuestionando su rigidez, su imposición, validez y las formas en que se levantan las murallas que sostienen el sistema bipolar masculino/femenino –dicen los que se autoproclaman normales: dos y solo dos géneros– pero SIEMPRE habrá un tercero oculto... un tercero que subvierte todo el sistema... ser transgénérico no termina cuando te pintas los labios, es el principio de tu propia liberación y realización como ser humano”.

Eran las primeras en hablar de transgénero en el contexto de la Ciudad de México, las primeras en utilizar esta palabra para autodenominarse en los medios de comunicación, en el programa de Tito

Vasconcelos “Medianoche en Babilonia” desde el cual lanzaron la convocatoria para la primera reunión en el Parque Hundido. Eran las primeras en pensarse no solamente como “vestidas”, “jotas”, “invertidos”, “mujercitos”, etc.; estaban configurando una nueva identidad política, esa que más adelante les sirvió para luchar por la reforma del código civil que les permitiría el cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales, esa que a su vez iría variando en forma y significado.

Pero este proceso de construcción de una identidad política que pretendían flexible, fluida, huidiza, englobadora, transgresora, al fin y al cabo, no estaba exento de los cambios simbólicos promovidos por el capitalismo tardío y difundidos por la globalización (Lamas, 2012: 15). De hecho, no es desatinado afirmar que estos suponen parte de las condiciones de posibilidad para su emergencia.

La medicalización de la transexualidad era un proceso que había comenzado en los EEUU desde los años 50, se institucionalizó y se internacionalizó a una velocidad sorprendente gracias a los medios de comunicación y la inversión en investigación académica y tecnológica. Más tarde, a partir de los 70 con Virginia Prince, emergían las primeras voces de un activismo transgénero estadounidense que la cuestionaba. Para los años 90, no solamente existía tratamiento médico para la transexualidad, sino que además se consideraba una patología tanto en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) como en el *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de Salud (OMS); pero también se había popularizado el término *transgender* tanto en el activismo, como en la academia y en la medicina (cfr. Stryker y Whittle, 2006).

La historia particular del desarrollo de estos fenómenos de medicalización, mediatización y patologización en EEUU, la proximidad geográfica entre México y EEUU, así como la circulación de personas y flujo de información entre los dos países generó las condiciones de posibilidad para la emergencia de lo transgénero en México. Pero no sólo eso, sino también un sustrato de experiencias, vivencias y luchas de lo que se iba configurando como el movimiento LGTB y el movimiento feminista, que habían abierto una brecha de visibilidad en la arena política local.

Todas estas cuestiones han sido fundamentales para la emergencia de lo transgénero como categoría identitaria y política en la ciudad, así como para comprender las transformaciones que ha ido sufriendo el concepto.

La alianza entre el activismo transgénero y la sexología

En la Ciudad de México, rápidamente Eón Inteligencia Transgénerica estaba en boca tanto de organizaciones y colectivos *gays* y *lésbicos* que las invitaban a dar ponencias, como de sexólogos interesados en esa articulación política de las hasta ahora “vestidas”.

Sería en 1998 que se daría el primer encuentro entre el activismo y la sexología local en un espacio de diálogo de la sociedad civil donde organizaciones de ambos campos fueron invitadas a presentar su trabajo. De ahí se generó una suerte de interés mutuo que se materializaría en el intercambio de información así como en la participación activa en espacios generados de los dos lados.

Estos encuentros y diálogos así como el tráfico de ideas provenientes de EEUU a través de la sexología e internet, teñirían de narrativas biomédicas la redefinición que Eón construyó como

herramienta política, creando una especie de categoría híbrida. El activismo del grupo, fue cambiando de forma, así como también lo hizo la categoría que utilizaban.

Fue clave entonces en esta transformación de las primeras definiciones de lo transgénero provenientes del activismo –que lo concebían como un paraguas identitario que abarcaba la pluralidad de transgresiones corporales, subjetivas y relacionales en torno al género– la irrupción de los saberes psiquiátricos y médicos. La narrativa biomédica convirtió lo transgénero en una categoría más dentro de los trastornos de la identidad de género, junto con la transexualidad y el travestismo.

Martínez Maldonado (2014) ubica también en el año 1998 este desplazamiento discursivo en el campo de lo político, dos años después del nacimiento de Eón, cuando se aborda por primera vez públicamente la transexualidad y su problemática legal asentándose así las bases de la reivindicación del reconocimiento legal por parte del Estado de la identidad transgénero y transexual. La perspectiva ofrecida en esta manifestación pública de alguna forma deja entrever la línea de reivindicación que se iría forjando alrededor de la cuestión de la identidad transgénero y transexual dirigida al reconocimiento legal donde ya el discurso sexológico se leía entrelíneas.

En esta línea se tornaría fundamental el uso estratégico de los derechos humanos y el saber médico, que de alguna manera desplazaría lo que Foucault nombró como los saberes sometidos, aquellos que podemos entender como las interpretaciones de su propia condición que hacen los sujetos y configuran un saber proveniente de la gente, de la experiencia cotidiana, un saber situado, micro, ajeno a las lógicas de pensamiento científico (Foucault, 2000 citado en Escobar, 2011: 32), aunque, en este caso, añadiría yo, influenciado por ellas.

La recuperación del saber médico y psiquiátrico por parte de los y las activistas transgénero les permitió erigirse como interlocutores ante el Estado, avalados por la institución médica, e iniciar una lucha por la consecución de sus derechos, al igual que lo estaban haciendo otros grupos minorizados socialmente como la población homosexual o la indígena. Lo transgénero ya no se disputaba sólo en el terreno de la disidencia sino que buscaba su reconocimiento legal ante un Estado de Derecho que obviamente para reconocerlo necesitaba saberes legitimados, que, no casualmente, son saberes que regulan la vida social y producen subjetividad y corporalidad en tanto ejercen un poder productivo: el definido por Foucault como biopoder.

Un año después, en 1999, Eón Inteligencia Transgénica establece una alianza con el IMESEX que durará hasta el 2008 aproximadamente, con el que empezarán a organizar las jornadas Días de Transgénero, primeros encuentros en los que académicos, activistas, personas de a pie, sexólogos y abogados, se daban cita para poner a discusión todos los temas relacionados con esta cuestión emergente.

El reconocimiento legal de la identidad de género: Derechos humanos y patologización

Observamos como en estos primeros momentos de la emergencia del activismo transgénero en la Ciudad de México y a partir de la particular alianza entre sexólogos y activistas, se sentarían las bases de una dupla que difícilmente se separaría ya a lo largo de los años y que influiría en la definición social de lo trans* que se estaba construyendo: sexología y activismo.

Eón Inteligencia Transgénérica se mantendría como colectivo activo hasta el 2001 aproximadamente para más tarde realizar actividades puntuales, muchas a demanda específica de otras organizaciones. Muchas de estas demandas permitieron que la alianza con los sexólogos continuara. Mientras tanto Anxélica Risco en concreto se dedicaba a otro tipo de activismo con grupos abiertamente transgénero dentro del rock, las *Queen Ass* y más tarde, *Neurotika*.

En el 2008 algunas de las participantes de Eón se reúnen de nuevo y cambian su nombre a Integración Transgénérica, para entrar a formar parte de la Red de Trabajo Trans.

Esta conjugación de actores y de significados nos ayuda a comprender el papel que jugaron estos especialistas médicos en el proceso político de reforma del código civil y de procedimientos civiles para la consecución de juicios de concordancia sexo-génerica –concluído en el 2008 pero que llevaba en marcha desde el 2006– con la presentación de nueve iniciativas de reforma legislativa, algunas federales y las otras locales (cfr. Carrillo, 2008).

En dicho proceso participaron Nación Humana Trans, Tv México, Crisálida, Gen T, y otros colectivos así como organizaciones LGTB y de derechos humanos reunidos en el Frente Ciudadano Pro Derechos Humanos de Transexuales y Transgéneros, que en el 2007, y con miras a las negociaciones con los partidos políticos ya solamente en el ámbito local, se nombraría como Red de Trabajo Trans, en la que entraría a formar parte también la recién renombrada Integración Transgénérica.

Esta nueva coalición ya incluiría a la comunidad de especialistas de salud –IMESEX, Caleidoscopia, Grupo Interdisciplinario de Sexología, Grupo Interdisciplinario para la Educación Sexual– a abogados litigantes –Transexualegal, AJISAC y Agenda LGTB– y a

dos especialistas de las ciencias sociales: Erica Sandoval y Rodolfo Alcaraz (Carrillo, 2008: 53-61). La consolidación de esta alianza se evidencia además a partir de la autoidentificación de los sexólogos como activistas, tema que he podido corroborar tanto en mi trabajo de campo como en los fragmentos de entrevistas a David Barrios y a otros sexólogos importantes en el contexto mexicano que Carrillo (2008) y Lamas (2012) presentan en sus respectivas investigaciones.

El papel de los sexólogos fue clave para incluir en la reforma al Código Civil y de procedimientos civiles aprobada en el 2008 la obligatoriedad de presentar dictámenes de peritos especializados en el tema, que serían realizados por médicos y sexólogos autorizados, privados, ya que la ley fue aprobada con un vacío legal en relación con la atención sanitaria. Otro dato fundamental de dicha nueva reforma fue que el proceso requeriría de un juicio, por tanto también, de abogados especializados en el tema y un juez que sería el que tomaría la decisión final.

Como afirma la antropóloga mexicana Erica Sandoval se trata de una construcción de la ciudadanía desde campos de poder históricamente definidos en el mundo occidental (Foucault, 1999, cit en Sandoval, 2011: 26). Insertando el discurso clínico en la reforma legal, éste tomó un lugar central en la definición de los derechos de las personas trans*, implicando con ello que a la vez que se consigue el reconocimiento, se produce la regulación, y viceversa. El reconocimiento jurídico de lo trans, acotado y limitado a las definiciones médicas, subjetiva bajo estas nociones, lo que permite que el propio mecanismo jurídico se convierta en pieza fundamentalmente subjetivante.

El desplazamiento discursivo desde lo transgénero, como herramienta e identificación política, hacia la categorización médica de las identidades –que tiene que ver con la medicalización de la

transgresión de género—, convirtió lo transgénero prácticamente en un estadio por el cual se pasa en los llamados, desde la medicina, procesos de transición a su vez que se nombró como categoría nosológica asociada al trastorno de identidad de género, la disforia y la concordancia sexo-genérica —o lo que se ha instaurado como “la cura”.

Esta narrativa de la concordancia sexo-genérica es la que, en ese momento, ofreció herramientas de inteligibilidad social al emergente movimiento transgénero pero bajo supuestos patologizantes derivados de una visión médica más sutil que la psiquiátrica: la sexológica, que en este contexto se asume como pro derechos humanos, en contra de la patologización, pero que sigue utilizando en su quehacer clínico el diagnóstico y cuyos manuales de atención y tratamiento son los mismos que los que se utilizan en el vecino EEUU, los de la World Professional Association of Transgender Health. Protocolos nacidos del trabajo realizado desde la década de los 50 por Harry Benjamín, desarrolló los primeros criterios diagnósticos y tratamiento para lo que nombró como transexualismo en su famoso artículo *The transsexual phenomenon* del año 1969.

Este episodio relativo a la consecución del reconocimiento legal de lo transgénero en la Ciudad de México, muestra cómo el reconocimiento por parte del Estado y la regulación son dos procesos que están imbricados. Además, la regulación médica y legal de los géneros que supuso esta reforma no se puede pensar solamente en términos de género, sino que también apela a la clase y a la raza. El marco jurídico e institucional resultante de la reforma tornó inaccesible el juicio de concordancia sexo-genérica por el costo económico implicado. La reforma legal no implicó una transformación social sustantiva ya que no se abordó lo trans de forma integral,

considerando la reforma del marco jurídico y la implementación de políticas públicas que tomasen en cuenta los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de las personas trans*.

¿Cómo iba a acceder por ejemplo una trabajadora sexual a la ciudadanía?, ¿y una trans* migrante sin ingresos económicos fijos que viene de algún estado *sexiliada*?, ¿y una joven de clase media a la que su familia ha echado de casa?, ¿qué pasa con los lúmpenes trans*?, ¿no tienen derecho al reconocimiento legal de su identidad?, ¿tienen derecho a la identidad?, ¿tienen identidad?, ¿o solo pueden ser ciudadanos y ciudadanas aquellos y aquellas trans* blancas, heterosexuales y de clase media alta?, ¿quién puede acceder entonces a la normalización?, ¿qué precio tiene esta?

La institucionalización del tratamiento médico en la Ciudad de México

No sería hasta el 2009 que se publicaría en la *Gaceta Oficial de la Asamblea Legislativa del DF* la nueva “Ley General de Salud de la Ciudad de México” que incluiría el acompañamiento terapéutico y hormonal, así como prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre las personas transgénero y transexuales que lo solicitaran. Esta ley fue la que amparó la creación del “Programa Transgénero” de la Clínica Especializada Condesa que, según su directora Andrea González, “busca ser un modelo replicable en todo el sistema de la capital mexicana. En su primera etapa, el programa está enfocado a disminuir daños a la salud, brindar terapias hormonales, psicoterapia, así como prevención, detección y tratamiento de ITS.”

La Clínica Especializada Condesa fue fundada en 1938. A partir del año 2000 esta Clínica se convierte en una clínica espe-

cializada para el tratamiento y seguimiento de personas con VIH/Sida y en el 2009 también empieza a ofrecer servicios de tratamiento a personas transgénero y transexuales.

Esta cuestión ha levantado mucho revuelo entre algunos colectivos activistas trans* que consideran que no tienen por qué ser atendidos en una clínica especializada para tratamiento de VIH, porque no todas ni todos ellos padecen esta enfermedad ni llevan a cabo las llamadas “prácticas de riesgo”. Esta reivindicación nos muestra la necesidad de desvincular lo trans* del trabajo sexual e incluso de la homosexualidad y el uso de drogas, necesidad que tiene que ver con el deseo de normalización.

En los apartados informativos sobre los programas de la Clínica –tanto en su web como en los carteles y folletos físicos– convergen tres discursos de forma contradictoria; derechos humanos –“poblaciones vulnerables” [sic]–, biología, neurociencia –maneja los factores genéticos como explicación de la identidad de género y ubica el hipotálamo como su centro, entre otras cosas –y psiquiatría– se basa en *Standard Of Care for Gender Identity Disorders* (SOC) de la World Professional Association of Transgender Health (WPATH) y los manuales *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta mezcla de referentes teóricos –e incluso políticos– muestra que el marco programático con el que se opera en la Clínica, requiere de revisión con el fin de diseñar una estrategia coordinada y una serie de protocolos que gocen de mayor coherencia interna.

El marco de los derechos humanos desde el cual la Clínica dispone su atención, responde a un contexto más amplio en el cual el movimiento trans* ha apelado a los estándares internacionales

de los derechos humanos como parte estratégica de su lucha. Estas garantías jurídicas, si bien reconocen esta dimensión política, no han logrado consolidarse en el marco jurídico local o en los protocolos de atención sanitaria en tanto el marco institucional existente requiere que se concreten acciones específicas en beneficio de la población trans*.

Si bien la intención puede ser diferente, en tanto los manuales diagnósticos utilizados en la Clínica (DSM-IV y CIE 10) se enmarcan en el saber psiquiátrico dominante, facilitan la patologización de las identidades de género variante, considerándolas como trastornos mentales cuyos criterios diagnósticos apelan a conductas, actitudes y expresiones socioculturales que no responden a las expectativas sociales inherentes a los géneros, es decir, a los ideales regulatorios de género. La patologización de la identidad de género inferioriza al sujeto y le niega la autodeterminación sobre su cuerpo, incurriendo así en la vulneración de los derechos humanos fundamentales. La identidad trans* es considerada por estos manuales internacionales como un trastorno que como tal, debe ser tratado con atención psiquiátrica y reasignación sexual. En esta rígida fragmentación corporal fruto de la tecnología biomédica y del esencialismo que la sustenta, observamos como la mente, deviene inamoviblemente asociada a la interioridad, y el cuerpo se convierte en maleable, controlable, modificable.

Por otro lado, las explicaciones de lo que se nombra como “transexualismo” se fundan en factores genéticos, neurológicos y hormonales cuando en la actualidad sigue sin existir ningún estudio concluyente que demuestre alguna causa biológica que permita explicar el desarrollo de identidades transgénero y transexuales.

La Clínica Especializada Condesa apuesta por un tratamiento no estigmatizante, no discriminatorio y despatologizador de las identidades trans*, o sea, con enfoque de derechos humanos, al tiempo que utiliza un paradigma biologicista y psiquiátrico para explicar y tratar el transgenerismo y la transexualidad. De este modo se arriesga a la reproducción del estigma y la patologización sobre esta población, situación contradictoria con sus derechos humanos, a la vez que institucionalmente regula lo que debe ser o no una persona transgénero o transexual mediante la figura del “permiso” que expide psiquiatría para acceder a endocrinología. Un “permiso” inevitablemente vinculado a la subjetividad de quien lo expide y sus concepciones de género particulares, contingentes, “locales”.

Al mismo tiempo, estos discursos y prácticas médicas fundados en el paradigma biologicista operan como tecnologías de normalización de género basadas en la cultura de género hegemónica. Esta búsqueda de la concordancia sexo-género-deseo pretende estabilizar al sujeto, objetivarlo y hacerlo así inteligible socialmente.

Son discursos, a través de la interpelación de los cuales, los sujetos se constituyen en términos de género, pero ¿qué lugar ocupan en la cultura de género hegemónica los sujetos que se constituyen interpelando estas definiciones? ¿Son estos discursos los que permiten una transformación social que los ubique como sujetos reconocidos, “normales”/normalizados, no abyectos? ¿La interpelación a estos discursos desestabiliza la cultura de género, binaria y excluyente? ¿Qué otros saberes y prácticas pueden conferirle de inteligibilidad al sujeto?

De Eón Inteligencia Transgénérica al grupo de apoyo a personas trans* de la Clínica Especializada Condesa

En el 2011 Xantall Nuhila, Anxélica Risco y Alejandra Zúñiga, tres de las fundadoras de “Eón Inteligencia Transgénérica”, plantearon un proyecto para ofrecer terapia individual y grupal a las personas que lo requirieran. La atención psicoterapéutica que se estaba ofreciendo en la Clínica se cernía únicamente a una evaluación con el objetivo de descartar “otros” trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, la cual constituyó un requisito para autorizar la Terapia de Reemplazo Hormonal, por lo cual las activistas consideraron fundamental abrir un espacio donde se cumpliera el objetivo de acompañar los procesos de las personas que acudían a la Clínica, desde la perspectiva de sus pares.

Este proyecto fue aprobado por la dirección de la Clínica y consistió en la apertura de un espacio de terapia individual cada dos semanas con Xantall, y el grupo de apoyo trans* que ella coordinaría los lunes cada 15 días –y en el que en 2012 yo entraría a realizar trabajo de campo. El grupo, a pesar de estar inserto en una institución de salud pública, no comparte plenamente los presupuestos y paradigmas desde los cuales se ofrece el tratamiento médico, tema fundamental que tiene que ver justamente con la historia de las personas que lo proponen. Para ellas, esta propuesta era una manera de dar continuidad a Eón en un contexto que había cambiado. En este hecho vemos una clara continuidad entre activismos y políticas públicas, donde se da un implicancia mutua y resignificación de ambas líneas.

Xantall Nuihla es una mujer que se define como bisexual, terapeuta sexual, del deseo y del cuerpo. Es la terapeuta del “grupo trans*” de la Clínica Condesa. Es pareja de Anxélica Risco. Ambas participaron en “Eón Inteligencia transgénérica”.

Xantall, como terapeuta del grupo, se coordina con el resto de los especialistas de la Clínica, quienes aceptaron el proyecto con el fin de apoyar la atención psicoterapéutica y ofrecer información sobre las cuestiones trans que, en ocasiones, iban más allá de sus campos de acción profesional. Según los protocolos de la Clínica, cuenta Xantall, los especialistas que trabajan en ella deben centrarse en la atención endocrinológica y psiquiátrica. Los referentes de estos protocolos son los de la WPATH, pues no se ha elaborado por el momento un protocolo propio más allá del que restringe la terapia triádica que proponen estos protocolos estadounidenses a las posibilidades presupuestales de la Clínica.

Para Xantall es muy importante que exista este espacio, sobre todo para combatir el aislamiento de las personas trans*, la soledad y la desinformación. Utiliza mucho la ironía y el cinismo para referirse a los estereotipos, los comportamientos hegemónicos, los roles de género, todo lo referente a la iglesia, la moral, lo transfobo. Pareciera que esté intentando generar un espacio en el que se permitan ciertas rupturas del orden hegemónico. Cuestiona el esencialismo en cuanto a las identidades de género –“nada de lo que tengo en mi biología determinará como soy”–, la estabilidad de las mismas, la homogeneidad, el estigma y habla de los mitos que justifican ese orden. Aunque creo importante resaltar que también recurre al discurso médico y a la ciencia para explicar ciertas cuestiones.

¿Qué significa recurrir a la ciencia para narrar la experiencia identitaria? ¿Cómo se articula esta narración y apelación con la que cuestiona el esencialismo y la estabilidad de la identidad? ¿Es un ejercicio consciente por parte de Xantall este ir y venir entre un posicionamiento que lee la identidad de forma esencialista y otro

que cuestiona justamente este esencialismo? ¿Hay un uso estratégico del discurso científico? ¿Qué les aporta a la terapeuta y a las personas asistentes este uso?

Pareciera que cuando Xantall apela a la ciencia tiene que ver con una necesidad de hacer inteligible su discurso y legitimarlo, pero justamente esta apelación sigue reproduciendo lo que por otro lado ella parece que intenta contrarrestar; la biologización y medicalización de las prácticas trans*.

Si la sexología confiere a las personas con prácticas trans* la posibilidad de ser inteligibles a través de una identidad estable y esencial ¿Cuál es el margen de fuga de los preceptos científicos en la experiencia trans*? ¿Existen otros discursos (relativos a este posicionamiento antiesencialista) que puedan ofrecer inteligibilidad al sujeto con prácticas trans*?

Algunas de las participantes más jóvenes que acuden al espacio asiduamente andan en busca de esta inteligibilidad, en un momento en el que quieren decidir si modifican o no su corporalidad con tratamiento hormonal. Muchos relatos tienen que ver con el “no sé qué soy” que denota una falta de recursos referenciales a los que apelar en la narración de sí mismas. Estas experiencias están atravesadas tanto por esta falta de referentes culturales positivos como por la necesidad de narrarse desde un lugar menos culpígeno, porque el cuestionamiento frontal que están haciendo a la normatividad genérico-sexual, les produce culpa. La tecnología biomédica rebaja la culpa individual asociada al deseo de transgredir la cultura de género hegemónica convirtiéndolo en una necesidad inherente al hecho de haber nacido “en el cuerpo equivocado”. No solamente se busca inteligibilidad hacia una misma sino más bien la inteligibilidad social, si es que podemos separar la una de la otra.

El perfil de las asistentes al grupo es difícilmente homogeneizable, a pesar de existir una identificación que las aúna, lo trans*, lo que nos muestra la brecha existente entre lo que representa y lo que se vive, la experiencia. Las edades oscilan desde los 18 años hasta los 60, personas de distintas procedencias geográficas, estratos sociales y nivel de estudios, chicos y chicas, hombres y mujeres, familias, parejas y hasta amigos y amigas de las personas trans* en busca de información. No faltamos tampoco investigadoras de diferentes universidades.

Algunas de las participantes no comparten ni el momento del proceso de transición en el que se encuentran, ni la forma de vivir la transición en sí misma, así como tampoco los motivos que las llevan a ese espacio, pero sí algunas experiencias cotidianas. Las más significativas tienen que ver con el autorechazo vinculado al miedo y al rechazo social, por un lado. Por el otro, la confusión inherente a no encontrar definición ni lugar social legítimo que ampare sus deseos, actitudes, expresiones, sentimientos y/o pensamientos fuera del marco de la anormalidad, de lo abyecto. Comparten las heridas, el dolor de la imposibilidad impuesta de expresarse y enunciarse, de encarnar desde los bordes de los géneros legítimos.

La pluralidad corporal e identitaria es obvia, a veces vinculada al momento de la transición en el que se encuentran, otras veces simplemente al deseo propio o a la falta de posibilidades. Algunas se nombran como mujeres y hombres transexuales, otras como tran género y hasta una persona bigénero que desde el 2012 no falla a ninguna de las sesiones. El vínculo entre las categorías identitarias que utilizan para autodenominarse y las modificaciones corporales que desean no necesariamente se corresponde. Hay personas que se nombran como transexuales y todavía no han decidido si realizar

un tratamiento hormonal o no, otras que ya han decidido que no lo harán o que no pueden por cuestiones de salud, por ejemplo. La cirugía de reasignación sexual no constituye una meta para la mayoría de las personas asistentes al grupo, ya sea por falta de deseo de dicha modificación o por falta de posibilidades. Entre las más jóvenes es común acudir al grupo antes de tomar una decisión al respecto de cómo nombrarse y de si realizar tratamiento de reemplazo hormonal o no, en una especie de búsqueda de definiciones.

En este espacio se evidencia cómo la diversidad corporal e identitaria no solamente está vinculada al sexo-género, sino que también está atravesada por cuestiones relativas a la clase social, a la edad, a la procedencia geográfica, étnica o incluso al estilo. Nada tiene que ver la experiencia corporal y subjetiva de una persona transgénero con pocos o nulos recursos económicos, con la de una persona que sí cuenta con ellos, así como no podemos entender de la misma forma la vivencia social e íntima de la transición en una persona joven, que en una con 60 años. También el contexto social inmediato condiciona esta experiencia, así como el color de la piel, entre otras cosas. Los recursos económicos, el estatus, la raza y el grupo etario son factores clave en la configuración de los ideales regulatorios de género, así como, por tanto, en los procesos de corposubjetivación de los sujetos.

Otra de las evidencias es que a lo largo del tiempo, las configuraciones corposubjetivas se van transformando tanto por la participación en el grupo y el tratamiento, como por otros factores de la vida cotidiana de cada participante. En lo referente a la transformación que tiene que ver con el tratamiento y la participación en el grupo terapéutico, deviene fundamental el intercambio de experiencias y estrategias que se da en este espacio, así como las diferentes reflexiones promovidas por la terapeuta. Resulta un espacio

de producción de saberes cotidianos, contruidos a partir de la experiencia de las participantes y de la terapeuta y atravesados por los saberes hegemónicos. Saberes sometidos que no rompen de forma absoluta con las categorías, definiciones y conceptos de un corpus hegemónico sino que los tensionan, resignifican y son encarnados de formas particulares y complejas.

La configuración específica del espacio en términos de la seguridad y la confianza que ofrece para nombrar y expresar cualquier inquietud, opinión o intimidad lo convierte en un lugar donde inevitablemente afloran juicios o expresiones racistas, homófobas, machistas, clasistas e incluso transfobas. Este espacio dedicado a poner en cuestión los estereotipos y prejuicios sociales entorno al género no está exento de reproducir los mismos para emitir juicios hacia “el otro”, haciendo obvia así la encarnación de valores y normas imperantes en la cultura, reforzados por saberes, prácticas e instituciones como la médica, la jurídica o la familiar.

En algunos casos, como estrategia de pasabilidad se reproducen actitudes machistas vinculadas a los ideales hegemónicos en torno a lo masculino y lo femenino, como por ejemplo; “para ser hombre tengo que despreciar a las mujeres o para ser mujer debo ser complaciente a la mirada masculina o expresar debilidad”. Es interesante como estas expresiones incluso se llegan a vincular a los efectos del tratamiento hormonal específico para cada género, pues nos muestra la imposibilidad de relatar los efectos biológicos sin generizarlos, la imposibilidad de leer un cuerpo sin culturizarlo, a la vez que nos obliga a preguntarnos en torno a los límites, si es que existen, entre lo meramente anatómico y lo cultural y subjetivo. Un análisis más minucioso nos permitiría quizás desestabilizar estos límites ficticios, representacionales, entre cuerpo y mente; y naturaleza y cultura, con base en los cuales se edifican los saberes.

Estas concepciones en torno a los ideales de género también se corresponden tanto con las narrativas psiquiátricas y médicas que definen la transexualidad y el género –la fase de la “experiencia de la vida real” o “entrenamiento de rol” como la llaman los sexólogos mexicanos–, como con narrativas sociales que imperan en nuestro contexto y que hombres y mujeres reproducimos a diario.

Una de las peculiaridades más interesantes de este espacio es la continua tarea de deconstrucción de estas nociones y otras también vinculadas a la definición de la vivencia trans* desde la institución médica que realiza la terapeuta, utilizando narrativas más cercanas al activismo trans* del que proviene que a los presupuestos sobre los cuales se ha institucionalizado el tratamiento médico en la Ciudad de México.

Reflexiones etnográficas: de la representación a la corposubjetivación

Las primeras reflexiones etnográficas que surgen a partir de mi investigación en la Clínica Condesa se centran en las particularidades del grupo terapéutico en el contexto de la Clínica y a su vez en el contexto más amplio de la situación de lo trans* en la Ciudad de México, y cómo todo este entramado de actores, discursos y prácticas impacta en los procesos de corposubjetivación de las personas trans* que asisten al grupo.

Por un lado, el programa de atención psicoterapéutica se desarrolla en el marco de la institución pero sin estar regulado por ella, lo que implica que conviven dos paradigmas de atención en un mismo espacio, reproduciendo ambos cierta ambigüedad respecto a los discursos que utilizan; el paradigma biologicista/cientí-

fico y el social/activista conviven en la enunciación de discursos provenientes de la ciencia, la sexología, los derechos humanos y el activismo, todos ellos fuertemente influenciados a su vez por los conocimientos y saberes importados de los EEUU.

Este hecho es una herencia histórica de lo que en su momento supuso la alianza entre Eón Inteligencia Transgénérica y el IMESEX, y justamente el propósito de reconstruir el recorrido desde 1996 es evidenciar esta relación que considero de fundamental importancia a la hora de pensar en el tratamiento social de lo trans* en la Ciudad de México hoy en día.

En la línea que propone la socióloga colombiana María Fernanda Carrillo (2008), considero que lo trans* en la actualidad tiene que ver con un proceso de institucionalización de la transgresión, pero también con entender que la transgresión que se da en las experiencias trans* no va “por fuera” de las normas, o no rompe las normas, sino más bien las pone en tensión y se mueve dentro de los límites que las mismas establecen como afirma el latinoamericanista Manuel Roberto Escobar (2011) en relación al “cuerpo trans” y personalmente añadiría al resto de sujetos sociales.

En el grupo, conceptos como identidad, género, sexo, sexualidad incluso transgénero en algunos momentos puntuales, o experiencias como los efectos del tratamiento hormonal, son definidos desde el discurso médico y sexológico, a la vez que éste también es un espacio donde fundamentalmente se producen discursos de deconstrucción de ciertas nociones y estereotipos de género y sexuales. Esta ambigüedad en el tratamiento de lo relativo al género y la sexualidad tensiona los referentes medicalizados imperantes en la Clínica.

En este sentido, el concepto de poder relativo que De Lauretis (1989) revisa de Hollway en *Tecnologías del Género* nos sirve; entendiéndolo como la motivación que mueve a las personas a

narrarse desde una identidad natural, con la promesa o esperanza de que al “supuesto” final del “proceso de transición” su posición social habrá mejorado (¿se habrá normalizado?). Para Hollway esto es lo que posibilita la agencia a partir de las investiduras. ¿Son las investiduras de las personas protagonistas de mi investigación las que posibilitan cambios en los discursos dominantes? “¿Las investiduras de quienes reditúan mayor poder relativo?” (De Lauretis, 1989: 24).

Pero a la vez es importante preguntarnos si esa promesa de normalización constituye un imaginario posible para todos y todas o más bien se articula en función de la clase social, la raza y otros factores que moldean, ya no solamente la experiencia cotidiana sino también las representaciones sociales a las cuales podemos acceder.

Es en esta interesante configuración donde se pueden observar las actitudes, discursos, emociones, mecanismos y normas a través de los cuales se constituye el género, se le confiere inteligibilidad social y se negocia la coherencia entre género-sexo-deseo, así como sus puntos de fuga. En la naturalización de la identidad como estrategia de pasabilidad, y borramiento del yo anterior, el discurso biologicista –tecnología de normalización social por excelencia– como recurso explicativo, evidencia la presión social y de la institución médica existente por hacer coincidir una construcción de género a un sexo, hecho que se extiende hacia afuera de la clínica a través del dispositivo jurídico y la reforma para el juicio de concordancia sexo-genérica, que no tiene únicamente a las personas trans* como destinatarios, sino que también se dirige de forma latente a toda la sociedad (cfr. Pons, 2011).

Pero a pesar de esta presión y expectativa, siempre existen brechas que demuestran la fragilidad de los ideales regulatorios de género, de la cual habla Judith Butler en varios de sus trabajos

(2002[1993],2007[1990]). La ambigüedad e incluso la condición contradictoria con la que se utilizan diferentes referencias teóricas y sociales en la Clínica, para informar a los y las pacientes del programa transgénero, así como las propias contradicciones que se evidencian en los relatos tanto de la terapeuta como de los y las asistentes al grupo, evidencian algo de lo que el sujeto difícilmente podrá escapar: de su propia incoherencia y complejidad (cfr. De Lauretis, 1989) y de su condición de plagio/copia (cfr. Butler 2002[1993], 2007[1990]). A su vez, estas cuestiones nos muestran la imperfección de los propios ideales regulatorios de género y los discursos que intentan sostenerlos.

Por ejemplo, en muchas ocasiones en el grupo se oyen comentarios que muestran la transición como camino y el empezar en el otro género como renacer. Renacer que borra recuerdos anteriores, relata una infancia tormentosa y que, a su vez, oculta las huellas de la encarnación del nuevo género que se asume como identidad que siempre ha estado ahí. Xantall procura que se dé una reconciliación con esta biografía anterior, contrarrestando lo promovido por la definición médica. Lo hace a través de un discurso que evidencia la necesidad de esa historia como parte de la biografía. También cuestiona tajantemente la linealidad de los procesos de transición, así como concebir la meta en términos de pasabilidad total o reasignación sexual. Todas ellas definiciones y condiciones que el discurso médico utiliza para definir lo trans* y por consiguiente homogenizarlo y “normalizarlo”: tecnologías de normalización de las identidades sexuales.

A propósito de la cuestión de la naturalización como tecnología del género también se han dado muchas intervenciones en las sesiones, pero intervenciones que combinan esta estrategia de legitimidad e inteligibilidad con cuestionamientos al género hegemónico, sus normas y estereotipos, su relación con la sexualidad.

¿Es posible la normalización, entendida como el proceso mediante el cual algo se hace inteligible y legítimo en el campo de lo social, al margen de éstos discursos normalizadores por excelencia?

La respuesta parece sencilla pero no lo es. No obstante, las personas que asisten al grupo buscan la identificación con uno u otro género a través de marcas de inteligibilidad social, sin buscar necesariamente la correspondencia sexo-género. Eso demuestra la elasticidad y no obligatoriedad de la correspondencia entre sexo y género así como una multiplicidad de experiencias que exceden las representaciones y corresponden prácticamente a cuantos sujetos asisten al grupo.

El género como norma y extravío: tensiones entre la representación y la experiencia

Tanto personas trans* como no trans*, nos constituimos como sujetos en relación con la normatividad de género, pues citamos las normas de forma imperfecta, porque estas son ideales y como tales son inalcanzables. No hay “un afuera”, ni siquiera lo abyecto está fuera de las normas de género o de la matriz heterosexual, todo lo contrario, lo ininteligible constituye lo inteligible, lo normal constituye lo anormal y viceversa (cfr. Butler, 2002[1993]).

Es en esta citación precaria, imperfecta, donde surgen las brechas y posibilidades de la subversión según Butler (2006[2004]), pero ni la subversión en sí tiene por qué ser un ejercicio consciente de un sujeto que intencionalmente quiere transgredir, ni los efectos de esta subversión transforman directamente la normatividad o los ideales regulatorios. Pues la posibilidad de transformación de los mismos dependerá, entre otras cosas, del poder relativo (De Lauretis, 1989), así como de la posición social del sujeto en cuestión, atravesada no

solamente por el género sino por factores sociales como la clase, la etnia, el nivel socioeconómico, la edad, las capacidades corporales, etc.

Ese recurso ambiguo en la utilización del discurso médico y al mismo tiempo la resistencia frente a él, demuestra que los procesos de transición no siempre y no solamente buscan la estabilidad y coherencia del género, sino más bien una constitución corpusubjetiva que permita vivir una vida vivible, negociada y disputada en tensión con las normas sociales, en la que el género deviene central, pero se articula con otras características que lo condicionan o lo moldean de formas peculiares. Y así como hablamos de los procesos de transición entendidos en el marco del tratamiento para la concordancia sexo-genérica, podemos hablar de los procesos de corpusubjetivación en general.

Pero es importante resaltar la paradoja. Por la historia y configuración específica del grupo terapéutico de la Clínica, la historia de vida y la trayectoria de la terapeuta en grupos activistas, la ausencia de regulación de la terapia por parte de los especialistas médicos de la Clínica y el vacío legal existente en cuestiones de asistencia sanitaria en el contexto de la Ciudad de México, es por lo que se amplían las posibilidades de rodear, desplazar, habitar los intersticios, resignificar, y producir colectivamente en el grupo saberes locales y referentes que difieren de las representaciones legítimas producidas por el saber médico y el jurídico.

La precariedad relativa a la atención a la salud transicional imperante en la institucionalización de la misma en México, nos muestra que a la par de la regulación que ésta implica, se ha abierto una brecha de posibilidad a la reinstrumentalización de la tecnología biomédica y una fuga a esa misma regulación a través de un espacio de producción de saberes “otros”, “locales”, sobre lo trans* en específico pero sobre el dispositivo corporal y de género imperante en general.

Se podría concluir entonces que se da una patologización implícita que encontramos tanto en el dispositivo jurídico –con los juicios de concordancia sexo-genérica–, como en el dispositivo médico institucionalizado y en el tratamiento sexológico que mayoritariamente se aplica en la Ciudad de México. Pero a pesar de la existencia de estos dispositivos de regulación de la sexualidad y el género contruidos con base en el paradigma heterosexual y occidental, la experiencia muestra cómo los procesos de corposubjetivación encuentran inteligibilidad más allá de las representaciones sociales que estos dispositivos generan. Asimismo, es en la experiencia donde se resignifican y reinstrumentalizan estos saberes produciendo saberes locales que los exceden, y los cuestionan, desde adentro mismo.

No podemos hablar entonces solamente de sujetos sujetos a regímenes normativos sino que debemos entender que el género además de ser norma, es en sí mismo extravío. Y no sólo en lo que a las identidades trans* refiere, pues realmente ningún sujeto en tanto que tal puede estar fuera de la normatividad pero tampoco completamente subyugado a ella, porque la norma es representación y como tal siempre está en tensión con la experiencia.

Referencias

- ALCÁNTARA, E. y SZASZ, I. (2013) "Between the Local and the Global: Chronicles for Understanding the Field of Sexology in México", *International Journal of Sexual Health*, Núm. 25(1): 27-46.
- ARGÜELLO PAZMIÑO, S. (2014) "Un fantasma ha salido del closet. Los procesos de politización de las identidades sexuales en Ecuador y México, 1968-2010". Tesis Doctoral. México: Colegio de México.

- BUTLER, J. ([1990]2007). *El Género en Disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- ([1993]2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Argentina: Paidós.
- ([2004]2006) *Deshacer el género* Barcelona: Paidós.
- CABRAL, MAURO. 2009. “Asterisco”, en Mauro Cabral (editor) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarrés.
- CARRILLO SÁNCHEZ, M.F. (2008) “TRANSGRESIÓN DESDE ADENTRO. El caso del reconocimiento jurídico de las personas transgénero y transexuales en Ciudad de México” Tesis de Maestría. México: FLACSO.
- CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA. Folleto informativo *Programa Transgénero*. <http://condesadf.mx/personas-transgenero.htm>.
- Folleto informativo *Cerebro, hormonas y psicología en el proceso trans*. http://condesadf.mx/images/PDF/cerebro_hormonas_psicologia.pdf.
- Folleto informativo *Generalidades de identidad transgénero* 2011. <http://condesadf.mx/images/PDF/identidad.pdf>.
- Folleto informativo *Generalidades del uso de hormonas*. http://condesadf.mx/images/PDF/uso_hormonas.pdf.
- Folleto informativo del centro de atención para personas trans. <http://condesadf.mx/images/stories/follet.pdf>.
- DE LAURETIS, T. (1989) “La tecnología del género” *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, London: Macmillan Press.
- ESCOBAR, A. (2000) “El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿globalización o postdesarrollo?”. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Argentina, Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- ESCOBAR CAJAMARCA, Manuel R. (2011) “Cuerpos en resistencia los movimientos sociales latinoamericanos: corporalidad, resistencia y poder en los movimientos sociales latinoamericanos. Estudio comparativo México-Colombia” Tesis Doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ESTEBAN, M.L. (2004) *Antropología del Cuerpo. Género, Itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- FAUSTO STERLING, A. (2006) *Cuerpos Sexuados*, Barcelona: Melusina.
- FOUCAULT, M. ([1976]1988) *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL, Octubre de 2008: *Decreto por el que se reforma y adiciona el Código Civil para el Distrito Federal; se adiciona el Código Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y se adiciona el Código Financiero del Distrito Federal*, Disponible en: <http://www.transexualegal.com/mex-loc-01.html>
- Febrero de 2015: *Decreto por el que se reforma y adiciona el Código Civil para el Distrito Federal y se adiciona el Código Procedimientos Civiles para el Distrito Federal*. Disponible en: http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/7bb8a79364dfde1302011f559a62d207.pdf
- GARCÍA SELGAS, F.J. (1995) “El cuerpo como base del sentido de la acción” *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, Núm: 68: 41-84.
- GLOBAL ACTION FOR TRANSEQUALITY (GATE) (2013) *Lessons from a dialogue between funders & activists working on gender diversity*. Conference report. Berlin, Germany. <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2014/09/advancing-trans-movements-worldwide-2014.pdf>
- GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, A.P. (2015) “Identidades trans femeninas. Sociabilidades, internet, narrativas y tránsitos de género en la Ciudad de México” Tesis Doctoral. México: Colegio de México.
- INTERNATIONAL LESBIAN AND GAY ASSOCIATION. *Cronología de encuentros*. <http://ilga.org/about-us/1978-2007-a-chronology/>
- JORGE, J.C. (2010) “El corpus sexual de la biomedicina” En: *Revista de salud y sexología* Núm: 16 (43), <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/398/440>
- LAMAS ENCABO, M. (2012) “Transexualidad : identidad y cultura” Tesis Doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- “El fenómeno trans”, En: *Debate Feminista* Núm. 20 (39): 3-13.
- LAGUARDA, R. (2007) “Gay en México: lucha de representaciones e identidad” En: *Alteridades*. Vol. 17, Núm: 33, 127-133.
- LAQUEUR, T. (1994) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra, Feminismos.

- MARTÍNEZ MALDONADO, Y. (2014) "Ser trans en la Ciudad de México. De la invisibilización al reconocimiento legal. 1978-2008" Tesis Doctoral. México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- NIETO, J.A. (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- PONS RABASA, A. (2011) "La psiquiatrización de lo trans: una aproximación etnográfica". Tesis de Maestría. España: Universidad de Barcelona.
- (2016) "De las transformaciones sociales a las micropolíticas corporales: un archivo etnográfico de la normalización de lo trans* y los procesos de corposubjetivación en la Ciudad de México", Tesis de doctorado, México, UAM-I, diciembre de 2016.
- PRECIADO, B. (2003) "Multitudes queer. Notas para una política de los 'anormales' *Revista Multitudes*. Núm: 12. http://multitudes.samizdat.net/rubrique.php?id_rubrique=141 Testo Yonki. Madrid: Espasa Calpe
- REA TIZCAREÑO, C. (2009) "Abre GDF defensoría legal, tratamiento hormonal y psicoterapia para población trans" *NotieSe*. En http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=3113
- SANDBAL REBOLLO, E. (2011) "La convicción encarnada. Una mirada semiótica a las voces y relatos de vida de personas transexuales y transgénero en la Ciudad de México." Tesis doctoral. México: CIESAS.
- STRYKER, S. y WHITTLE, S. (2006) *The transgender studies reader*. New York: Routledge.
- TRI-ESS. <http://www.tri-ess.org/index.html>.
- WEEKS, J. (2003) "Necessary Fictions: Sexual Identities and the Politics of Diversity" en WEEKS, J., HOLLAND, J., WAITES, M. *Sexualities and Society. A Reader*. Cambridge: Polity Press. 119-132.
- ZÚÑIGA, A. (1999) "La problemática de la identidad legal en transexuales", en SÁNCHEZ CAMACHO, D. (comp.), *Memoria del Primer foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos (orientación sexual y expresión genérica)*, México: Nueva Edición. 25-32.

MUJERES TRANS Y ATENCIÓN EN SALUD

Perspectivas desde el primer nivel de atención

Jeremy Bernardo Cruz Islas⁵¹

A lo largo del tiempo el tema “trans” ha tenido una mayor relevancia dentro de la agenda en atención a minorías sexuales, ya que se ha visto que dicha población se encuentra vulnerable en cuestiones sociales, de derechos humanos y especialmente en el acceso a la salud, presentado necesidades específicas en los distintos niveles de atención. Baja escolaridad, falta de acceso y retraso en la atención a servicios médicos, consumo de sustancias, limitaciones económicas, violencia y trastornos mentales son una serie de vulnerabilidades sumadas que impactan directamente en la vida de las personas trans (Colchero, 2013, Grant, 2011). Las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH que enfrentan las personas transgénero son a menudo diferentes, y en algunos casos mucho más elevadas, que entre la población general (Estrada, 2010).

En México, la prevalencia de VIH en la población general es de 0.24%, y está concentrada en poblaciones de mayor riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables (CENSIDA, 2015). A pesar de la dificultad de acceso a la población transgénero, los reportes mundiales muestran una

⁵¹ Clínica Especializada Condesa

prevalencia de VIH en Mujeres trans del 19.1% [IC 95% 17.4-20.7] con altas posibilidades de infección por VIH: 49 veces más que la población general (Baral, 2012). La Clínica Especializada Condesa reporta una prevalencia de VIH del 40% en mujeres trans (n=1100 personas trans), de las cuales 87% se encuentra en terapia antirretroviral. A juzgar por las cifras más recientes de atención, el modelo de la Condesa puede considerarse exitoso debido a que el 88% de las pacientes diagnosticadas se encuentra en valores indetectables de carga viral (Condesa, 2013). Uno de los factores para que este modelo funcione adecuadamente ha sido generar ambientes amigables a las minorías sexuales, así como una serie de servicios integrados con todo el personal de la clínica.

Oportunidades perdidas en diagnóstico y tratamiento de transexualidad

Una de las situaciones que marcan la epidemia del VIH entre mujeres trans son las oportunidades perdidas de diagnóstico, tanto de VIH como de la condición trans, debido a los retrasos en ambos. La falta de acceso a servicios para diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las personas trans, así como las condiciones psicosociales que les marcan hacen que se dificulte un abordaje preventivo del diagnóstico de VIH y el manejo de las complicaciones por tratamientos no indicados por especialistas médicos. Actualmente se cuenta con dos manuales internacionales utilizados por los clínicos, en los que constan los criterios que se deben cumplir para diagnosticar la transexualidad: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5) y el *Código Internacional de Enfermedades* (CIE-10). Ambos manuales presentan una serie de conceptos

controvertidos, debido a que consideran esta condición como un trastorno mental (Moreno *et al.*, 2012).

Dentro del mundo clínico, este tema sigue generando polémica debido a que cierto porcentaje de la población trans enfrenta una serie de dificultades a causa de su condición, como estigma, transfobia, falta de acceso a servicios médicos y dificultades para acceso a educación. La condición transgénero es una condición normal dentro del género humano, que tiene una serie de necesidades especiales respecto a tratamientos médicos (Tapia *et al.*, 2006, Drescher *et al.*, 2012, 2013), pues las personas trans requieren servicios clínicos altamente especializados como atención por psiquiatría, endocrinología y psicoterapia especializada (Wittich *et al.*, 2013). Está bien descrito en la literatura que cuando se da atención a esta población, los niveles de satisfacción son superiores al 90%, en los usuarios con bajas tasas de arrepentimiento al tratamiento hormonal y quirúrgico (Landen 1998, Gooren 2006). También la literatura muestra factores de mal pronóstico y arrepentimiento; dentro de los cuales los más importantes son el bajo apoyo familiar/social, trastornos de la personalidad, la presencia de trastornos psicóticos (independientes de esta condición) y complicaciones quirúrgicas. En contraste, se consideran como factores de buen pronóstico el diagnóstico a edad temprana, diagnóstico certero y un buen funcionamiento social (Menvielle 2012, Moreno *et al.*, 2012).

El acceso a diagnóstico, tratamiento endocrinológico y de salud mental requiere una revisión profunda, y se recomienda la descentralización de la atención a personas transexuales en los distintos niveles de atención. En México no se disponen de psiquiatras, psicólogos clínicos y endocrinólogos especializados en minorías sexuales que trabajen de forma integrada y metódica respecto a las guías internacionales. Actualmente, sólo la Clínica Especializada

Condesa cuenta con un programa de diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral a la población trans habitante de la Ciudad de México, siendo el primer centro de atención integral a esta población en Latinoamérica. Actualmente la Clínica Condesa cuenta con una población de aproximadamente 1100 pacientes trans. En una encuesta llevada a cabo en 2014, en 250 de ellos, se encontró que la mayoría se dio cuenta por primera vez de su identidad de género a los seis años, y que iniciaron tratamiento a los 25 años aproximadamente. Ello significa un promedio de retrasos en la atención de 19.38 años de espera desde la infancia, 12.09 años de espera desde la adolescencia y 15.97 de espera para recibir intervenciones quirúrgicas desde la adolescencia (Condesa-INPRF, 2014).

Según la literatura científica reciente, en la experiencia de la transexualidad intervienen múltiples procesos (Bakker, 1993, Gooren, 2006) pero, crecientemente los factores biológicos han adquirido mayor peso. En particular, se enfatiza la importancia de los esteroides sexuales en cerebro y el neurodesarrollo, amparados por estudios de neuroimagen y genéticos (Zou *et al.*, 1995, Kruijver *et al.*, 2000, Luders *et al.*, 2009, Flor *et al.*, 2010, Rametti *et al.*, 2011 Savic *et al.*, 2011, Bao *et al.*, 2011, Pepper *et al.*, 2011 y Hernández 2013). Por ejemplo, Bao *et al.*, (2011) encontraron que los cerebros de las mujeres trans con y sin tratamiento hormonal presentan características similares a los cerebros de las mujeres biológicas, mientras que los cerebros de los hombres trans son más cercanos a los de los hombres. La participación de factores genéticos en la transexualidad ha sido difundida principalmente a través de estudios de genética molecular, especialmente en variaciones en sistemas de genes para las hormonas sexuales (Raznahan *et al.*, 2010, Enmark *et al.*, 1999, Osterlund *et al.*, 2001, Kudwa *et al.*, 2005 y Hines M 2006).

Prevalencia

Dentro de la literatura científica existen pocos estudios de prevalencia e incidencia que aborden de forma integral y científica este fenómeno (Graham, 2011; Zucker y Lawrence, 2009), además de que las estimaciones de prevalencia en esta población varían frecuentemente, probablemente influenciadas por factores culturales que limitan la apertura de las personas trans y por la tendencia a la discriminación, lo cual dificulta que los investigadores generen datos sobre esta población clave (Chiñas *et al.*, 1995, Besnier *et al.*, 1994, Coleman *et al.*, 1992). A pesar de esto, en las últimas cinco décadas se han hecho esfuerzos considerables por encontrar prevalencias, mismas que van entre 1:9.685 a 1:100,000 habitantes para mujeres trans y de 1:15.456 a 1:400,00 para hombres trans a nivel global (Walinder *et al.*, 1971, Tsoi *et al.*, 1988, Van Kesteren *et al.*, 1996, Weitze *et al.*, 1996.). Dichas cifras podrían estar infravaloradas, pues según nuevas estimaciones pueden llegar a representar del 0.3% al 0.5% de la población general (Mapes 2015, Chandra *et al.*, 2011, Gates 2011).

Género y desarrollo

El género ha sido definido como una categoría multidimensional de la personalidad que abarca un patrón social, biológico y cultural. Las categorías de género a menudo se basan en la percepción de las diferencias anatómicas y fisiológicas entre los cuerpos, pero esas percepciones siempre están mediadas por categorías y significados culturales (Roscoe *et al.*, 1994).

A partir de los dos años de edad, los niños presentan conocimiento de las categorías de género, y para los siete años ya se encuentran consolidadas. Este conocimiento parece tener lugar a la par que el niño toma conciencia de su identidad (Vasta, Haith y Miller, 1999 y Shaffer, 2002). Se ha planteado la hipótesis de que el desarrollo de la identidad de género masculina consiste en la construcción de las identidades de posición, por lo que un sentido del yo se solidifica a través de la separación de los demás (Chodorow, 1978), mientras que el desarrollo de la identidad de género femenina, a menudo implica la definición de uno mismo a través de conexiones de uno con los demás (Gilligan, 1982).

Sobre lo trans

Se utiliza el término “trans” para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer (Coleman *et al.*, 2012). Esta identidad cruzada suele conducir a una serie de cambios adaptativos físicos y sociales, familiares y académico/laborales (Moreno-Pérez 2012).

Una Mujer trans (de hombre a mujer), se siente e identifica como mujer, aunque se sabe anatómicamente varón, y en consecuencia realiza todos los esfuerzos posibles para que su cuerpo se adecúe a esta identidad, cambiando características sexuales primarias y secundarias tanto como desee y le sea posible (Coleman *et al.*, 2012 y Moreno-Pérez 2012). Mientras que un Hombre trans se siente e identifica como hombre, aunque se sabe anatómicamente mujer, y en consecuencia realiza todos los esfuerzos posi-

bles para que su cuerpo se adecue a esta identidad haciendo los cambios correspondientes (Coleman *et al.*, 2012 y Moreno-Pérez 2012).

Sobre los adjetivos transgénero y transexual existen diferencias importantes que diversas organizaciones han definido para referirnos adecuadamente (GLAAD, 2015; Coleman, *et al.*, 2012 y Moreno-Pérez, 2012). Transgénero es un término general para las personas cuya identidad de género y/o expresión de género difiere de lo que está típicamente asociado con el sexo asignado al nacer. Muchos médicos prescriben a personas transgénero hormonas para modificar los caracteres sexuales, otros se someten a cirugía, aunque no todas ellas requieren procedimientos médicos, y por tanto, la identidad transgénero no depende de esto (GLAAD, 2015).

Transexual, en contraste, es un término médico usado anteriormente para aquellas personas que modificaron permanentemente sus caracteres sexuales primarios a través de intervenciones quirúrgicas, con el fin de hacerlo concordante con el sexo/género con el que se identifican (incluyendo, pero no limitado a las hormonas y/o cirugías). Muchas personas transgénero no se identifican como transexuales (GLAAD, 2015). En todo caso, en términos de atención, lo mejor es preguntar que término el individuo prefiere, aunque siempre es recomendable utilizar como adjetivo “mujer trans” u “hombre trans”. En especial con las mujeres trans es importante preguntar cómo quieren ser llamadas. Finalmente, es fundamental educar a todo el personal de los centros de atención para que llamen a las personas trans por la identidad de género que presentan.

Salud mental en trans

Diversos estudios en minorías sexuales revelan mayores prevalencias en trastornos mentales que entre la población general, pero sugieren que las disparidades de salud mental pueden emerger o existir a lo largo de toda la vida, y están estrechamente relacionadas con las condiciones sociales de estigmatización y exclusión que pueden sufrir. Estas disparidades han jugado un papel importante en la caracterización de las personas trans y llaman la atención sobre las necesidades de salud mental en esta población (Cochran, 2000, 2003; Boss, 2008; Ferguson, 1999; Hatzenbuehler 2008; Murad 2010). Dentro de los trastornos mentales comunes, la prevalencia de depresión en esta población es relevante, presentándose datos superiores al 60% (Clemens, 2001, 2006). El aumento de la mortalidad en mujeres trans de los 25-39 años de edad es hasta 3.5 veces más que en la población general, principalmente asociada a suicidio, consumo de sustancias y VIH (Asscheman, 2011; Haas, 2011). Clemens sugiere que esto puede ser debido a que la victimización experimentada por las personas transgénero es más perjudicial porque desafían las normas tanto de la sexualidad como del género. (Clemens *et al.*, 2006). Además de que parecen contar con menos habilidades adaptativas de afrontamiento (Brems y Johnson, 1989; Radecki y Jaccard, 1996). Por ello, es importante centrarse en estrategias de prevención específicas y reforzar la salud mental (Mann *et al.*, 2005; Hass, 2011). Los determinantes sociales en salud juegan un papel fundamental en la población trans, entre ellos, el estigma encontrado en 67% de una muestra de 585 mujeres trans a lo largo de la vida fue particularmente importante. Entre los principales emisores de exclusión/discriminación se encon-

traban elementos de la policía, servidores públicos, y el círculo más cercano, como la familia (Colchero, 2013).

Con respecto al uso de sustancias, existen diferencias marcadas entre la población general y las minorías sexuales, encontrando prevalencias de consumo de sustancias superiores a 20 veces más el consumo que la población general (Ramírez-Valles, 2008; Condesa, 2014) esto podría suceder debido al “estrés de minorías” que ha sido visto en otras poblaciones clave. Entre 94% y 97% de las mujeres trans han consumido etanol en algún momento de su vida seguido de Cannabis (56%) y cocaína (40.4%) (Colchero, 2013).

El fenómeno del suicidio es complejo, teniendo en sus extremos la ideación suicida y el intento suicida, y constituye un problema de salud pública. (Kovacs *et al.*, 1993; Stoelb y Chiriboga, 1998). Las minorías sexuales están particularmente expuestas a sufrir estigma, discriminación y violencia, lo que puede desembocar en suicidio hasta dos veces más que en la población general (King, 2008). Safren (1999) encontró que éste puede llegar al 30% en minorías sexuales para intento suicida, en comparación con un 13% en población general. Es mucho más frecuente en jóvenes, entre los que se presenta hasta en 69% de los casos entre los 22 y 59 años. Los trastornos mentales son un factor importante para el riesgo suicida y están ampliamente descritos en minorías sexuales, siendo más frecuentes el abuso de sustancias, la depresión y la ansiedad. (Bostwick *et al.*, 2010; Cochran, Mays, y Sullivan, 2003; Cochran, Mays, Alegria, *et al.*, 2007; Conron, Mimiaga y Landers, 2010; Hughes, Szalacha y McNair, 2010; Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb, y Christensen, 2002; McCabe, Hughes, Bostwick, West y Boyd, 2009). Algunos autores han encontrado tasas más altas de suicidio en poblaciones que presentan conductas génerovariantes (Lippa, 2000; Calle, Brems,

Radecki y Jaccard). Fitzpatrick en 2005, encontró que variaciones del rol de género u orientación sexual pueden contribuir al suicidio. La investigación sobre las personas transgénero y el suicidio es limitada, pero se han encontrado incrementos en los riesgos de suicidio en comparación con población general. (Clemens *et al.*, 2006). En reportes sobre poblaciones transgénero, (Asscheman 1989; Van Kesteren 1997), no se encontró aumento en las tasas de mortalidad en los sujetos en tratamiento hormonal, en comparación con la población general, pero sí tasas más altas de suicidio y muerte por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en mujeres trans. Las mujeres transgénero tienen una probabilidad de morir de hasta el 51% más que la población general (Asscheman, 2011). A nivel local, en la Ciudad de México los reportes no son alentadores respecto al tema de suicidio, Colchero (2013) reportó que el 30.1% de la población encuestada en las cárceles ha tenido en su vida un intento de suicidio, seguidos del 21.3% en la Clínica Condesa y del 14.9% en sitios de encuentro. Estas frecuencias superan la correspondiente reportada para la población general (2.8%).

Es importante enfatizar que muchas de esas cuestiones de salud mental tienen que ver con el estigma, la patologización y el pensamiento dicotómico de que existen dos géneros, que obtura la posibilidad de ser “de otra” manera y que redundan en exclusión, violencia, pobreza, falta de derechos, falta de reconocimiento subjetivo, etc. Un estudio reciente realizado en México en población trans, reveló que la discapacidad y el distrés que presenta esta población no está asociada directamente a su identidad trans, sino a la violencia y el rechazo que presentan en las diversas áreas a lo largo de su ciclo vital (Robles *et al.*, 2016). Estos resultados apoyaron la iniciativa de proponer que en la CIE-11 se recategorice a la identidad transgénero fuera de la clasificación de los trastornos mentales, siendo reclasifi-

cadadas en un apartado que les permita acceder a servicios médicos apropiados (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012; Robles *et al.*, 2016). Es decir: No estamos ante un trastorno mental.

Violencia

La violencia es un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo (Heise, 1999). Al menos 1 de cada 3 mujeres en el mundo han sufrido violencia física, económica, sexual o psicológica a lo largo de su vida (Conell, 1987; Whettern 2006). Pertenecer al género femenino aumenta el riesgo de recibir violencia. Lo cual no exenta a las mujeres trans. Un estudio realizado en la Clínica Especializada Condesa llevado por la doctora Hirata en donde se buscaba la presencia de violencia en 199 mujeres y 39 mujeres trans, encontró que: El 57,8% de las mujeres y las mujeres trans con VIH tienen un historial de violencia a lo largo de la vida. Ambos grupos son víctimas de la pareja y violencia familiar, lo que implica que tienen una mala red de apoyo, con incremento en la vulnerabilidad que puede influir en la detección temprana del VIH y el cumplimiento al tratamiento (Hirata, 2015).

Construyendo puentes de acceso a salud. El modelo de la Clínica Especializada Condesa

Como hemos visto en las distintas secciones de este capítulo, la población trans presenta una serie de vulnerabilidades sumadas y condiciones específicas que requieren atención especializada.

Como una medida acertada, la Clínica Integral Transgénero de la Clínica Especializada Condesa fue fundada gracias a la interacción de la sociedad civil y del gobierno de Ciudad de México, que aprobó una ley que ordena a todas las agencias del gobierno a cambiar sus normas y procedimientos administrativos con el fin de satisfacer las necesidades de la población residente transgénero en la ciudad (GDF, 2010; Rueda-Castillo, 2010). Ésta es la primer clínica de atención a personas trans en México y una de las primeras América Latina.

En ella se ha desarrollado un modelo de atención integral basado en la evidencia científica existente y adaptando manuales (Coleman *et al.*, 2012; Moreno-Pérez, 2012, APA, 2015) a las necesidades de la población que habita en Ciudad de México. El modelo consta de diversas etapas en la atención con servicios totalmente gratuitos:

En primer lugar, se realiza una evaluación diagnóstica basada en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5); la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10); las *Normas de Atención para la Salud de los Transexuales, Transgénero y no conformes con su género* (SOC 7) y las *guías de práctica clínica de la Sociedad de Endocrinología* (ESCPG) (Moreno-Pérez, 2012).

Para la evaluación diagnóstica se desarrolló un cuestionario semiestructurado en donde se investigan a lo largo de la vida distintos procesos como factores de riesgo, consumo de sustancias, identidad de género, orientación sexual, corporalidad y expectativas respecto al tratamiento, con el fin de tener una base de acción flexible para satisfacer las necesidades de salud de las personas trans. Esta indagación busca dar sustento a intervenciones de reducción de daños con personas trans que viven abuso/dep-

dencia a sustancias, y tratamiento a trastornos mentales comunes y graves.

Es importante mencionar que se realizan diagnósticos diferenciales, los cuales son referidos a otras unidades para su tratamiento. Otro factor fundamental consiste en evaluar la Experiencia de Vida Real (EVR) de la persona, en la cual se espera que se comporte, se maneje, se desarrolle, adopte y comience a vivir los roles del género (deseado) en la mayor cantidad de áreas de su desarrollo, y la mayor cantidad de tiempo posible (SOC 7). Para México se tuvo que realizar una adaptación: tomando en cuenta la flexibilidad de las guías, se ha definido EVR como un periodo de al menos seis meses, en el que la persona vive con la identidad de género auto identificada, en al menos dos áreas de su vida (laboral, social, familiar y/o pareja). Esta aparente adecuación y adaptación a nivel local de los SOC V7 nos ha sido de utilidad para realizar una serie de cambios y ajustes en la vida de las personas trans, generando un procedimiento de acompañamiento por un consejero sexual que puede durar de tres a seis meses, y que busca facilitar la aceptación y transición de la identidad de género en las áreas previamente reportadas, generando un procedimiento menos abrupto que ha tenido buena aceptación en esta población clave, y que ha facilitado su acceso a los servicios de salud.

Después de la evaluación inicial y el acompañamiento por Sexología, las personas candidatas a tratamiento hormonal son referidas al servicio de Endocrinología, donde se realiza una historia clínica, y análisis de laboratorio y gabinete. Si la mujer trans presenta alguna condición crónica como hipertensión o diabetes mellitus, ésta es controlada antes de iniciar el tratamiento (ADA 2015, ESC/EAS, 2011; James, 2014). Dentro del enfoque preventivo se encuentra también la realización de pruebas voluntarias para el

VIH, la hepatitis B y el virus C, y la sífilis, así como el seguimiento cada 6-12 meses, dependiendo de los comportamientos de riesgo (Branson, 2006). Es decir, las personas trans detectadas con VIH son referidas a los servicios de medicina interna para tratamiento y control previo al tratamiento hormonal, por al menos seis meses si tienen cargas virales indetectables (WHO, 2015). El objetivo de la terapia hormonal es alcanzar y mantener los niveles de hormonas en sangre dentro de los rangos ajustados a la edad fisiológica de la identidad de género que la persona reporta (Hembree, 2009).

Conclusiones

Es importante mencionar que la definición de lo trans como un trastorno mental, se encuentra en un proceso de cuestionamiento, pero sobre todo de erradicación y replanteamiento en el que participen decididamente integrantes y grupos de la sociedad civil, en búsqueda del ejercicio de sus derechos. El último estudio de campo realizado por la Clínica Especializada Condesa en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría y la OMS pone como una atinada propuesta el remover las categorías relacionadas con la identidad de género, del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento. Para esto se examinaron: el estrés y la discapacidad, consideradas características esenciales de los trastornos mentales, y si estas podrían explicarse por experiencias de rechazo social y violencia, en lugar de ser características inherentes de la identidad transgénero. La pregunta clave de los investigadores es evaluar si existe evidencia para apoyar la clasificación de incongruencia de género como una condición psiquiátrica. Los autores informaron que la angustia y la disfunción que muchos partici-

pantes recordaron experimentar en su adolescencia temprana se asociaron con sus recuerdos de rechazo social y la violencia en ese periodo de su vida, en lugar de factores más directamente relacionados con su incongruencia de género. Los autores concluyen que este es un argumento para mover los diagnósticos relacionados con la condición trans a un capítulo externo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Sostienen, junto con los demás, que esta medida ayudaría a eliminar la doble carga de estigma: tener un diagnóstico de trastorno mental y ser transgénero. Esta conclusión de los autores será bien recibida por muchos; pues satisface las demandas de los médicos y otras personas que han argumentado que el género de las personas trans no es psicopatológico (Robles *et al.*, 2016).

No obstante, quienes viven esta experiencia requieren de servicios médicos especializados. Algunos de los factores previamente descritos, como las altas prevalencias de VIH, la frecuencia en el consumo de sustancias, la falta de acceso a servicios de salud, las altas tasas de violencia y diversas condiciones sociales, requieren de una transformación que se base en tratar a las personas en función de su identidad de género. Un punto importante son las innovaciones en la legislación en la Ciudad de México. Ese paso abre un mundo de posibilidades y facilita el acceso a servicios antes negados a esta población. Si bien los mecanismos por los que las mujeres trans presentan malestares son los mismos que en el resto de la población, es importante identificar lo que afecta especialmente a esta minoría. Las vulnerabilidades sumadas que presenta esta población clave, están bien descritas en los diversos abordajes metodológicos descritos en la literatura. Se necesitan servicios integrales con perspectiva de género, siendo este uno de los principales pasos a seguir, es decir validar la existencia de este grupo

nos hace más humanos y conscientes de que la variedad enriquece a la sociedad. Si bien podría considerarse un avance en el acceso a servicios de salud de calidad en minorías sexuales la instalación de una clínica, para un país entero es realmente una medida de poco alcance si no se reproduce.

Agradecimientos:

A Andrea González por su apertura y liderazgo.

Hamid Vega coordinador del Programa de Salud Mental de la CEC quien ha apoyado el desarrollo de este proyecto.

Rubén Quiroz quien ha generado una serie de procedimientos desde la sexología que nos ha facilitado la acción en esta población clave.

A Claudia Ramírez y Nitzia López endocrinólogas quienes desarrollaron científicamente los procedimientos de atención de la Clínica Integral Transgénero.

Y no me olvido de ustedes Programa de Salud Mental de la CEC (Harumi, Daniela, Víctor y Carolina) quienes aportamos la otra parte y generamos un modelo innovador.

Referencias

- BARAL, S.D., POTEAT, T., STRÖMDAHL, S., WIRTZ, A.L., GUADAMUZ, T.E., & BEYRER, C. (2013). "Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis". *The lancet infectious diseases*. Vol. 13, Núm.3: 214-222.
- BRANSON, B.M., HANDSFIELD, H.H., LAMPE, M.A., JANSSEN, R.S., TAYLOR, A.W., LYSS, S.B., & CLARK, J.E. (2006). "Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings". *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, Vol.55, Núm. 14: 1-CE.
- BREMS, C., & JOHNSON, M.E. (1989). "Problem-solving appraisal and coping style: The influence of sex-role orientation and gender". *The Journal of Psychology*. Vol. 123, Núm. 2: 187-194.
- CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA (CENSIDA). (2015). "Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida", https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/26534/GARPR_Mx2015.pdf consultado el 02 de noviembre de 2017.
- CHANDRA, A., COPEN, C.E., & MOSHER, W.D. (2013). "Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006-2010 National Survey of Family Growth". *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 45-66). Springer Netherlands.
- CHIÑAS, B. (1995) "Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies". In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293-302). NM: University of New Mexico Press, Albuquerque:
- CHODOROW, N. (1978) *The Reproduction of Mothering*, University of California Berkely.
- CLEMENTS-NOLLE, K., MARX, R., GUZMAN, R., & KATZ, M. (2001). "HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention". *American journal of public health*. Vol. 91, Núm.6: 915.

- CLEMENTS-NOLLE, K., MARX, R., & KATZ, M. (2006). "Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization". *Journal of homosexuality*. Vol. 51, Núm. 3 53-69.
- COCHRAN, S.D., & MAYS, V.M. (2000). "Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population". *American journal of epidemiology*. Vol. 151, Núm.5: 516-523.
- (2000). "Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III". *American journal of public health*. Vol.90, Núm. 4: 573.
- COCHRAN, S.D., SULLIVAN, J.G., & MAYS, V.M. (2003). "Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States". *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 71, Núm.1: 53.
- COLCHERO, M.A., CORTÉS-ORTIZ, M.A., ROMERO-MARTÍNEZ, M., VEGA, H., GONZÁLEZ, A., ROMÁN, R., ... & BAUTISTA-ARREDONDO, S. (2015). "HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City". *Salud Pública de México*. Vol.57, Núm. 99: 106.
- COLEMAN, E., BOCKTING, W. & BOTZER, M. (2012) "Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género". *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4380, consultado 05 de noviembre de 2017.
- COLEMAN, E., COLGAN, P., & GOOREN, L. (1992). "Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault". *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 21, Núm. 3: 313-321.
- CONNELL, R.W. (1987) *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford University. John Wiley & Sons,
- DRESCHER, J. (2014). "Controversies in gender diagnoses". *LGBT health*. Vol. 1, Núm. 1: 10-14.
- DRESCHER, J., COHEN-KETTENIS, P., & WINTER, S. (2012). "Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11". *International Review of Psychiatry*. Vol. 24, Núm. 6: 568-577.

- ENMARK, E., & GUSTAFSSON, J. Å. (1999). "Oestrogen receptors-an overview". *Journal of internal medicine*. Vol. 246, Núm.2: 133-138.
- ESTRADA, M.H. Y GARCÍA, B.A. (2010) "Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia". *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 9, Núm. 18: 90-102.
- FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J., & BEAUTRAIS, A.L. (1999). "Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?". *Archives of general psychiatry*. Vol.56, Núm. 10: 876-880.
- FLOR, H.P. (2010). "EEG analysis of male to female transsexuals: discriminant function and source analysis". *Clinical EEG and neuroscience*, Vol. 41, Núm. 4: 219-222.
- GATES W. (2011) "How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?" Williams Institute. Executive Summary, <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/research/census-lgbt-demographics-studies/how-many-people-are-lesbian-gay-bisexual-and-transgender/> consultado el 07 de noviembre de 2017,
- GILLIGAN C. (1982) "*In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*". Harvard University Press.
- GOOREN, L. (2006). "The biology of human psychosexual differentiation". *Hormones and behavior*, vol. 50. Núm. 4:589-601.
- GOOREN, L.J., GILTAY, E.J. & BUNCK, M.C. (2008) "Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol. 93. Núm.1: 9-25.
- GRAHAM, R., BERKOWITZ, B., BLUM, R., BOCKTING, W., BRADFORD, J., DE VRIES, B., ... & MAKADON, H. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- GRANT, J.M., MOTTET, L., TANIS, J. E., HARRISON, J., HERMAN, J., & KEISLING, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality.
- HAAS, A. P., ELIASON, M., MAYS, V. M., MATHY, R. M., COCHRAN, S. D., D'AUGELLI, A. R., ... & RUSSELL, S. T. (2010). "Suicide and suicide risk in

- lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations". *Journal of homosexuality*. Vol. 58. Núm.1: 10-51.
- HATZENBUEHLER, M.L., MCLAUGHLIN, K.A., & NOLEN-HOEKSEMA, S. (2008). "Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 49. Núm.12 :1270-1278.
- HEISE, L., ELLSBERG, M., & GOTTEMOELLER, M. (1999). "Ending violence against women". *Population reports*. Vol. 27, Núm.4:1-1.
- HEMBREE, W.C., COHEN-KETTENIS, P., DELEMARRE-VAN DE WAAL, H. A., GOOREN, L. J., MEYER III, W. J., SPACK, N. P., ... & MONTORI, V. M. (2009). "Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol.94, Núm.9: 3132-3154.
- ASSCHEMAN, H., GILTAY, E.J., MEGENS, J.A., VAN TROTSENBURG, M.A., & GOOREN, L.J. (2011). "A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones". *European Journal of Endocrinology*, Vol.164, Núm. 4:635-642.
- HINES, M. (2006). "Prenatal testosterone and gender-related behaviour". *European Journal of Endocrinology*, Vol.155, Núm. 1: 115-S121.
- HIRATA, H., VEGA, H., CRUZ, J. (2015) "Gender approach: Violence in women and transgender women with HIV in clinic in Mexico City". *Poster for HIV of Americas 2015*.
- JAMES, P.A., OPARIL, S., CARTER, B.L., CUSHMAN, W.C., DENNISON-HIMMELFARB, C., HANDLER, J., ... & SMITH, S. C. (2014). "2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)". *Jama*. Vol. 311, Núm.5: 507-520.
- KING, M., SEMLYEN, J., TAI, S.S., KILLASPY, H., OSBORN, D., POPELYUK, D., & NAZARETH, I. (2008). "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people". *BMC psychiatry*. Vol. 8, Núm.1: 70.
- KOVACS, M., GOLDSTON, D., & GATSONIS, C. (1993). "Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation".

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol.32, Núm.1: 8-20.
- KRUIJVER, F.P., ZHOU, J.N., POOL, C.W., HOFMAN, M.A., GOOREN, L.J. & SWAAB, D.F. (2000). "Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 85, Núm.5:2034-2041.
- KUDWA, A.E., BODO, C., GUSTAFSSON, J.Å., & RISSMAN, E.F. (2005). "A previously uncharacterized role for estrogen receptor β : Defeminization of male brain and behavior". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol.102, Núm.12: 4608-4612.
- LANDEN, M., WÅLINDER, J., HAMBERT, G., & LUNDSTRÖM, B. (1998). "Factors predictive of regret in sex reassignment". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol.97, Núm.4:284-289.
- LIPPA, R. A. (2000). "Gender-Related traits in gay men, lesbian women, and heterosexual men and women: The virtual identity of Homosexual-Heterosexual diagnosticity and gender diagnosticity". *Journal of personality*, Vol. 68, Núm.5:899-926.
- MANN, J.J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A., ... & MEHLUM, L. (2005). "Suicide prevention strategies: a systematic review". *Jama*. Vol. 294, Núm.16: 2064-2074.
- MENVIELLE, E. (2012) "A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders". *Journal of Homosexuality*. Vol. 59, Núm.3:357-368
- MORENO-PÉREZ, Ó., DE ANTONIO, I. E., & GRUPO DE IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL DE LA SEEN (GIDSEEN). (2012). "Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN)". *Endocrinología y Nutrición (English Edition)*, Vol.59, Núm. 6:367-382.
- MURAD, M.H., ELAMIN, M.B., GARCIA, M.Z., MULLAN, R.J., MURAD, A., ERWIN, P.J., & MONTORI, V.M. (2010). "Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes". *Clinical endocrinology*, Vol. 72, Núm. 2: 214-231.

- ÖSTERLUND, M. K., & HURD, Y. L. (2001). "Estrogen receptors in the human forebrain and the relation to neuropsychiatric disorders". *Progress in neurobiology*, Vol 64, Núm.3: 251-267.
- RADECKI, C.M., JACCARD, J., (1996) "Gender-role differences in decision-making orientations and decision-making skills". *Journal of Applied Social Psychology*. Vol.26, Núm.1: 76-94.
- RAMETTI, G., CARRILLO, B., GÓMEZ-GIL, E., JUNQUE, C., ZUBIARRE-ELORZA, L., SEGOVIA, S., ... & GUILLAMON, A. (2011). "The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment". A DTI study. *Journal of psychiatric research*, Vol.45 Núm. 7: 949-954.
- RAMIREZ-VALLES, J., GARCIA, D., CAMPBELL, R. T., DIAZ, R. M., & HECKATHORN, D. D. (2008). "HIV infection, sexual risk behavior, and substance use among Latino gay and bisexual men and transgender persons". *American Journal of Public Health*, Vol. 98, Núm. 6: 1036-1042.
- RAZNAHAN, A., LEE, Y., STIDD, R., LONG, R., GREENSTEIN, D., CLASEN, L., ... & GIEDD, J. N. (2010). "Longitudinally mapping the influence of sex and androgen signaling on the dynamics of human cortical maturation in adolescence". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol.107. Núm.39: 16988-16993.
- ROBLES, R., FRESÁN, A., VEGA-RAMÍREZ, H., CRUZ-ISLAS, J., RODRÍGUEZ-PÉREZ, V., DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ, T., & REED, G. M. (2016). "Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11". *The Lancet Psychiatry*, Vol. 3, Núm. 9: 850-859.
- ROSCOE, W. (1994) "How to become a berdache: Toward a unified theory of gender diversity"(pp. 329-372) New York: Zone Books, Edit Herdt.
- RUEDA CASTILLO, A. (2010) "El Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal en materia de los derechos de la población lesbiana, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual". *Folleto de Divulgación para la Vigilancia Social. Mecanismo de Seguimiento y Evaluación del programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*. México D.F. <http://www.equipopueblo.org.mx/descargas/folletospdf/LGBTTIweb.pdf> , consultado el 10 de octubre de 2017.

- SAFREN, S.A., HEIMBERG, R.G., (1999) "Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67, Núm .6: 859-866.
- SAVIC, I., & ARVER, S. (2011). "Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals". *Cerebral Cortex*. Vol. 21, Núm.11: 2525-2533.
- SHAFFER, D. R., & DEL BARRIO MARTÍNEZ, C. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid, Thomson.
- STOELB, M. & CHIRIBOGA, J. (1998) "A process model for assessing adolescent risk for suicide". *Journal of Adolescence*. Vol. 21, Num. 4: 359-370.
- TAPIA, A. G., GIL, E. G., & DE ANTONIO, I. E. (EDS.). (2006). *Ser transexual: dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona. Glosa.
- VAN GRIENSVEN, F., VAN WIJNGAARDEN, J. W. D. L., BARAL, S., & GRULICH, A. (2009). "The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men". *Current Opinion in HIV and AIDS*. Vol. 4, Núm.4: 300-307.
- VAN KESTEREN, P.J., GOOREN, L.J., & MEGENS, J.A. (1996). "An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands". *Archives of sexual behavior*. Vol. 25, Núm.6: 589-600.
- VAN KESTEREN, P.J., ASSCHEMAN, H., MEGENS, J.A., & GOOREN, L.J. (1997). "Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones". *Clinical endocrinology*, Vol.47, Núm.3: 337-343.
- VASTA, R., HAITH, M.M. Y MILLER, S.A. (1999, trad. cast. 2001) *Psicología infantil*. Segunda Edición. Barcelona, Ariel.
- WÄLINDER, J. (1971). "Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 119, Núm.549: 195-196.
- WEITZE, C. & OSBURG, S. (1996). "Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years". *Archives of sexual behavior*, Vol. 25, Núm.4: 409-425.
- WHETTEN, K., LESERMAN, J., LOWE, K., STANGL, D., THIELMAN, N., SWARTZ, M., ... & VAN SCOYOC, L. (2006). "Prevalence of childhood sexual abuse and physical trauma in an HIV-positive sample from the deep south". *American journal of public health*, Vol. 96, Núm. 6: 1028-1030.

- WITTICH, R.M. (2013). "Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global". *Endocrinología y Nutrición*, Vol.60, Núm. 10: 599-603.
- ZHOU, J.N., HOFMAN, M.A., GOOREN, L.J., & SWAAB, D.F. (1995). "A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality". *Nature*, Vol. 378, Núm. 6552: 68-70.
- ZUCKER, K. J., & LAWRENCE, A. A. (2009). "Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health". *International Journal of Transgenderism*, Vol.11, Núm.1: 8-18.

VULNERABILIDAD Y MARGINACIÓN

Mujeres y adolescentes privadas de la libertad en la Ciudad de México

Nathalie Gras Allain⁵², Ubaldo Ramos Alamillo⁵³,
Andrea González Rodríguez.⁵⁴

En este capítulo haremos un recuento del trabajo llevado a cabo por el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México en centros penitenciarios, buscando describir el perfil tanto epidemiológico como sociodemográfico de las mujeres y adolescentes que están en reclusión. Asimismo se intenta comparar a la población femenina con la masculina en el contexto carcelario local e internacional.

La población privada de la libertad en la Ciudad de México

El programa en centros penitenciarios surgió a partir de la firma de un convenio de colaboración, en diciembre de 2008, entre las

⁵² Subdirectora de Atención a Poblaciones Clave y Programas Específicos. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México.

⁵³ Médico Ginecólogo. Responsable de los programas para mujeres de la Clínica Especializada Condesa.

⁵⁴ Directora Ejecutiva. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA.

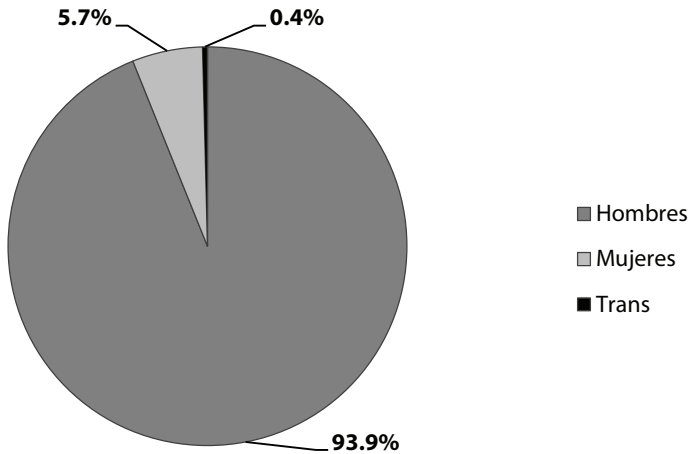
Secretarías de Salud y de Gobierno del Distrito Federal y el Instituto Nacional de Salud Pública. Las diferentes intervenciones tanto de detección como de atención de VIH, se llevan a cabo en colaboración y coordinación con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios de la Secretaría de Salud del D.F.

En la Ciudad de México, existen diez centros penitenciarios: diez para hombres y dos para mujeres. La población total es de 30,000 personas⁵⁵ distribuidas de la siguiente manera: 28,180 hombres; 1,700 mujeres y 120 mujeres transgénero.⁵⁶ Las mujeres representan el 5.7% del total de la población penitenciaria de la Ciudad de México, lo cual concuerda con la tendencia a nivel mundial, en la que las mujeres representan el 5% de la población total privada de la libertad. Vale la pena señalar que la población transgénero en los reclusorios sufre de una condición particularmente intensa de vulnerabilidad, discriminación y estigmatización.⁵⁷

⁵⁵ <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html> al 30 de septiembre de 2017.

⁵⁶ Observación basada en trabajo de campo en centros penitenciarios de la Ciudad de México realizado por el Programa de VIH/SIDA desde 2009.

⁵⁷ Las mujeres transgénero se encuentran en los reclusorios de hombres, salvo una de ellas que legalmente es mujer y que se encuentra en un reclusorio femenino. El Sistema Penitenciario las concentra en las estancias de un mismo dormitorio junto con los hombres *gays* con base en un censo que elabora de población LGBTTTI en cada uno de los centros.

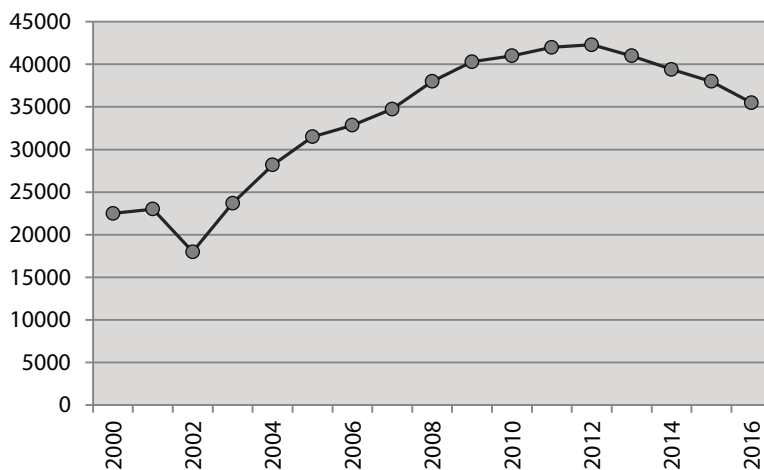
POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO POR GÉNERO⁵⁸

Para entender el problema de hacinamiento que enfrentan las cárceles de la Ciudad de México, es importante señalar que en mayo de 2003, fueron aprobadas las modificaciones al Código Penal del Distrito Federal, con lo cual el robo se convirtió en delito grave (cfr. Azzolini, 2013:195). Esto conllevó a que la población privada de la libertad se incrementara de 18,000 a 38,000 personas en tan solo seis años (de 2002 a 2008).⁵⁹ El 64% de los internos cumplen una sentencia por robo: 24.8% por robo simple y 39.2% por robo con violencia (cfr. Bergman *et al.*, 2014: 35). La

⁵⁸ <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html> al 30 de septiembre de 2017 e información proporcionada por los Servicios Médicos Legales y en Reclusorios.

⁵⁹ Información proporcionada por la Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html> al 31 de diciembre de 2008.

sobrepoblación carcelaria era del 112% en el Distrito Federal en el 2009 ubicándose así en el primer lugar nacional, seguida por el Estado de México (cfr. Bergman *et al.*: 9). Podemos observar en la siguiente gráfica, que actualmente se verifica un descenso de la población penitenciaria de la Ciudad de México (Subsecretaría de Sistema Penitenciario).⁶⁰



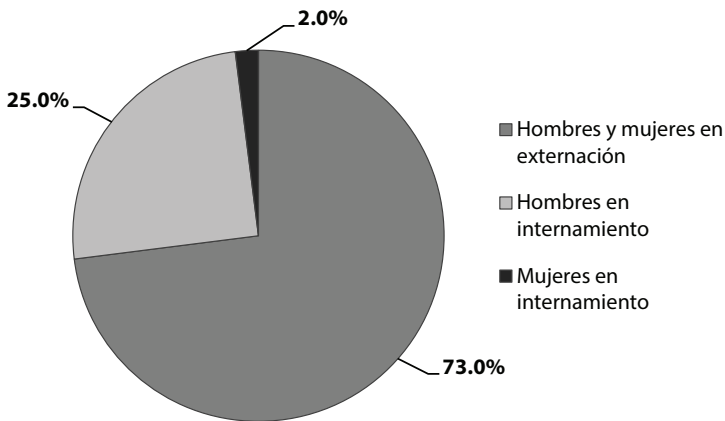
POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO DEL 2000 AL 2016⁶¹

Además de la población adulta que se encuentra en alguno de los doce centros penitenciarios de la Ciudad de México, hay 537 adolescentes en Conflicto con la Ley, de los cuales 394 (entre hombres

⁶⁰ Información proporcionada por la J.U.D. de Servicios Médicos de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

⁶¹ Información proporcionada por la J.U.D. de Servicios Médicos de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html> al 31 de diciembre de 2016.

y mujeres) se encuentran en externación es decir que si bien no requieren estar internos en una comunidad, deben acudir por cierto tiempo a diferentes actividades, y 143 internos en las cinco Comunidades para Adolescentes, de los cuales 10 son mujeres.⁶² En el caso de la población adolescente, el porcentaje de mujeres en reclusión es menor que en población adulta: 2% vs. 5.7%. Sin embargo como veremos más adelante, los casos de las adolescentes son extremadamente complejos ya que reúnen toda una serie de vulnerabilidades.



POBLACIÓN ADOLESCENTE POR GÉNERO Y SITUACIÓN JURÍDICA⁶³

⁶² Información proporcionada por la J.U.D. de Atención Médica de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario al 30 de abril de 2015.

⁶³ Información proporcionada por la J.U.D. de Atención Médica de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario al 30 de abril de 2015.

En la Ciudad de México, los dos centros penitenciarios para mujeres en reclusión son: el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha (inaugurado en 2004) y el Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan (creado en 1982). El primero cuenta con una población de aproximadamente 1,480 internas mientras que el segundo con una población de 220. Santa Martha Femenil es el centro al cual toda mujer detenida y consignada es enviada. En cambio en Tepepan, están concentradas las internas con padecimientos crónico degenerativos.⁶⁴

De acuerdo con una encuesta de 2013, el promedio de edad de las mujeres en reclusión es del 30.1 años y el de los hombres de 30.3 (cfr. Bergman *et al.*: 15). Sin embargo, es importante señalar que las causas que llevan a una mujer a la cárcel son muy diferentes a las que enfrenta un hombre. Esto se debe a la inequidad de género que forma parte de la estructura social, lo cual hace a las mujeres más vulnerables que los hombres.

La vulnerabilidad de las mujeres frente a los hombres ha sido estudiada desde varias disciplinas. En el campo del estudio del VIH, hay autores que han señalado que en México, la vulnerabilidad de las mujeres es muy clara ya que es biológica, económica, social y cultural (Torres, 2010: 23-24). De acuerdo con Kendall y Pérez:

La diferencia entre vulnerabilidad y riesgo es más que una sofisticación semántica. El concepto riesgo expresa una probabilidad cuya base son las decisiones y los comportamientos individuales. El concepto de vulnerabilidad señala la importancia de factores sociales, económicos,

⁶⁴ Información proporcionada por personal de los Servicios Médicos Legales y en Reclusorios y por la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

culturales, biológicos y epidemiológicos que condicionan decisiones y comportamientos, y por lo tanto, señalan la necesidad de respuestas basadas en cambios estructurales y no sólo en cambios de comportamientos individuales (Kendall y Pérez, 2004: 13).

En un estudio llevado a cabo con 1,490 pacientes (1,326 hombres y 164 mujeres) de la Clínica Especializada Condesa, se encontró que las mujeres que viven con VIH tienen menores grados de escolaridad y menores ingresos que los hombres. También que el hablar una lengua indígena, tener hijos y no ser soltera era más común en las mujeres. El 76.4% de ellas reportó haber sido infectada por una pareja estable contra el 43.4% de los hombres (cfr. Bautista, 2015b: 5-7).

Existen además grupos de mujeres especialmente vulnerables para adquirir la infección por VIH como son: las mujeres parejas de hombres seropositivos, de militares, de privados de la libertad, de usuarios de drogas inyectables y de migrantes. También las mujeres migrantes, las trabajadoras sexuales, las usuarias de drogas inyectables y las mujeres privadas de la libertad enfrentan mayor riesgo de infección por VIH (Torres, 2010: 44). Por lo tanto, las mujeres que se encuentran en reclusión, constituyen una población clave que necesita ser atendida en términos de salud sexual y reproductiva y de prevención y atención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La cárcel y el VIH

A nivel mundial, está documentado que la prevalencia de VIH en las personas privadas de la libertad, es mayor que en la población

que se encuentra fuera. Esto se debe a factores de riesgo como el intercambio de jeringas y a la frecuencia de relaciones sexuales desprotegidas (cfr. OMS/ONUSIDA: 3). Estas conductas de riesgo no sólo se dan dentro de los reclusorios, sino que suelen ser previas al encarcelamiento, ya que los reclusorios concentran a personas que manifiestan uso de drogas inyectables y abuso de alcohol, y que provienen de contextos de pobreza, y con poco acceso a servicios de salud (cfr. Jürgens *et al.*: 3).

Acuerdos internacionales, cárcel y salud pública

Existen diversos acuerdos internacionales acerca del tema de salud en las prisiones. Una de las principales recomendaciones es que se establezca colaboración entre la Secretaría de Salud y el Sistema Penitenciario (cfr. *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*, 2003: 3). Este aspecto es muy importante para poder separar lo referente a la salud, de los procesos legales de los internos. El principio fundamental en el terreno de la salud en reclusorios es el principio de equivalencia, es decir el derecho a recibir el mismo estándar de atención que si se estuviera libre (cfr. *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*, 2003: 2) ya que la pérdida de la libertad no debe implicar la pérdida del derecho a servicios de salud. Hay muchas razones para detectar y tratar a las personas que se encuentran en reclusión (no sólo el VIH sino otras infecciones de transmisión sexual y otros padecimientos crónicos como la diabetes e hipertensión). Desde una perspectiva de salud pública es fundamental señalar que las cárceles no son islotes aislados de la sociedad sino todo lo contrario. El dinamismo entre la población en reclusión y el resto es constante, no sólo por

el ir y venir de personal y de visitas sino porque entran y salen internos todos los días. No atender cuestiones de salud al interior de las cárceles puede tener consecuencias en la sociedad en su conjunto. Existen muchos ejemplos a este respecto en diferentes partes del mundo (cfr. Thaisri *et al.*, 2003).

Cabe señalar que en México, el 95.1% de los casos de VIH son por transmisión sexual.⁶⁵ En el contexto de los reclusorios, existe el mito de que es allí en donde las personas adquieren la infección por VIH. En los centros penitenciarios de la Ciudad de México, hemos encontrado que más del 95% de las personas detectadas, se infectaron fuera de la cárcel. Esto se debe a las prácticas de riesgo que ya se tenían previas al encarcelamiento.

El Programa de detección de VIH e ITS en centros femeniles

En 2010, se llevó a cabo un tamizaje en Santa Martha Acatitla y en Tepepan, en el marco de la campaña masiva de detección en reclusorios “Ponte a Prueba”. Esta campaña fue implementada por el Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública. Desde entonces, el slogan “Ponte a Prueba” alude al programa de detección de VIH e ITS en centros penitenciarios, operado por personal de la Clínica Especializada Condesa.

En un primer momento se buscaba conocer la prevalencia de VIH, en centros penitenciarios de la Ciudad de México. Sin embargo, hacer solamente esta prueba, implicaba algunas dificultades. En un

⁶⁵ http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf: 4.

espacio tan coercitivo y machista como lo son las cárceles, resultaba poco factible que la prueba de VIH por sí sola tuviera un buen nivel de aceptación. Además, iba a dificultarse mucho el garantizar la confidencialidad ya que la entrega del resultado positivo con postconsejería, los señalaría. En cambio al realizarse varias pruebas, se entregaron con postconsejería no sólo los resultados positivos a VIH sino a cualquier otro padecimiento de la lista de pruebas ofrecidas. Es por ello que se decidió hacer un “caballo de Troya” y ofrecer una serie de pruebas con el fin de obtener una mayor aceptación y de garantizar la confidencialidad ya que al ofrecer un “paquete” de pruebas, la de VIH se incluía entre todas las demás. En dicho tamizaje se ofrecieron las siguientes pruebas:

Infecciones de transmisión sexual (ITS):

- ◆ Hepatitis B y C
- ◆ Sífilis
- ◆ VIH
- ◆ Tuberculosis (TB)

Síndrome metabólico:

- ◆ Obesidad
- ◆ Diabetes
- ◆ Dislipidemias
- ◆ Hipertensión

Todo el proceso estuvo basado en consideraciones éticas como el consentimiento informado, la voluntariedad y gratuidad de las pruebas, además de la confidencialidad de los resultados. Se usó el método de Opt-Out que consiste en la aceptación general de las pruebas, dando la opción a descartar alguna o algunas en parti-

cular. Con esto se logró una alta aceptación de las pruebas: en los centros femeniles el 92.9% de la población participó, porcentaje aún mayor que el registrado en centros varoniles (77%) (Bautista y Fernández, 2011: 9).

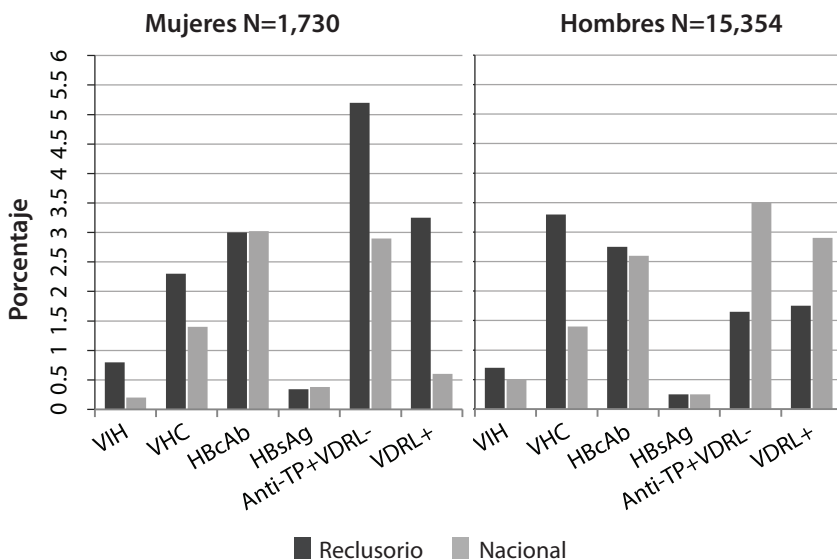
Previo al proceso de implementación de la detección, se llevó a cabo una campaña de comunicación⁶⁶ dirigida a las y los internos. Ésta constó de una serie de postales y de dos videos informativos cuyo fin era sensibilizar a la población acerca de las pruebas que se les iban a ofrecer y de los tratamientos a seguir en caso de ser necesario. Un video se centró en el consentimiento informado y el otro en el procedimiento de detección mientras que las postales contenían información acerca de cada uno de los padecimientos.



POSTAL INFORMATIVA DE LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN

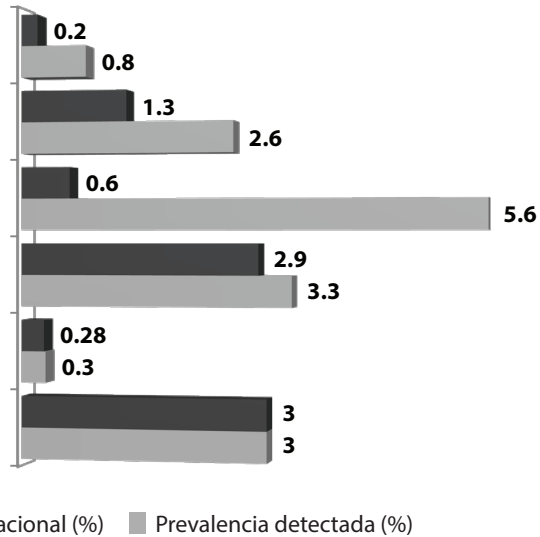
⁶⁶ Campaña de Comunicación “Ponte a Prueba” coordinada por Marco Antonio Palet Sánchez y realizada por Media Comunicación.

Como resultado de la intervención, se encontraron las siguientes prevalencias de infecciones de transmisión sexual (Bautista, 2012 y Bautista *et al.*, 2015a: 6-7):



PREVALENCIAS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR GÉNERO (COMPARATIVO CON POBLACIÓN GENERAL)⁶⁷

⁶⁷ Bautista, 2012 y Bautista *et al.*, 2015a: 6-7 y CENSIDA, Conde, *et al.*, 2007, Valdespino, *et al.*, 2007a y Valdespino *et al.*, 2007b para las prevalencias a nivel nacional.



PREVALENCIAS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD
(COMPARATIVO CON POBLACIÓN GENERAL)⁶⁸

Como se puede observar en la gráfica, la prevalencia de VIH es mayor en las mujeres en reclusión que en población general. Esta situación no es privativa de México, pues ha sido documentada en varios países y responde a una gama de factores que hacen a las mujeres en reclusión especialmente vulnerables. De acuerdo con un documento elaborado por varias agencias de la ONU, la

⁶⁸ Bautista, 2012 y Bautista *et al.*, 2015a: 6-7 y CENSIDA, 2009, Conde, *et al.*, 2007, Valdespino, *et al.*, 2007a y Valdespino *et al.*, 2007b para las prevalencias a nivel nacional.

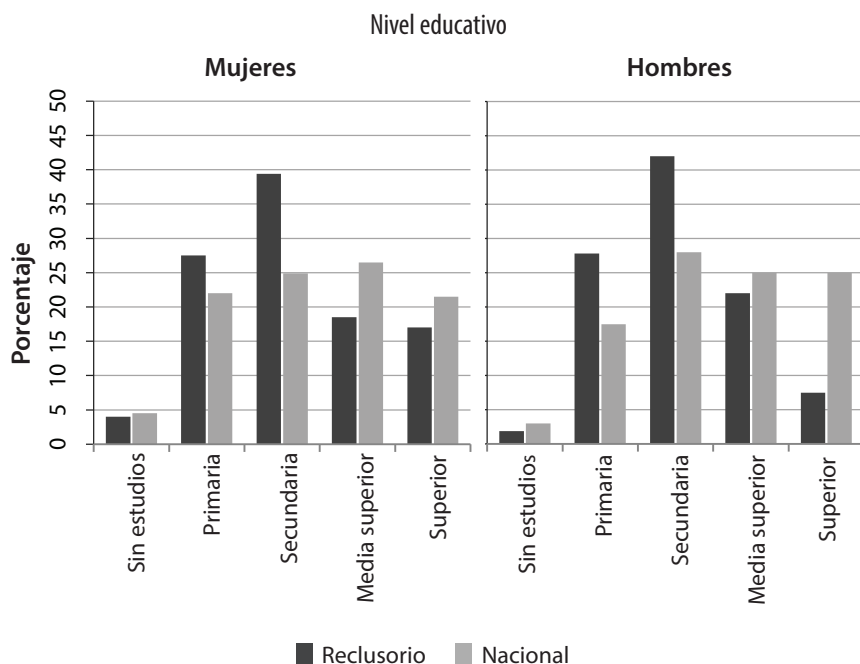
combinación de inequidad de género, estigma y discriminación aumenta la vulnerabilidad para contraer el VIH en las mujeres en reclusión. Muchas de ellas provienen de grupos socialmente marginados, han usado sustancias y han ejercido el trabajo sexual. Además, un gran número de ellas ha sido víctima de violencia de género y cuentan con una historia de prácticas sexuales de alto riesgo. Se entremezclan el uso de drogas, la violencia, el estigma y la discriminación, una mala nutrición y embarazos tempranos y no deseados (cfr. *Women and HIV in prison settings*, 2008: 2).

En los datos aquí presentados la prevalencia de sífilis histórica (Es la que ya está curada. Gracias a la prueba treponémica se puede saber si una persona tuvo por lo menos alguna vez sífilis a lo largo de la vida) es de 5.6% contra el 0.6%, es decir 9.3 veces más en las mujeres en reclusión de la Ciudad de México que en la población general mexicana. Si bien la sífilis es un padecimiento curable, la exposición a esta bacteria indica que se han tenido relaciones sexuales de riesgo. Está demostrado que el tener una o más infecciones de transmisión sexual facilita la adquisición del VIH (de dos a cinco veces más),⁶⁹ por lo que resulta muy importante atender esta infección en las mujeres que se encuentran en el reclusorio. Por otro lado, la prevalencia de Hepatitis C es el doble que en población general y está dada en la mayoría de los casos por el consumo de drogas inyectables.⁷⁰ Por último, la prevalencia de Hepatitis B es prácticamente la misma en ambos grupos poblacionales.

⁶⁹ <http://www.cdc.gov/std/hiv/stds-and-hiv-fact-sheet-press.pdf>.

⁷⁰ Si bien en la Ciudad de México el consumo de drogas inyectables es muy bajo, en la población penitenciaria, se incrementa durante su estancia en los estados fronterizos del norte del país o incluso en Estados Unidos debido a los procesos de migración.

De acuerdo con la información que se recabó a partir de una muestra de internas en 2010 a través del sistema de ACASI (Audio Computer –Assisted Self– Interviewing) (cfr. Bautista, 2012 y Bautista *et al.*, 2015a), las mujeres que se encuentran en reclusión, tienen más estudios de primaria y secundaria que la población general pero menos de preparatoria y universidad. En contraste, el porcentaje de “sin estudios” es similar a la población general. En el caso de los hombres en reclusión, presentan mayor porcentaje de estudios de primaria y secundaria que la población general pero menos también de educación media superior y superior. El porcentaje de “sin estudios” sí es menor que en población general. Comparativamente, los internos tienen más estudios de secundaria y de preparatoria que las internas pero menos estudios universitarios. Sin embargo en términos generales se puede decir que en esta población, las mujeres tienen menos acceso a la educación que los hombres.



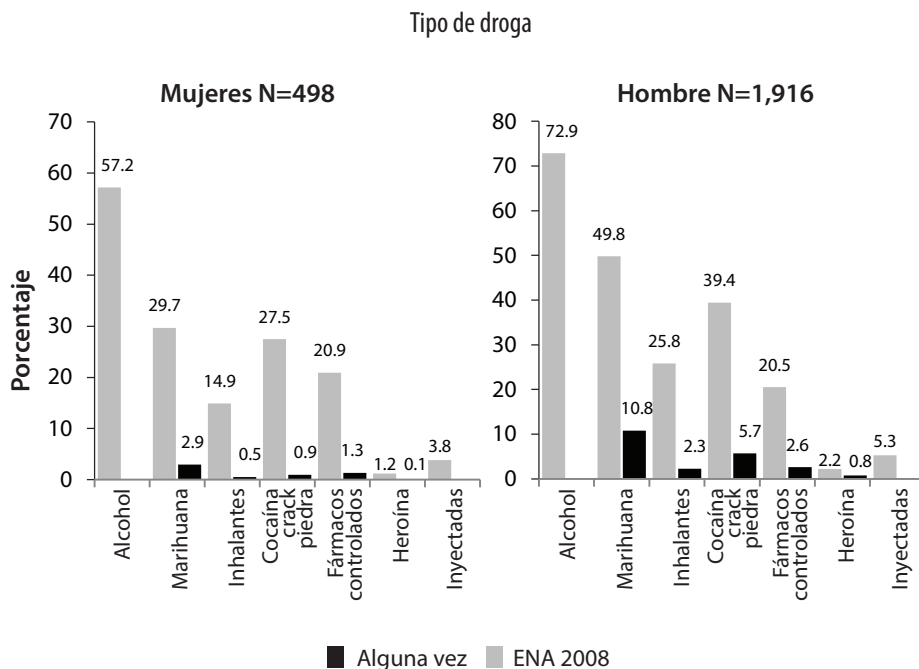
7. NIVELES EDUCATIVOS DE MUJERES Y HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD (COMPARATIVO CON POBLACIÓN NACIONAL)⁷¹

Otra gráfica ilustrativa acerca del perfil de las mujeres que están en la cárcel, es la referente al uso de sustancias. El porcentaje de las internas que consumieron alguna vez en la vida una de estas tres sustancias es muy significativo: marihuana el 29.7% contra el 2.9% en población general; cocaína, crack o “piedra” el 27.5% contra el 0.9%; fármacos controlados, el 20.9% contra el 1.3% e inhalantes el 14.9% contra el 0.5% (Bautista, 2012). Estamos

⁷¹ Bautista, 2012.

viendo aquí consumos que van de 10 hasta 30 veces más que en la población general. Es muy significativo el que el consumo de cocaína, crack o “piedra” alguna vez en la vida sea casi el mismo que el de marihuana (la cocaína, el crack, la “piedra” y los inhalantes son drogas de impacto). También el 3.8% consumió alguna vez drogas inyectables contra el 0% en población general (Bautista, 2012). En el caso de los hombres, los porcentajes de consumo de todas las sustancias alguna vez en la vida son más altos que en el caso de las mujeres salvo en el caso de los fármacos controlados que es ligeramente más bajo. Este fenómeno también se observa en la población general, ya que se reporta más consumo de sustancias en hombres.

Sin embargo, el uso de sustancias en las mujeres que están privadas de la libertad es muy alto y constituye el principal problema de salud pública de los centros penitenciarios de la Ciudad de México –al igual que entre los hombres.



8. USO DE SUSTANCIAS EN HOMBRES Y MUJERES PRIVADOS DE LA LIBERTAD
(COMPARATIVO CON POBLACIÓN NACIONAL)⁷²

El Programa de atención de VIH e ITS en centros femeniles

Desde febrero de 2009, el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México ha implementado un Programa de Atención de VIH en centros penitenciarios de la Ciudad de México. Los hombres están concentrados⁷³ en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla con el

⁷² Bautista, 2012.

⁷³ Es muy importante destacar que los internos que viven con VIH están concentrados en el Dormitorio 10 de la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, pero no están

fin de recibir atención especializada que incluye tratamiento anti-retroviral y exámenes de monitoreo. Reciben la misma atención que si estuvieran libres, es decir la que ofrece la Clínica Especializada Condesa. Actualmente hay 200 internos con un promedio de edad de 36 años (Salvar), pero se ha atendido a 567 de 2009 al 31 de diciembre de 2016.

En cambio en el caso de las mujeres, la atención se ofrece directamente en la Clínica Condesa en virtud del bajo número de internas que la requieren: actualmente son 13 aunque desde 2009 se ha atendido a 43. De ellas, 91% está indetectable (con menos de 40 copias del virus) después de seis meses de haber iniciado tratamiento anti-retroviral (Salvar). Su promedio de edad es de 33 años (Salvar).

Si bien los números son menores, la prevalencia de VIH es mayor en mujeres que en hombres en reclusión: 0.8% contra 0.7%. Asimismo, los retos son mayores ya que esta población presenta dificultades específicas como un apego insuficiente al tratamiento antirretroviral, entre otros factores debido a padecimientos psiquiátricos y uso de sustancias. Por otro lado, muchas de ellas han sufrido violencia sexual, psicológica y familiar, han estado en situación de calle y han usado sustancias como inhalantes y crack o “piedra” desde muy temprana edad.

Uno de los mayores desafíos para las internas con VIH es el continuar con el tratamiento y con la atención médica una vez que son liberadas, ya que en su mayoría no regresan a los servicios de salud especializados, ya sea porque se encuentran sometidas a las situaciones de vulnerabilidad que ya hemos mencionado o porque

aislados. Tienen autorización de libre circulación por las instalaciones del penal. El único caso de aislamiento sucede cuando se trata de un interno con tuberculosis, dada la facilidad con la que se transmite esta bacteria.

al salir del penal algunas mujeres regresan a su lugar de origen y no entran en contacto con el sistema de salud.

El tema de la maternidad plantea situaciones específicas para la atención a mujeres en reclusión. Tal es el caso de la prevención vertical, pues a juzgar por la experiencia de esta intervención, muchas de ellas fueron madres muy jóvenes y suelen tener más de un hijo. En Tepepan no se permite que habiten niños,⁷⁴ de modo que las pacientes que tienen hijos, han tenido que enviarlos a vivir con algún familiar. Durante este proyecto, dos mujeres fueron detectadas con VIH en etapas muy avanzadas del embarazo: una en Santa Martha Acatitla y la otra en Tepepan, a tan sólo unos días del parto. En ambos casos, se llevó a cabo el protocolo para evitar la transmisión perinatal y –excepcionalmente–, pudieron convivir un tiempo con sus bebés en Tepepan. El resultado de este proceso fue dispar: una vez libre, una de ellas no continuó con el seguimiento médico pues no ha acudido a la Clínica Condesa. La otra fue trasladada junto con su bebé a Santa Martha Acatitla, donde continúa el tratamiento.

Otro caso es el de una interna que salió libre, se embarazó y dio a luz, pero había abandonado el tratamiento. El bebé fue diagnosticado con sida en un hospital pediátrico, situación que facilitó nuestro conocimiento del caso. Para ese momento, el bebé estaba a cargo de su padre y de su tía, dado que su madre había reingresado a la cárcel. Fue en la institución que se pudo reiniciar el tratamiento aunque desafortunadamente en este caso no se pudo prevenir la transmisión. En este sentido, la pérdida de seguimiento de las pacientes una vez

⁷⁴ Las internas que tienen hijos se encuentran en el Femenil de Santa Martha Acatitla. El Sistema Penitenciario les permite que vivan con sus hijos hasta la edad de seis años. Este tema es ciertamente muy polémico debido a lo que implica que los niños se desarrollen en un contexto carcelario hasta esa edad.

liberadas constituye un gran desafío. Detectarlas y tratarlas mientras se encuentran privadas de la libertad es un imperativo, puesto que acceder a ellas fuera de la cárcel es una tarea difícil.

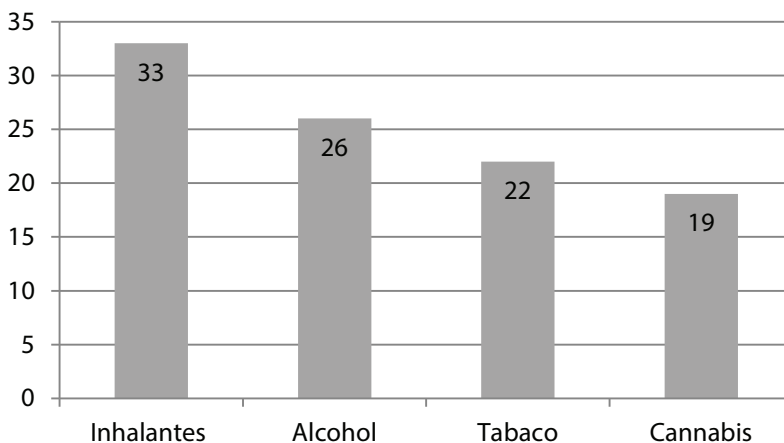
Las adolescentes de la Comunidad para Mujeres

Como se mencionó al inicio de este trabajo, en la Ciudad de México existe una Comunidad para Mujeres en la que se encuentran internadas las adolescentes. Esto de manera separada de los dos centros mencionados de Santa Martha y Tepepan, donde se encuentra la población femenil adulta. En un primer momento se buscaba ofrecerles las pruebas de VIH e ITS, al igual que a la población adulta. Sin embargo, se encontró que muchas de ellas tenían ITS que no se detectaban en los estudios en sangre y que era necesaria una valoración ginecológica que incluyera colposcopia dada la alta prevalencia de Virus de Papiloma Humano entre otros. La intervención busca atender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

Hasta el mes de abril de 2015, se había valorado a 72 adolescentes cuya edad promedio es de 16.5 años. El 45.8% tiene estudios de primaria (seis años), el 40.2% de secundaria (nueve años) y el 8.33% tiene menos de seis años de educación formal (Cabrera *et al.*, 2015).

El 81.9% reportó haber consumido alguna sustancia en promedio a los 12 años de edad. El porcentaje de uso de inhalantes era el más alto, con un 33%, además de que se inicia a temprana edad. En seguida lo más frecuente fue el consumo de alcohol 26%, tabaco 22% y cannabis con un 19% (Cabrera *et al.*, 2015). El alto consumo de inhalantes coloca a estas adolescentes en una situación de suma vulnerabilidad.

Uso de sustancias en adolescentes en reclusión (%)



9. USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD

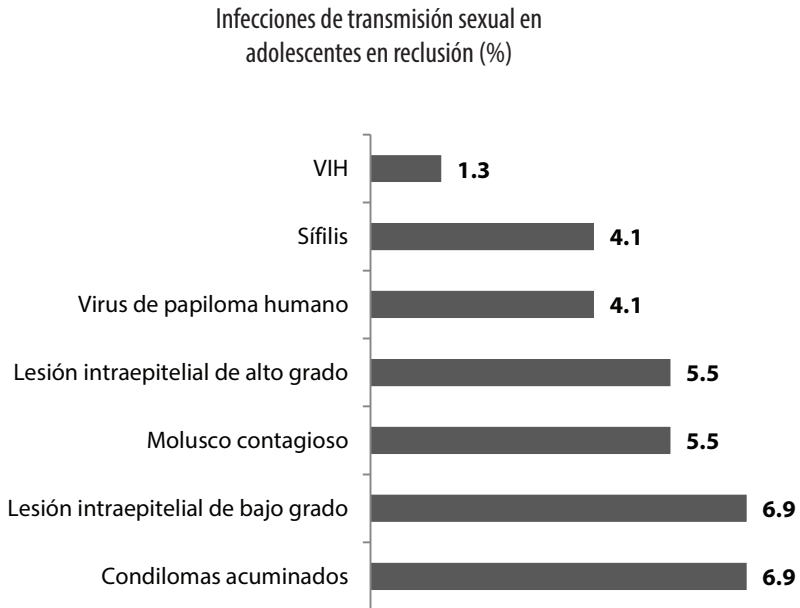
Igualmente, como en el caso de las mujeres adultas en reclusión, el antecedente de violencia está presente, —ya que el 11.1% de las adolescentes sufrió violencia sexual en la infancia (Cabrera *et al.*, 2015).

En cuanto a salud sexual y reproductiva, la edad promedio de inicio de vida sexual es de 14 años, el 38.8% ha estado embarazada una vez y el 5.8% dos o más veces (Cabrera *et al.*, 2015). Se combinan así en esta población embarazos y un alto consumo de inhalantes, por lo que este programa les ofrece métodos anticonceptivos de largo alcance, como dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes subcutáneos. Todos los procedimientos se hacen con consentimiento informado.

Del total de las adolescentes atendidas, el 33.3% tuvo alguna ITS y el 12.5% tuvo dos o más ITS (Cabrera *et al.*, 2015). Esto apunta

nuevamente a la vulnerabilidad de estas adolescentes.

Las prevalencias de algunas de las ITS encontradas en esta población fueron:



10. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Conclusiones

Las cárceles concentran sin lugar a dudas una población que está expuesta a muchos factores de riesgo para la adquisición del VIH

y de otras infecciones de transmisión sexual. Esta exposición suele ser previa al encarcelamiento ya que los factores de riesgo de esta población están presentes desde antes, dado el contexto social y familiar en el que estas personas se han desenvuelto.

Llevar a cabo programas de alcance en la población privada de la libertad es fundamental ya que cuando se encuentran en libertad la mayoría de estas mujeres no acude a servicios de salud. Se derraman asimismo otro tipo de beneficios, pues las intervenciones pueden ser costo efectivas no sólo en términos económicos, sino sobre todo sociales, ya que las personas en reclusión suelen ser poblaciones olvidadas por las instituciones y la sociedad. Por otro lado, el hecho de que se trate de una población cautiva facilita su contacto y tratamiento.

En el caso de las mujeres y las adolescentes, sobresale la condición de vulnerabilidad y marginación. La combinación de factores como uso de sustancias, desórdenes psiquiátricos no diagnosticados y no tratados, relaciones sexuales sin condón, embarazos no deseados, entornos de violencia social, familiar, de pareja y sexual, poco acceso a educación y a servicios de salud hacen de esta población un grupo sumamente difícil de atender.

En muchos de los casos de las pacientes, el VIH no es el problema más apremiante sino sus condiciones de vida. El reto para los servicios de salud es ver más allá de los padecimientos y sostener una visión global de lo que entra en juego cuando tratamos con personas. El ofrecer servicios de salud dignos a esta población constituye una oportunidad única no sólo para su beneficio, sino también en términos epidemiológicos y de salud pública.

Agradecimientos:

*A todo el personal de la Clínica Especializada Condesa
Al Hospital General “Torre Médica Tepepan”
A la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios
A la Subsecretaría de Sistema Penitenciario
Y a las mujeres privadas de la libertad, por su confianza*

Referencias

- AZZOLINI BINCAZ, A. (2013). *Los delitos patrimoniales en el Código Penal para el Distrito Federal*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 191-210. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3390/17.pdf>.
- BAUTISTA, S. y FERNÁNDEZ A. (2011). “Intervención sanitaria en centros penitenciarios”. *Informe Ejecutivo de Ponte a Prueba*, México: Instituto Nacional de Salud Pública (manuscrito no publicado).
- BAUTISTA, S., SERVÁN, E., BEYNON, F., LÓPEZ, R., GONZÁLEZ, A., SIERRA, J., CONDE, C., JUÁREZ, L., y VOLKOW P. (2012). “Prevalence of transmissible infections, chronic illnesses, socio-demographic and behavioural risk factors amongst prison inmates in Mexico City: A cross-sectional study of 17,084 inmates”. Washington D.C.: Presentación oral en el XIX Congreso Internacional de VIH, Instituto Nacional de Salud Pública.
- BAUTISTA, S., GONZÁLEZ, A., SERVÁN, E., BEYNON, F., JUÁREZ, L., LÓPEZ, R., CONDE, C., GRAS, N., SIERRA, J., LÓPEZ, R., VOLKOW, P. y BERTOZZI S. M. (2015a). “A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population”, *PLoS ONE* 10(7): e0131718. doi:10.1371/journal.pone.0131718.

- BAUTISTA, S., SERVAN, E., BEYNON, F., GONZÁLEZ, A., y VOLKOW P. (2015b). "A Tale of two epidemics: gender differences in socio-demographic characteristics and sexual behaviors among HIV positive individuals in Mexico City", *International Journal for Equity in Health*, 14:147, DOI 10.1186/s12939-015-0286-4.
- BERGMAN, M., FONDEVILA, G., VILALTA, C. y AZAOLA E. (2014). *Delito y Cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional*. Reporte histórico de la población carcelaria en el Distrito Federal y el Estado de México, 2002 a 2013: Indicadores clave. México D.F.: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- CABRERA, T. de J., RAMOS, U., GONZÁLEZ, A., CRUZ, C., LANGARICA, E., DÍAZ, S. (2015). "HIV/STI prevalence and sociodemographic data in incarcerated female adolescents in Mexico City". México: Póster presentado en el Congreso HIV in the Americas.
- CAVAZOS ORTIZ, I. (2005). *Mujer, etiqueta y cárcel*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- CDC Fact sheet. (2010). "The Role of STD Prevention and Treatment in HIV Prevention": <http://www.cdc.gov/std/hiv/stds-and-hiv-fact-sheet-press.pdf>.
- CENSIDA (2009). *El VIH/Sida en México 2009*. México.
- *La Epidemia del VIH y el Sida en México*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf (consulta 27 de agosto de 2016).
- CONDE, C.J., VALDESPINO, J.L., ET AL. (2007). "Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos y características sociodemográficas de la población mexicana adulta en el año 2000." México: *Salud Pública de México* 49 (Supl. 3): 395-403.
- DECLARATION ON PRISON HEALTH AS A PART OF PUBLIC HEALTH. (2003). *Health in Prisons Project, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen*.
- JÜRGENS, R., NOWAK, M., y DAY M. (2011). "HIV and Incarceration: prisons and detention", *Journal of the International AIDS Society*, 14:26. Disponible en <http://www.jiasociety.org/content/14/1/26>.

- KENDALL, T. y PÉREZ VÁZQUEZ, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*, México: COLECTIVO SOL-Red Mexicana de Personas Que Viven con VIH/Sida, A.C.-INMUJERES-DF-GDF.
- SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN, LOGÍSTICA Y VIGILANCIA DE ANTIRRETROVIRALES (SALVAR). <https://www.salvar.salud.gob.mx/> (consulta el 30 de septiembre de 2017).
- SUBSECRETARÍA DE SISTEMA PENITENCIARIO DEL DF. *Estadísticas*. <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/index.html> (consultas recurrentes).
- *Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha*. http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/santa_martha.html (consulta el 14 de septiembre de 2016).
- *Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan*. <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/reclusorios/tepepan.html> (consulta el 14 de septiembre de 2016).
- THAISRI, H., LERWITWORAPONG, J., VONGSHEREE, S., SAWANPANYALERT, P., CHADBANCHACHAI, C., ROJANAWIWAT, A., KONGPROMSOOK, W., PAUNGTUBTIM, W., SRI-NGAM, P., and RACHANEKORN J. (2003). “HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study” en: *BMC Infectious Diseases* 3: 25. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/3/25>.
- TORRES PEREDA, M. del P. (Editora) (2010). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el Sida. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*, México: Serie Ángulos del Sida, Volumen 10, CENSIDA-INMUJERES-INSP.
- VALDESPINO, J.L., CONDE, C.J., OLAIZ, G., PALMA, O., KERSHENOBICH, D. y SEPÚLVEDA J. (2007a). “Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente?” *Salud Pública de México* 49. Supl. 3: 395-403.
- VALDESPINO, J.L., CONDE, C.J., OLAIZ, G., PALMA, O., KERSHENOBICH, D. y SEPÚLVEDA J. (2007b). “Prevalencia en México de la infección y el

estado de portador de la hepatitis B en adultos” *Salud Pública de México* 49. Supl. 3: 404-411.

OMS/ONUSIDA (2007). *VIH/Sida: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz*. Nueva York.

UNITED NATIONS, UNAIDS, UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC ILO, UNESCO, WHO, WORLD BANK (2008). *Women and HIV in prison settings*.

Mujeres y VIH en México: diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud, se terminó de editar e imprimir en la Ciudad de México por Imagia Comunicación, durante el mes de julio del año 2018. Para su composición se utilizó la tipografía Adobe Jenson Pro. Se imprimieron 150 ejemplares.

¿Qué condiciones participan en la posibilidad de que las mujeres puedan prevenir el VIH o conocer su diagnóstico oportunamente y recibir la atención médica que requieren?

Este volumen busca explorar estas cuestiones en un esfuerzo colectivo por comprender y difundir aspectos fundamentales de la condición de las mujeres en la epidemia. A través de información producida por la experiencia en el campo de la atención a la salud, antropólogas, mujeres acompañantes pares y mujeres que viven con el virus, psicólogas sociales y sociólogos, funcionarias/os encargadas de políticas públicas, y médicas y médicos buscan en este libro tender puentes entre prácticas y saberes diversos. En él se invita al lector a que entable entre estos enfoques y problemas un diálogo que invite a ir más allá de una aproximación biomédica, en tanto se discuten procesos sociales, institucionales y subjetivos que marcan la experiencia de vivir con VIH para las mujeres en nuestro país.

