



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

VULNERABILIDADES FEMENINAS FRENTE
AL VIH/SIDA. HISTORIAS DE VIDA.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA PRESENTA:

MARIA DE LOURDES ZARIÑANA NAVA



DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MUÑOZCANO SKIDMORE

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*...la promoción de la prevención y el control del SIDA
nos enfrenta a la mayoría de nuestras creencias y comportamientos...
...debemos continuar con la movilización de recursos sociales y culturales
que promuevan la formación o la modificación de comportamientos...*
Jonathan Mann, fundador y primer director del programa Mundial sobre SIDA de la OMS.

*Es necesario reconocer la relevancia de los condicionantes estructurales
que hacen que determinadas poblaciones
tengan un riesgo mucho mayor de sufrir determinadas enfermedades.
La calidad de los servicios de salud y los servicios públicos en general,
las comunicaciones y los transportes, la defensa de los derechos humanos,
la calidad de los sistemas educativos, el concepto de la sexualidad y
la feminización de la pobreza, entre otros,
son factores directamente relacionados con las
probabilidades de contraer la enfermedad del SIDA o de acceder al tratamiento.
También es necesario tener en cuenta la importancia de la
construcción social de la enfermedad y lo imprescindible de afrontar el problema
desde una perspectiva multidisciplinaria y amplia...
Mujer, sida y acceso a la salud. Enfoque desde las Ciencias Sociales*

INDICE

Introducción	5
Capítulo 1.	
FUNDAMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS.	13
1.1 Fenomenología.	13
1.2 Metodología de la investigación.	15
1.2.1 Metodología cualitativa.	18
1.3 Técnicas de investigación cualitativa.	20
1.3.1 Entrevista a profundidad y grupo focal.	20
1.3.2 Historias de vida.	21
1.3.3 Observación participante.	24
1.4 Herramientas de la investigación cualitativa.	24
1.4.1 Diario de campo.	25
1.4.2 Grabadora.	25
Capítulo 2.	
PANORAMA GENERAL DEL VIH/SIDA.	26
2.1 Aparición de la enfermedad	26
2.1.1 En torno al origen del VIH	29
2.2 Aspectos generales	31
2.3 Transmisión.	33
2.4 Formas de detección.	36
2.5 Manifestaciones del VIH y desarrollo del SIDA.	37
2.6 Tratamiento.	40
2.7 Sobre prevención.	45
Capítulo 3.	
DISTRIBUCIÓN DE LA PANDEMIA Y SITUACIÓN ACTUAL EN EL MUNDO Y EN MÉXICO.	52
3.1 Situación actual de la epidemia en el mundo.	52
3.2 SIDA en México.	64
3.2.1 Situación actual en México.	70

Capítulo 4.

VULNERABILIDADES FEMENINAS FRENTE AL VIH/SIDA.	80
4.1 Vulnerabilidad epidemiológica.	84
4.2 Vulnerabilidad biológica.	85
4.3 Vulnerabilidad socioeconómica.	86
4.4 Vulnerabilidad de género o cultural.	89
4.5 Vulnerabilidad por diferentes tipos de violencia.	91
4.6 Mujeres parejas de hombres vulnerables: migrantes, bisexuales y/o personal de las fuerzas armadas	96
4.7 Vulnerabilidad por ausencia en la percepción del riesgo.	99
4.8 El papel de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	100

Capítulo 5.

HISTORIAS DE VIHDA. MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA.	107
1. Bella.	109
2. Esme.	119
3. Lucía.	131
4. Coti.	141
5. Chuncha.	142
6. Análisis e interpretación de los resultados.	143

CONSIDERACIONES FINALES:

VULNERABILIDAD EN TRES MOMENTOS.	147
---	------------

BIBLIOGRAFÍA.	152
----------------------	------------

HEMEROGRAFÍA.	159
----------------------	------------

LEYES Y CONVENCIONES.	162
------------------------------	------------

PÁGINAS ELECTRÓNICAS.	162
------------------------------	------------

ANEXOS:

Anexo 1. Siglas	163
------------------------	------------

Anexo 2. Índice de cuadros y gráficas	164
--	------------

Anexo 3. Guión de entrevistas.	166
---------------------------------------	------------

Anexo 4. Genealogías:

1. Bella	168
-----------------	------------

2. Esme	169
----------------	------------

3. Lucía	170
-----------------	------------

INTRODUCCION.

A 30 años de la aparición de la epidemia de VIH/SIDA en el mundo y a consecuencia de las “alentadoras” cifras que suelen otorgarnos anualmente¹, los organismos nacionales e internacionales encargados del tema, surgen planteamientos para la evaluación, análisis y prevención en torno al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin embargo, éstos suelen ser totalmente sesgados², lejanos a las situaciones reales de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y sus familiares. En México, el manejo no ha sido diferente desde 1983, año en que se diagnosticó el primer caso.

La prioridad que se ha hecho de las investigaciones sobre enfermedades (y por supuesto del VIH/SIDA), ha sido de carácter médico. Estudiar la historia natural de las enfermedades permite conocer sus formas de contagio, síntomas y tratamientos; este acercamiento ha dejado de lado los aspectos sociales. Pero, dado que todas las enfermedades son sociales, es necesario también conocer la historia social. El abordaje sociológico permite saber: quiénes se enferman, de qué se enferman, con que frecuencia y gravedad se enferman, cuáles son las condiciones de vida de las y los enfermos y cuál es el acceso real a los servicios médicos. Si sabemos cuáles son las condiciones materiales de vida de las poblaciones como vivienda, alimentación, educación, acceso a servicios públicos (incluidos los de la salud), actividad económica y laboral, género y etnicidad (estas últimas, cuestiones eminentemente culturales), entenderemos situaciones como la calidad y esperanza de vida, la morbilidad y la mortalidad. Esto significa que si se pudiera asegurar el acceso a bienes y servicios adecuados, necesarios y suficientes, se podría evitar o retrasar la presencia de enfermedades tanto infecciosas como crónico-degenerativas.

¹ En 1988, durante la Conferencia de Ministros de Salud celebrada en Londres, la Asamblea General de la ONU expuso su preocupación por el aumento en el número de casos de SIDA; en ese momento, se declaró que había tomado las dimensiones de una pandemia (se le nombra de esta manera a la epidemia cuando las cifras crecen de manera exponencial: aumento en el número de países y de personas afectadas). Dado que el primer caso de SIDA se diagnosticó el 1° de diciembre de 1981, en esa Conferencia se instituyó el día mundial para la lucha contra el SIDA. Celebración anual que tiene por objeto difundir los avances científicos, médicos y experiencias que genera esta enfermedad, conmemoración donde convergen instituciones gubernamentales y sociedad civil.

² Considero que son sesgados los informes mundiales anuales pues dependen de las cifras que entregan los países, lo que significa un año de retraso en los conteos; además, entre los subregistro y diagnósticos erróneos, las cifras se alejan de los casos realmente existentes.

Entonces, para poder acercarnos al conocimiento del proceso salud-enfermedad de cualquier población en el mundo, se deben considerar las condiciones sociales de vida pues estas particularidades (sociales y culturales) permiten el análisis de las probabilidades de infección pero también la experiencia de vivir dichos eventos.

Para la reconstrucción de la historia social del VIH/SIDA debemos conocer en qué circunstancias mundiales surge, cuáles son los grupos más afectados, qué variables socioeconómicas y culturales influyen en el contagio y diseminación de la enfermedad, es decir, dar cuenta de las relaciones concretas entre los seres humanos a partir de sus especificidades.

En esta investigación se abordan diferentes factores que convergen en la salud de las mujeres, resaltan, de nuevo, las condiciones socioeconómicas, el estatus social de las mujeres dentro de sus entornos (familiar, laboral y comunitario), los aspectos culturales alrededor del género y la salud y, de manera especial, el acceso y la calidad de los servicios públicos.

Las crisis económicas generalizadas en nuestro país así como la ejecución de políticas de ajuste, han aumentado las desigualdades sociales y económicas de la población. Esto se ve reflejado, principalmente, en el deterioro de empleos, el aumento en los índices de pobreza y la falta de recursos para el financiamiento de los sistemas de salud, lo que ha originado en estos, problemas de disponibilidad, acceso y calidad de los mismos.

Todas las enfermedades afectan a los diversos grupos sociales y económicos pero en el caso del VIH/SIDA en los últimos años, se ha presentado un aumento significativo de casos femeninos, actualmente representan cerca del 50%. En estos contagios intervienen factores como la desigualdad social y la subordinación histórica, ambos, factores condicionantes de la vulnerabilidad femenina.

Por lo tanto, la investigación que se presenta gira en torno al reconocimiento de los diversos tipos de vulnerabilidad femenina que existen y cómo influyen cada uno de ellos en el proceso de contagio del VIH/SIDA en la mujeres. Sin embargo, preciso aclarar que el VIH/SIDA ha estado presente, desde su aparición, entre los hombres (con ellos se inició la

epidemia). No abordar las condiciones de vulnerabilidad de los varones (propias de su género), no significa por ningún motivo que están fuera del riesgo de contraerlo.

La primera parte de esta investigación ha consistido en hacer una revisión bibliohemerográfica en torno a las cuestiones médicas del VIH/SIDA. A la par, se recopilaron cifras y datos que surgen de las instancias de salud³, principalmente, pero también se utilizaron informes, declaraciones y trabajos que han realizado Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en torno al tema.

Una vez realizada la primera etapa de la investigación, que permitió tener conocimientos generales y básicos del tema, me acerqué a la Red Mexicana de personas que viven con VIH/SIDA⁴ para conocer su trabajo. Solicité ayuda para vincularme con mujeres que viven con VIH y tuvieran la posibilidad así como la disposición de colaborar en esta investigación; desafortunadamente no pude conseguir informantes.

También acudí a la Clínica Especializada Condesa (CEC)⁵ perteneciente a la Secretaría de Salud del DF donde estuve en contacto con la entonces directora, Carmen Soler Claudín, quien se interesó por la investigación pero no pudo dar su autorización sin que antes el Comité de Bioética de dicha dependencia conociera el proyecto. Dicho Comité no aprobó la realización de ésta en las instalaciones de la CEC.

Tanto en la Red como en la CEC, sólo trabajé con el personal médico y de salud que de forma general me explicó sus actividades, la población a la que estaban dirigidas y los servicios que ofrecían. Conversé con algunas beneficiarias y beneficiarios, pláticas que me

³ Se utilizaron los informes anuales de ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), OMS (organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de Salud) para conocer las cifras internacionales y las tendencias a nivel mundial, y de los reportes de CENSIDA (Centro Nacional para Prevención y Control del VIH/SIDA), INEGI (instituto Nacional de Geografía), CONAPO (Consejo Nacional de Población) y la SSA (Secretaría de Salud), para conocer los avances del VIH/SIDA en México.

⁴ Asociación de la sociedad civil del DF surgida en 1995 y constituida legalmente en 1999, interesada en mejorar la calidad de vida de PVVS, ofrece servicios integrales tales como: atención médica y psicológica especializada, consejería, banco de medicamentos y laboratorio (para pruebas de detección y de progresión).

⁵ El Gobierno de la Ciudad de México estableció en el año 2000, el Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH y generó el Programa de VIH. Ambos dieron sustento a la creación de la Clínica de Especialidades Condesa que fue inaugurada en enero de 2000. La clínica atiende a PVV que viven en el DF y sus servicios son: atención médica especializada, antirretrovirales (ARV), exámenes de laboratorio (diagnóstico y de monitoreo), consejería psicológica y en temas de salud sexual y reproductiva.

permitieron conocer, aunque sea someramente, su experiencia: cómo ha sido su vida, cómo viven ahora que saben que tienen VIH, a qué tipo de servicios acceden, cuáles son sus necesidades y cuáles sus expectativas.

Luego de un tiempo llegué al Colectivo Sol A. C.⁶, el acercamiento y la estancia en este lugar, contribuyó a la ampliación de la investigación de gabinete gracias a que me permitieron el acceso a su acervo de documentación denominado Centro de Recursos e Información sobre SIDA. Una vez explicados los objetivos de la investigación, me ayudaron a que algunas mujeres que asistían al Colectivo aceptarían colaborar.

Ya que algunas de las asistentes al Colectivo aceptaron les expliqué en qué consistía la investigación, cómo la llevaría a cabo y qué lograría con ella. Las primeras reuniones se llevaron a cabo en las instalaciones del Colectivo, esto permitió establecer el *rapport*⁷ con las posibles informantes clave. Tres de ellas aceptaron seguir trabajando. Las entrevistas se iniciaron también en el centro pero luego de las primeras sesiones y por el deteriorado estado de salud de ellas, se postergó el trabajo; meses después me enteré que dos habían muerto, la tercera informante no quiso continuar.

En 2007 me enteré que México sería la sede de la XVII Conferencia Internacional de SIDA, motivo por el cual hice una solicitud para ser voluntaria en el evento. Dicha Conferencia se realizó del 3 al 8 de agosto en la Ciudad de México y participé como coordinadora general de voluntarios⁸.

Aquí fue donde conocí a Alberto Arnica⁹ el cual se ofreció a presentarme a quienes acuden a la asociación Tiempo Nuevo y estaban en la Ciudad de México para asistir a la

⁶ Organización de la Sociedad Civil fundada en 1981 bajo el lema “Trabajando para las comunidades”. Basa su trabajo en apoyo a la diversidad sexual, equidad de género y contra la discriminación. Trabaja con todo tipo de actores (empresas, gobiernos, comunidades, etc.) en torno a metodologías participativas, fortalecimiento institucional y capacidades y habilidades.

⁷ El libro “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”, nos dice que el *rapport* tiene que ver con la simpatía y sinceridad que podamos establecer con nuestros informantes, también significa que las personas se abran y manifiesta sus sentimientos, es poder compartir el mundo simbólico entre informante e investigador.

⁸ Experiencia que me permitió conocer personas de diferentes partes del mundo (la mayoría de ellas, viven con VIH), avances médicos e investigaciones sociales.

⁹ Alberto Arnica es presidente fundador de “Asistencial, Tiempo Nuevo A. C.”, la cual funciona desde marzo de 1999 en Villahermosa Tabasco. Su objetivo es atender algunas de las necesidades de personas que viven

Conferencia Internacional y participar a través de testimonios y talleres, en la Aldea Global¹⁰. Durante esta semana trabajé con las mujeres de la asociación por medio de sesiones en grupo focal. Luego de varias reuniones de trabajo decidí quienes podrían ser las mejores informantes para poder acceder a la segunda parte de la investigación; cinco de ellas aceptaron¹¹. La única condición que consideré para la elección de las informantes, era que vivieran con VIH y que su contagio hubiera sido vía sexual a través de sus parejas. Con los avances en el levantamiento de la información, me di cuenta que además coincidían en provenir de familias de origen amplias y de bajo nivel socioeconómico, donde la educación no había sido una prioridad.

En diciembre de 2008 viajé a Tabasco para hacer las historias de vida. Desafortunadamente sólo pude terminar tres de ellas pues una se negó a continuar y la otra ya no pudo seguir por cuestiones de salud. Cuando llegué a Huimanguillo¹², Tabasco, *Coti* me pidió esperarla unos días antes de retomar las entrevistas; al tercer día me comentó que había cambiado de opinión, ya no me iba a ayudar. Cuando me despedí de ella al regresar al Distrito Federal me explicó el motivo por el cual no continuó: tuvo miedo de que alguien se diera cuenta de las entrevistas y lo “malinterpretara” pues nadie de su casa y trabajo sabe sobre su enfermedad, por ello procura no vincularse con otras mujeres que viven con VIH de la comunidad. De las informantes ella me comentó participar mínimamente en las actividades de la asociación.

Por su parte, con *Chuncha* no fue posible terminar la historia de vida pues su salud había sido mermada por la infección denominada *Toxoplasmosis*¹³. Esta situación médica le

con VIH/SIDA en el estado a través de programas integrales de salud, educación y derechos humanos. Ofrece banco de medicamentos, atención psicológica, asesoría de derechos humanos, tanatología, pruebas rápidas de detección y talleres de adherencia al tratamiento

¹⁰ La Aldea Global es un espacio alternativo a la Conferencia, a él se puede acceder de manera gratuita. Ahí se presentan, sobre todo, organizaciones de la sociedad civil que trabajan temas de sexualidad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y que atienden a PVVS. También se presentan actividades artísticas y culturales.

¹¹ Los nombres con los que referiré a mis informantes son sus pseudónimos, nombres que ellas escogieron para poder aparecer en este trabajo

¹² Huimanguillo es el municipio donde viven las informantes. Este municipio cuenta con una Jurisdicción Sanitaria propia por el elevado número de casos de VIH/SIDA.

¹³ Esta es una infección ocasionada por el protozoo llamado toxoplasma gondii que se adquiere por el consumo de carne cruda o mal cocida así como por el contacto con las heces fecales de algunos animales como el gato. Una vez que ocurre la infección, el parásito vive en nuestro cuerpo y, generalmente, no produce

ha provocado la pérdida de movilidad en la parte izquierda de su cuerpo y problemas en el habla, motivo por el cual regresó a casa de sus padres quienes ahora se hacen cargo de ella y han decidido no dejarla salir (excepto para ir a las revisiones médicas, momentos en que se hace acompañar de alguno de sus padres) ni recibir visitas.

La estancia en Tabasco significó trabajar todos los días con la misma dinámica. Por la mañana comenzaba con *Bella*, luego regresaba al hotel a hacer anotaciones y transcribir las entrevistas hasta donde me fuera posible. Cerca del mediodía me reunía con *Esme* en su casa, en el hotel, la plaza o un café; regresaba al hotel a transcribir. Finalizaba el día con la sesión de *Lucía* por la tarde/noche en el hotel o en su casa. Por las noches escuchaba las grabaciones, transcribía y armaba un guión que me permitiera trabajar al día siguiente.

Fueron 10 días los que estuve en Tabasco, no todos los utilicé para hacer entrevistas pero si permanecí cerca de ellas, hasta donde me fue posible y ellas me lo permitiesen durante el mayor tiempo posible. En el caso de *Esme*, la acompañé a Villahermosa a su revisión médica y el cobro de su “ayuda”¹⁴. Con *Bella* y *Lucía* compartí un par de días para conocer su casa, familia y espacio de trabajo.

El último día en Tabasco trabajé con Alberto Arnica en las instalaciones de la asociación. Platicamos sobre su trabajo, conocí los programas que tiene para atender a su población y tuve la oportunidad de conocer a algunas de las personas beneficiadas.

Esta tesis fue elaborada con información numérica, pero sin duda alguna su mayor valor lo constituyen las entrevistas que se realizaron para construir las historias de vida y todo lo que significó la recopilación de los datos cualitativos (no sólo de manera profesional sino también personal).

daños pues se mantiene inactivo. En personas que tienen el sistema inmunológico suprimido, como las personas que viven con VIH/SIDA, los síntomas y las afecciones al sistema nervioso central, son mayores. Los síntomas iniciales son cansancio, dolores musculares, malestares físicos y fiebre. Las complicaciones surgen cuando se presenta un cuadro de *encefalitis*. Esta es la inflamación del cerebro que puede dejar secuelas permanentes en la audición, visión, memoria y lenguaje, provocando torpeza en la movilidad, confusión, desorientación y descontrol muscular, entre otras.

¹⁴ La ayuda es el dinero que las informantes reciben por parte del gobierno estatal por estar inscritas en el Programa de apoyo económico a personas que viven con VIH.

El primer capítulo es un acercamiento a la metodología y técnicas que consideré útiles. Presento un esbozo de la fenomenología como perspectiva sociológica que permite la comprensión y explico las metodologías (cuantitativa y cualitativa) utilizadas así como las técnicas que consideré más apropiadas para recabar la información: entrevista a profundidad e historias de vida y la herramienta utilizada: diario de campo.

Por su parte, en el segundo capítulo, se expone lo relacionado con la información general del VIH/SIDA: origen del virus, situaciones clínicas para su diagnóstico (tanto las manifestaciones del VIH como el desarrollo del SIDA), formas de transmisión y detección, tratamiento y prevención. Dada la información que aquí se vierte se abordan las cuestiones de carácter médico.

Se presentan, en el capítulo tercero, las cifras oficiales en torno al número de personas que viven con VIH/SIDA en México y en el mundo y que fueron tomadas de diversos organismos como CONASIDA e INEGI, para la información nacional, y OMS y ONUSIDA, principalmente, para dar cuenta de la situación mundial así como del cambio epidemiológico que ha sufrido la epidemia.

Tanto el capítulo segundo como el tercero, están elaborados a partir de datos numéricos, por tanto, factibles de cuantificar, lo cual permitió hacer cuadros y gráficas que expliquen el avance del VIH/SIDA. Para esto se echó mano de la metodología cuantitativa.

Dado los objetivos de la investigación, los dos siguientes capítulos están contruidos de tal manera que den cuenta de la historia social de la enfermedad.

En el capítulo cuatro, de manera sucinta, se expone el concepto de vulnerabilidad y sus diferentes tipos, preocupada por saber cómo repercute cada uno de estos tipos en las mujeres. Para el capítulo quinto, retomé los testimonios orales recabados a través de las informantes. Utilicé sus voces como testimonios para reconocer los diferentes tipos de vulnerabilidad en sus vidas. A pesar de que no se llegó a término con dos historias de vida, se incluyó la información general de las participantes. En la última parte de este capítulo, se hace el análisis de las entrevistas.

Los anexos están constituidos por un glosario de siglas, un índice de cuadros y gráficas, el guión de las entrevistas y las genealogías que explican las familias de origen de 3 de ellas.

Este trabajo es sólo una pequeña aportación pero también una invitación a que las disciplinas sociales nos involucremos en los temas de salud. Pretende ser abarcativo en la explicación de fenómeno, pues intenta conocer y luego comprender las diferentes vulnerabilidades y superar así los enfoques parciales. La inclusión de la perspectiva de género permitió reconocer las distintas dimensiones que toma el problema desde las relaciones entre mujeres y hombres a partir del significado que nuestras sociedades le ha otorgado a los sexos.

El tema no se agota y no lo hará en la medida en que sigan extendiendo desventajas sociales, económicas y culturales entre hombres y mujeres, entre niños y niñas que originen el contagio del VIH/SIDA.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Se aborda esta investigación a partir de la fenomenología como corriente sociológica interesada en acercarse a los fenómenos sociales y comprenderlos. Para ello se hace una exposición de carácter metodológico (metodología cuantitativa y cualitativa) donde se da cuenta de cómo y qué se utilizó de cada una de ellas, es decir, se trabajó en torno a las técnicas de investigación elegidas para hacer el levantamiento de datos.

1.1 Fenomenología.

La fenomenología nos permite entender el mundo de la vida cotidiana pues como método descriptivo (y por lo, empírico) da acceso al análisis de éste a través de la experiencia que el sujeto tiene de la misma, es decir, se encarga de la investigación de los fenómenos (como aquello que aparece).

Como método filosófico, aplica el análisis de los objetos tal y como son para la conciencia cognoscente (la experiencia y lo experimentado). Se interesa por la comprensión y el análisis del conocimiento del mundo que tienen los sujetos pero considera que ese mundo está ahí antes de la reflexión.

Basada en la filosofía de Husserl y en el método de la comprensión (como la comprensión de sentido de la acción humana) que trabajó Max Weber, la sociología fenomenológica plantea la aproximación a lo cotidiano como forma de construir el conocimiento. Enfatiza la idea de comprender más que de explicar la realidad y de describir a los sujetos sociales a partir de sus significados subjetivos. Parte importante es la interpretación de los significados del mundo y las acciones e interacciones de los sujetos sociales. El método fenomenológico parte de la observación y descripción del mundo empírico lo que le provee de elementos para su interpretación.

Alfred Schütz¹⁵, uno de los principales exponentes de la fenomenología interesado en saber cómo y dónde se forman los significados de lo social, plantea que el sujeto social es determinado por su experiencia de vida, por su posición en el tiempo y espacio. En ese sentido percibe sus actos pero también los de los otros (actos siempre significativos), estableciendo relaciones con ellos (a lo que denominó sociabilidad). Por eso, el estudio de la vida social no puede excluir al sujeto pues es él quien está implicado en la construcción de la realidad. Realidad entendida como el mundo donde los fenómenos están dados. Por su parte, el mundo de la vida cotidiana es donde los sujetos viven, en actitud natural donde el sentido común permite comprender.

Para Schütz el mundo está lleno de significados construidos por nuestros predecesores pero también por nosotros mismos. Los sujetos sociales están determinados por su biografía y su experiencia. Es desde esta experiencia que aprehende la realidad, la significa y se significan.

Por lo anterior, la fenomenología es útil para entender el mundo de vida de los seres humanos mediante la interpretación de las situaciones cotidianas, es decir, entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor y la forma en que experimenta el mundo.

Berger y Luckmann retoman el trabajo de Schütz al exponer que el mundo de la vida cotidiana es un mundo ordenado por los significados compartidos. Proponen que la realidad se construye socialmente. Debe pues definirse la realidad “como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos hacerlos desaparecer).”¹⁶ Expuesto así, la vida cotidiana es una realidad interpretada por los seres humanos y por ello tiene un significado subjetivo, es un mundo coherente originado en sus pensamientos y en sus acciones, presentándose como un mundo intersubjetivo que se comparte con otros donde hay una correspondencia entre los significados:

¹⁵ Las principales obras donde este autor desarrolla sus planteamientos son: *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva, La construcción significativa del mundo social, El problema de la realidad social.*

¹⁶ Berger, Peter y Thomas Luckmann, *La construcción de la realidad*, p. 13

La realidad de la vida cotidiana se presenta ya objetivada, o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados *como* objetos antes de que yo apareciese en escena. El lenguaje usado en la vida cotidiana me proporciona continuamente las objetivaciones indispensables y dispone el orden del cual éstas adquieren sentido y dentro del cual la vida cotidiana tiene significado para mí. De esta manera el lenguaje marca las coordenadas de mi vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos.

La realidad de la vida cotidiana se organiza alrededor del “aquí” de mi cuerpo y el “ahora” de mi presente. Este “aquí” y “ahora” es el foco de la atención que presto a la realidad de la vida cotidiana.

La realidad de la vida cotidiana se me presenta además como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros.¹⁷

Vista la fenomenología como método para conocer la realidad por medio de la percepción cotidiana, podemos considerar el mundo de las vivencias cotidianas para entender que cada persona interpreta el mundo que vive, este mundo social es vivido como algo común, como algo objetivo y trata de interpretarlo continuamente. Conocer la experiencia de las mujeres que viven con VIH/SIDA (MVVS) permite tener una visión de su propia experiencia pero también de su interpretación.

1.2 Metodología de la investigación.

Debemos entender por metodología el procedimiento que se adopta para realizar una investigación: la forma en que se obtienen y se utilizan los datos, así como el enfoque del problema de investigación y la forma en que se buscarán las respuestas: “...en las ciencias sociales, se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología. Reducidos a sus rasgos esenciales, los debates sobre metodología tratan sobre supuestos y propósitos, sobre teoría y perspectiva.”¹⁸ Para Taylor y Bogdan, la metodología utilizada debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias, los escenarios y las personas que vamos a estudiar pero también por las limitaciones, sobre todo prácticas, a las que se enfrentaran los investigadores. Con base en lo anterior la metodología puede ser cuantitativa o cualitativa.

¹⁷ *Ibid*, pp. 39-40.

¹⁸ Taylor y Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, p.15

Los fundamentos de la metodología cuantitativa en ciencias sociales, podemos encontrarlos en el positivismo del siglo XIX. Éste plantea que el único conocimiento auténtico es el científico, el que surge por medio del método científico (basado en las ciencias naturales y aplicable a todas las demás ciencias, de ahí que se le denomine monismo metodológico). El positivismo propone la explicación causal de los fenómenos por medio de leyes generales y universales.

En la metodología cuantitativa lo que se recogen son datos numéricos susceptibles de ser analizados con ayuda de la estadística. Estos datos recogidos en forma de muestras, son procesados y tienen como principal objetivo hacer inferencias en poblaciones mayores, es decir, hace demostraciones con las muestras separadas del todo, asignándoles valores numéricos que permiten tales inferencias. Se vale de diversas variables y sus correlaciones para la generalización y objetivación de los resultados, lo que permite explicar o describir por qué los fenómenos suceden o no de cierta forma.

Por su parte, la metodología cualitativa utiliza las palabras, descripciones y relatos que son tomados de pequeñas muestras no representativas estadísticamente, para poder obtener los significados que le otorgan a sus acciones y circunstancias los sujetos sociales. Para la obtención de estos datos, el levantamiento suele ser más lento y esmerado dado el registro prolongado y sistemático que ello significa. En el acopio de estos datos se utilizan técnicas como la observación (participante y la no participante), la entrevista a profundidad y la historia de vida, entre otras. Clifford Geertz¹⁹ apunta que la metodología cualitativa proporciona una descripción íntima, densa de la vida social. Para Taylor y Bogdan, la metodología cualitativa se refiere “a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico.”²⁰ Es por ello que consideran a la perspectiva fenomenológica como esencial en la concepción de la metodología cualitativa.

...los métodos cualitativos remiten a un tipo de investigación que produce datos u observaciones descriptivas sobre las palabras y el comportamiento de los sujetos. Sin

¹⁹ En su obra *La interpretación de las culturas*.

²⁰ Taylor y Bogdan, *op.cit.*, p.20.

embargo, los métodos cualitativos son algo más que una forma de recolectar cierto tipo de información...la investigación cualitativa se puede definir como la conjunción de ciertas técnicas de recolección, de modelos analíticos, normalmente inductivos y teorías que privilegian el significado que los actores otorgan a su experiencia.²¹

A continuación se presenta, de manera general, cual es la prioridad en cada una de las metodologías arriba señaladas.

Cuadro 1: Rasgos generales de las metodologías cuantitativa y cualitativa.

MÉTODOS CUANTITATIVOS	MÉTODOS CUALITATIVOS
Analizan hechos calificados como objetivos y que somete a leyes y patrones generales.	Estudian los significados subjetivos y construidos.
Utilizan cuestionarios y experimentos.	Se apoyan de la descripción, observación e interpretación.
Estudian la realidad a partir de números para poder conocerla y controlarla.	Toman la vida social en su marco más natural para poder tener una comprensión.
Prefieren los modelos estadísticos para la codificación.	Se basan en la descripción densa a partir de la comprensión de lo simbólico.
Prefieren la utilización de preguntas cerradas o bien definidas.	Continuamente construyen su objeto de estudio a partir de preguntas que constantemente refina.
El objetivo principal es probar la hipótesis, aunque puede no ser así.	No necesariamente prueban las hipótesis planteadas al inicio.
Pretenden identificar patrones de conducta.	Destacan las representaciones de los actores sociales.
Hacen hincapié en la confiabilidad de la investigación.	Subrayan la validez de los estudios.
Parten de los postulados del positivismo.	Basados en la fenomenología y la comprensión.
Método confirmatorio, inferencial y deductivo.	Método exploratorio, inductivo y descriptivo.
Sus datos son repetibles.	Obtienen datos ricos y profundos.
Plantean que la realidad es estática.	Consideran que la realidad es dinámica.
Son generalizables.	No son generalizables.

Elaboración propia a partir del texto: “El debate: investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa”

²¹ Tarrés, Maria Luisa, *Observar, escuchar y comprender*, p.16

1.2.1 Metodología cualitativa.

Los orígenes de los métodos cualitativos están en el trabajo de historiadores, viajeros y escritores de la antigua Grecia, sin embargo, fue hasta el siglo XIX cuando se les denominó así y comenzaron a utilizarse en la investigación social.

Reconocido es el trabajo que los antropólogos han hecho de esta metodología, como lo desarrollado por Boas²² y Malinowski,²³ ambos trabajaron, principalmente, a partir de la observación.

La corriente sociológica que inició con la utilización de los métodos cualitativos está representada por la Escuela de Chicago.²⁴ Sus líneas de investigación se centraron en la descripción de la vida urbana, historias de vida de criminales y delincuentes juveniles, así como la vida de migrantes y sus familias, mediante el uso de la observación participante y el apoyo de documentos personales.

Taylor y Bogdan,²⁵ desarrollan las siguientes cuestiones en torno a la investigación cualitativa y quienes la utilizan:

1. *La investigación cualitativa es inductiva*, dado que los investigadores desarrollan conceptos a partir de un diseño de investigación flexible.
2. *Se estudia a las personas en el contexto* de su pasado pero también en las condiciones en que se hallan. Justamente por esta situación el investigador va al escenario y a las personas.
3. Los investigadores cualitativos, al presentarse en la vida de los sujetos, deben intentar no “desentonar” en la estructura.
4. A partir de lo anterior, *los investigadores cualitativos deben tratar de comprender a las personas en su marco de referencia* (comprender como experimentan la realidad, como ven las cosas).

²² Sus obras más importantes son: *Raza, lengua y cultura*, *The mind of primitive man* y *Antropología y vida moderna*.

²³ Se considera que Malinowski es el padre de la observación participante, este trabajo se puede ver en su obra, *Los argonautas del pacífico occidental* (1922).

²⁴ Su apogeo va de 1910 hasta 1940, su ocaso se debe a las grandes teorías que surgieron al inicio de 1950, como el marxismo, estructuralismo y funcionalismo.

²⁵ Taylor y Bogdan, *op.cit.*, pp. 20-24. Las cursivas están marcadas por los autores.

5. Los investigadores deben apartar sus creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Hay que considerar que *todas las perspectivas son valiosas* pues lo que se busca es una comprensión detallada de la perspectiva de otras personas.
7. *Los métodos cualitativos son humanistas* pues nos permiten conocer desde lo personal.
8. *Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación* pues observan y escuchan a las personas en su vida cotidiana. Lo que realizan es una investigación a partir de procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.
9. *Todos los escenarios y personas son dignas de estudio*, todos son similares y únicos a la vez.
10. *La investigación cualitativa es un arte* dado la flexibilidad de la investigación, el investigador es un artífice que sigue lineamientos más que reglas.

Los métodos cualitativos son guiados por temas específicos que se plantean en el origen de la investigación conforme a: 1) objetivos, 2) desarrollando hipótesis antes, durante y/o después de la recolección de datos y 3) el análisis. En la recolección de datos (que suele llevarse en ambientes naturales), no se pretende una medición numérica dado que son descripciones detalladas de situaciones, eventos e interacciones. La observación de conductas y manifestaciones es un apoyo importante pues permite hacer notas, diagramas, cuadros y conseguir demás información que permitan una mejor descripción.

El trabajo de investigación basado en la metodología cualitativa se lleva a cabo, principalmente, como actividad en campo, pues eso permite entrar en contacto directo y personal, en constante interacción, con los sujetos dentro de su ambiente cotidiano y natural. Mediante este tipo de trabajo se tiene un mejor entendimiento sobre su vida, su pasado pero también su futuro; es un conocimiento compartido basado en la intersubjetividad.

Si partimos de que el mundo social es un mundo construido por significados y símbolos, serán entonces las técnicas y herramientas que nos permitan conocer cómo se construyen esos símbolos y significados, las más útiles. Es esencial, en las investigaciones

cualitativas, el análisis de esos significados subjetivos descubriendo las estructuras y las acciones de los eventos que estamos observando.

1.3 Técnicas de investigación cualitativa.

Como se ha descrito anteriormente, las técnicas de investigación son aquellos procedimientos que realizamos para poder recolectar la información que necesitamos, susceptibles de volver a aplicarse según los objetivos. Este tipo de técnicas tienen por objetivo conocer, de propia voz, la experiencia de los sujetos.

Entre las técnicas más importantes están la observación, la observación participante, entrevistas abiertas y a profundidad, revisión de documentos personales, principalmente, pero también de archivos clínicos y judiciales, historias de vida, análisis semántico o del discurso y la interacción con grupos o comunidades a partir de la técnica de grupo focal.

Dado que estas técnicas se apoyan en el lenguaje y la interacción, su utilidad es indudable para poder acceder al mundo de vida de otras personas en breve tiempo. Sin embargo, la temporalidad del estudio está basada en los objetivos de la investigación y la forma de llevarlos a cabo.

De las técnicas de investigación cualitativa la entrevista a profundidad resultó la más idónea para llevar a cabo esta tesis.

1.3.1 Entrevistas a profundidad y grupo focal.

Las entrevistas a profundidad son encuentros cara a cara, entre un investigador y los informantes, “encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras,”²⁶ donde el segundo transmite oralmente los datos que al primero le interesan. Por medio de ella podemos adquirir conocimientos sobre la vida cotidiana y la

²⁶ *Ibid*, p. 101

vida social a partir de relatos verbales; nos muestra una gama de escenarios, situaciones y/o personas de los que ha participado nuestro informante a través de su vida.

Adquiere el carácter grupal cuando la entrevista se efectúa a varias personas simultáneamente, quienes comparten aspectos comunes y donde se toca un tema de interés para el investigador quien guía la discusión. Los grupos van de 6 hasta 12 personas. Entre el grupo focal se localizará a aquellas personas que pueden ser mejores informantes y ayuden en otra etapa de la investigación como la construcción de historias de vida.

1.3.2 Historias de vida.

La historia de vida es parte de la historia oral.²⁷ Esta última resurge en el inicio del siglo XX a partir de los testimonios orales que diversos investigadores ocuparon para darle voz a los que tradicionalmente habían sido marginados por la historia general. Este manejo del discurso del sujeto permite tener nuevas visiones respecto a diferentes procesos tanto individuales como histórico-sociales pues trabaja directamente con la subjetividad, apoyándose con el discurso mismo.

Existen dos formas de hacer historia oral: por un lado, están las investigaciones temáticas, enfocadas a algún suceso histórico y/o fenómeno social a partir de la recolección de diversos testimonios individuales (a partir de entrevistas a profundidad); por otro, están los estudios de caso, mejor conocidos como historias de vida, abocados únicamente a la reconstrucción de biografías.

La historia de vida se hace a partir de una serie de entrevistas que permiten recuperar información personal del sujeto entrevistado, quien describe los acontecimientos y momentos más importantes de su vida:

Es una técnica donde interactúan dos sujetos: un sujeto entrevistador y un sujeto entrevistado, ambos activos, y en la cual el primero proporciona un conocimiento procedimental, unos objetivos y un análisis, y el segundo, un conocimiento vivencial; participando ambos en la construcción del conocimiento buscado y en la reconstrucción del recuerdo.

En esta técnica el sujeto protagonista puede regresar en sus recuerdos, retomar hechos ya relatados, corregirlos, ilustrarlos, aún modificarlos, saltar de una etapa a otra de su vida en

²⁷ Paul Thompson dice que la diferencia entre una y otra radica en la disciplina: la historia de vida es utilizada por la Sociología y la historia oral por la Historia

una periodización propia, detenerse en algunos aspectos y apresurarse en otros. Y a su vez, el sujeto investigador puede pedir al informante que se devuelva en su recuento, para retomar un punto, un hecho, una etapa; o preguntarle directamente sobre algo en lo que el sujeto participó o fue testigo; puede señalar disparidades e indagar sobre ellas, y finalmente, al transcribir cada recuento debe someterlo a la inspección del protagonista, quien tiene todo el derecho de modificarlo, puntualizando, corrigiendo o agregando.²⁸

A partir de esta recuperación conocemos lo cotidiano individual inserto en el marco de lo histórico, social y cultural (convergencia entre la biografía y lo histórico), rescatamos la existencia real y objetiva de la subjetividad. Las historias de vida nos permiten:

- Captar la totalidad de la vida desde la niñez y hasta el presente.
- Conocer ambigüedades y cambios.
- Acercarse a la visión subjetiva de los actores.
- Descubrir la interpretación que hacen de sus vidas.

Cuatro son las fases que debemos cumplir para poder construir las historias de vida:

1. Selección/determinación de sujetos. Determinada por los objetivos que guían la investigación, en esta etapa es donde se decide cuáles son las características que deben tener los informantes así como el número de personas con quien se trabajará.
2. Obtención de datos. Durante la primera parte se debe familiarizar (estableciendo el *rapport*) con el grupo, comunidad o sujetos con los cuales se va a trabajar, así se obtiene información sobre ellos. Durante un primer momento se hace la presentación y planteamiento de los objetivos del trabajo, delimitando los lugares y tiempos para la realización de las conversaciones. En su segundo momento, se recolectan los datos, lo que significa realizar las entrevistas (preparando el material necesario como grabadora, cédulas de identificación, diarios de campo, guión de entrevista). Es recomendable que las entrevistas se realicen en un sitio donde no haya interrupciones pero cómodo para el informante, procurando sesiones de una hora u hora y media (aunque se puede acordar otra cosa). El número de sesiones será definido conforme a los objetivos y las necesidades de la investigación. Se da por terminada la recolección de datos una vez que el investigador o investigadora

²⁸ Montero Maritza, *Memoria e ideología. Historias de vida: memoria individual y colectiva*, pp. 13-14

tenga el conocimiento buscado pero también, cuando el sujeto considere haber dicho lo que tenía que decir.

3. Registro de los datos. Aquí, principalmente se hace la transcripción de las grabaciones, la calidad con que se hace este trabajo nos acerca a la confiabilidad de los datos de nuestro informante y para futuros lectoras y lectores. El ordenamiento de esta información es decisión propia, puede ser cronológico, por etapas o dar visión de flashback (rememoración del pasado en función del presente). Cualquiera de estas deberá ser leída constante para poder verificar lo dicho por el o la informante.
4. Análisis. Este es el proceso más laborioso pues a partir de el se discuten los datos obtenidos y se proponen conclusiones. Se realiza desde la ordenación de temas o categorías que permitan crear matrices las cuales revelas estructuras dominantes que inciden en la vida y actuar de los sujetos. Se sugiere el análisis integra para describir y/explicar las situaciones del sujeto.

Se debe tener claridad para poder distinguir aquellas historias que son mejores así como a los sujetos que son mejores “compañeros de investigación”. Este trabajo depende del tiempo, voluntad y capacidad de los informantes a la hora de hablar de sus experiencias y sentimientos.

Es la historia de vida una de las técnicas que más facilitan el contacto entre investigadores sociales y su objeto de estudio, donde los primeros pueden acceder a ver cómo los individuos construyen y significan su mundo; donde pueden conocer la vida personal, el grupo primario o de origen y su entorno social inmediato, pues el individuo lleva en si toda su realidad social vivida (cultura, mitos, valores, acciones por los que ha transcurrido su existencia) y la comparte con el investigador. La información coherente obtenida por medio de las entrevistas, no es más que la experiencia social que nos permite, como sociólogos, construir percepciones acerca de los fenómenos sociales. Esta técnica es una aproximación humanista a la realidad social que le restituye al individuo su situación protagónica. Además, permite introducir la dimensión del tiempo en la investigación sociológica: el ciclo de la vida, la movilidad social, las tradiciones, los cambios, etc.

Para esta tesis se utilizaron las historias de vida pues permiten la recolección de información testimonial. A partir de ellas, se conoce la experiencia que involucra el devenir sociohistórico desde la visión de los informantes, matizada por sus acciones, sentidos y experiencias personales. El relato que las mujeres hacen de su vida permite la identificación del concepto de vulnerabilidad en las diferentes etapas de su vida.

1.3.3 Observación participante.

La observación participante es una técnica que permite la interacción social con los informantes. Como su nombre lo dice, lo que se realiza es una observación de los sujetos dentro de su propio entorno y, a partir de ello, se hace un registro de su comportamiento o desenvolvimiento. Taylor y Bogdan la definen como *“la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.”*²⁹ Compartir contextos reales, experiencias y vida cotidiana acerca a los procesos de socialización de los informantes y a la comprensión de la realidad, inclusive para instrumentar esta técnica como investigadores sociales, se participa, en algún grado, de la vida social.

Básicamente se escucha y observa lo que se dice y sucede en un escenario social concreto y en un periodo de tiempo determinado. Frecuentemente se debe apoyar con conversaciones informales ocasionales o entrevistas estructuradas realizadas con los miembros de ese escenario.

1.4 Herramientas de la investigación cualitativa.

Las herramientas son aquellos materiales que se ocupan para tomar notas y guardar los testimonios, es lo que permite conservar la información recabada de tal manera que se pueda acceder a ella, tantas veces como sea necesario.

²⁹ Taylor y Bogdan, *op.cit.*, p.31 (las cursivas están en el original).

1.4.1 Diario de campo.

Libreta donde se escriben notas, lo más precisas y detalladas que sea posible pues se convierten en datos susceptibles de ser interpretados; son materia prima de la observación. Sirve para hacer un esbozo sobre los temas que se trabajarán durante las entrevistas. Se va construyendo a partir de anotaciones que realizamos durante la observación y/o entrevista; ahí se imprimen las experiencias y reflexiones que más tarde se podrán sintetizar y analizar. Se pueden reproducir frase, ideas, esquemas, mapas y demás situaciones que aparecen en la investigación. El diario de campo contiene lo que se puede recordar:

Las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo. La secuencia y duración de los acontecimientos y conversaciones se registra con la mayor precisión posible. La estructura del escenario se describe detalladamente.³⁰

Lo registrado en el diario no es la realidad en sí misma, sino la realidad vista a través de los ojos del investigador, con sus perspectivas, ideología y cosmovisión. Este cuaderno es útil para la reconstrucción de la memoria a partir de la recapitulación de las etapas de investigación.

1.4.2 Grabadora.

Dispositivo mecánico que apoya en la grabación de los testimonios. Algunos investigadores consideran que exhibir una grabadora es intrusivo, lo cierto es que el medio más idóneo para la recolección y conservación de datos, ante esta situación, lo recomendado es reducir la visibilidad de la misma para que las y los informantes puedan hablar libremente. Dada la importancia de la información que se busca, “un grabador permite al entrevistador captar mucho más que si reposara únicamente sobre su memoria pues los datos del entrevistador son casi exclusivamente palabras”.³¹

La investigación cualitativa se consideró para este trabajo pues es útil como método en la recolección de datos, pero también como instrumento de análisis que permita la comprensión de significados.

³⁰ *Ibid*, p. 75.

³¹ *Ibid*, p. 130.

CAPÍTULO 2

PANORAMA GENERAL DEL VIH/SIDA.

Luego de un avance importante de la medicina en torno al combate y extinción de algunas enfermedades transmisibles, la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) desequilibró la seguridad hasta entonces obtenida. Convertida ya en un problema de salud pública³² por sus implicaciones políticas, sociales y económicas esta enfermedad es una de las epidemias más graves de los tiempos modernos.

Durante el desarrollo de este capítulo se presenta un panorama general de la enfermedad. Se inicia con una breve historia desde sus orígenes, se aborda la problemática específica de la enfermedad (desarrollo y etapas de la misma), los mecanismos de transmisión, lo relacionado a las pruebas de detección y lo concerniente a la prevención y tratamiento.

2.1 Aparición de la enfermedad.

Antes de 1970 se presentaron los primeros casos en África y el Caribe, pero es al final de esta década e inicios de los años 80 que la enfermedad entra en Estados Unidos, posteriormente pasa a Europa Occidental, América Latina y con ello a México, propagándose con un ritmo acelerado, presente aún en algunos países del mundo.

Durante la primavera de 1981, en Los Ángeles, California, se presentaron 5 casos médicos de hombres homosexuales con *Pneumocystis carinii*³³. Los sujetos habían presentado fiebre, fatiga y malestar varios meses antes de la neumonía; al momento de la hospitalización los pacientes tenían además otras enfermedades oportunistas.³⁴ Mientras

³² “La definición de una enfermedad como problema de salud pública se hace, entre otros parámetros, por su frecuencia, su letalidad, su costo y su velocidad de expansión. El SIDA constituye, por sus características en cuanto a esos parámetros, un problema de la más alta prioridad nacional”. Sepúlveda, Jaime y Mario Bronfman, *El sida en México: características y perspectivas*, p. 501.

³³ *Pneumocystis carinii*: tipo de neumonía provocada por un germen oportunista del mismo nombre. Se transmite vía aérea y se instala en los pulmones, algunos de los síntomas son: dificultad para respirar, tos y fiebre.

³⁴ Según el texto de ONUSIDA llamado *Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH*, “las personas con la infección por el VIH son vulnerables a infecciones o neoplasias que se denominan <<oportunistas>>

tanto, en Nueva York se localizaron varios enfermos que presentaban ésta extraña neumonía y también *Sarcoma de kaposi*.³⁵ Un mes después se habían reportado ya 26 casos con estas características (todos hombres homosexuales de Nueva York y California).

El primer reporte médico en torno a estos enfermos provino del *Center Disease Control* de Atlanta, Georgia. Éste informaba sobre las características generales de los casos, haciendo hincapié en que todos los enfermos tenían afectado de manera significativa el sistema inmunológico. A mediados de 1982, los *CDC* habían detectado 593 casos y trabajaban en torno a la idea de que la causa de la inmunodeficiencia era un virus que se transmitía sexualmente entre hombres homosexuales, por lo que se decidió llamar a la “nueva” enfermedad *GRID* (Gay Related Immune Deficiency).

Es en 1983 cuando se presentan los síntomas entre usuarios de drogas intravenosas (UDI), principalmente consumidores de heroína, hemofílicos, haitianos heterosexuales y receptores de transfusiones sanguíneas. Se detectaron 180 casos en 15 ciudades de los Estados Unidos. Ante estos descubrimientos los primeros epidemiólogos que se acercaron a investigar sobre la enfermedad, la llamaron “de las cuatro H”: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos.

Para la identificación de esta enfermedad y su origen causal, Luc Montaigner del Instituto Pasteur de París (en 1983) y, Robert Gallo del Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos (en 1984), comenzaron con las investigaciones. Cada uno lo llamó de manera diferente. Montaigner descubrió el agente causal, lo aisló del ganglio linfático de un enfermo y lo llamó LAV. Gallo lo localizó en tejidos de personas afectadas por el SIDA, le

porque aprovechan la oportunidad que les brinda un sistema inmunológico debilitado”; las Infecciones Oportunistas (IO) más comunes son: Candidiasis, Criptococosis, Infección por citomegalovirus, Herpes simple y Herpes zoster, Sarcoma de kaposi, Leishmaniasis, Linfoma y carcicoma de células escamosas, Enfermedad por complejo mycobacterium avium, Neumonía por pneumocystis carinii, Toxoplasmosis y Tuberculosis.

³⁵ *Sarcoma de kaposi*: cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos, se manifiesta con manchas rojas en la piel. La forma clásica no se relaciona con el SIDA. Afecta órganos como los pulmones, el aparato digestivo y demás órganos internos, en los cuales desarrolla metástasis. Es una enfermedad infecciosa causada por un tipo de herpes. Se comporta como un tumor “oportunista” ya que se aprovecha del mal funcionamiento del sistema inmunológico. El tumor aparece primero en la piel y luego en los órganos internos. Por medio de exploraciones endoscópicas que permiten ver el interior del cuerpo, se sabe que las lesiones internas son también placas rojizas que sangran. Las principales lesiones se presentan en zonas externas como tronco, cabeza y cuello y en regiones internas como paladar, regiones faríngea, amigdalina y gingival.

nombró HTLV III. Sin embargo, en 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus, argumentando que se trataba del mismo, lo denominó Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En los primeros años, los casos conocidos reportaban que los afectados eran hombres jóvenes homosexuales y drogadictos intravenosos. Para 1983 aparecieron otros afectados: hombres bisexuales, hemofílicos³⁶, receptores de transfusiones sanguíneas³⁷ y parejas sexuales³⁸ e hijos de los pacientes, haciendo evidente la existencia de otros grupos afectados así como de otros mecanismos de transmisión.

Una vez estudiado lo anterior y debido a la expansión por varios países del mundo, la enfermedad fue llamada *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* por sus siglas en inglés. En otros países y conforme a los idiomas propios de cada uno el nombre fue traducido. En los países de habla hispana le conocemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El hecho de que sea un síndrome significa que se presenta bajo una serie de síntomas. La seropositividad, estado propio de la enfermedad, significa que es portador del VIH; por lo tanto, el SIDA es un estado patológico debido a la infección por el VIH.

Para la segunda mitad de la década de los años 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁹ clasificó la epidemia conforme a nueve regiones del mundo y cinco patrones de transmisión; estos eran:

³⁶ *Hemofilia*: enfermedad que es transmitida por las madres y consiste en una capacidad del organismo para sintetizar la proteína plasmática para la coagulación de la sangre. Muchos hemofílicos se contagiaron debido a que una parte importante del tratamiento es la transfusión de sangre y ésta estaba contaminada con el VIH.

³⁷ Dado que no se tenían medidas de control en las donaciones de sangre y hemoderivados, mucha de ésta que se encontraba en hospitales y bancos de sangre, estaba contaminada con el VIH; cuando era utilizada para pacientes, éstos se contagiaron. Al darse cuenta que las transfusiones sanguíneas también representaban un peligro, distintos organismos de salud, decidieron establecer normas de análisis de sangre antes de ser considerados para transfusión.

³⁸ Fue hasta 1983 que se demostró la transmisión del VIH por relaciones heterosexuales, cuando entre las enfermas, aparecieron las compañeras sexuales de enfermos de SIDA bisexuales y/o heroinómanos, madres de niñas y niños nacidos con el VIH. A partir de ello se inician las investigaciones en torno a la transmisión vertical.

³⁹ Valdespino, José Luis, et.al., “El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer programa Nacional de Prevención: 1990-1994”, en Córdova Villalobos, José Ángel, *25 años de SIDA en México*, p. 28

- a) *Estados Unidos de América, Europa Occidental y Australasia*. Aquí, el mayor número de infectados se presentaba entre hombres con prácticas homosexuales y UDI. Comenzaban a incrementarse, de manera moderada, los casos entre la población heterosexual.
- b) *Latinoamérica y el Caribe*. Los países con mayores casos entre heterosexuales eran Haití, República Dominicana, Honduras y Brasil, con una prevalencia⁴⁰ de 2% entre mujeres embarazadas. Los más afectados eran los homosexuales. En el caso de México, el SIDA era ya una causa importante de muertes entre jóvenes de 20 a 40 años viviendo en zonas urbanas.
- c) *África Subsahariana*. Contaba ya con la mitad de los casos mundiales, la mayoría entre heterosexuales y con prevalencia en transmisión perinatal. Las muertes por SIDA estaban presentes en la población en general.
- d) *Sudeste Asiático*. Era la región que mostraba un mayor crecimiento de nuevos casos; su principal forma de transmisión era entre UDI heterosexuales.
- e) *Resto del mundo*. Aquí se englobaba a los países con menos cifras. Los que menos casos estaban enfrentando eran el lejano Oriente y los países del Pacífico del continente Asiático, el centro de Asia, Europa Oriental y los del norte de África.

Las situaciones actuales en estas regiones no son muy diferentes a las descritas hace 20 años, este contexto y estas cifras permite entender los patrones que ha seguido la epidemia para llegar a las cifras y poblaciones que más tarde se revisarán.

2.1.1 En torno al origen del VIH.

Los orígenes de la enfermedad no son del todo claros, sin embargo, las explicaciones van desde un castigo divino (basado en el ejercicio de la sexualidad) hasta la invención del virus como un arma biológica.

⁴⁰ La prevalencia: “proporción de una población definida como portadora de una infección, enfermedad o hecho de interés relacionado con la salud en un punto o periodo de tiempo dado”, *ibid.*, p.383.

Hasta ahora no se sabe exactamente, cuál es el origen del virus ni mucho menos cuándo se convirtió en agente patógeno para los seres humanos. Estudios realizados en Zaire, África, muestran sueros contaminados con el virus, éstos fueron almacenados en 1959. Durante las décadas posteriores se presentaron decesos sin diagnósticos precisos, empero, los cuadros clínicos son compatibles al del SIDA.

Existen varios supuestos acerca del origen del VIH. La aplicación más aceptada y trabajada entre la comunidad científica asegura que proviene de África Subsahariana, desarrollándose en forma de epidemia en la zona de África Central. Aquí se han localizado varianzas del VIH en los monos verdes africanos; al virus localizado en estos animales se le llama VIS y es completamente endémico entre estos animales, como ancestro del VIH es menos agresivo y se ha localizado en toda África.

Éste virus pudo haber mutado y dar origen al VIH. Gallo y Montaigner consideran que el virus pasó a los seres humanos y mutó, dando origen a una nueva especie. Los mecanismos de transmisión pudieron ser por el contacto de sangre y otros tejidos infectados durante la cacería y comercialización de primates, así como por el consumo del cerebro crudo del simio y la inoculación de su sangre en diferentes partes del cuerpo como muslos, pubis y espalda. Este virus, al sufrir la mutación, se volvió más peligroso. Recientemente se encontraron muestras de plasma y sueros humanos recolectados en Zaire durante 1959, éstos contenían fragmentos del genoma VIH-1. Hallazgo que evidenció la presencia del virus desde la segunda mitad del siglo pasado, lo que significa que luego de haber *saltado* de los chimpancés a los humanos, la infección por el VIH se transmitió durante décadas por África de forma esporádica pero constante.

La evolución de toda infección es el resultado de una mezcla compleja de factores biológicos y sociales. La transición de sociedades agrarias a un mundo industrializado y globalizado ha modificado en forma radical e irreversible los patrones de las enfermedades infecciosas. Los conflictos asociados a la lucha anticolonialista en el antiguo Congo y otras regiones africanas, la movilidad de las zonas rurales a las ciudades, la migración laboral de trabajadores africanos a plantaciones de Haití, el desarrollo y abaratamiento del transporte aéreo (unido a la revolución sexual, que comenzó a fines de la década de 1970 y al turismo sexual), combinados con la ausencia de manifestaciones características reconocibles de la infección inicial y el largo periodo de latencia del virus en el organismo, fueron los ingredientes que permitieron que la epidemia del VIH/SIDA pudiera comenzar a crecer sin ser reconocida.⁴¹

⁴¹ Valdespino, José Luis, et.al., *op.cit.*, p. 58.

2.2 Aspectos generales.

El SIDA es la enfermedad causada por el VIH, una y otro deben considerarse como etapas distintas de un mismo fenómeno. El VIH es el agente causal del SIDA. Es un virus de la familia de los *retrovirus*⁴². Se denomina virus *lento*⁴³ porque los síntomas de la enfermedad aparecen de forma gradual y después de un largo periodo de incubación. Afecta directamente al *sistema inmunológico*⁴⁴ atacando a las células CD4. Éstas son las encargadas de inactivar cualquier agente externo, regulan e inducen las funciones del SI.

Dicho virus utiliza a las células CD4 para reproducirse invadiéndola y cambiando su material genético. Una vez infectadas dejan de ser protectoras y terminan produciendo más VIH, ello debilita gradualmente al SI y por lo tanto al organismo. El cuerpo lucha reemplazando las células CD4 infectadas por hasta dos millones de células nuevas no infectadas cada día. Eso permite que el número de estas células permanezca constante por un tiempo aunque, el cuerpo no puede mantenerse así indefinidamente. Poco a poco, el SI pierde la batalla al no poder producir suficientes células CD4 que reemplacen a las ya contaminadas. A medida que avanza la infección por VIH, el número de células CD4 disminuye notoriamente y con ello, la capacidad del cuerpo para combatir otras infecciones. A esta condición se le llama “inmunosupresión” porque el SI está debilitado o suprimido. Cuando el conteo de estas células cae por debajo de las 220 por milímetro cúbico de sangre, los organismos que normalmente destruiría el SI, adquieren la capacidad de provocar infecciones. A estas infecciones se les llama oportunistas.

Cuanto más bajo es el total de células CD4 que tiene una persona, más inmunosuprimida se vuelve. El recuento de células es útil para conocer el avance en la

⁴² *Retrovirus*: llamado así por su característica principal de convertir su ARN en ADN, suceso conocido como “transcripción reversa” o “transcriptasa inversa. Poseen la capacidad de cambiar su estructura hereditaria, lo que explica las dificultades del SI para detectarlos y rechazarlos.

⁴³ Los *lentivirus* se caracterizan por provocar infecciones con largos periodos de latencia sin daños a la célula y sin inducir enfermedad, de ahí su nombre. Tiempo después, por acción de algún factor estimulador, despiertan de su latencia, se multiplican y destruyen a las células parasitarias, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad.

⁴⁴ *Sistema Inmunológico (SI)*: sistema constituido por distintas poblaciones de células distribuidas por todo el organismo, que reconocen moléculas y células extrañas, como gérmenes, virus o células cancerosas. Forman parte del SI algunos órganos como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos.

infección por VIH⁴⁵ y monitorear la respuesta al tratamiento, además indica cómo se encuentra el SI en general.

El VIH es un virus muy frágil, vulnerable y susceptible a las condiciones del medio ambiente, se ha probado su sensibilidad al contacto con el aire ya que se seca y muere rápidamente. Los cambios de temperatura, la humedad o la presencia de desinfectantes comunes como cloro, alcohol y jabón lo inactivan.

Se ha confirmado la existencia de dos virus de la familia del VIH: el VIH-1 y el VIH-2, ambos producen SIDA y las diferencias fundamentales giran en torno a la estructura genética y su distribución geográfica. El VIH-1 es el más frecuente y responsable de la dimensión actual de la pandemia. Dentro del VIH-1 existen los llamados subtipos virales, variaciones del mismo virus que se distribuyen en diversas áreas geográficas. Gracias a las secuencias genéticas se ha permitido agrupar al VIH-1 en tres grupos: M (que contiene 8 subgrupos: A, B, C, D, E, F, G, H, J), N y O (grupos filogenéticamente distantes al M). El VIH-2 se presenta en áreas muy específicas como Gambia, Guinea, Senegal, Costa de Marfil y, en menor número, en Portugal e India.

Propiamente el SIDA es la etapa final del proceso evolutivo del VIH. Un caso de SIDA se define como "...aquel en que una persona tiene una enfermedad diagnosticada con la seguridad que indica, cuando menos en forma moderada, una deficiencia inmune celular subyacente pero, ninguna subyacente de deficiencia inmune celular ni otra ni otra alteración que explique la disminución de la resistencia que se haya relacionado con esa enfermedad."⁴⁶ Se manifiesta a través de enfermedades oportunistas como neumonía, tuberculosis y por medio de síntomas como diarrea, fiebre, etcétera.

El SIDA es una enfermedad incurable causada por el VIH y significa:

⁴⁵ Cuando los conteos caen por debajo de las 200 unidades por mm³ de sangre, es una señal de SIDA entre las personas con VIH. Se recomienda, en términos médicos, que el conteo de células CD4 se haga cada 6 meses a PVV.

⁴⁶ Daniels, Víctor G. *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, p. 70.

- **Síndrome:** conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una enfermedad o de un trastorno.
- **Inmunodeficiencia:** cuando el SI es deficiente o incapaz de funcionar normalmente ante agresiones externas o internas (manifestadas en infecciones y/o enfermedades), en este caso, para evitar la multiplicación del VIH a partir de la producción de anticuerpos.
- **Adquirida:** referido al hecho de que es una condición que se obtiene o se recibe.

2.3 Transmisión.

Las enfermedades transmisibles son las que más perjudicado a la humanidad, por las muertes que provocan y por la recurrencia de su aparecer. Hoy tenemos entre nosotros al SIDA, una enfermedad transmisible la cual, en las últimas tres décadas se ha multiplicado de manera exponencial.

Las características propias del VIH provocan que su transmisión sea eficiente sólo cuando la célula que lo contiene, pasa de un individuo a otro por contacto directo. La fuente de infección la constituyen los individuos infectados a través de sus secreciones y fluidos corporales. Las secreciones donde se presenta el VIH son: sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, saliva, lágrimas y orina. La concentración del virus en cada uno de estos fluidos varía siendo mayor en sangre y semen y mínima en saliva, lágrimas y orina. Los factores que influyen en la posibilidad de adquirir o transmitir, incluyen “el número de parejas, la prevalencia de infección por VIH en la población, el tipo de contacto sexual, la eficiencia para transmitir el virus por parte de la pareja infectada, la susceptibilidad de la pareja receptora y las propiedades biológicas del virus”.⁴⁷

Sólo se puede hablar de tres formas de transmisión comprobadas:

1. **A través de contacto sexual.** Diversos estudios han explicado la eficiencia de las prácticas sexuales en el proceso de transmisión del VIH. “...existen casos documentados la transmisión sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre, pero se ha podido demostrar que la eficacia de transmisión no es igual en todos los casos y que existen prácticas que implican mayor riesgo.”⁴⁸ El contacto sexual es aquel en el que hay un

⁴⁷ Ponce de León Manuel y Sigfrido Rangel, *Sida, aspectos clínicos y terapéuticos*, p.140

⁴⁸ Sepúlveda Amor, Jaime, et.al., *Sida, ciencia y sociedad*, p.252.

intercambio de fluidos corporales como semen, secreciones vaginales y fluido pre-eyaculatorio, entre una persona sana y otra infectada, ya sean homosexuales o heterosexuales.

- Coito rectal o anal: se considera la práctica más riesgosa por la naturaleza del *epitelio rectal*.⁴⁹ Este es un tejido delgado que fácilmente puede sufrir laceraciones durante la penetración, de ser así, el contacto con el VIH contenido en el semen depositado entra directamente al torrente sanguíneo. El caso contrario, pero de igual peligro, es cuando el penetrador presenta lesiones en el pene, por ellas el virus puede entrar directamente.
- Coito vaginal: esta práctica parece ser menos efectiva que la anterior en el caso de transmisión de mujer a hombre, sin embargo, el riesgo aumenta cuando el infectado es un hombre, pues el semen posee una mayor concentración de VIH que las secreciones vaginales, además de que la mucosa vaginal es más resistente debido a las características anatómicas y fisiológicas. Para que el riesgo de contagio de mujer a hombre sea mayor debe considerarse el periodo menstrual, los cambios hormonales, la presencia de sangre con un gran número de partículas virales y la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo.
- Sexo oral (boca-pene, boca-vagina, boca-ano): es posible que estas prácticas también favorezcan la transmisión del VIH, aunque no se ha comprobado abiertamente. El riesgo estaría presente en tanto existan lesiones en la mucosa oral y se ponga en contacto con secreciones que contengan en virus.

2. A través de sangre, sus componentes y derivados (órganos y tejidos). La transmisión sanguínea del VIH ocurre bajo las siguientes condiciones:

- Recepción de sangre, productos sanguíneos, órganos y tejidos contaminados. Cuando, por medio de una transfusión o donación de órganos contaminados de VIH, se contagia a una persona sana. En el caso de que el enfermo donador esté en un estado avanzado de la enfermedad, el porcentaje de que el receptor se

⁴⁹ *Epitelio rectal*: tejido delgado que cubre la porción final del intestino grueso, constituido por una sola capa de células donde la irrigación sanguínea es muy rica.

infecte es muy alto, en cambio, si se localiza al inicio de ella, el riesgo disminuye.

- Utilización de jeringas y agujas contaminadas. Es este un mecanismo importante de transmisión, principalmente entre UDI que comparten agujas y, entre aquellos que las utilizan para fines terapéuticos y no terapéuticos sin antes esterilizarlas.
- Punción ocupacional. Esta suele suceder entre servidores de la salud, acupunturistas, tatuajistas, pedicuristas y demás profesionales que, para la realización de su trabajo, utilicen agujas sin ser debidamente esterilizadas y que pueden estar contaminadas.

3. Transmisión vertical o perinatal. Esta situación es importante, pues ha proporcionado claves invaluable para la investigación de la enfermedad, dado que es un indicador de la transmisión heterosexual originando un problema de salud materno-infantil. La transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por tres mecanismos en tres momentos distintos:

- Transmisión trasplacentaria o durante el embarazo: sucede debido a que el virus se encuentra en el líquido amniótico y la placenta, ya que la sangre de la madre y del bebé circulan por ésta. Existe mayor riesgo de transmisión cuando la madre tiene una carga viral alta (3 veces más que las mujeres con carga viral baja), cuenta baja de linfocitos CD4 y mala alimentación (reflejada en falta de vitaminas).
- Durante el parto: aunque es difícil de comprobar este mecanismo, es cuando el recién nacido entra en contacto con secreciones vaginales como la placenta y la sangre contaminada de la madre.
- Transmisión posparto o durante la lactancia: se ha comprobado que ésta es una posible vía de transmisión, especialmente cuando las mujeres fueron contagiadas después del parto a través de transfusiones sanguíneas. Hay estudios que demuestran que algunas niñas y niños han adquirido la infección por haber sido alimentados con leche materna.

Cuando una mujer infectada se embaraza las posibilidades de que transmita la infección al producto es de 40 a 70%, dependiendo de situaciones como: la cantidad de virus en la sangre, la cantidad de células CD4, la etapa en la que se encuentre de la enfermedad o cuando haya infectado a un hijo en algún embarazo previo. Esta probabilidad se puede reducir entre el 5 y 8% si la madre toma algún medicamento como el AZT durante el embarazo. En recientes investigaciones médicas se ha presentado que con el medicamento adecuado y con un parto por cesárea, el porcentaje incluso puede descender hasta el 2%. Otros estudios se encaminan a investigar sobre el lavado vaginal y el uso de supositorios antivirales, por vía vaginal antes del parto y su eficacia para reducir esta forma de transmisión.

2.4 Formas de detección.

Para detectar la presencia del VIH en los organismos, se han desarrollado dos grandes grupos de pruebas: las pruebas de detección y las de progresión (ver cuadro 2). Se realizan por vía directa (a partir de antígenos y/o material genético) cuando es posible detectar el virus a partir de cultivo vírico, de la detección del antígeno viral o mediante la ampliación del material genético del virus; de forma indirecta (localizando anticuerpos en suero, sangre, plasma o líquido cefalorraquídeo), cuando la detección se hace a partir de la presencia de anticuerpos anti-VIH que produce el organismo.

CUADRO 2: Pruebas de detección y de progresión.

PRUEBAS DE DETECCIÓN	PRUEBAS DE PROGRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Elisa • Western – Blot • Inmunofluorescencia • Aglutinación • Radioinmunoprecipitación • Pruebas rápidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Beta 2 Microbulina • Conteo de linfocitos CD4 • Antígeno P24 • Hematrocito • Valor porcentual CD4 • Anticuerpo VS • Hemoglobina • Velocidad de segmentación

Elaboración propia a partir de: Ssa, *Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA #22*.

Una vez hecha alguna de las pruebas de detección, se puede conocer si la persona es seropositiva o el VIH ya está en su cuerpo (situación que la hace portadora y transmisora del virus, aunque no haya desarrollado la enfermedad). Mientras que las pruebas de progresión, se utilizan para medir la cantidad del virus dentro del organismo o bien, para saber con cuántas células CD4 cuenta.

2.5 Manifestaciones del VIH y desarrollo del SIDA.

Proveniente de un reservorio humano, individuos infectados portadores, el VIH ingresa a otro ser humano vía directa mediante vectores como la sangre, semen, secreciones vaginales y secreción láctea. Una vez acomodado en el organismo, el portador o persona seropositiva vivirá cuatro etapas o estadios, según la información otorgada por los *CDC*:

ESTADIO 1. Cuando el paciente mediante una prueba de laboratorio, conoce su situación seropositiva. La prueba más común para detectar los anticuerpos que el SI produce contra el VIH recibe el nombre de ELISA.⁵⁰ Si ésta detecta la existencia del VIH, se recomienda hacerse otra prueba: la de Inmunofluorescencia o la de Western⁵¹ para confirmar los resultados anteriores.

Es común que se presente linfadenopatía⁵² y adenomegalias⁵³ con un malestar general manifestado en dolores musculares, articulares, apatía, falta de apetito, fiebre, dolor de cabeza, diarrea y algunas reacciones cutáneas como erupciones, manchas y ronchas. Muy pocas veces esta etapa se complica y presenta manifestaciones en el sistema nervioso como desorientación, incapacidad para concentrarse y/o desarrollar actividades intelectuales, encefalopatía aguda o meningitis. En algunos casos esta sintomatología desaparece espontáneamente lo que se debe a la multiplicación viral que está sucediendo en el organismo y la reacción inmunológica.

⁵⁰ *Elisa*: Ensayo por Liga Enzimática. Estudio inmunológico de laboratorio que permite el diagnóstico de infección de diversos gérmenes como virus y protozoarios. Mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos, a la presencia de sus antígenos.

⁵¹ *Western-Blot*: esta prueba permite eliminar los falsos positivos y sólo detecta los anticuerpos o defensas producidos en reacción al VIH, éstos se encontraron presentes en la sangre en un periodo que va de 3 a 13 meses después de la infección.

⁵² *Linfadenopatía*: es una enfermedad de los ganglios linfáticos, éstos presentan un crecimiento con presencia de dolor y cambios en su consistencia.

⁵³ Aumento en el volumen de los ganglios linfáticos.

ESTADIO 2. Infección asintomática. Durante este periodo, que puede durar hasta 10 años, dependiendo de las defensas de cada cuerpo, los pacientes no tienen ninguna manifestación clínica, no presentan síntomas o malestares físicos y corresponde al espacio que se extiende entre la infección del VIH y la aparición de expresiones clínicas. En esta fase, el virus se encuentra principalmente en los *ganglios linfáticos*⁵⁴ donde aumenta rápidamente. Los ganglios linfáticos de la persona infectada pueden hincharse y permanecer así hasta meses, con un tamaño mayor a un centímetro en varias regiones. En este periodo la persona portadora puede transmitir el virus.

ESTADIO 3. En esta fase la linfadenopatía es generalizada y persistente pues se presenta en varias regiones anatómicas como frente, cuello, nuca, detrás de las orejas, axilares, codos y de las rodillas, por más de un mes y con un crecimiento de 1 a 5 centímetros. Los síntomas que aparecen una vez acabada la fase de latencia y las primeras manifestaciones de la enfermedad son:

- Fiebre, escalofríos y sudores intensos, persistentes e inexplicables.
- Pérdida importante de peso.
- Fatiga mareos y dolores de cabeza.
- Tos seca y persistente.
- Alteraciones en la piel como manchas rosadas o púrpuras, planas o elevadas.
- Presencia de manchas blancas en la cavidad oral.
- Diarrea.

Aunque parecen síntomas poco importantes desde el punto de vista médico son graves a partir del diagnóstico porque indican el avance del virus frente al sistema inmunológico.

ESTADIO 4. Complejo relacionado al SIDA. Durante éste los pacientes evidencian un SI muy deficiente, lo que permite el desarrollo de enfermedades oportunistas y/o desarrollo de tumores malignos; al mismo tiempo, pueden aparecer lesiones extensas e irreversibles al sistema nervioso central.

Cuando el VIH afecta directamente a las células y las destruye, se dice que presenta un cuadro de demencia por VIH. La demencia es un deterioro global de las facultades

⁵⁴ *Ganglios linfáticos*: tejidos formados por linfocitos cuya función es actuar como un filtro de las impurezas del organismo.

intelectuales y de la personalidad, es el envejecimiento del cerebro. Los primeros síntomas por demencia son sutiles y, por ello, muchas veces pasan desapercibidos. Por lo general la persona afectada tiene dificultad para concentrarse y recordar, "...estos síntomas iniciales van seguidos de un enlentecimiento mental progresivo, apatía, indiferencia y retraimiento social, hasta llegar a una fase terminal en la que la persona tiene un deterioro intelectual con graves dificultades para hablar, caminar, comer y controlar esfínteres."⁵⁵ Los síntomas en esta etapa se agudizan, los más comunes son:

- Fiebres mayores a 39° durante 4 o 5 días.
- Tos con fluido pulmonar, cuya duración es de semanas.
- Manchas en la piel de color púrpura.
- Llagas continuas en varias zonas del cuerpo.
- Cansancio y debilidad crónicos.
- Tumores linfáticos en diversas partes del cuerpo.
- Constante y significativa pérdida de peso (mayor al 10% del peso del paciente).
- Manchas blancas dolorosas en la boca, vagina o recto.
- Fuertes resfriados y gripes durante varios días.
- Diarrea frecuente.

Según el Informe anual ONUSIDA-2002 la duración de esta fase dependerá de varios factores, entre ellos, el estado general de paciente y acceso a los servicios de salud, incluido, de forma indispensable el tratamiento médico. Su duración puede ser de 14 a 25 meses.

Para que se pueda hacer un diagnóstico de SIDA en los pacientes VIH positivos, se debe observar el desarrollo de sus manifestaciones clínicas. A continuación (cuadro 3) se desglosan las enfermedades que están dentro de la clasificación del diagnóstico.

⁵⁵ De Amo, Julia, *Sida y mujer*, p.23

CUADRO 3: Situaciones clínicas para diagnóstico de SIDA.

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Candidiasis esofágica.
3. Carcinoma de cérvix invasivo.
4. Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos, cervicales o hiliares).
5. Criptococosis extrapulmonar.
6. Criptosporiadisis con diarrea de más de un mes.
7. Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de edad superior a un mes.
8. Retinitis por citomegalovirus.
9. Encefalopatía por VIH.
10. Infección por virus de herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecte a un paciente de un más de un mes de edad.
11. Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente además de los pulmones y los ganglios linfáticos, cervicales o hiliares).
12. Isosporiadisis crónica
13. Sarcoma de Kaposi.
14. Linfoma de Burkitt o equivalente.
15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16. Linfoma cerebral primario.
17. Infección por *M. avium-intracellulare* o *m. kansasii* diseminada o extrapulmonar
18. Tuberculosis pulmonar.
19. Tuberculosis extrapulmonar diseminada.
20. Infección por otras microbacterias, diseminada o extrapulmonar
21. Neumonía por *P. carinii*.
22. Neumonía recurrente.
23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24. Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferentes de *s. tify*.
25. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad.
26. *Wasting síndrome* (Síndrome de desgaste).

Fuente: De Amo, Julia. *Sida y Mujer. Aspectos clínicos y sociales*. Ed. Pirámide, Madrid, 1999.

2.6 Tratamiento.

Debido a que la enfermedad es originada por un retrovirus a los medicamentos se les ha denominado antirretrovirales (ARV), puesto que impiden el desarrollo o la replicación del VIH. El tratamiento antirretroviral es una terapia combinada de varios medicamentos;

cuando se utilizan varios de ellos, se dice que es una terapia antirretrovírica activa (HAART por sus siglas en inglés). Son ya muchos los medicamentos aprobados por organismos internacionales de salud. Sin embargo, ninguno puede curar y ninguno de ellos tomado solo es efectivo, por eso se les prescribe en combinación al menos de tres medicamentos juntos.

Los medicamentos antirretrovirales se clasifican en cinco tipos, éstos son⁵⁶:

1. NRTTIs o Nucleósidos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa ⁵⁷ . Estos constituyeron el primer tipo de medicamentos disponibles para el tratamiento de las PVV, usados desde 1987. Entre estos medicamentos destacan: Retrovir (AZT/Zidovudina), Videx (ddi/Didanosina), Zerit (d4T/Estaduvina), Hivid (ddc/Aziciabina), Epivir (3TC/Lamivudina), Viread (Tenofovir), Ziagen (Abacavir), Emtriva (FCT/Emtricitabina).
2. NNRTIs o No Nucleósidos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa. Segundo grupo de antirretrovirales que comenzaron a utilizarse en 1997. Al igual que los anteriores, detienen la duplicación del VIH dentro de las células; ejemplos de éstos son: Rescriptor (Delavirdina), Viramune (Nevirapine), Intelence (Etravirina), Sustiva (Efavirenz).
3. IP o Inhibidores de la proteasa ⁵⁸ . Los primeros inhibidores se probaron en 1995; actualmente los más utilizados son: Crixivan (Indinavir), Viracept (Nelfinavir), Norvir (Ritonavir), Invirase (Saquinavir), Agenerase (Amprebavir), Aptivus (Tripanavir), Kaletra (Lopinavir + Ritonavir), Lexiva (Fosamprenavir), Prezista (Darunavir), Rayataz /Atazanavir).
4. Inhibidores de la fusión o Inhibidores de entrada. Conocidos comúnmente como T-20, fue autorizado en Europa y Estados Unidos en 2003 pero sólo para usarse en pacientes que ya habían probado otros tratamientos. Funciona como elemento preventivo para el ingreso del VIH a células inmunológicas; a diferencia de los ARV anteriores, este debe ser inyectado. Para agosto de 2007 comenzó a utilizarse el inhibidor de nombre Salzentry (Maraviroc), que previene la adhesión del VIH a la superficie de las células. Otro medicamento de este tipo es Fuzeon (Enfuvirtida)
5. Inhibidores de la integrasa . Este grupo sólo tiene un medicamento en lista, es el ISENTRES (Raltegravir) y se aprobó en Estados Unidos en 2007. Este medicamento

⁵⁶ El nombre corresponde al comercial y entre paréntesis se encuentra el nombre de la sustancia o droga.

⁵⁷ “La transcriptasa reversa es una enzima que cambia al VIH de manera que le permite convertirse en parte del núcleo de una célula objetivo y, con ello, le posibilita hacer copias de sí misma. NRTIs y NNRTIs inhiben (desaceleran) la acción de esta enzima. Si esta enzima no hace su trabajo apropiadamente, el VIH no puede quedarse y empezar a hacer nuevas copias de sí mismo”, en UNIFEM, *Género, VIH/SIDA y Derechos Humanos*, p.14

⁵⁸ “Estos desaceleran la enzima Proteasa, la cual trabajó sobre el VIH después de que sale del núcleo de la célula. La proteasa actúa como un par de tijeras que cortan las largas cadenas de proteínas VIH en pequeñas piezas, de manera que puede activar nuevas piezas de sí misma. Los inhibidores de proteasa pegan (bloquean) las tijeras de proteasa. *Íbidem*.

inhibe la enzima denominada integrasa aquella que es utilizada por el VIH para insertar su material genético en las células.

El objetivo fundamental de la terapia antirretroviral es reducir al mínimo la concentración de VIH en el organismo y con ello, aumentar el número de células CD4.

La vigilancia en torno a los ARV es constante, en vista de que un manejo inadecuado de éstos puede provocar resistencia y, al mismo tiempo, crear alguna epidemia secundaria con variantes del virus cada vez más resistentes. Se sabe que entre las nuevas infecciones, el 10% presenta resistencia, lo que significa que 1 de cada 10 nuevos pacientes, está adquiriendo un virus con resistencia a uno o varios de los medicamentos. La resistencia significa que estas PVV necesitarán esquemas de medicamentos más complicados y más costosos, con mayor grado de toxicidad y a pesar de todo ello, con menos posibilidades de éxito.

Tres son las pruebas que miden la cantidad de virus dentro de la sangre de los pacientes y con ello la eficacia de los tratamientos:

- ❖ Recuento de CD4: dado que estas células son el blanco del VIH, deben monitorearse constantemente. Los niveles de personas no contagiadas va de 500 a 1200 por mm^3 de sangre. Se dice que un conteo de 200 o menos es suficiente para diagnosticar SIDA.
- ❖ Carga viral: es la cantidad de virus que está en la sangre; los medicamentos que se utilizan para inhibir el virus, se prescriben cuando la carga es de 10,000 a 30,000 copias de virus por mililitro de sangre.
- ❖ Recuento Celular Completo (CBC por sus siglas en inglés): este estudio mide los glóbulos rojos⁵⁹ y los glóbulos blancos⁶⁰, los cuales deben ser monitoreados constantemente pues disminuyen por agravamiento de la infección por VIH y por la medicación.

⁵⁹ *Glóbulos rojos o eritrocitos*: son células sanguíneas que contienen hemoglobina. Son los encargados de llevar el oxígeno desde los pulmones a todo el cuerpo.

⁶⁰ *Glóbulos blancos o leucocitos*: también son células sanguíneas con la función de combatir las enfermedades, infecciones o cuerpos extraños; son quienes dan fortaleza al sistema inmune. La modificación en los leucocitos ayudan al diagnóstico de enfermedades infecciosas, inflamatorias y cáncer.

También suelen utilizarse los antiinfecciosos que son para tratar las infecciones secundarias y los inmunomoduladores, como restauradores y estimulantes del SI.

Sin embargo, las vacunas son la mejor esperanza para detener la enfermedad. Su desarrollo requiere de varios años de investigación y atraviesa por tres fases:

FASE 1. Tomando un reducido número de voluntarios sanos con bajo riesgo de infección, esta primera etapa requiere de 12 a 18 meses y varias dosis.

FASE 2. Considera a cientos de voluntarios VIH negativos, con bajo y alto riesgo, para estudiar la seguridad y respuestas inmunológicas de la vacuna; toma un par de años.

FASE 3. Toma a miles de voluntarios (VIH negativos y de alto riesgo), se estudia la seguridad y efectividad de la vacuna; esta etapa suele tomar de 3 a 4 años.

La posibilidad de una vacuna es de importancia para la contención de la epidemia mundial. Todas y todos seremos beneficiados con su creación, particularmente será de vital trascendencia para las poblaciones que no tienen control del riesgo y vulnerabilidad como las niñas y mujeres, “...entre las dificultades de orden social con que se encontrará cualquier vacuna potencial figuran asegurar su accesibilidad a los que más lo necesitan, reducir los obstáculos al acceso relacionados con el género (por ejemplo la distancia, el costo y el estigma) que impiden que la mujer, el hombre y los jóvenes reciban servicios de salud en los países en desarrollo, y asegurar que sea asequible para los que tienen pocos recursos económicos”.⁶¹

Lo cierto es que muchos han sido los fracasos sufridos ante esta alternativa, principalmente, debido a la complejidad del virus. Éste es un retrovirus cuya información genética almacenada en una molécula de ARN, muta constantemente lo que origina una variabilidad genética incalculable.

Previamente al inicio de la XVIII Conferencia Internacional de SIDA, efectuada en Viena, Austria del 18 al 23 de julio de 2010, Michel Sidibé, director ejecutivo de ONUSIDA, presentó el nuevo informe *Perspectivas del ONUSIDA* donde se muestra la plataforma del Tratamiento 2.0. Sidibé dijo en su discurso ante los delegados:

⁶¹ ONUSIDA, *El género y el VIH/SIDA*, p.8.

Para que los países alcancen sus objetivos y compromisos de acceso universal, debemos remodelar la respuesta al SIDA. Mediante la innovación podemos reducir costes, así las inversiones podrían llegar a más personas.

El Tratamiento 2.0 es un nuevo enfoque que simplifica la forma en que se está suministrando el tratamiento de VIH y amplía el acceso a medicamentos que salvan vidas. Mediante una combinación de esfuerzos podría reducir los costes del tratamiento, hacer que los regímenes del mismo sean más simples e inteligentes, disminuir la carga de los sistemas sanitarios y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y sus familias.

El tratamiento 2.0 simplifica muchísimo la terapia para maximizar así el número de personas que pueden beneficiarse de ella. Esto ahorrará dinero. Pero al final, sólo se nos medirá por el número de vidas que salvemos...

Buscando obtener los resultados planeados por el Tratamiento 2.0, es necesario que se hagan modificaciones y/o progresos en cinco áreas:⁶²

1. **Fármacos y diagnósticos.** Innovar fármacos inteligentes y de menos toxicidad así como formas de diagnóstico más fáciles de utilizar, pues ambas situaciones podrían ayudar a reducir la carga de los sistemas sanitarios.
2. **Tratamiento como prevención.** La terapia antiretroviral reduce los niveles del virus en el cuerpo. Si todas las personas que viven con VIH recibieran el tratamiento adecuado, los nuevos contagios disminuirían en una tercera parte cada año, entre ellos, los provenientes de vía vertical y sexual. Al optimizar la cobertura del tratamiento, también se conseguirían otros beneficios como la disminución en las tasas de tuberculosis y malaria.
3. **Costo de tratamiento/medicamentos.** A pesar de que en algunos países los precios de los medicamentos se han reducido, los costos de la terapia siguen en aumento: "...los medicamentos podrían ser más asequibles, pero las mayores ganancias se podrían conseguir reduciendo los costes de los servicios de tratamiento que no tienen que ver con los fármacos, como los de hospitalización, monitorización y los que sufraga el propio paciente."⁶³ La disminución de precios reducirá la morbilidad y mortalidad.

⁶² "AIDS 2010 comienza en Viena con un llamamiento al Tratamiento 2.0, disponible en: www.unaids.org/es/resources/presscenter/featurestories/2010/july/20100719vienaopened. Fecha de consulta: 20 de julio de 2010.

⁶³ "Tratamiento 2.0. Hoja de datos", disponible en: <http://data.unaids.org/pub/outlook/2010>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2010.

- 4. Acceso a pruebas de detección y vinculación con la atención.** Dado que sólo el 40% de la población que vive con VIH en el mundo conoce su estado serológico, la facilidad y accesibilidad de las pruebas de detección, promovería que los pacientes reciban atención médica en un momento oportuno, lo que incrementaría la eficacia de los regímenes de medicamentos y con ello la esperanza de vida.
- 5. Fortalecimiento de la movilización comunitaria.** Las organizaciones debieran participar en la gestión de los programas de tratamiento, lo que mejoraría el acceso al mismo así como los procesos de observación y evaluación en torno a los programas.

De dar seguimiento al Tratamiento 2.0 tal y como ha sido propuesto, se podrían evitar 10 millones de defunciones para el año 2025 y se reduciría el número de nuevas infecciones a los programas. En la actualidad sólo 5.2 millones de PVV reciben tratamiento antirretroviral de los 15 millones que lo necesitan en el mundo.

2.7 Sobre prevención.

Consecuentemente, los investigadores, el personal de atención a la salud, los líderes, activistas, las PVV y personas en general, han promovido la necesidad de contar con programas preventivos eficaces, que sean respetuosos de los derechos humanos y basados en pruebas científicas, ello significa dotar a las personas de información, asesoría, servicios y artículos necesarios para evitar, hasta donde sea posible, la transmisión del VIH.

Mucho se ha escrito sobre las mejores formas de prevención y contención de la enfermedad. Según los expertos la vacuna puede ser la mejor opción, pero como no se ha logrado concretar alguna, los países y organismos de salud han tratado de elaborar planes preventivos para ayudar a detener la propagación de la infección por el VIH.

Se menciona a la educación como el primer pilar. Ésta debe ser entendida no sólo como información acerca de la enfermedad y sus formas de transmisión, sino como la inductora de cambios en las diferentes prácticas. A partir de ello, las campañas deben

considerar los diferentes patrones culturales de los grupos a las que están dirigidas y poniendo énfasis en las especificidades de cada uno.

Una vez que se expuso lo relacionado a la transmisión, es relevante mencionar cuáles son las medidas en las que se perfila la prevención:

1. Transmisión sexual.

Esta vía es la que más infecciones ha provocado empero, es la que mayores problemas preventivos genera debido a que implica la sexualidad y apela a la modificación de hábitos y costumbres (muchas de las veces, profundamente arraigadas a los diferentes grupos sociales); para ello se ha recomendado:

- Abstinencia sexual
- Monogamia
- En su caso, limitar el número de parejas sexuales
- Uso del preservativo o condón masculino
- Acceso a condones femeninos⁶⁴

Lo cierto es que una de las propuestas más trabajadas en torno a la prevención por vía sexual, es la conocida por sus siglas en inglés como “*A, B, C*”: abstinencia, fidelidad y (uso del) condón. Es de mencionar que a ésta estrategia se anteponen la realidad de la mayoría de las mujeres: ninguna de estas situaciones son de su libre albedrío. Entre las mujeres casadas o que viven en pareja, las que más se están contagiando, la fidelidad propia es un hecho, no así la de sus maridos; la abstinencia no se pone en consideración, muchas de ellas al negarse a las relaciones sexuales, les puede originar algún tipo de violencia o el abandono de la pareja; y el uso del condón requiere el consentimiento de su pareja. En el caso de las mujeres más jóvenes, éstas tampoco pueden llevar a cabo la estrategia pues se pueden enfrentar a situaciones de violencia, rechazo o abandono. Todas estas “opciones” excluyen a las mujeres.

Este programa (*A, B, C*) ha sido promovido principalmente por las organizaciones más conservadoras y líderes políticos y sociales de esta misma ideología, que participan en

⁶⁴ *Condón femenino*: suelen ser de plástico poliuretano o de látex (caucho) sintético. Son delgados, suaves, carentes de olor y resistentes (según estudios de laboratorio son más resistentes y es menos probables que se revienten o desgarran) y con ellos se pueden utilizar lubricantes de agua o aceite. Para su utilización, deben insertarse en la vagina.

instituciones y organismos que trabajan en torno al tema del VIH/SIDA. Si bien las organizaciones más “liberales” no se oponen del todo a este programa, tienen claro que ante la complejidad del tema, se debe ofrecer una educación amplia en temas de salud, sexualidad y derechos humanos (a través de modelos de atención, capacitación y educativos que sean novedosos, eficientes e informativos, capaces de promover la prevención en la población en general y de atender a las personas con VIH y a sus familiares). Es por eso que apelan a la educación para que las mujeres reconozcan sus riesgos y/o condiciones de vulnerabilidad, sepan cuáles son las vías de transmisión y los conocimientos necesarios acerca de todas las formas de prevención desde una edad temprana, fomentando la adquisición de poder (empoderamiento-*empowerment*) y con ello, la toma de decisiones en torno a su vida y su sexualidad.

El uso del condón masculino, es el método de barrera⁶⁵ que más se ha dado a conocer a nivel mundial y el más utilizado en las campañas preventivas. Si bien su uso no garantiza que no suceda la transmisión en forma total⁶⁶, el uso correcto de éste sigue siendo el método más eficaz para prevenir las ITS. Es importante hacer énfasis en el uso de condones femeninos⁶⁷, sin embargo, hay que considerar que son más difíciles de conseguir y no están disponibles en el sector salud por lo que deben ser comprados por las usuarias. Considerando que cerca de la mitad de los casos de SIDA en el mundo son mujeres y que, la mayoría de ellas, se encuentran en edad productiva y reproductiva, el acceso a condones de uso femenino puede convertirse en la diferencia entre padecer la enfermedad o no, entre vivir o morir.

⁶⁵ Se le llama métodos de barrera a aquellos que, por un mecanismo físico, impiden u obstaculizan el depósito del espermatozoide en el tracto reproductivo de la mujer y, directamente, evitan el contacto con el óvulo. Los métodos de barrera más conocidos son los condones masculinos y femeninos. Esta barrera es efectiva para otro tipo de microorganismos, por lo que también son útiles para impedir la transmisión de ETS. Otros métodos de barrera son: diafragma, esponja vaginal, espermicidas (contenidos, por ejemplo, en los óvulos vaginales) y anillo vaginal.

⁶⁶ Estudios recientes encontraron que los condones tiene una efectividad de 90%. Sin embargo, los condones aun no están disponibles en muchas regiones del mundo: casi la mitad de las personas que están en riesgo de contagiarse de alguna ITS, no tienen acceso a ellos.

⁶⁷ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) fue quien comenzó, en algunos países de África, con la iniciativa de entregar condones femeninos distribuyéndolos gratuitamente o comercializándolos a bajos costos; considera que esta opción ofrece a las mujeres una protección que pueden controlar más fácilmente. Hasta ahora se han distribuido más de 70 millones de condones femeninos en 100 países; Brasil es el país que más entrega ha hecho de éstos.

Una buena opción a futuro son los microbicidas⁶⁸ actualmente en investigación, para elaborarlos como gel, esponjas, lubricantes o supositorios; bajo estas presentaciones podrán ser indetectables, lo que facilitará su uso entre las mujeres.

Condomes femeninos y microbicidas son métodos que proporcionan un mayor control de su sexualidad a las mujeres.

2. Transmisión sanguínea, derivados y trasplante de órganos.

Dado que éstas implican situaciones médicas, es importante que cada país cuente con leyes que aseguren el análisis de sangre y productos que serán utilizados. Para evitar estas formas es conveniente:

- Utilizar donadores familiares o conocidos que se practiquen los análisis necesarios previos y
- Que las transfusiones sean realizadas en hospitales y/o centros de salud que cuenten con los instrumentos necesarios; deben ser avalados por las secretarías de salud.

3. Trasmisión materno – infantil.

Las medidas tomadas para este sector son de gran importancia ya que, cada vez, existen más casos de mujeres VIH positivas en edad reproductiva, para ello es necesario:

- Obligatoriedad de los exámenes del VIH/SIDA a mujeres embarazadas en todas las instituciones de salud, sobre todo si han participado de alguna situación como: uso de drogas intravenosas, haber recibido alguna transfusión sanguínea o transparente.
- Evitar el embarazo en mujeres VIH positivas, siempre y cuando ellas así lo decidan.
- Cuando el embarazo continuara, la madre deberá recibir el tratamiento que evite la transmisión vertical, además de asegurar todos los servicios de salud para ambos.
- Para el nacimiento del bebé es más seguro practicar una cesárea, esto evitará que tenga contacto con secreciones vaginales o sangre infectada.
- Evitar la alimentación a partir de leche materna para el bebé.

4. Transmisión por uso de drogas intravenosas.

Esta es la segunda forma más importante de transmisión y para combatirla se sugiere:

- Utilizar jeringas y agujas desechables.

⁶⁸ Las investigaciones giran entorno a dos tipos d microbicidas: uno que pueda prevenir el embarazo, así como la transmisión del VIH y otro, que actúe únicamente contra el virus, lo que significa que puede suceder la concepción pero minimiza el riesgo de transmisión a la pareja y al bebé.

- De no ser así, lavarlas con cloro, hervirlas y/o esterilizarlas.
- Contar, como en algunos países, con programas de intercambio, es decir, los UDI intercambian jeringas y agujas ya usadas por unas nuevas.

5. Transmisión a partir de instrumentos punzocortantes.

Para evitar ésta es preciso:

- Asegurar que los punzocortantes como: rastrillos, navajas de rasurar, tijeras, etcétera, sean de carácter personal y desechables y/o ser sometidos a esterilización.
- Los instrumentos que son compartidos como los dentales, médico-quirúrgicos, agujas y jeringas, sean desinfectados cada vez que se utilicen o usar nuevos cada vez que sea necesario y/o se pueda.

La prevención es la mejor arma para detener la enfermedad, por ello, los estados parte de las Naciones Unidas han ratificado la idea de que “...la prevención integral, basada en los derechos humanos y en las pruebas científicas y vinculadas al acceso a programas y servicios eficaces de salud sexual y reproductiva, constituyen nuestra esperanza para frenar la pandemia.”⁶⁹

Para mayor efectividad de las actividades preventivas, es necesario que lleguen a toda la población, que sean sistemáticas y a largo plazo, contemplando siempre, una participación amplia de los diversos grupos sociales (esto permitirá llegar a todos los niveles y eliminar la discriminación).

Durante la XVIII Conferencia Internacional de SIDA, se puso sobre la mesa la importancia de contar con métodos preventivos que puedan ser manejados directamente por las mujeres. Se presentaron los avances en la investigación de un gel⁷⁰ que puede aplicarse un par de horas antes de la relación sexual, éste otorga las mujeres una forma de protegerse, al prevenir la infección por VIH a través del bloqueo del virus. Estas investigaciones están

⁶⁹ UNFPA, *La prevención es para toda la vida*, p. 5.

⁷⁰ Es un gel microbicida llamado *Caprisa* fabricado por Gilead Sciences Inc (compañía biofarmacéutica con sede en California) a partir del fármaco Tenofovir. Es de aplicación vaginal o rectal previa al sexo. Su antecedente es una crema que se probó en monos. Los resultados muestran una reducción de infección por VIH en un 39% del grupo estudiado, mujeres de 18 a 40 años. Este gel deberá pasar por una tercera fase de experimentación (la cual ya ha comenzado en 4000), antes de salir al mercado (de producirse a gran escala, el costo calculado por cada aplicación sería de 20 centavos de euro). Es importante mencionar que en las primeras pruebas *Caprisa* también demostró reducir el riesgo de contagio de herpes genital en el 51% de las mujeres que lo utilizaron.

siendo complementadas con aquellos medicamentos que además de interferir en la infección por VIH sean capaces de evitar embarazos.

El último tratamiento preventivo para hombres del que se tiene noticia es el denominado “*IPrEx*”, Iniciativa Profilaxis Pre Exposición⁷¹. Este es un estudio clínico que se lleva a cabo desde julio de 2007 en poblaciones de alto riesgo, principalmente HSH de Perú (Lima e Iquitos), Ecuador (Guayaquil), Estados Unidos de América (San Francisco y Boston), Brasil (San Paulo y Río de Janeiro), Tailandia (Chiang Mai) y Sudáfrica (Ciudad del Cabo); con patrocinio de la División de SIDA del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de Salud de los EEUU, financiamiento de la fundación Gates y el donativo de medicamentos de Giled Sciences.

Los objetivos del estudio son: conocer la seguridad y aceptabilidad al tratamiento y, si es posible, disminuir el riesgo de infección a VIH-1 entre hombres altamente expuestos al VIH⁷². Han participado 2499 personas que no están infectadas y que participan en otras acciones de prevención como consejería y uso de condones; de ellas, 1248 reciben como tratamiento un placebo y 1251 toman Truvada. En el primer grupo se registraron 64 infecciones, mientras que en el segundo sólo se presentaron 36 infecciones. Lo que significa que se redujo el riesgo de contagio en 43.8%. Esta investigación, aun en vigencia y en plena etapa de evaluación, hace posible incidir en la disminución del riesgo de contraer el VIH entre los seres humanos.

Sin embargo, cualquier programa de prevención debe asegurar el acceso universal a los servicios preventivos que incluyen los métodos, las herramientas (material, infraestructura, personal, etc.) y la difusión de la información. Entre estas situaciones debe destacarse el papel de la asesoría y de las pruebas voluntarias, ya que a partir de ellas se disminuye la transmisión materno-infantil, reduce los comportamientos denominados de riesgo, el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA.

⁷¹ La profilaxis pre-exposición son las medidas que se toman para que una persona que se expone a un agente de infección, reduzca las posibilidades a dicha infección. *IPrEx* juntó los antirretrovirales Tenofovir y Emtricitabine en una sola pastilla llamada *Truvada* para el consumo diario.

⁷² Información tomada de: www.globaliprex.com/web/index.do. Fecha de consulta: 3 de enero de 2011.

Es necesario y urgente diseñar programas y/o estrategias de prevención que estén al alcance de mujeres y hombres, principalmente para las primeras, quienes, a pesar de ser más vulnerables al VIH y demás ITS, son quienes menos saben no sólo del tema sino también acerca de sus cuerpos y de su salud sexual y reproductiva (puesto que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en muchas sociedades). Y es, en este sentido, que los programas preventivos deben promover el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género, la responsabilidad de los hombres y el cumplimiento de los derechos humanos (siendo necesario modificar las leyes y llevar a cabo gestiones precisas que permitan transformaciones sociales, para que las mujeres puedan vivir en forma independiente en términos sociales y económicos), tomado en cuenta las necesidades y realidades específicas de cada grupo.

CAPÍTULO 3

DISTRIBUCIÓN DE LA PANDEMIA Y SITUACIÓN ACTUAL EN EL MUNDO Y EN MÉXICO.

La distribución y frecuencia de los casos de VIH/SIDA a lo largo de todo el mundo depende de factores culturales, sociales, además de las características biológicas que ha tomado el virus a partir de su interacción con las poblaciones. Por eso es importante saber el número de personas infectadas (por grupos de edad, sexo y distribución geográfica), cuántas de ellas están siendo transmisoras, cuántas PVV presentan ya manifestaciones clínicas, qué porcentaje de enfermos reciben tratamiento y cuántas muertes suceden por esta causa.

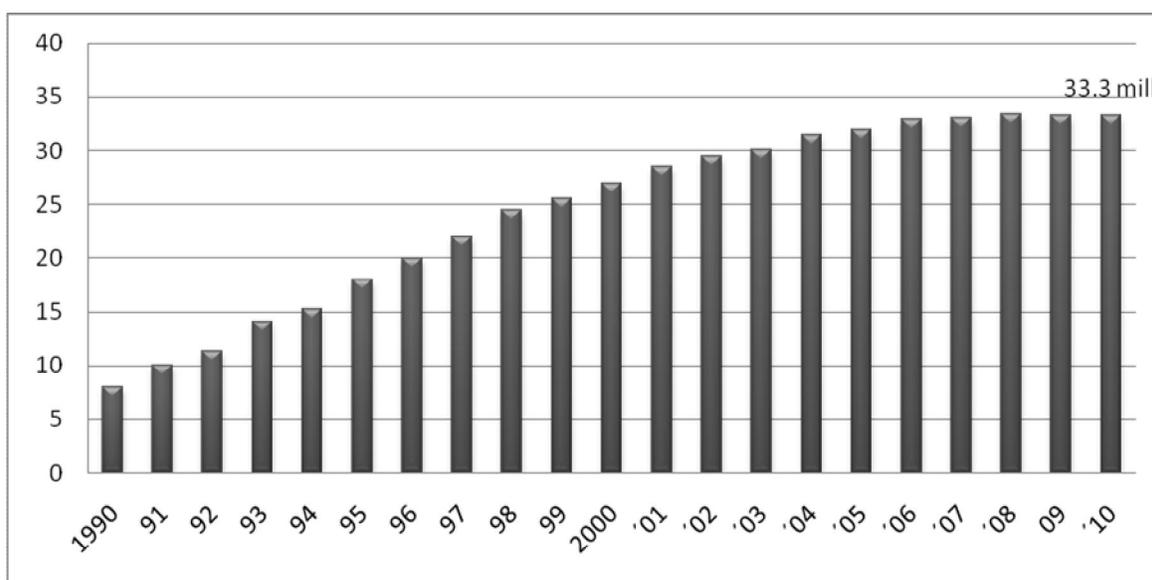
Para ello, en este capítulo, se exponen las cifras relativas a la distribución y aumento de casos a nivel mundial, que son reportadas por organismos internacionales como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A nivel nacional, se recurrió a las cifras del Registro Nacional de casos de SIDA, del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para explorar el avance de la epidemia en nuestro país.

3.1 Situación actual de la epidemia en el mundo.

Desde el inicio de la epidemia han pasado ya casi 30 años y durante todo este tiempo el número de casos no ha dejado de crecer. Al final de 1981 se contabilizaron 26 casos de SIDA y para 1988, según la OMS, existían 81,433 en todo el mundo. Hacia 1990, el número de infecciones aumentó en más del doble: 266,098. Para 1991 se notificaron 314,611 casos en 143 países del mundo. A finales del 2001, ONUSIDA reportó en su informe anual la existencia de 37.1 millones de personas enfermas: 34.1 millones de infectados eran adultos, de los cuales, 18.5 millones eran mujeres y 3 millones eran menores de 15 años.

El número de personas que viven con VIH sigue aumentando, lo que significa que la epidemia es dinámica y actualmente ningún país del mundo está a salvo de ella. Esto no quiere decir que sea homogénea, al contrario “...algunos países están más afectados que otros. Incluso en un mismo país existen generalmente variaciones en las tasas de infección en sus diferentes provincias, estados o distritos y entre zonas rurales y urbanas. El panorama está compuesto por una serie de epidemias con sus propias características y dinámicas.”⁷³

Gráfica 1. Casos acumulados en el mundo, 1990 -2010.



Elaboración propia con datos de los informes anuales de ONUSIDA.

Durante 2008 se registraron 2.7 millones de nuevos casos en el mundo distribuidos de la siguiente manera: adultos (hombres y mujeres), 2.3 millones y 430,000 casos en niñas y niños menores de 15 años. Lo anterior significa que el número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo a finales de ese año fue de 33.4 millones.

⁷³ ONUSIDA, *Cuarto informe mundial*, p.23

Cuadro 4. Resumen mundial de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2008.

Personas que vivían con el VIH en 2008		
Total		33.4 millones [31.1 – 35.8 millones]
Adultos		31.3 millones [29.2 – 33.7 millones]
Mujeres		15.7 millones [14.2 – 17.2 millones]
Menores de 15 años		2.1 millones [1.2 – 2.9 millones]
Nuevas infecciones por el VIH en 2008		
Total		2.7 millones [2.4 – 3.0 millones]
Adultos		2.3 millones [2.0 – 2.5 millones]
Menores de 15 años		430,000 [240,000 – 610,000]
Defunciones causadas por el SIDA en 2008		
Total		2.0 millones [1.7 – 2.4 millones]
Adultos		1.7 millones [1.4 – 2.1 millones]
Menores de 15 años		280,000 [150,000 – 410,000]

Elaboración propia con información: *Situación de la epidemia de SIDA 2009*. Los datos entre corchetes corresponden a las estimaciones que ONUSIDA calcula conforme a sub-registros y diagnósticos erróneos.

En el último informe de ONUSIDA (publicado en noviembre de 2010), el total de personas viviendo con VIH en el mundo para 2009, es de 33.3 millones (cantidad que puede variar, según las estimaciones calculadas, desde 31.4 a 35.3 millones). Como se puede ver en el cuadro 4, las cifras que maneja este organismo, han descendido en comparación con el informe anterior (Informe 2009, cuadro 5). En la publicación se explica que el número de PVV, los nuevos contagios y las defunciones han disminuido por una combinación “efectiva” de varios factores: las campañas y los servicios de prevención (en impacto, acceso y esfuerzos), el aumento en el acceso al tratamiento antirretroviral (a la población en general y a las mujeres embarazadas en particular, lo que significa manos niñas y niños nacidos con VIH), así como por “el curso natural de la epidemia.”⁷⁴

Empero, no explican que el resultado de estas cifras proviene de los informes que entrega cada país. Partiendo de esto, podemos entender porque sus números disminuyen. Los retrasos y sub-registros de casos (que suelen ser comunes en gran parte de los países y en especial, en los más pobres debido a sus ineficientes y, en algunos casos, obsoletos servicios de salud) podrían ser parte importante del aparente descenso, tampoco hay que olvidar que muchas personas (mujeres, hombres, niñas y niños) están muriendo sin saber que son VIH positivos, o que mueren por alguna causa que está inscrita en la lista de

⁷⁴ ONUSIDA, 2010, *Global Report*, p.16

situaciones clínicas de diagnóstico de SIDA, pero sus médicos no lo registran como tal por el desconocimiento que aún existe entre ellos.

Según el Informe 2010 de ONUSIDA en torno a la incidencia⁷⁵ de la epidemia en el mundo, describe que sólo en 7 países (Armenia, Bangladesh, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Filipinas, Tayikistán) los índices de PVV, las nuevas infecciones y las defunciones, están en aumento. Se estima que en 23 países⁷⁶ permanecen estables y en 33 países⁷⁷ están disminuyendo las infecciones. Pero este análisis corresponde a menos de la mitad del total de los países que llevan un conteo de los casos de VIH/SIDA (sólo se proporciona la incidencia en 63 países del mundo). Dentro de las zonas que quedaron fuera de este “Scorecard” están Canadá, México, Centroamérica (excepto Belice, Panamá), el Caribe (excepto Haití, República Dominicana y Jamaica), Sudamérica (excepto Surinam y Argentina), gran parte de Europa, Asia y Oceanía, así como el norte de África. A pesar de los “gratos” descensos que nos presenta dicho informe y dada su propia metodología para la recolección de datos, es mejor considerar de forma reservada estas cifras.

Cuadro 5. Resumen mundial de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2009.

Personas que vivían con el VIH en 2009		
Total	33.3 millones	[31.4 – 35.3 millones]
Adultos	30.8 millones	[29.2 – 32.6 millones]
Menores de 15 años	2.5 millones	[1.7 – 3.4 millones]
Nuevas infecciones por el VIH en 2009		
Total	2.6 millones	[2.3 – 2.8 millones]
Adultos	2.2 millones	[2.0 – 2.4 millones]
Menores de 15 años	370,000	[230,000 – 510,000]
Defunciones causadas por el SIDA en 2009		
Total	1.8 millones	[1.6 – 2.1 millones]
Adultos	1.6 millones	[1.4 – 1.8 millones]
Menores de 15 años	260,000	[150,000 – 360,000]

Elaboración propia con información de: 2010, *Global Report*, ONUSIDA.

⁷⁵ Incidencia: “frecuencia de nuevas infecciones durante un periodo determinado, representa una proporción de la población en riesgo de infección, enfermedad u otro acontecimiento relacionado con la salud”. Córdova Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (editores), *op.cit.*, p. 382.

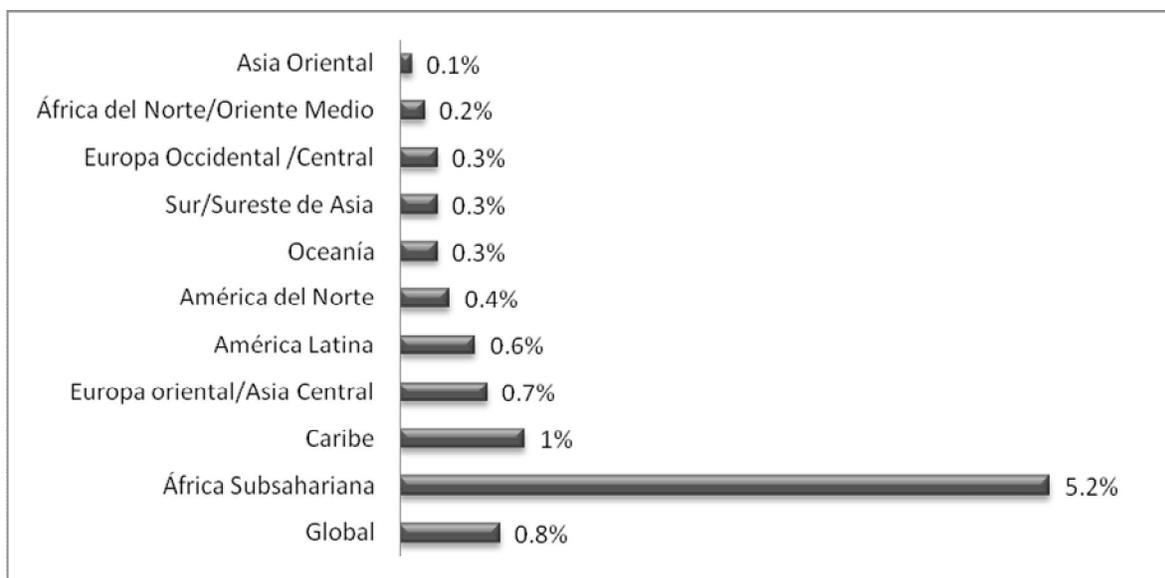
⁷⁶ Países donde la epidemia permanece estable: Alemania, Angola, Argentina, Bielorrusia, Benín, Camerún, República Democrática del Congo, Djibouti, Estados Unidos de América, Francia, Ghana, Haití, Kenia, Lesoto, Lituania, Malasia, Níger, Nigeria, Panamá, Moldavia, Senegal, Sri Lanka y Uganda.

⁷⁷ Belice, Botswana, Burkina Faso, Camboya, República dl Congo, Costa de Marfil, República Dominicana, Eritrea, Etiopía, Gabón, Guinea, República de Guinea-Bissau, India, Jamaica, Letonia, Malawi, Malí, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Papúa Nueva Guinea, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Surinam, Suazilandia, Tailandia, Togo, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

Para finales del 2009, existían más de 15 millones de huérfanos, niñas y niños de 0 a 17 años, en el mundo por causa del SIDA. El 50% de la población total infectada eran mujeres, 59% de ellas viviendo en África Subsahariana. Del total de las PVV en el mundo, 2.5 millones son niñas y niños menores de 15 años y, de las nuevas infecciones, el 45% se presentó en la población de 15 a 24 años. Sólo el 42% de las personas afectadas reciben el tratamiento ARV necesario.

Los países con mayor número de PVV son Sudáfrica con 5.7 millones e India y Nigeria con 2.6 millones cada uno de ellos. La región más afectada es África Subsahariana donde viven el 67% del total de infectados en el mundo, le sigue el Sur/Sureste de Asia con el 12%, en tercer lugar está Norteamérica con 5%, en cuarto sitio está América del Norte y Europa Oriental/Asia Central con el 4.2%, Europa Central/Occidental ocupa el quinto lugar con 2.5%, la zona donde viven menos PVV es Oceanía, 0.2%.

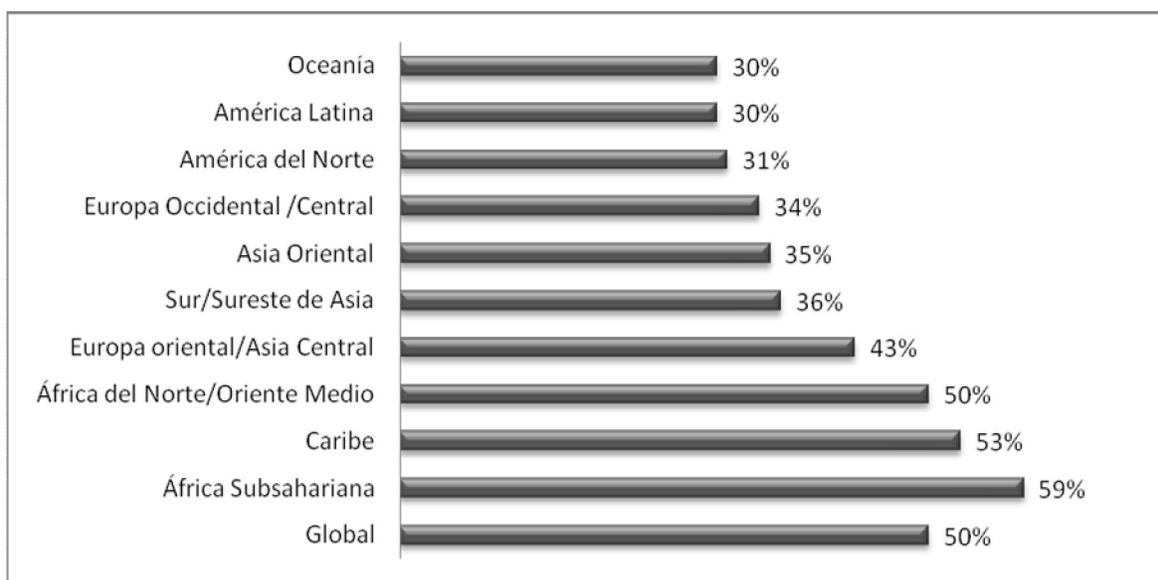
Gráfica 2. Tasa de prevalencia de VIH/SIDA por región, 2008.



Elaboración propia con Información de Situación de la epidemia de SIDA, 2009.

Es innegable que en los últimos años la proporción de mujeres seropositivas ha aumentado progresivamente. Si en 1997 la población femenina con VIH correspondía al 41%, para 2009 esta cifra ha llegado al 50%. Del total de portadores del virus en el mundo, más de 15 millones son mujeres y 2.1 millones niñas menores de 15 años. Esta proporción es mayor en zonas donde las relaciones heterosexuales son la vía predominante de transmisión.

Gráfica 3. Porcentaje de mujeres con VIH/SIDA por región, 2008.



Elaboración propia con Información de *Situación de la epidemia de SIDA, 2009*.

A partir de esta información, se sabe que dos terceras partes del total de PVV en el mundo están en África Subsahariana, es decir, el 67.5%. Además, el 68% de las nuevas infecciones entre adultos, el 91% de las nuevas infecciones entre niñas y niños y el 72% de los fallecimientos por SIDA están sucediendo en esta zona.

La mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA en esta región son mujeres (59%): "...la vulnerabilidad de las mujeres al VIH en África Subsahariana se origina no sólo por su mayor susceptibilidad fisiológica a la transmisión heterosexual, sino también por las severas desventajas sociales, legales y económicas que suelen enfrentar."⁷⁸ El riesgo

⁷⁸ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA, 2009*, p.22.

de contraer la enfermedad es 3 veces mayor entre las mujeres de 15 y 19 años que entre los varones de la misma esa edad y 5.5 veces más probable entre las mujeres de 20 a 24 años. La prevalencia más significativa la sostienen las mujeres divorciadas, viudas y separadas puesto que estas situaciones se derivan del conocimiento del estado serológico de la pareja.

El incremento más preocupante se está presentando en Europa Oriental, Asia Central y Asia Oriental, donde hubo más de 470 mil nuevas infecciones. India contribuye aproximadamente con el 50% de casos de VIH/SIDA en la región asiática, en donde las mujeres representaban el 19% de las PVV en el año 2000, sin embargo, al término de 2008 este cifra ascendió al 35%. Desde el inicio de la epidemia en esta zona el mayor número de infecciones se presentó entre UDI, motivo por el cual la enfermedad ha encontrado el camino hacia la población heterosexual.⁷⁹ En el continente asiático, "...los factores que influyen en la transmisión del VIH/SIDA entre las mujeres y las jóvenes son la pobreza, matrimonio a temprana edad, tráfico de personas, trabajo sexual, migración, falta de educación, discriminación de género y violencia."⁸⁰ Dentro del continente europeo, las naciones con mayor número de PVV son la Federación de Rusia y Ucrania, donde el 45% son mujeres.

Por su parte, en la zona de Oriente Medio y África del Norte, a pesar de la poca información con la que se cuenta, se sabe que tiene una baja prevalencia de 0.2%, excepto por Djibouti y Sudán donde se llega al 1% y que la epidemia está concentrada entre UDI, HSH, trabajadores del sexo comercial (TS) y entre pacientes que recibieron transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos y diálisis renal.⁸¹

En el resto de las regiones parece que se ha estabilizado la epidemia, según el Informe de 2010 de ONUSIDA.

⁷⁹ Las mujeres son presas de la enfermedad contraída por sus parejas debido a sus comportamientos sexuales y el uso de drogas.

⁸⁰ ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, *Mujeres y VIH/SIDA: enfrentarse a la crisis*, p. 3.

⁸¹ "En Egipto, el 6.2% de los casos notificados se debe a la recepción de productos sanguíneos, mientras que el 12% se producen a causa de diálisis renal. Las transfusiones sanguíneas constituyen el modo de transmisión del 6% de la prevalencia del VIH en Líbano...y, en Arabia Saudita, el 12% de las personas que viven con VIH contrajeron la infección a través de transfusiones sanguíneas, mientras que otro 1.5% se infectó debido a un trasplante de órgano." ONUSIDA, *Situación de la epidemia, 2009*, p. 74.

Para Oceanía, la prevalencia se ha colocado en 0.3%, una de las más bajas del mundo. El caso de Papua Nueva Guinea es el más numeroso porque la epidemia se ha generalizado y está en plena expansión, llegando a representar el 99% de los casos de esta zona, ubicados mayormente en áreas rurales. En Australia y Nueva Zelanda se han registrado más pruebas diagnósticas, lo que significa un crecimiento lento pero constante en el número de casos confirmados.

En el caso de los países de alto ingreso como son la zona de América del Norte, Europa Occidental y Central, se han caracterizado por la reducción de nuevas infecciones hasta el año 2009, éstas se siguen presentando en poblaciones claves: HSH, UDI e inmigrantes, lo que significa mayor número de hombres contagiados que mujeres, la relación promedio en la zona es de 2:1.⁸² Es esta zona del planeta donde el número de defunciones por SIDA ha disminuido de manera más significativa, esto se debe a la cobertura de la terapia antirretrovírica⁸³, situación que ha desembocado en la eliminación de los casos de transmisión materno-infantil en varios países de Europa como Suiza, Países Bajos y Reino Unido. El mayor reto para estos países es el diagnóstico tardío: en promedio el 26.5% de las PVV en estas zonas, desconocen su estado serológico.

En la región del Caribe, la segunda del planeta más afectada por el VIH, los países con una prevalencia mayor al 1.0% son Haití, Bahamas y República Dominicana, Cuba es el de menor prevalencia con 0.1%. Ante esta diversidad, se puede decir que en el Caribe existe una mezcla de epidemias generalizadas y concentradas. Aproximadamente la mitad de todas las infecciones se presentan en mujeres, siendo las más afectadas las jóvenes. Para comprender esta situación es relevante mencionar que en el año 2001, el 2% de las mujeres de Haití y el 1.8% de las de República Dominicana, participaron en el comercio sexual. La mayoría de los casos de VIH/SIDA en el Caribe, suceden por infección vía transmisión heterosexual, aunque en el caso de Puerto Rico la situación está encabezada por los UDI. Del total de los casos acumulados en la región, un 17% no tiene registrada la categoría de

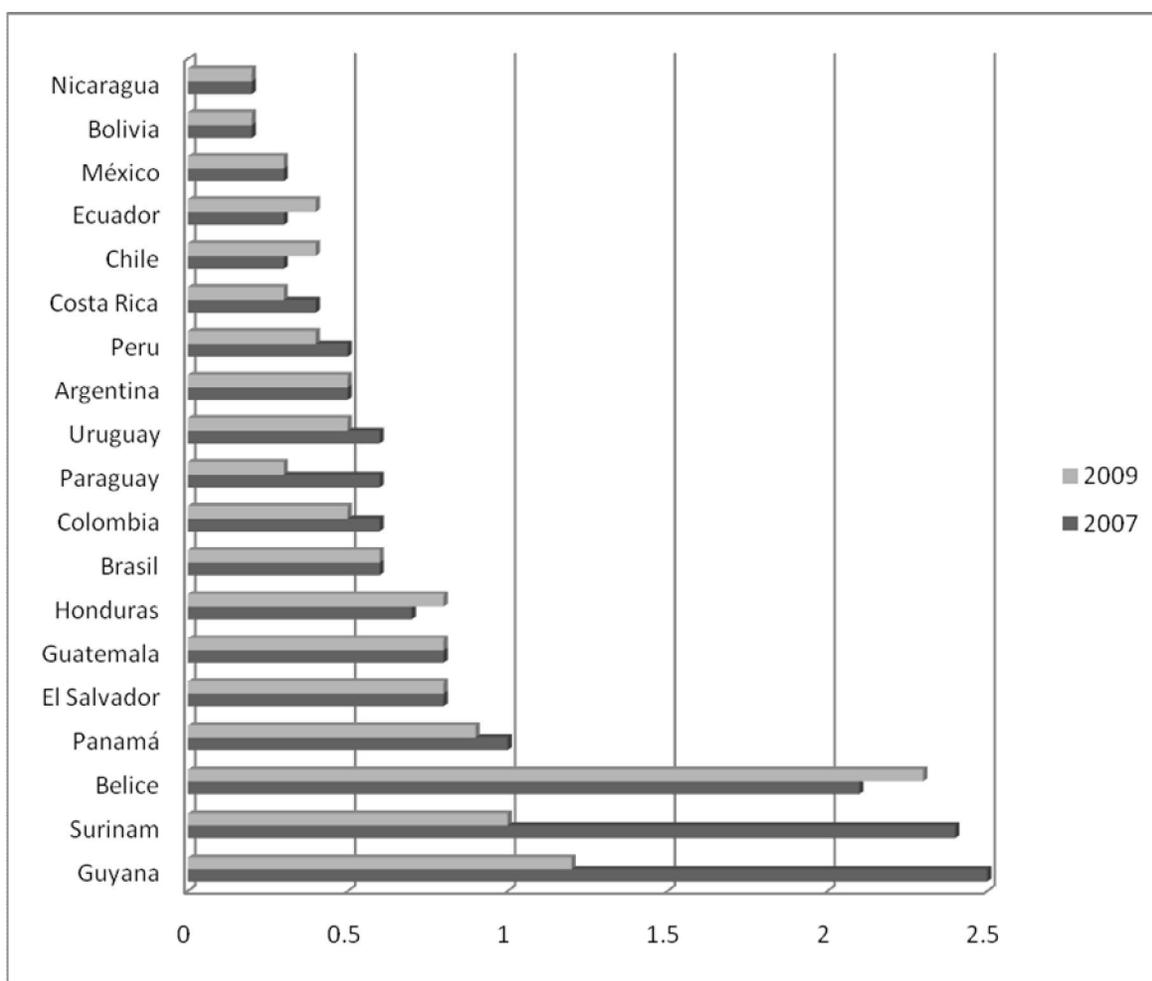
⁸² Sin embargo, las mujeres representan el 31% de los nuevos diagnósticos en Europa y el 24% de las nuevas infecciones de Canadá. ONUSIDA *Situación de la epidemia de SIDA, 2009*.

⁸³ En Estados Unidos, las defunciones disminuyeron en un 69% durante el último año en comparación a las sucedidas en 1994; en el caso de Suiza murieron 600 personas en 1994 y sólo 50 en 2008. ONUSIDA *Situación de la epidemia de SIDA, 2009*.

riesgo o vía de transmisión. Durante el 2009 se presentaron 17,000 nuevas infecciones y 12,000 defunciones en esta zona.

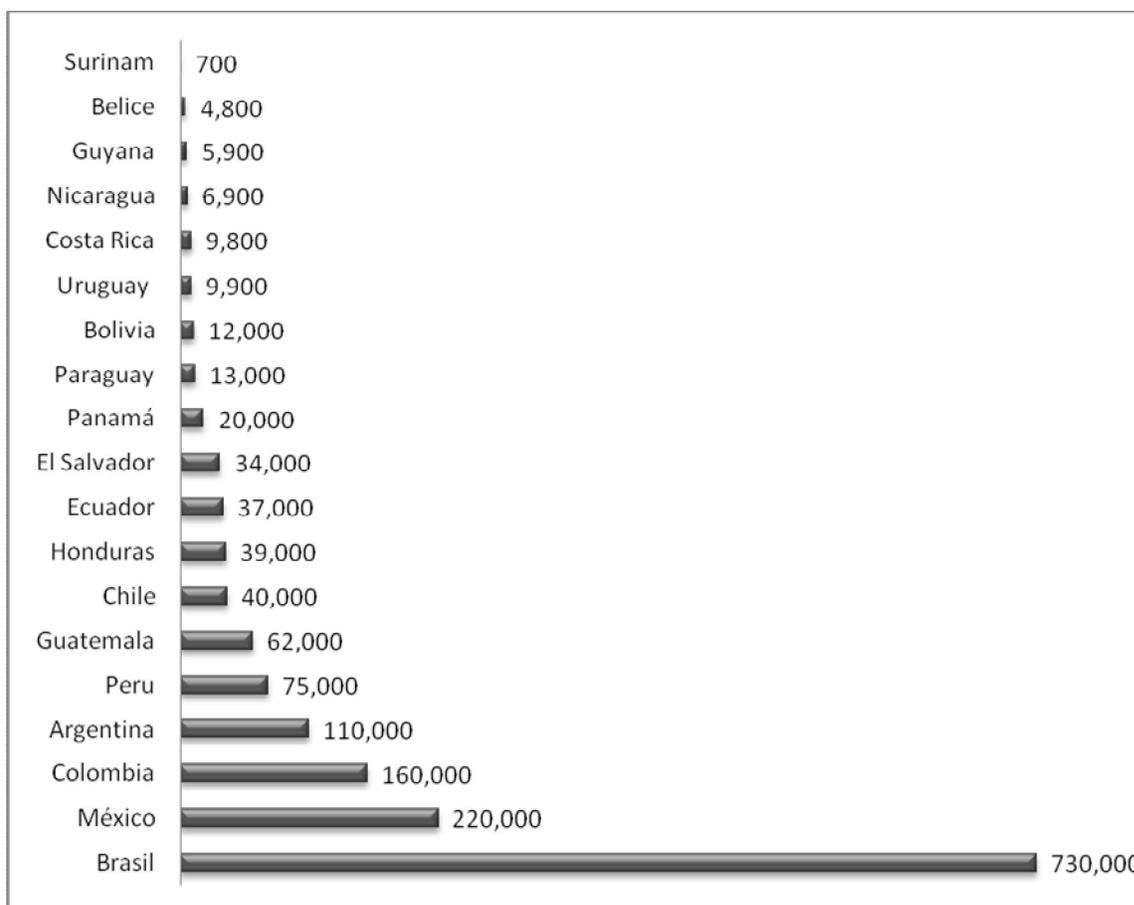
En América Latina (zona establecida por ONUSIDA en Centro y Sudamérica), se estimó que en el año 2009 vivían 1.4 millones de infectados: Argentina, Brasil y Colombia albergaban dos tercios de los diagnósticos. En esta misma zona murieron 12 mil personas y se infectaron 170 mil en este mismo periodo. América Latina presenta una epidemia de bajo nivel concentrada en HSH, UDI (sobre todo en algunas partes de América del Sur) y TS. Caso contrario está sucediendo en América Central y poblaciones indígenas, donde el número de casos entre mujeres está creciendo. Mientras tanto, el porcentaje de mujeres embarazadas y seropositivas de la zona que reciben tratamiento antirretroviral, es de 54%.

Gráfica 4. Prevalencia del VIH (%) en países de América Latina, 2007-2009



Elaboración propia con información de los reportes 2008 y 2010, ONUSIDA.

Gráfica 5. Personas viviendo con VIH/SIDA en países de América Latina, 2009.



Elaboración propia con información de *Report on the global AIDS epidemic 2010*, UNAIDS.

Entre los factores que favorecen en América Latina y el Caribe la transmisión, “...el principal es la combinación del desarrollo socioeconómico inequitativo y la alta movilidad de la población.”⁸⁴

Indudablemente, la epidemia está presente en todos los países del mundo en mayor o menor medida, lo que obedece a la diversidad de factores sociales, culturales, económicos y políticos de cada sociedad. Es significativo recalcar que los países llamados en “vías de desarrollo”, son los más aquejados, es clara la concentración de la epidemia en los países más pobres y entre los sectores más empobrecidos de los países de alto ingreso. Esta situación ha marcado el desarrollo de la enfermedad entre los pacientes considerando el

⁸⁴ ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, *op.cit.*, p.4.

tiempo de vida, calidad de vida, acceso a tratamiento antirretrovírico, acceso general a servicios de salud y defunciones, “...la mundialización que excluye a ciertas categorías sociales y ciertos países influyen en la epidemia, el vínculo entre pobreza y sida es un círculo vicioso.”⁸⁵

Según el estudio mundial de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), “*El VIH/SIDA en el centro trabajo en un medio ambiente mundializado*”, las profesiones que más riesgo tienen de contagiarse con el VIH en cualquier parte del mundo son: los trabajadores del transporte (distantes de sus familias y medio social), los empleados del turismo y hotelería (contados entre ellos, el turismo sexual) y las personas que buscan trabajo, riesgos surgidos de sus frecuentes desplazamientos. También informa que las personas más expuestas son los adultos jóvenes, en especial las mujeres que no tienen empleo o el que tienen es bajo condiciones precarias.

2007			
REGIÓN	TOTAL	ADULTOS	MUJERES
África Subsahariana	22 millones	19.1 millones	11.2 millones
África del Norte y Oriente Medio	380 mil	280 mil	150 mil
Asia Meridional y Sudoriental	4.2 millones	4.1 millones	1.5 millones
Asia Oriental	740 mil	490 mil	130 mil
Oceanía	74 mil	25 mil	4,600
América Central y del Sur	1.7 millones	1.4 millones	450 mil
Caribe	230 mil	200 mil	92 mil
Europa Oriental y Asia Central	1.5 millones	650 mil	180 mil
Europa Occidental y Central	730 mil	610 mil	160 mil
América del Norte	1.2 millones	1.1 millones	190 mil
Total	32,754,000	27,955,000	14,056,600

⁸⁵ AFP, “La globalización, factor de la propagación de la pandemia”, *La Jornada*, 1 de diciembre de 2005, p.49 (discurso dado por Odile Franken Ginebra, Suiza por la conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el SIDA).

2008			
REGIÓN	TOTAL	NUEVAS INFECCIONES	DEFUNCIONES POR SIDA
África Subsahariana	22.4 millones	1.9 millones	1.4 millones
África del Norte y Oriente Medio	310 mil	35 mil	20 mil
Asia Meridional y Sudoriental	3.8 millones	290 mil	270 mil
Asia Oriental	850 mil	490 mil	130 mil
Oceanía	59 mil	3,900	2 mil
América Central y del Sur	2 millones	170 mil	77 mil
Caribe	240 mil	20 mil	12 mil
Europa Oriental y Asia Central	1.5 millones	110 mil	87 mil
Europa Occidental y Central	850 mil	30 mil	13 mil
América del Norte	1.4 millones	55 mil	25 mil
Total	33,409,000	2,688,900	1,965,000

2009				
REGIÓN	TOTAL	NVAS. INFECCIONES	PREVALENCIA (%)	MUERTES
África Subsahariana	22.5 millones	1.8 millones	5.0	1.3 millones
África del Norte y Oriente Medio	460 mil	75 mil	0.2	24 mil
Asia Meridional y Sudoriental	4.1 millones	270 mil	0.3	260 mil
Asia Oriental	770 mil	82 mil	0.1	36 mil
Oceanía	57 mil	4,500	0.3	1,400
América Central y del Sur	1.4 millones	92 mil	0.5	58 mil
Caribe	240 mil	17 mil	1.0	12 mil
Europa Oriental y Asia Central	1.4 millones	130 mil	0.8	76 mil
Europa Occidental y Central	820 mil	31 mil	0.2	8,500
América del Norte	1.5 millones	70 mil	0.5	26 mil
Total	33,247,000	2,571,500	0.8%	1,801,900

3.2 SIDA en México.

En México el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1983. Se trataba de un hombre haitiano atendido en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. Durante ese mismo año se notificaron cinco casos más a la Dirección General de Epidemiología. Todos los pacientes eran varones y habían empezado su padecimiento en 1981, año en que se considera como inicio de la epidemia en nuestro país, por lo tanto se cree que fue durante el decenio de los 70 que se introdujo el virus en México. Desde la primera notificación el número de nuevos casos sufrió un lento aumento, pero después de la segunda mitad de la década de los ochenta, la epidemia creció de manera exponencial. En aquel momento de 1983 comenzó el seguimiento epidemiológico. Para 1986 se hace obligatoria la detección de anticuerpos anti-VIH, en muestras de suero y hacia febrero de 1986 se integró el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA).

Entre 1983 y 1984, en México se trabajó en torno al conocimiento de la epidemia, es decir, conocer la distribución y la frecuencia de los casos. A partir del año siguiente, se iniciaron las encuestas serológicas que más tarde fueron denominadas centinelas y que sirvieron para determinar seroprevalencias, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales, grupos que en ese tiempo habían sido denominados como “grupos de riesgo”.

Cuadro 7. Casos acumulados de SIDA en México, por año de diagnóstico y notificación, 1983 – 2011 (31 de marzo).

AÑO	FECHA DE DIAGNÓSTICO*	FECHA DE NOTIFICACIÓN**
1983	66	6
1984	193	6
1985	366	28
1986	709	243
1987	1,595	508
1988	2,195	897
1989	2,847	1,585
1990	3,714	2,566
1991	3,883	3,120
1992	4,367	3,157
1993	4,517	4,971
1994	5,062	3,999
1995	5,561	4,094

1996	5,903	4,113
1997	6,114	3,582
1998	6,746	4,638
1999	8,847	4,264
2000	8,676	4,674
2001	8,571	4,156
2002	8,444	13,521
2003	8,297	7,036
2004	8,327	22,092
2005	8,588	8,663
2006	8,655	7,789
2007	7,600	7,666
2008	6,808	12,382
2009	5,570	8,940
2010	5,286	8,529
2011 (31 – marzo)	623	905
1983-2011	148,130	148,130

Elaboración propia con información del Centro Nacional para la Prevención y el Control de SIDA, México.

En mayo de 1986 se modificó la Ley General de Salud⁸⁶ a partir de ello se dispuso la obligatoriedad de investigar anticuerpos específicos en todos los donadores de sangre. Se crea así la Red Nacional de Laboratorios de VIH en la Secretaría de Salud (SSA). En noviembre del mismo año se incluyó al SIDA entre las enfermedades sujetas a control sanitario y vigilancia epidemiológica, lo que estableció como imperativa la notificación a las autoridades sanitarias, a cargo de la entonces Dirección Nacional de Epidemiología⁸⁷ de la SSA, de los casos de individuos asintomáticos infectados por VIH. Desde 1987 se adoptó la medida de prohibir la venta de sangre y hemoderivados. Este mismo año se sistematizó el Registro Nacional de casos de SIDA. Todas estas situaciones, promovieron las primeras formas de registro y por tanto, de control del VIH/SIDA en México.

La primera definición de la enfermedad en México fue tomada de la publicada por los *CDC* en 1982.⁸⁸ En marzo de 1987 se publicó la primera definición mexicana adaptada

⁸⁶ El 22 de mayo de 1986 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma que dispone que la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, deben ser analizados.

⁸⁷ Actualmente dicha dirección pertenece al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE).

*Fecha diagnóstico: esta corresponde al momento que el médico diagnostica como seropositivo al paciente.

** Fecha Notificación: corresponde al momento en que se notifica el diagnóstico ante la DGE.

⁸⁸ Ver Cuadro 3, ahí están incluidas las enfermedades que son consideradas para el diagnóstico del VIH/SIDA.

de la formulada por los *CDC* para los países africanos⁸⁹. Para 1988 se decide incluir a la Tuberculosis pulmonar, como problemática importante para la definición de caso y con ello se hace pública la segunda definición mexicana. Hacia 1993 se adicionó también, la neumonía recurrente y el cáncer cérvico uterino invasor. Sin embargo, no se incluye como criterio de diagnóstico la cuenta de linfocitos CD4 (en algunos casos los diagnósticos se presentan cuando la cuenta está por debajo de las 200 células).

En México, la vigilancia de infección por VIH comenzó en 1985. Utilizando las primeras encuestas seroepidemiológicas, se aplicó a un grupos con prácticas de riesgo en el D.F. Para 1988 ya se realizaban estudios serológicos transversales para VIH en 8 ciudades del país (D.F., Mérida, Guadalajara, Tijuana, Acapulco y Monterrey) con cinco grupos poblacionales: homosexuales, trabajadoras sexuales, prisioneros, hemofílicos y embarazadas.⁹⁰ Es en 1990, que se aplicaron encuestas centinelas de infección por VIH (recomendadas por la OMS) en 18 ciudades del país.

El primer caso femenino de SIDA en nuestro país se debió a una transfusión y se diagnosticó en 1985; nueve años después existían 698 casos, los cuales representaban el 13.8% del total de casos nacionales.⁹¹

Entre 1985 y 1986, la razón de casos hombre – mujer era de 26 a 1; en 1987 de 23 a 1; en 1996 se estabilizó en una proporción de 6 a 1. A partir del 2008 y hasta la fecha, la relación es de 5 a 1.

Los casos femeninos de SIDA en nuestro país se deben a dos tipos de transmisión: por transfusión sanguínea, que representó en un principio el 100% de los casos (desde 1985 y hasta 1991, aproximadamente) y fue gradualmente descendiendo y, por contacto sexual, situación que se ha ido incrementando, llegando a representar, hasta dos terceras partes de

⁸⁹ La OMS solicitó como criterio de definición para pacientes africanos los siguientes síntomas: pérdida al menos del 10% del peso corporal, diarrea crónica, fiebre intermitente y/o constante, astenia y debilidad corporal, tos persistente, dermatitis extensa, herpes zoster, candidiasis orofaríngea, herpes simple, linfadenopatía.

⁹⁰ Valdespino, José Luis, Jaime Sepúlveda, José Antonio Izazola, *et al.*, Patrones y predicciones epidemiológicos del SIDA en México, p. 580. Se mencionan 8 ciudades porque para el caso de la Ciudad de México y Mérida, participaron durante dos años.

⁹¹ Córdova Villalobos, José Ángel, *op cit*, p. 35.

los casos entre mujeres adultas. Entre este último medio de contagio, las más afectadas son las mujeres casadas o con pareja heterosexual.

Las mujeres que presentaban las tasa más altas de la enfermedad al inicio de la epidemia, “eran las trabajadoras de servicios públicos (meseras, peinadoras y otras), las maestras y las trabajadoras del arte y espectáculos y las trabajadoras del sexo comercial”.⁹² Al principio la epidemia afectó a mujeres de los estratos socioeconómicos medios y altos de las zonas urbanas, pero a mediados de la década de los noventa la epidemia se presentó en los ámbitos rurales de nuestro país como consecuencia de la migración de sus parejas, especialmente a los Estados Unidos de América y en segundo plano, a las grandes ciudades de nuestro país.

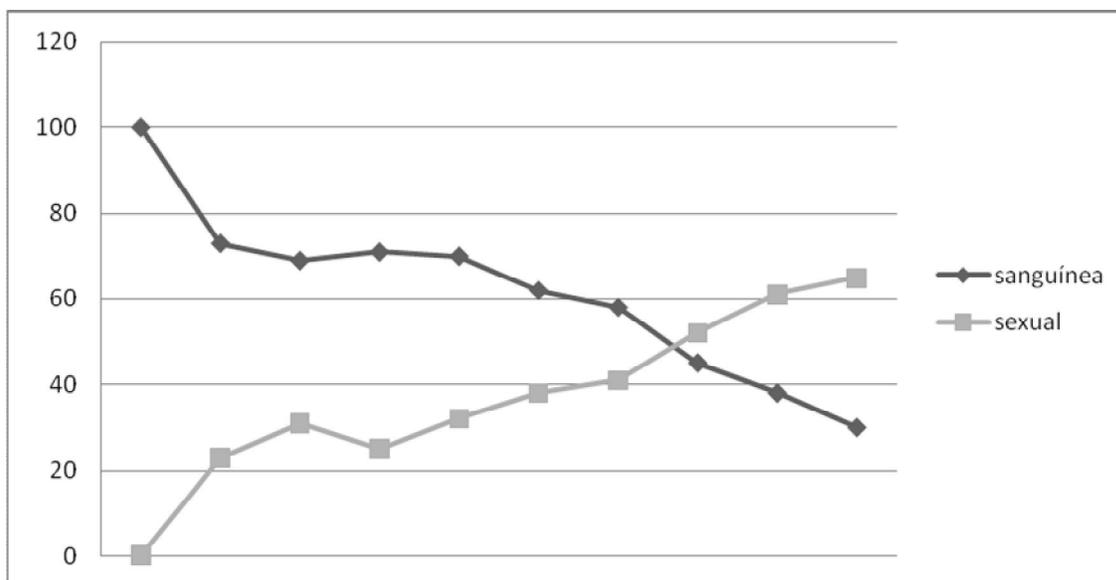
Cuadro 8. Casos femeninos de SIDA en México por año, 1984 – 2007

AÑO	CASOS FEMENINOS	AÑO	CASOS FEMENINOS
1984	27	1997	972
1985	31	1998	1138
1986	81	1999	1472
1987	225	2000	1519
1988	364	2001	1560
1989	421	2002	1570
1990	519	2003	1408
1991	540	2004	1363
1992	662	2005	1417
1993	650	2006	1343
1994	698	2007	1196
1995	731	2008	
1996	967	2009	

Elaboración propia con información del Registro Nacional de casos de Sida, México.

⁹² Ibid, p. 36.

Gráfica 6. Casos femeninos de SIDA según vía de transmisión, México 1985-1994.



Elaboración propia a partir de información del Registro Nacional de casos de SIDA, México.

De todos los casos femeninos reportados en México hasta marzo de 1995, en 542 de ellos la pareja permanente había sido el origen del contagio y pertenecía a alguno de los mal llamados grupos de riesgo: bisexual, UDI, donador de sangre o hemofílico. Las tasas más elevadas de contagios entre mujeres se presentaba en el Distrito Federal, Guadalajara y el Estado de México; éstas mujeres tenían un riesgo siete veces mayor de contraer el virus que las trabajadoras sexuales.

Debido a los procesos migratorios de México a Estados Unidos, la epidemia se propagó en áreas rurales de nuestro país. Los primeros casos se registraron en 1986 en los estados de Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz⁹³. Desde entonces, ha crecido el número de casos hasta existir en todos los estados. Una porción importante de este tipo de casos, presenta antecedentes de migración internacional, principalmente a los Estados Unidos y/o a centros urbanos nacionales como la Ciudad de México⁹⁴.

⁹³ Bravo García, Enrique, Carlos Magis Rodríguez, *El sida en el área rural* en, La otra epidemia: el sida en el área rural, pp. 11-18

⁹⁴ Magis Rodríguez, Carlos, Aurora del Río Zolezzi, José Luis Valdespino Gómez, María de Lourdes García García, *Casos de sida en el área rural en México*, pp. 615-623.
Cárdenas Elizalde, María del Rosario, *Migración y sida en México*, pp. 613-618.

El abandono de las zonas de origen en busca de mejores condiciones de vida, ha provocado que, principalmente pero no únicamente, los hombres salgan a trabajar. Las zonas productivas en las que se colocan los mexicanos en Estados Unidos son: la agricultura, los servicios y la industria, tanto en zonas urbanas como rurales de éste país. En su mayoría, son jóvenes y pobres, no hablan inglés y algunas veces ni siquiera español. Esta situación de indocumentados y los contextos culturales a los que se incorporan vía sus desplazamientos, les hacen desconocer los servicios médicos disponibles y no acceder a mensajes y educación preventiva.

Según los estudios mencionados anteriormente, los migrantes mexicanos aún sin tener prácticas sexuales de riesgo, tienen 5.5 veces más probabilidad de contagiarse de VIH que la población en general estadounidense. Consecuentemente, cuando las poblaciones migrantes tienden a alterar o modificar los hábitos en torno a sus prácticas, el riesgo de infección es 10 veces mayor.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país y hasta los casos registrados en 1990, el 50% de ellos tenían antecedentes migratorios a Estados Unidos. Los estados expulsores de mano de obra desde la década de los años 40 del siglo pasado como Michoacán y Zacatecas, contaban con 20% de VIH positivos con antecedentes migratorios y residenciales en Estados Unidos.

Estas situaciones han originado el crecimiento de casos en zonas rurales. Para el año 1994, un 4.7% de los casos acumulados en el país correspondían a este tipo, porcentaje que aumentó hasta llegar al 8% en 1999. Comparativamente, la relación hombre – mujer en el 2000 era de 6:1 en zonas rurales y de 4:1 en las consideradas urbanas.

Lo cierto es que estos casos contienen una problemática mayor en función de las características sociales y geográficas de las localidades rurales: fundamentalmente las estrategias de prevención y atención son más difíciles de ejecutar debido a la menor escolaridad, uso de lenguas indígenas, alta desigualdad en situaciones de género, así como el aislamiento geográfico de los centros de atención y mayores costos de transporte y tiempo de traslado. En consecuencia, implica que se dificulte el acceso e interpretación de la información en torno a la enfermedad y a los servicios de salud.

En 2004 el Consejo de Salubridad General, presidido por el entonces secretario de salud Julio Frenk Mora, acordó que todas las instituciones públicas que integraban el Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) estarían obligadas a realizar campañas de prevención dedicadas especialmente a los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo, así como a promover acciones que garanticen la adherencia al tratamiento de las PVV. Estas instituciones sociales y de salud tienen varios años dando seguimiento a derechohabientes que son VIH positivos, además de otorgarles el tratamiento requerido y el resto de los servicios de salud. Lo cierto es que la población no derechohabiente tiene un porcentaje mayor de defunciones.

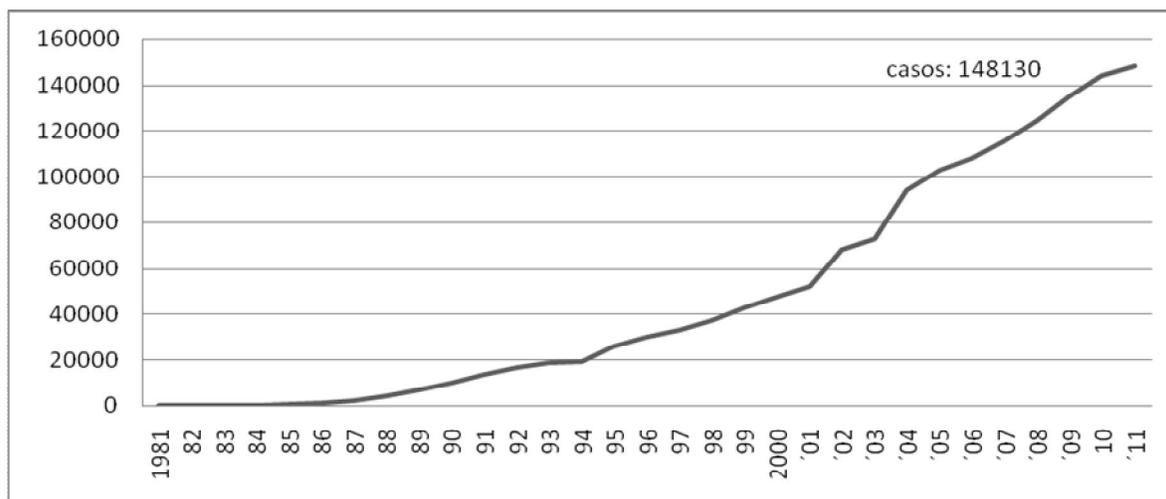
Cuadro 9. Registro de casos de SIDA por institución, México 2006 – 2008

INSTITUCIÓN	CASOS DE SIDA 2006	CASOS DE SIDA 2007	CASOS DE SIDA 2008
SSA	4,908	5,057	7,376
IMSS	1,803	1,582	2,956
ISSSTE	243	235	327
PEMEX	20	24	34
SEDENA	61	66	12
OTRAS	724	656	1,668
PRIVADAS	43	67	64

Elaboración propia a partir de datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control de SIDA, México

3.2.1 Situación actual en México

Gráfica 7. Casos acumulados de SIDA en México, 1981 – 2011 (31 de marzo).



Elaboración propia con información del Registro Nacional de Casos de SIDA, México.

A finales de 2009 (14 de noviembre), en México existían 135,003 casos acumulados⁹⁵ de VIH/SIDA; 23,913 de éstos eran mujeres. Para junio de 2010, el Registro Nacional de casos de SIDA había contabilizado 141,356 PVV y el 15 de noviembre de ese mismo año, la cifra se ascendió a 144,127 (82.18% eran casos masculinos y 17.82% femeninos, lo que correspondía a 25,683 mujeres viviendo con VIH/SIDA). Lo que significa que en un periodo de un año, 1770 mujeres se contagiaron.

Hasta el 30 de marzo de 2011, el Registro contabilizó 148,130 casos nacionales: 121,723 hombres y 26,407 mujeres. Entre noviembre de 2010 y hasta el 30 de marzo de 2011 hubo 724 nuevos casos entre mujeres, es decir, en 4 meses se han contagiado más de la mitad de mujeres que se contagiaron el año anterior. Estas cifras permiten comprobar lo descrito anteriormente en este trabajo: las mujeres son quienes más se están infectando.

A continuación se presenta la situación de la epidemia en nuestro país a partir de grupos de edades y sexo.

Cuadro 10. Casos acumulados de SIDA por edad y sexo (31 de marzo de 2011).

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTALES	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
0 – 14	1,822	1.4	1,582	6.0	3,404	2.3
15- 29	35,263	29.2	8,698	33.1	43,961	29.9
30 – 44	59,644	49.4	11,025	42.0	70,669	48.0
45 y más	24,126	20.0	4,963	18.9	29,089	19.8
Se desconoce	868	0.7	139	0.5	1,007	0.7
Total	121,723	100.0	26,407	100.0	148,130	100.0

Elaboración propia con información de la página www.censida.salud.gob.mx

⁹⁵ “Los casos acumulados de SIDA se utilizan para reflejar en números absolutos y relativos la historia de la expansión infecciosa. Los datos sobre casos acumulados de SIDA proporciona información que posibilita realizar una evaluación longitudinal de la epidemia, especialmente cuando se presenta en relación con el tamaño promedio anual de la población. Análisis epidemiológicos de la tendencia de los casos de SIDA, incluidos en el Registro Nacional muestran que debe pasar un periodo de 5 años para que los casos de SIDA de una determinado se completen. Aproximadamente, en un de cada tres casos registrados se desconoce el factor de riesgo asociado.” Magis Rogríguez, Carlos, *Epidemiología del SIDA en México*, en Córdova Villalobos, José, *op.cit.*, p.102.

A partir de los últimos datos de Censida, se sabe que por cada cinco casos acumulados de SIDA en hombres existe un caso de mujeres. Más de tres cuartas partes de los casos, 77.38%, están registrados entre la edad de 15 y 44 años. Según estimaciones del mismo organismo, existen alrededor de 225,000 PVV, la mayoría lo desconoce. De los casos acumulados, 60,000 ya fallecieron, 5,121 de estas defunciones sucedieron en 2009 y 65,250 reciben tratamiento (tanto en instituciones de salud como en medicina privada). Se calcula que durante 2009 y el primer semestre de 2010, hubo 10,000 nuevos contagios. De 190 países estudiados por ONUSIDA, México ocupa el lugar 77 y el 3° en el continente Americano (después de Estados Unidos y Brasil) en relación al número de PVV y el lugar 17 por prevalencia, que es de 0.3% (lo que significa que 3 de cada mil personas adultas viven con VIH) entre la población adulta. Podría decirse que México tiene una prevalencia baja y estable, en comparación con sus vecinos: Estados Unidos tiene una prevalencia de 0.6%; la de Belice es de 0.6% y la de Guatemala es de 0.8%. Dada las características que la epidemia ha tomado en nuestro país, se le considera como concentrada debido a que se ha difundido entre subgrupos, es decir, aún no rebasa el 1% en población general.

Para conocer mejor la magnitud de la epidemia en nuestro país, debemos recurrir a las cifras que nos hablan sobre el avance de la enfermedad en torno a: mortalidad, contagios, casos por entidad federativa, sexo edad y vía de contagio.⁹⁶

En 1988, en el grupo de 25 a 34 años (hombres y mujeres), el SIDA fue la causa de muerte número 18 a nivel nacional, en tanto que en 1993 ocupó el lugar 5. Entre los hombres, el SIDA como causa de muerte pasó del lugar 11 en 1988 al 4 en 1991. En 1988, esta infección no aparecía dentro de las primeras 20 causas de muerte en el grupo de mujeres, pero en 1992 ya ocupaba el lugar 12.

Entre 1990 y 2008, la mortalidad de hombres por esta causa aumentó 167%, mientras que para las mujeres el aumento fue de 205%. Al principio de la epidemia el mayor número de muertes se localizó en el grupo de edad de 30 a 34 años. Dada la

⁹⁶ Si bien es cierto que las cifras no son del todo confiables, debo aclarar que es la información cuantitativa de que se dispone. Durante el proceso de investigación se encontró que el manejo de los datos varía cada año, por ejemplo, se presentan las cifras nacionales por lo menos 3 veces al año y no siempre se desglosa con las mismas variables (sexo, vía de contagio, edad, etc.) Es significativo de mencionar el hecho de que el periodo 2000-2006 es el que más inconsistencia en la información presenta.

cobertura del tratamiento, ahora las personas viven más y la mayoría de las defunciones ocurren entre los 40 y 44 años.

Según el Informe de INEGI *Hombres y Mujeres en México 2009*, la tasa de mortalidad a causa del SIDA es de 10.3 por cada cien mil habitantes de 25 a 44 años. Por sexo, existen 17.7 muertes en varones por cada cien mil y 3.4 en mujeres. Los estados donde más hombres mueren son: Tabasco (39.3), Veracruz (36.2) y Colima (31); y los estados donde más mujeres mueren son: Campeche (10.7), Baja California (9.5) y Veracruz (7.7) La mortalidad por esta causa es menor para varones en Zacatecas (3.4), Tlaxcala (6.5) e Hidalgo (7.9) y para las mujeres en Guanajuato (1.3), Nuevo León y San Luis Potosí (ambos, 1.4).⁹⁷

...los niveles de mortalidad observados y sus diferencias por entidad federativa se explican por los diferenciales en la prevalencia por VIH en cada entidad, así como por el acceso a diagnóstico y tratamiento temprano, adherencia al tratamiento antirretroviral, infraestructura sanitaria, población migrante (doméstica o internacional), etc., que resultan en patrones de mortalidad diferenciales.⁹⁸

Cuadro 11. Causa de mortalidad y defunciones por SIDA en México, 2000-2008.

Año	Causa de muerte	Defunciones totales	Causa de muerte (15 – 64 años)	Defunciones
2000	17	4196	7	4019
2001	17	4317	7	4136
2002	16	4463	7	4262
2003	17	4607	7	4359
2004	16	4719	7	4499
2005	17	4650	7	4455
2006	16	4944	7	4723
2007	16	4959	7	4828
2008	15	5183	7	4961

Elaboración propia a partir de datos de la página: www.salud.gob.mx/mortalidad/ Consultada el 7 de enero de 2011.

Si bien se desconoce la vía de transmisión en muchos de los casos registrados en nuestro país (ver cuadros 12 y 13), es claro el predominio del contagio vía sexual pues de cada 100

⁹⁷ INEGI, *Hombres y Mujeres en México 2009*, p. 71.

⁹⁸ CENSIDA, *El VIH/SIDA en México*, p. 19.

casos, 92 se originan por esta vía. Entre los hombres el 36% tiene por origen la transmisión homosexual – bisexual, por la vía heterosexual corresponde el 27.56% y se desconoce el origen del contagio en el 33.17% de los casos. Para las mujeres el 61.23% de las infecciones se contabilizaron por la vía heterosexual, 5.5% por vía sanguínea (como se puede ver en el cuadro 13, la mayor parte de los contagios por esta vía, están localizados en el grupo de 30 años y más) y casi del 30% se desconoce el origen. Para ambos sexos, la población más afectada es la comprendida entre los 20 y 40 años, lo que significa que la epidemia está afectando a las poblaciones en edades productivas y reproductivas.

Cuadro 12

HOMBRES MEXICANOS: casos acumulados por edad y categoría de transmisión: 1983-2011 (31-marzo).				
Categoría \ Edad	0 – 14 años	15 – 29 años	30 años y más	Edad desconocida
Perinatal	1,106			
Transmisión Sanguínea	182	838	1,638	
• Transfusión		253	591	
• Hemofílico		105	68	
• Donador		91	223	
• UDI		388	753	
• Exposición Ocupacional		1	3	
Transmisión Sexual	63	23,938	53,326	
• Homosexual		9,081	16,579	
• Bisexual		5,500	12,549	
• Heterosexual		9,357	24,198	
Otras				
• Homosexual/UDI		118	160	
Se desconoce	471	10,396	28,646	868
TOTAL	1822	35,263	83,770	868

Elaboración propia a partir de datos de CENSIDA.

Cuadro 13

MUJERES MEXICANAS: casos acumulados por edad y categoría de transmisión: 1983-2011 (31-marzo)				
Categoría \ Edad	0 – 14 años	15 – 29 años	30 años y más	Edad desconocida
Perinatal	1097			
Transmisión Sanguínea	56	407	987	
• Transfusión		332	880	
• Donadora		12	39	
• UDI		61	66	
• Exposición Ocupacional		2	2	
Transmisión Sexual				
• Heterosexual	40	6,035	10,096	
Se desconoce	389	2,256	4,905	139
TOTAL	1,582	8,698	15,988	139

Elaboración propia a partir de datos de CENSIDA.

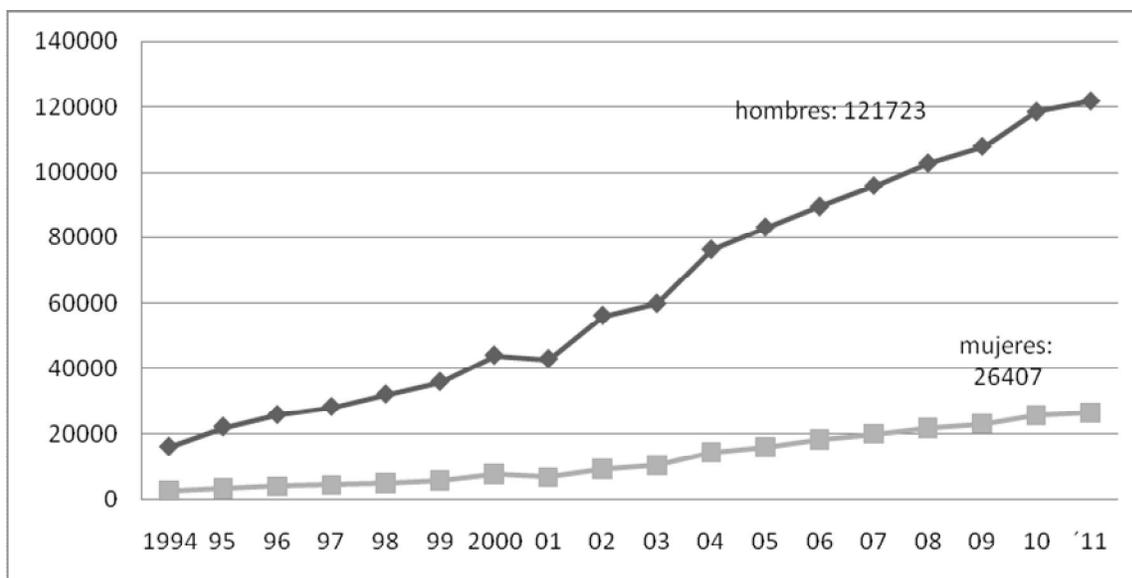
La entidad con mayor número de casos es el Distrito Federal con casi 24 mil; le siguen el Estado de México con 16,392 (y dentro de éste, el municipio con más casos es Nezahualcóyotl, donde la relación hombre – mujer es de 3:1), Veracruz con 13,633, Jalisco con 11,242 y Puebla con 6,858. Estas cinco entidades concentran casi el 50% de los casos nacionales. Del lado contrario, se localizan Aguascalientes, Baja California Sur, Colima y Zacatecas con menos de 1,000 casos en cada una de estas entidades. Pero, a partir de la tasa acumulada, que calcula Censida por cada 100 mil habitantes, los estados con mayor incidencia son: D.F con 269, Baja California con 200.9, Guerrero con 203.9, Morelos con 191.6 y Nayarit con 181. La incidencia promedio en nuestro país es de 135.6 casos por cada 100 mil habitantes.

Cuadro 14. Casos acumulados de SIDA según entidad federativa, hasta el 31 de marzo de 2011, México.

ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS ACUMULADOS	ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS ACUMULADOS
Aguascalientes	893	Nuevo León	4,158
Baja California	6,712	Oaxaca	5,091
Baja California Sur	816	Puebla	6,858
Campeche	1,408	Querétaro	1,206
Coahuila	1,736	Quintana Roo	2,280
Colima	836	San Luis Potosí	1,923
Chiapas	5,923	Sinaloa	2,704
Chihuahua	4,144	Sonora	2,543
Distrito Federal	23,811	Tabasco	2,853
Durango	1,166	Tamaulipas	3,628
Guanajuato	3,226	Tlaxcala	1,151
Guerrero	6,376	Veracruz	13,633
Hidalgo	1,642	Yucatán	3,495
Jalisco	11,242	Zacatecas	774
México	16,392	Extranjeros	340
Michoacán	4,031	Se desconoce	72
Morelos	3,256		
Nayarit	1,811	Nacional	148,130

Fuente: Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, México.

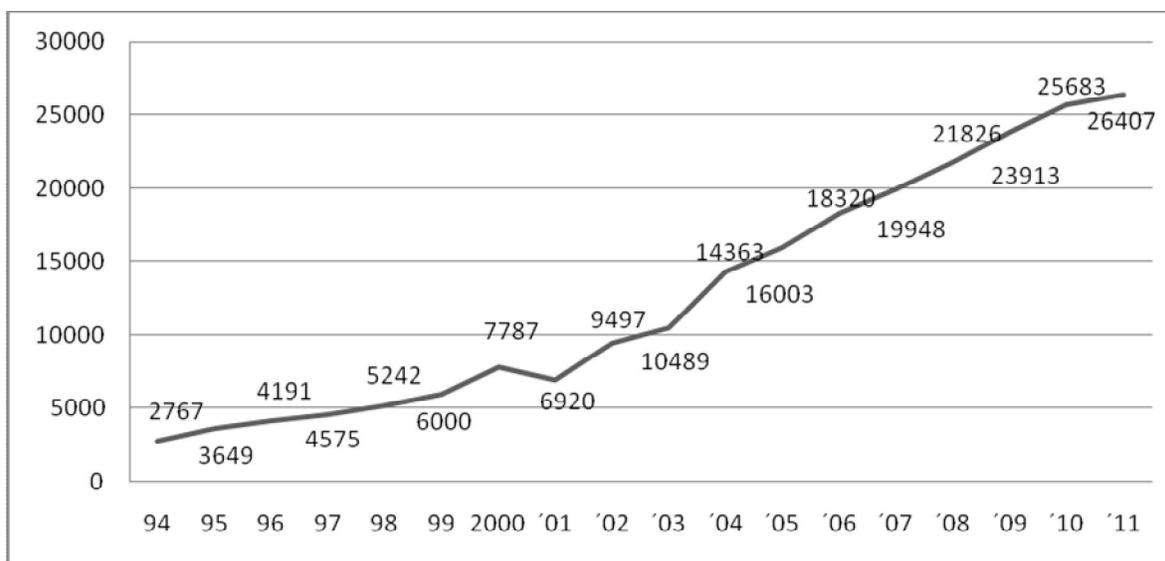
Gráfica 8. Casos acumulados de SIDA en México por sexo, 1994 -2011 (31 marzo).



Elaboración propia a partir de información de Censida, México.

En nuestro país, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) siguen siendo el grupo más afectado, sin embargo, las más recientes investigaciones muestran el crecimiento de la epidemia en otros sectores de la población, principalmente entre las mujeres. Son estos cambios los que deben guiar los nuevos estudios, considerando la complejidad del VIH/SIDA pero no sólo como una enfermedad, sino como un problema social, de tal manera que se rebase la mirada de las prácticas individuales como situación de riesgo. “Los recientes desarrollos conceptuales requieren la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y de género, las cuales expresan alguna clase de condición estructural o situación coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del SIDA”.⁹⁹

Gráfica 9. Casos acumulados en mujeres mexicanas, 1994 – 2011 (31 de marzo).



Elaboración propia a partir de informes anuales de Censida, México.

Ya que las mujeres no habían sido consideradas entre los llamados “grupos de riesgo”, excepto las trabajadoras sexuales, quedaron fuera de las políticas que atendían la epidemia, no sólo en nuestro país sino en todo el mundo. Pero a partir del significativo aumento de cifras en la población femenina¹⁰⁰, surgió la preocupación por ellas. Había que conocer

⁹⁹ Magis Rodríguez, Carlos, op.cit., p.106.

¹⁰⁰ Estos datos comenzaron a ser alarmantes cuando salieron a luz los diagnósticos de casos pediátricos, razón por la cual las pruebas se aplicaron a las madres y éstas salieron positivas.

cuáles fueron los medios de contagio de esas mujeres si no pertenecían a las poblaciones en riesgo. Es así que se inicia una serie de trabajos centrados en un principio con base en las características físicas y biológicas de las mujeres, siendo complementados con las investigaciones a partir de cuestiones socioculturales.

Claro ejemplo de estas nuevas tendencias de investigación son los trabajos presentados en la última Conferencia Internacional sobre SIDA (Viena, 2010). Y entre ellos, uno de interés particular es el desarrollado por investigadores mexicanos¹⁰¹, interesados en las características de las mujeres viviendo con VIH.

Esta investigación retoma algunas características de las MVV mexicanas como son su estado civil, la condición de su pareja (militar, UDI, migrante o en reclusión), el ejercicio de su sexualidad, etcétera. La importancia de trabajos como este radica en la visibilización de las vulnerabilidades femeninas más allá de lo biológico.

Cuadro 15

Ensayo de estimación de Mujeres viviendo con VIH/SIDA según grupo clave o población vulnerable en México al 2009.		
Población o grupos clave de mujeres (15-49 años), 2009	Tamaño de la población	Mujeres viviendo con VIH/SIDA
Mujeres unidas/casadas	17,219,644	17,220
Solteras Sexualmente Activas (SA)	4,359,347	4,359
Separadas/divorciadas SA	2,975,646	2,976
Mujeres que ya no son SA	1,383,701	692
Mujeres UDI	10,657	1,119
Mujeres parejas de UDI	21,300	852
Con parejas militares	161,000	235
Mujeres migrantes a EUA	3,482,099	6,964
Mujeres en reclusión	11,193	224
Mujeres parejas de reclusos	105,500	1,055
Mujeres parejas de migrantes	829,070	1,658
Mujeres trabajadoras sexuales (MTS)	200,000	4,000
MTS – UDI	5,000	550
Transgénero (18 – 60 años)	30,039	6,008
Niñas explotadas sexualmente	8,000	160
	TOTAL	48,072

¹⁰¹ Entre ellos Carlos Magis, Enrique Bravo y Marcelo de Luca.

Fuente: M. de Luca, C. Magis Rodríguez, T. Martz, E. Bravo García. HIV/AIDS on different groups of women in Mexico: proposal to disaggregate the estimates. XVIII International AIDS Conference; Vienna, 2010.

Comenzar a trabajar desde esta perspectiva permitió, en un primer momento, a la comunidad médica en particular y a la población en general después, avanzar en el manejo de los conceptos. En un inicio se hablaba de “grupos de riesgo”, luego de “prácticas o conductas de riesgo”¹⁰², le siguieron los trabajos que desarrollaron la idea de “situaciones y contextos de vulnerabilidad”. Actualmente se aborda el tema a partir del concepto “poblaciones en condiciones y/o en contextos de vulnerabilidad” o “condiciones sociales del riesgo”, como la probabilidad de sufrir un daño a causa de sus condiciones sociales, manejo que permite considerar situaciones más amplias y complejas como: la trayectoria de vida, nivel educativo, género, acceso a información y servicios de salud, así como la clase social y nivel económico. Adoptar estas nociones en los trabajos nos hace mirar al fenómeno de la epidemia por el VIH de manera más amplia.

...la epidemia del SIDA ha contribuido a ampliar las brechas entre los grupos de población que, aún antes de la aparición del VIH/SIDA, ya eran víctimas de la marginación, la estigmatización y el rechazo, y cuyos derechos humanos ya eran menos respetados e identificar los factores estructurales que restringen y determinan el comportamiento de las poblaciones ante esta enfermedad.¹⁰³

El conocimiento y reconocimiento de estos factores, permitirá que en esta investigación se aborden las diversas situaciones de vulnerabilidad frente al VIH a las que estamos expuestas las mujeres.

¹⁰² Ambas situaciones basadas en los comportamientos personales, en cuestiones individuales con una carga moral y bajo un discurso que intervenía en las preferencias sexuales y/o en el ejercicio de la sexualidad.

¹⁰³ Bronfman, Mario, Rene Leyva, Mirka Negroni (ed.), *Movilidad poblacional y VIH/sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, p.16.

CAPITULO 4.

VULNERABILIDADES FEMENINAS FRENTE AL VIH/SIDA.

El concepto de vulnerabilidad ha sido tomado de los estudios sobre desastres, remite a las características de una persona o grupo para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto de un fenómeno natural. Varios autores¹⁰⁴ han trabajado bajo la premisa de que los desastres no son naturales, sino que se convierten en una amenaza conforme afectan a la población, a sus recursos, medios de sobrevivencia y a la estructura social, impidiendo así su reproducción. Georgina Calderón menciona: "...la vulnerabilidad está arraigada en los procesos históricos, culturales, sociales y económicos, los cuales se enfrentan con la habilidad individual o social para enfrentarse a los desastres y responder adecuadamente a ellos."¹⁰⁵ A partir de esta propuesta, se deben considerar a las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales de los individuos, como un factor de riesgo y considerar que el acceso a la vivienda, al trabajo y a la educación, son los aspectos más importantes para conocer el grado de vulnerabilidad de una población.

Este concepto de vulnerabilidad se ha utilizado para comprender los cambios en las condiciones de vida que suelen experimentar personas y/o grupos, al enfrentarse a eventos socioeconómicos inesperados y de carácter traumático (como pueden ser las enfermedades), así como sus capacidades para afrontarlos. Estas ideas tiene dos vertientes explicativas: "...la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico-social de carácter traumático. Y, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento."¹⁰⁶ En muchos sentidos, esta "indefensión social", como es definida por Pizarro, es producto del modelo económico actual, basado en la economía de mercado y en el abandono del Estado de sus obligaciones hacia los ciudadanos, y de los procesos

¹⁰⁴ Blaike, P., Bohle H. G., Calderón, G., Cutter, S., Watts, M. J., Wilches-Chuaz, G., Winchester, P.

¹⁰⁵ Calderón Aragón, Georgina. "Pobreza y vulnerabilidad. Jaguar y pantera", en *Ciudades. Análisis de la coyuntura, teoría e historia urbana*, #52, octubre – diciembre, p.7.

¹⁰⁶ Pizarro, Roberto. *La vulnerabilidad social y sus desafíos, una mirada desde América Latina*, p.11.

macroestructurales que de él se desprenden, fenómenos que dejan a los individuos y a las comunidades en contextos de inseguridad e indefensión, con la mínima capacidad de manejar recursos y estrategias que permitan enfrentarlos o neutralizarlos.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la vulnerabilidad “es una condición social que coloca a un individuo en una situación de riesgo ante alguna situación específica [...] esta situación incapacita y/o inhabilita a una persona de manera inmediata o a futuro, comprometiendo su bienestar (físico: calidad de vida, alimentación, salud; y material: economía, vivienda, vestido) y el de las personas que lo rodean.”¹⁰⁷ Lo interesante de este manejo es que abarca las situaciones individuales, socioculturales, políticas y jurídicas, que construyen la vulnerabilidad de las personas a partir del ejercicio y cumplimiento de los derechos humanos. Aquí, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social, por lo tanto, necesita de respuestas y reestructuraciones de índole social, económicas y políticas.

Cuando estas situaciones están presentes en gran parte de la población, debemos considerar entonces que la vulnerabilidad está enraizada en la violación a los derechos humanos y en el incumplimiento de las obligaciones sociales del Estado y afecta especialmente a las personas con menos poder para conocerlos, exigirlos y/o defenderlos.

Bajo estas premisas podemos hablar de vulnerabilidad como una situación estructural, en otras palabras, debemos concebirla como una categoría que estructura los contextos histórico, cultural, social, político y económico de las poblaciones:

La vulnerabilidad se puede analizar por medio de la estructura jerárquica y la simetría social derivada de las relaciones de poder que existe en todo orden social. Se produce históricamente y se puede conceptualizar como el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas, colocan a los individuos en situaciones que puedan limitar su capacidad para prevenir y responder...es una condición que se adquiere y depende de las condiciones estructurales en que se desenvuelven las poblaciones.¹⁰⁸

La condición estructural de la vulnerabilidad atraviesa situaciones de edad, etnia, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y se intensifica en función de las condiciones culturales

¹⁰⁷ Herrera, Cristina, Lourdes Campero y Laura Villa. Las ONG y su trabajo con mujeres y VIH, p.20.

¹⁰⁸ Hernández-Rosete, Daniel, et. al., Del riesgo a la vulnerabilidad, p.22.

(como los valores, ideas, prejuicios, ideologías, etc.) políticas e incluso, históricas de la sociedad.

Francois Delor y Hebert Michel en el texto “Revisiting the concept of vulnerability”, manejan los conceptos de vulnerable y vulnerabilidad, describiendo su uso en las investigaciones sociales y, en especial, en los estudios sobre salud mental y VIH/SIDA¹⁰⁹.

Ellos consideran que las *trayectorias de vida* inscritas en *estructuras sociales* permiten entender, de manera completa, las situaciones de vulnerabilidad. Para ello, es necesario considerar *tres niveles*: la trayectoria social, el cruce de trayectoria y el contexto social, describiéndolos de manera objetiva y subjetiva. Por *trayectoria social* entienden las distintas fases que atraviesa un individuo en su ciclo vital. El segundo nivel hace referencia al *cruce de dos o más trayectorias individuales* y que se manifiestan por medio de la interacción social. *El contexto social* influye en los momentos y en las formas de los encuentros entre las diferentes trayectorias¹¹⁰.

Desde este planteamiento y para poder describir los elementos objetivos y subjetivos relativos a las condiciones de vulnerabilidad, se deben considerar los significados de la dimensión socio-estructural o significado comúnmente aceptado por todos, y los significados de la dimensión socio-simbólica, referido a los significados particulares elaborados por cada individuo, respectivamente. A continuación se reproduce el cuadro que engloba las situaciones de cada uno, a partir de los niveles que construyen la vulnerabilidad.¹¹¹

¹⁰⁹ Delor, Francois y Michel Hubert, *Revisiting the concept of vulnerability*, Soc. Sci. Med #50, 2000, pp. 1557-1570.

¹¹⁰ Para explicar este modelo de vulnerabilidad dentro de la epidemia del VIH/SIDA, podemos mencionar como ejemplo que la trayectoria correspondería a las posiciones en el curso de la vida y que determina ciertas conductas sexuales; las interacciones se daría en el proceso de contagio pues se necesitan al menos dos individuos, cada uno con diferentes comportamientos, que podrían ser considerados de “riesgo”, en función de posición o estatus. Finalmente, el contexto social puede ser considerado desde las normas culturales y/o sociales en torno al comportamiento sexual.

¹¹¹ Ya que el texto original es en inglés, el contenido del cuadro está hecho a partir de una traducción propia.

Cuadro 16

Niveles para entender la vulnerabilidad	Dimensión Socio-estructural	Dimensión socio-simbólica
<ul style="list-style-type: none"> • Trayectoria • Interacción • Contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo de vida, edad, movilidad social, identidad social, etc. • Características de la pareja (edad, estatus serológico, etc.), interacción, etc. • Sistema de normas colectivas, instituciones relaciones de género, inequidad, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción subjetiva del tiempo, proyecto de vida, percepción del futuro, etc. • Representación subjetiva de la pareja, percepción del condón, etc. • Percepción e interpretación de las normas, expectativas del castigo, etc.

Fuente: Delor, Francis y Michael Hubert, "Revisiting the concept of vulnerability", p. 1561.

Esta perspectiva es de carácter dinámico pues permite conocer las situaciones, tanto individuales como sociales, en las que la vulnerabilidad surge y crece, ya que considera la biografía (*vulnerabilidad de identidad*), las influencias (*vulnerabilidad relacional*) y los impactos (*vulnerabilidad contextual*).

Si bien esta perspectiva considera que todos los seres humanos (independientemente del género, edad, clases sociales, etnia, etc.) somos vulnerables a algo en las diferentes etapas de la vida, es pertinente en la aplicación de este estudio en función de conocer cuáles son las situaciones de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA de las mujeres y cómo participan de ella en cada uno de los niveles (biografía, interacción y contexto social).

Las mujeres de diversas edades en todo el mundo, por sus condiciones de desigualdad social, tienen mayor riesgo de contraer la infección por VIH y de desarrollar SIDA. Las desventajas que poseen en el ejercicio de su sexualidad, el no acceso y escasa permanencia en la educación formal (incluida la información de carácter preventivo), a un trabajo digno y a los servicios de salud necesarios, ha provocado que las tasa de infección

en casos femeninos crezcan, en los últimos años más rápido que los casos de infección en hombres.

Dentro de esta situación general, sin embargo, pueden identificarse grupos más vulnerables que otros: en primer lugar las mujeres de los sectores sociales desfavorecidos y dentro de ellos, el grupo de niñas y adolescentes -tanto por la inmadurez de su aparato reproductor como por las deficiencias en la educación sexual-, el de mujeres cuya pareja está particularmente expuesta a incurrir en prácticas de riesgo –por ejemplo las mujeres migrantes temporarios- y finalmente, el de las mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas. Muchas mujeres, de hecho, pertenecen a varias de estas categorías al mismo tiempo.¹¹²

La infección por VIH y el SIDA incluyen en la mujer aspectos diferentes con respecto al hombre, ella es más vulnerable a virus por cuestiones epidemiológicas, biológicas, socioeconómicas y culturales. Vulnerabilidades que se traslapan y refuerzan entre sí, es decir, todos estos factores condicionan las decisiones y comportamientos de los distintos sujetos y, por lo tanto, señalan la necesidad de respuestas basadas en cambios estructurales y no sólo en cambios de comportamientos individuales.¹¹³

4.1 Vulnerabilidad epidemiológica.

Este tipo de vulnerabilidad se presenta en las mujeres, porque se utiliza más frecuentemente la transfusión sanguínea debido a complicaciones o problemas ginecológicos y obstétricos, por eso, durante mucho tiempo éste fue el principal mecanismo de contagio entre ella. La legislación en torno a la prohibición de donaciones remuneradas y el análisis de sangre para la detección de VIH, permitió que el número de seropositivas de origen sanguíneo disminuyera de manera considerable en muchos países del mundo.

Epidemiológicamente, el número de casos va en aumento, debido a que las mujeres siguen reproduciendo patrones de formación de parejas, donde el varón es mayor que ellas, situación vigente en la mayoría de las sociedades, incluida la nuestra. Esto significa que “algunos grupos de edad de mujeres más jóvenes están en amplio riesgo de infectarse por el

¹¹² Herrera, Cristina y Lourdes Campero, *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*, p. 556.

¹¹³ Kendall, Tamil e Hilda Opez, *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*, p. 13.

VIH y demás ITS, al practicar sexo desprotegido con un grupo de edad de hombres en el que los niveles de prevalencia de VIH e ITS son más elevados”¹¹⁴, dado que éstos tienen una experiencia sexual más amplia, lo que se ve reflejado en un número mayor de parejas y con ello, una probabilidad superior de padecer o haber padecido alguna ITS.

4.2 Vulnerabilidad biológica.

En las relaciones heterosexuales, las mujeres tienen de dos a cuatro veces más probabilidad de ser infectadas por un hombre que a la inversa; esto se debe a que son la parte receptiva en el coito heterosexual. Son dos las explicaciones que enfatizan esta vulnerabilidad: por un lado, se ha detectado mayor carga viral en el semen que los fluidos vaginales, lo que significa mayor eficacia en el contagio de hombre a mujer. Una segunda razón, se explica por la calidad epitelial vaginal que es más delgada y, por lo tanto, más vulnerable que el tejido epitelial que cubre el pene. Asimismo, hay que recordar que el semen se mantiene vivo en el tracto vaginal o anal por más tiempo que los fluidos vaginales en el pene, por lo que el tiempo de exposición al virus es mayor en las mujeres.

Las situaciones de vulnerabilidad biológica, también son variadas a partir de la edad de la mujer. Estos riesgos son mayores entre niñas y adolescentes, “...ya que sus órganos reproductores contienen menos capas de células epiteliales, por lo cual ofrecen una barrera menos eficaz contra la infección vírica que las capas múltiples de células epiteliales modificadas (epitelio escamoso) de la vagina de las mujeres adultas.”¹¹⁵ Esta “inmadurez” en la vagina supone poca resistencia a cualquier agente patógeno.

Durante la menstruación también se presentan mayores riesgos de contagio, ya que durante este periodo la mucosa uterina se transforma y facilita la penetración del virus. Es también la sangre menstrual infectada, un riesgo adicional para el contagio de mujer a hombre.

¹¹⁴ *Ibid*, p.32.

¹¹⁵ OPS, UNGASS. *Género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe* en: www.ciss.insp.mx/migration/site_library/GenderandHIVSpanish.pdf

Las mujeres que están en la etapa de la menopausia, también padecen riesgos propios dados por los cambios en su cuerpo, la mayor situación se ve reflejada en los cambios hormonales, que pueden influir en el sistema inmunológico.

Si además de esto, consideramos que un gran número de mujeres, viven de manera cotidiana las relaciones sexuales forzadas, por violación o porque simplemente no se pueden rehusar a las exigencias de la pareja, es decir, no puede decidir entorno a su vida sexual, donde son comunes las hemorragias y los desgarres, encontramos que este tipo de vulnerabilidad aumenta. Éstas, al igual que el coito anal (promovido principalmente en algunas sociedades para preservar la virginidad, evitar el riesgo de embarazo o porque durante la menstruación la sangre se considera “sucía”), multiplica de manera exponencial la vulnerabilidad biológica de las mujeres.

Podemos concluir entonces que, dada las características físico-biológico de las mujeres, son quienes tiene mayor riesgo de infectarse con VIH, pero también con cualquier otro patógeno de transmisión sexual.

4.3 Vulnerabilidad socioeconómica.

Para hablar de este tipo de vulnerabilidad se retomó la definición que Mario Bronfman y un grupo de investigadores, construyeron en torno a la vulnerabilidad social. Se debe entender por esta:

...la relativa desprotección en la que se puede encontrar un grupo de personas (migrantes, gente pobre, grupos amplios de jóvenes y mujeres, minorías sexuales, personas de nivel educativo bajo y grupos que viven al margen del sistema), frente a potenciales daños a su salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respecto de sus derechos humanos, debido a sus menores recursos económicos, sociales y legales.¹¹⁶

Lo cierto es que vulnerabilidad no es sinónimo de pobreza, pero esta última si contiene a la primera. Entiéndase por pobreza la carencia o deterioro en los elementos de subsistencia, así como lo necesario para superarla. Entonces, la vulnerabilidad, en alguna de sus variantes, es la posibilidad de padecer pobreza. Según Daniel Hernández-Rosete, la vulnerabilidad refleja dos condiciones: la de los *vulnerados*, que puede ser equiparada a la

¹¹⁶ Bronfman, Mario, Rene Leyva y Myrka Negroni (ed.), op. cit., p.16.

condición de pobreza, como el padecimiento o carencia que implica el sostenimiento y desarrollo de las personas, y la de los *vulnerables*, como aquellos que aún no viven el deterioro de su condición de vida pero, es una situación altamente probable para su futuro.¹¹⁷

Debido a las medidas económicas que se han instrumentado en nuestro país en las últimas tres décadas, gran parte de la población mexicana, pero especialmente algunos grupos como las mujeres, están presentando situaciones más severas de pobreza, originadas por un menor acceso a la educación, a los servicios generales de salud, trabajos estables con salarios dignos y prestaciones, así como al poder político. El SIDA se configura actualmente, como un problema de la población femenina, en su conjunto y en especial de aquella, con menor acceso a la información y a los servicios en general.

Las mujeres pobres no sólo de México sino de todo el mundo, viven sometidas a constantes formas de violencia como las múltiples y extenuantes jornadas de trabajo, la sobrecarga de responsabilidades, el acoso permanente en diversos espacios y el constante enfrentamiento a diversas enfermedades (la mayoría, propias de su condición de pobreza). Estas situaciones las ubica como la población mayormente afectada en los últimos años, reforzando la vulnerabilidad social y económica, en la que viven y se reproducen.

“Las inequidades socioeconómicas hacen vulnerables a las mujeres ante la infección por el VIH de maneras directas e indirectas.”¹¹⁸ Directamente, las condiciones de vulnerabilidad se deben al menor grado de educación y en las posibilidades de que la mujer se proteja de la infección, pues carece de información básica acerca de la transmisión y prevención. Indirectamente, los menores niveles de educación influyen en torno a las relaciones y negociaciones que establece con su pareja, ya que algunas mujeres consideran que el varón es más inteligente y tiene mayor capacidad de decidir en todos los ámbitos;

¹¹⁷ En su texto “Honduras. La entrada a Copán”, el autor explica que la vulnerabilidad social inhabilita e invalida a las personas en cuanto a la satisfacción de sus necesidades a partir de sus condiciones actuales.

¹¹⁸ Kendall, *op.cit.*, p.18.

también puede ser dependiente económicamente y eso reduce su poder de negociación y toma de decisiones en general y, en particular, lo relacionado con su sexualidad.¹¹⁹

Está comprobado que las mujeres vulnerables económicamente, tiene menos probabilidades de terminar la relación con su pareja, aunque sospeche que éste no le sea fiel o haya presentado alguna ITS; acceden menos a la información sobre VIH/SIDA; usan menos los preservativos y recurren a comportamientos, que pueden denominarse como peligrosos (intercambio de sexo por dinero y/o alimentos). Bajo esta dependencia, son los hombres quienes deciden en torno a las cuestiones sexuales, el uso de condón, el gasto doméstico en general y con ello, el acceso a la atención de la salud (de la mayor parte de los miembros de la familia).

A pesar de que más niñas y mujeres logran acceder y mantenerse en la escuela, la mayoría de ellas están trabajando en el sector informal, lejos de las prestaciones que las leyes mencionan (nacionales e internacionales) y que sus derechos les otorgan. Como también es cierto que aquellas que han logrado colocarse en el sector formal, están ganando menos que los hombres en puestos o bajo actividades similares. No se debe dejar de mencionar que otra parte significativa de la población femenina, está atendiendo a su familia y administrando su hogar, este trabajo reproductivo las aleja de los servicios sanitarios, de salud y de seguridad social, necesarios para la prevención y el tratamiento de enfermedades en general y del VIH/SIDA en particular.¹²⁰

Si conjugamos un escaso nivel educativo con nulos o bajos ingresos económicos y ausencia de experiencia laboral, la consecuencia es que las mujeres tienen menor acceso a los servicios de salud. La ausencia de éstos, provoca que las mujeres desarrollen más rápidamente el SIDA pues no acceden a los tratamientos antirretrovirales.

Después de la descripción arriba señalada, se debe entender que la vulnerabilidad social frente al SIDA está representada por aquellos factores de riesgo de adquirir el virus y

¹¹⁹ “La vulnerabilidad en términos económicos está derivada de su desigual acceso al poder y a recursos, las impulsa a aceptar empleos de menor prestigio y remuneración que aquellos ocupados por varones de calificación semejante”. García, Brígida (coordinadora). *Mujer, género y población en México*, p. 172.

¹²⁰ Al quedarse en casa, las mujeres quedan fuera de las prestaciones que un empleo estable les proporcionaría como la asistencia médica; además, son ellas quienes menos asisten al médico y se sienten con menos “libertad” de enfermarse pues son quienes cuidan a todos los miembros de la familia.

que son, en muchos aspectos, casi inmodificables por parte de las personas. Esto, debido a que son el resultado de las formas en que se organizan, relacionan y funcionan los diferentes actores políticos, sociales y económicos, para dar respuesta a las necesidades sociales de las diferentes poblaciones en su conjunto.¹²¹ Considerando estos tópicos de análisis, se nota por qué hablar de la vulnerabilidad es considerarla un indicador de inequidad y de desigualdad social.

4.4 Vulnerabilidad cultural y/o de género

Aunque se han documentado los factores epidemiológicos y biológicos, que ponen en desventaja a la mujer, son, probablemente, los factores culturales los más determinantes. “Los roles de género, aunque varían según épocas, las clases sociales y las regiones del mundo, siempre marcan diferencias en la conducta sexual de los varones y de las mujeres. Las normas, prescripciones y representaciones culturales tienden a establecer estereotipos y patrones de moral sexual diferentes.”¹²²

En el texto “La construcción social de la realidad”¹²³, los autores plantean que los seres humanos nos desarrollamos y vivimos, en un orden cultural y social establecido, sometiéndonos a una variedad de determinaciones socioculturales instituidas en el orden social, concebido éste como un producto completamente humano y no biológico, producto de la actividad humana a través de las acciones habitadas significativas.

Nuestras sociedades se han organizado de forma binaria. Dentro de estas dicotomías aparecen el hombre y la mujer. Las diferencias que se han hecho de cada uno de ellos a partir de las características biológicas, dieron origen a las construcciones simbólicas al otorgar atribuciones y conductas para cada sexo. A esta construcción se le conoce como género:

El género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo, a sus actividades y conductas, y a las esferas de la

¹²¹ Dentro de estos rubros se deben considerar: situaciones jurídicas y legislativas, derechos humanos, servicios de salud y educación, vigilancia epidemiológica, condiciones laborales, migración (nacional e internacional), servicios sanitarios, comunicación e información, entre otros.

¹²² Rico, Blanca y Ana Luisa Liguori, “Mujer y SIDA” en, Boletín Mensual SIDA ETS, p. 14.

¹²³ Berger, Peter y Thomas Luckmann, La construcción social de la realidad, Amorrortu ediciones, Argentina, 2001.

vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de o que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es propio de cada sexo.¹²⁴

Esta diferenciación no sólo se ve reflejada en los sexos, sino en la percepción de lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano, expuesto en las interrelaciones e interacciones sociales. Marta Lamas dice, que el género es una especie de *filtro* por medio del cual interpretamos el mundo, pero también es la *armadura* que nos constriñe: la cultura nos *provee de un marco de referencia*.¹²⁵ Y en este marco, se ha concebido a las mujeres en el ámbito privado y a los hombres en el público. Esta diferenciación social derivada de las condiciones biológicas, legitima en cada cultura la diferencia y desvalorización de las mujeres.

Todas las cuestiones socialmente construidas a partir del sistema sexo-género¹²⁶, están reflejadas en la falta de poder que las mujeres tienen en torno a su vida y sexualidad, exponiéndolas de manera especial a contraer el VIH. El género como elemento constitutivo de las relaciones sociales, configura las relaciones significantes de poder. Relaciones asimétricas donde lo dominante está sustentado por lo masculino.

Esta subordinación de las mujeres tiene muchos efectos pero, en el caso de salud (incluido el VIH/SIDA), los varones no están exentos de riesgos, por el contrario, las expectativas de lo que debe ser “un hombre”, crean las propias vulnerabilidades masculinas:

...la subordinación social prevaleciente de las mujeres puede tener efectos diversos sobre la salud, y no significa tampoco una mejor posición de los varones frente a los riesgos, por ejemplo en las sociedades industriales modernas, donde las desigualdades de género en el acceso a recursos no son muy agudos y donde las enfermedades crónicas son las más importantes: las mujeres se enferman más que los hombres, pero tienen mayor sobrevivencia respecto a éstos. Algunos aspectos en la construcción de masculinidades pueden tener

¹²⁴ Lamas, Marta, *Cuerpo: la diferencia sexual y género*, p. 57-58.

¹²⁵ Gutierrez Lozano, Saúl, *Tejer el mundo masculino*, pp. 21-26.

¹²⁶ Según Gayle Rubin, el sistema sexo-género es el conjunto de conversaciones sociales que dan el carácter de cultural a las actividades humanas (lo político, económico, estructural) y que permite significar culturalmente, el sexo y la sexualidad. Es por tanto un sistema relacional asimétrico que organiza las interacciones sociales entre hombres y mujeres, otorgando las características que perfilan las identidades sociales a partir del sexo. Véase: Rubin, Gayle, *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo*.

costos altos en términos de salud, en particular en relación con los accidentes de vehículos, las adicciones y la sexualidad.¹²⁷

Una de las formas del ejercicio del poder¹²⁸, es la violencia. La violencia, como fenómeno universal tiene sus particularidades en contextos sociales y culturales específicos. Ambos, poder y violencia, son importantes para comprender, socialmente, la epidemia del VIH/SIDA.

4.5 Vulnerabilidad por diferentes tipos de violencia.

La violencia como ejercicio del poder implica un “arriba” y un “abajo”, tanto real como simbólico, que está presente en diferentes tipos de emplear la fuerza: violencia física, sexual, psicológica, económica, patrimonial, de género.

...la violencia tiene un origen sociocultural que está basado en el ejercicio del poder y este a su vez, se encuentra sustentado en una estructura social hegemónica y patriarcal legitimada en una sociedad, a través de instituciones como la familia, el Estado y la iglesia. Esta concepción parte del supuesto de que las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, traducidas en desigualdad económica, política, legal e incluso la diferencia en la toma de decisiones, forman parte del origen y reproducción de la violencia...¹²⁹

Según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia¹³⁰, basada en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención Belem do Pará”¹³¹, se entiende por violencia contra las mujeres: “...cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el

¹²⁷ Kendall, op.cit., p.15.

¹²⁸ Poder, entendido como lo describe Michel Foucault, como una estrategia que se ejerce pues se construye y manifiesta en las relaciones sociales. Acción o acciones que sitúan a las personas en diferentes posiciones: ventaja y desventaja, dominante y dominado. Para este caso son importantes de considerar, desde esta perspectiva, las relaciones de género, en las cuales un grupo, las mujeres, se encuentra en situaciones de sumisión y/o desigualdad.

¹²⁹ Herrera Bautista, Martha Rebeca y Patricia Molinar Palma, *Género y violencia o violencia de género, no es lo mismo pero es igual*, p. 53.

¹³⁰ En vigor desde febrero de 2007 y de carácter nacional.

¹³¹ Adoptada el 9 de junio de 1994 en la sesión ordinaria de la Organización de Estados Americanos, entró en vigor el 5 de marzo de 1995 en los países de OEA que la firmaron (incluido México, quien la ratificó el 19 de junio de 1998). Única convención en el mundo que existe sobre violencia contra las mujeres. Encaminada al respeto de los derechos de las mujeres y a la eliminación de las situaciones de violencia.

ámbito privado como en el público.”¹³² Tanto para la Ley Federal como para la del D.F.¹³³, los tipos de violencia son:

- ❖ *Violencia psicológica*: cualquier acto de omisión que desvalore, intimide o controle sus acciones. Se puede presentar en forma de abandono, negligencia, descuido, celotipia, insulto, humillación, devaluación, indiferencia, infidelidad, amenazas, desdén, chantaje, comparaciones destructivas, rechazo o cualquier otra que provoque alteraciones autocognitivas y autovalorativas.
- ❖ *Violencia física*: actos que infligen daños mediante la fuerza física o por medio de alguna arma u objeto que provoque o no lesiones internas, externas o ambas, es decir, que se cause algún daño a la integridad física.
- ❖ *Violencia económica*: son las acciones u omisiones que afecten la economía de la mujer, ya sea por medio del control de ingreso, restricción, limitación o negación de recursos económicos, o mediante la percepción de un salario menor por igual trabajo, explotación laboral, exámenes de no gravidez y la discriminación para la promoción.
- ❖ *Violencia sexual*: actos que dañan, degradan, ponen en riesgo o lesionan el cuerpo, la integridad y la sexualidad de las mujeres. Estas pueden ser: miradas lascivas, hostigamiento, prácticas sexuales no voluntarias, acoso, violación, explotación sexual comercial, trata de personas para la explotación o el uso denigrante de la imagen de la mujer.
- ❖ *Violencia patrimonial*: es cualquier acción u omisión que origina daño o menoscabo en bienes muebles, inmuebles y/o patrimonio de las mujeres. Puede manifestarse mediante la sustracción, destrucción, desaparición, ocultamiento o retención de objetos y/o documentos personales, bienes, valores o recursos económicos.

¹³² Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, artículo 5, fracción IV

¹³³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Aprobada el 13 de diciembre de 2007, publicada en la Gaceta Oficial del D.F., el 29 de enero de 2008 y que entró en vigor el 8 de marzo del mismo año.

- ❖ *Violencia contra los derechos reproductivos*¹³⁴: todo aquello que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su reproducción (número y espaciamiento de hijos), métodos anticonceptivos (uso y elección), servicios obstétricos, atención prenatal así como el acceso a los servicios de aborto seguro¹³⁵.
- ❖ *Violencia feminicidia*: es la forma extrema de violencia hacia las mujeres, producto de la violación de los derechos humanos y que culmina en homicidio u otras formas de muerte violenta.¹³⁶

Es de particular atención indicar que estas formas de violencia, se pueden presentar en varios ambientes: familiar, laboral, docente, comunitario e institucional. Podemos ver que las tres primeras están inscritas, principalmente, en el nivel individual o micro, y las últimas a nivel macro.

La violencia institucional¹³⁷ está considerada a partir de la descripción de la Declaración de los Derechos Humanos y demás instrumentos internacionales en torno al tema, que México ha firmado y ratificado. Para los fines de esta investigación, es de importancia conocer lo establecido en los artículos 1¹³⁸ y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dicen:

¹³⁴ La violencia contra los derechos reproductivos y feminicidia, aparecen mencionadas sólo en la Ley del D.F., en el artículo VI y VII, respectivamente.

¹³⁵ Establecido en las modificaciones a la Ley de Salud (adición de un tercer párrafo al artículo 16 Bis) y al Código Penal del D.F. (artículos 144, 145, 146 y 147), en torno a la interrupción legal del embarazo en el D.F., aprobadas en abril del 2007 y publicadas en la Gaceta del D.F. el 4 de mayo de 2007.

¹³⁶ En junio de 2011, en el D.F. se promovieron reformas a los Códigos Penal y de Procedimientos Penales del D.F. para tipificar el delito de feminicidio; fueron publicadas y entraron en vigor en julio del mismo año. Se define que comete feminicidio quien por razones de género, quite la vida a una mujer.

¹³⁷ El artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define a la violencia institucional como: “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”.

¹³⁸ Las últimas modificaciones a este artículo se llevaron a cabo en junio de 2011 y estuvieron encaminadas a integrar a los derechos humanos y tratados internacionales en calidad de constitucionalidad o ley suprema. Esta modificación esta basada en el principio pro-persona. Se modificaron los párrafos 1 y 5 y se adicionaron los párrafos 2y 3, así como el título de capítulo al que pertenecen dichos artículos: Capítulo I. De los derechos humanos y sus garantías.

Artículo 1. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo de todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Está prohibida la esclavitud...

Queda prohibida toda discriminación motivada por su origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo disponible en la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La violencia institucional en el ámbito de la salud está permeando la vulnerabilidad de las mujeres en tanto el Estado no cumpla con la obligatoriedad de los derechos y sus garantías.

La declaración Universal de los Derechos Humanos establece, en el artículo 25, que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial a la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia y los servicios sociales necesarios”. Sin embargo, es en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) donde mejor se aborda el derecho a la salud:

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberá adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Es en la observación No. 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas¹³⁹ en donde se localiza una concepción más amplia en torno al derecho a la salud del que hablan los DESC. El derecho a la salud debe considerarse a partir de varios factores socioeconómicos y establece los determinantes básicos de la salud: alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y medio ambiente sano. Dentro de esta concepción el derecho a salud no es sólo estar sano sino que “entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual [...] entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.”¹⁴⁰ Y, *el más alto nivel de salud posible* implica las condiciones biológicas y socioeconómicas de las personas pero también los recursos con los que cuenta el Estado. Implica facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar ese nivel.

Por todo lo anterior, la violencia institucional que ejerce el Estado Mexicano ataca por dos flancos: por un lado, priva de los derechos a su población incumpliendo y/o evadiendo sus obligaciones y, por otro lado, impide el desarrollo y las capacidades que, en este caso, las mujeres pudieran tender para protegerse de la epidemia al fortalecer estereotipos de género (como lo podemos ver en el manejo que se le ha dado al “Día de la Familia”), modificar leyes (como lo han hecho 17 estados al modificar sus constituciones locales para criminalizar la interrupción del embarazo) y crear políticas públicas sin perspectiva de género.

¹³⁹ Organización de Naciones Unidas, *Observación General No. 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).*

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 3.

4.6 Mujeres parejas de hombres vulnerables: migrantes, bisexuales y/o personal de las fuerzas armadas.

Si bien es cierto que no se dispone de cifras actuales (nacionales y/o mundiales), medianamente confiables sobre la incidencia del VIH entre migrantes, es cierto que la movilidad social ha sido un factor determinante en la diseminación del virus en el mundo.

México, por supuesto, no está lejos de la historia de estos flujos. Según Mario Bronfman:

...la migración funciona como válvula de escape ante la incapacidad de establecer mecanismos de arraigo, como la generación de empleos suficientes, satisfactorios sociales (salud y educación, principalmente) y, en general, respuestas ante las demandas de los diversos estratos sociales. De esta manera, el alejamiento de sus poblaciones contribuye a disminuir las presiones sociales en un primer momento y, más adelante, incluso a inyectar recursos por medio de flujos de remesas.¹⁴¹

El abandono que ha hecho el Estado mexicano de sus obligaciones sociales, para insertarse en la globalización y el neoliberalismo (participando cada vez más, en los mercados internacionales de la industria y los servicios, dejando atrás el sector primario), ha provocado poblaciones cada vez más pobres. Como resultado de la escasa infraestructura productiva, del mínimo e inadecuado desarrollo tecnológico, de la falta de políticas económicas integrales, del endeudamiento histórico y de la falta de inversión a largo plazo en los aspectos sociales (educación, vivienda, salud, empleo, etc.), se han originado más desplazamientos de personas que abandonan sus lugares de origen y/o residencia, para buscar alguna forma de sobrevivir.

Lo cierto es que la propia movilidad tiene sus momentos de vulnerabilidad: en el lugar de origen, en el trayecto y en el destino; pero coinciden en el hecho de que la violación a los derechos de los migrantes, es una constante. Una de las condiciones de “vulnerabilidad que caracteriza a los migrantes los hace presa de un espectro muy amplio de agentes que se aprovechan de su situación, de sus necesidades y del desconocimiento de los ámbitos por los que transitan y se insertan.”¹⁴²

¹⁴¹ Bronfman, Mario, Leyva René y Mirka Negroni, op.cit., p.13.

¹⁴² Ibídem, p.14.

El proceso de movilidad se inscribe en una suerte de cambios en los estilos de vida, pues es innegable que el contacto con otra cultura, impacta de tal manera que se presentan modificaciones en esquemas, reglas/normas, costumbres así como en las formas de pensar y ver la vida (elementos que permiten la construcción de la vida cotidiana).

Los cambios que más interesan son los relacionados con la sexualidad. En estos “nuevos contextos sociales” los hombres presentan de manera más recurrente, comportamientos de riesgo como sexo entre hombres, sexo con trabajadores sexuales (mujeres/hombres), consumo de drogas (principalmente de tipo intravenoso) y alcohol.

Varios autores¹⁴³ han trabajado sobre los comportamientos de estos grupos. En general, han concluido que el consumo de drogas y alcohol libera algunas formas de actuar, en torno al ejercicio de la sexualidad. Además ingresan a círculos donde ésta, se ejerce de manera más libre y sin compromiso. Ambas situaciones comprometen la salud de los migrantes. Desafortunadamente, las campañas de prevención no tienen la recepción adecuada debido a las condiciones de vida de los migrantes, su bajo nivel educativo y el desconocimiento del idioma, aplicable no sólo entre los migrantes nacionales que viajan a EEUU, sino también entre los que hablan alguna lengua indígena y se trasladan a zonas urbanas.

Al llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo, la probabilidad de que los hombres se contagien del VIH y por tanto que, al retornar a sus lugares de origen, contagien sus esposas o parejas femeninas. Esta situación está presente entre los hombres que se declaran heterosexuales y entre los bisexuales.

Este último caso también tiene que ser tomado en cuenta, para estudiar la vulnerabilidad de las mujeres al VIH: se debe considerar lo relacionado a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

¹⁴³ Entre ellos, Bronfman, Bravo, Gayet, Hernández Rosete, Leyva. Ver bibliografía.

El personal de las fuerzas armadas¹⁴⁴ está considerado en este rubro de vulnerabilidad por las características de sus labores: son propensos de movilidad en la medida que se le solicite y, en algunas ocasiones, al estar apartados de sus parejas habituales, realizan conductas de riesgo como sexo con otros hombres y/o con trabajadores del sexo comercial:

Probablemente el factor individual más importante que determina las elevadas tasas del VIH detectadas en el personal militar es la práctica de destinar a los soldados lejos de sus comunidades tradicionales y de su familia durante periodos de tiempo variables. Al tiempo que quedan libres de los controles sociales tradicionales, esta situación los aleja de su esposa o pareja sexual estable y en consecuencia estimula el crecimiento de las industrias del sexo en las zonas de destino.¹⁴⁵

Según el informe Sida y personal militar de ONUSIDA, las fuerzas armadas en cualquier parte del mundo, presentan mayor incidencia de ITS, cifras que aumentan en caso de conflicto abierto. El riesgo, como actitud enseñada en el grupo, es altamente valorado. Esta cultura del *más arriesgado*, fomenta la adopción de situaciones *peligrosas* que suelen ser, a la vez, un estímulo y un reconocimiento de capacidades.

Dentro del modelo hegemónico de la sexualidad, es decir, la que legitima y reproduce la heterosexualidad con carácter reproductivo, el homosexualismo sigue siendo mal visto y en ese sentido, duramente castigado. Consecuentemente, las prácticas y comportamientos bisexuales de algunos hombres, se han convertido en el puente que trasladó la epidemia hacia la población heterosexual: “...los hombres que tienen sexo con otros hombres son altamente vulnerables a la infección por el VIH; los hombres que han tenido comportamientos bisexuales tienden a vivir uniones estables con parejas femeninas, y las parejas femeninas de hombres con VIH positivos que han tenido sexo con otros hombres no están al tanto de las prácticas sexuales, actuales o pasadas, de sus parejas y no se perciben en riesgo de infección.”¹⁴⁶

La no percepción del riesgo, es otro tipo de vulnerabilidad.

¹⁴⁴ En el caso de México, las Fuerzas Armadas están agrupadas en la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y en la Secretaría de Marina (SEMAR). A la primera están inscritos el Ejército Mexicano y la Fuerza Armada Mexicana y a la segunda, la Armada de México. Se consideran las fuerzas armadas de cualquier país por las características mencionadas anteriormente y porque, para esta investigación, encontramos vínculos de contagio a través de parejas soldado de dos entrevistadas.

¹⁴⁵ ONUSIDA, *El SIDA y el personal militar*, p. 2.

¹⁴⁶ Kendall, op.cit., p.37.

4.7 Vulnerabilidad por ausencia en la percepción del riesgo.

Como se describió en la primera parte, el número de casos femeninos ha aumentado y entre estos la mayoría de los contagios está dentro del grupo de mujeres monógamas, es decir, aquellas que están casadas. A pesar de que esta situación es origen de riesgo¹⁴⁷, para ellas es una circunstancia que significa seguridad pues consideran "...implícitamente que su fidelidad sexual a su marido -y una fidelidad asumida de los esposos- como protección contra el VIH."¹⁴⁸ Como se aprecia, los ideales culturales alrededor de la fidelidad y la monogamia, otorgan ciertos parámetros de convencimiento en relación a la salud sexual desde y hacia las mujeres: éstas no se están exponiendo al virus porque ejerzan conductas sexuales catalogadas como riesgosas, sino como resultado del comportamiento de sus parejas masculinas.¹⁴⁹

Otra situación que aleja a las mujeres de la percepción del riesgo, tiene su origen en el manejo inicial que se le dio a la enfermedad: el VIH/SIDA sólo pueden padecerlo quienes transgreden la "normalidad" en torno a la sexualidad: homosexuales y/o trabajadoras del sexo comercial. Al asumir la infección como una situación externa, de otredad, no se percibe el riesgo:

...el impacto de estas construcciones sociales no se restringe a la relación de los enfermos e infectados, sino que se amplía a toda la población, para la cual el SIDA parece ser un problema actual pero ajeno a su cotidianeidad, en función de que sus propias prácticas sexuales son consideradas "normales". La creencia de que por ello se encuentran fuera de riesgo, pueden imposibilitar la utilización de medidas preventivas, en especial el uso del condón. La proyección del peligro en aquellos señalados como "grupos de riesgo", permite al resto de la población negar la cercanía del peligro y mantener una conducta sexual que puede, inclusive, ser arriesgada.¹⁵⁰

¹⁴⁷ *Riesgo*: "es el término que se utiliza para describir actividades y prácticas que aumentan la posibilidad de adquirir una enfermedad", Bronfman, *et al.*, Sida en México, p. 85.

"El riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual", Bronfman (ed.) Movilidad poblacional y VVIH/SIDA, p. 21.

¹⁴⁸ Kendall, *op.ci.*, p. 25.

¹⁴⁹ Varios son los estudios que se han realizado en torno a este tema, muchos de ellos desarrollados por la SSA a partir de la utilización que algunas mujeres hacen de sus servicios, por ejemplo: Uribe-Salas F, *et al.*, "Las características relacionadas a ETS/SIDA en mujeres que acudieron a realizarse prueba de VIH a un centro de CONASIDA en la Ciudad de México".

¹⁵⁰ Bronfman, Mario, *et al. op. cit.*, p. 94.

Este manejo de la enfermedad a partir del “nosotros” frente a “ellos, característico de esta sociedad moralista-conservadora pero además individualista, lleva a entender que el peligro está fuera, que se proyecta en otros. Mientras no nos despojemos de estos significados culturales, el mecanismo de negación puede ser origen de muchos nuevos contagios.

Estos significados culturales son los que deberán desarrollarse en las investigaciones, puesto tienen consecuencias directas tanto en la percepción de la enfermedad como en la del riesgo.

4.8 El papel de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

Investigaciones médicas recientes en varios países del mundo, mencionan que las ITS, son ya, al igual que el VIH/SIDA, un problema de salud pública. Las razones para tal afirmación se sostienen en cuatro puntos:

1. Las ITS son cada vez más frecuentes en la población mundial, especialmente en algunas zonas, con altas tasas de incidencia y prevalencia.
2. Generan complicaciones y/o secuelas importantes que repercuten en la salud sexual y reproductiva de la población.
3. También significan consecuencias económicas y sociales.
4. Las ITS son un facilitador en la diseminación del VIH y, en muchos casos, modifican el desarrollo de la enfermedad entre los pacientes.

La OMS estimó que para 2008 se habían presentado 340 millones de ITS en todo el mundo, las principales fueron: gonorrea, clamidiasis, sífilis y tricomoniasis. El mayor número de éstas se situaron en países pobres, donde el acceso a servicios adecuados de prevención y tratamientos, eran bajos.

No debemos olvidar el papel relevante de las ITS pues en muchos casos son la antesala de la infección por VIH. Las ITS son una amenaza para la salud reproductiva pues producen enfermedades agudas, infertilidad, discapacidad y muerte, sobre todo cuando afectan a jóvenes, niñas, niños y mujeres de escasos recursos con poco o nulo acceso a servicios médicos. Entre las poblaciones más afectadas están los jóvenes y adultos jóvenes, esto se debe a que cada vez el inicio en las relaciones sexuales, es más temprano y a las

condiciones biológicas propias de su edad¹⁵¹. Dentro de estos grupos, las mujeres son más vulnerables pues no tienen poder en las relaciones que establecen, lo que significa que un porcentaje alto de sus parejas sexuales, no usan preservativos.

En el contexto del SIDA, estas infecciones adquieren mayor relevancia por ser cofactores significativos en la transmisión del VIH, debido a que favorece la penetración del virus cuando hay úlceras en la piel de la mucosa genital, o porque las ITS producen alteraciones de carácter inflamatorio. Cualquier infección en la zona genital “moviliza una gran cantidad de linfocitos infectados por el VIH hacia esa región con el fin de destruir a los agentes invasores. Por lo tanto, la presencia de ITS implica una mayor probabilidad de transmisión del virus.”¹⁵²

Analizar el problema de las ITS es tema recurrente en cuestiones clínicas, desafortunadamente no se le ha dado la importancia que se debe. Al igual que con otras cifras (no sólo en cuestión de salud: morbilidad-mortalidad) que se producen, desde los organismos estatales e internacionales, los números a los que se tiene acceso no son de gran confiabilidad pues existe subregistro y/o alteraciones. La ignorancia, el olvido y la subvaloración que se han hecho de ellas, por parte de la comunidad médica, de los organismos de salud y de la población en general, ha provocado que vayan en aumento y favorezcan el contagio por VIH. Y es, en este sentido que, la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de ellas, ayudarán a la prevención y control del VIH/SIDA.¹⁵³

En general, los estudios epidemiológicos han demostrado que cuando en la historia clínica de los pacientes se presenta alguna ITS, el riesgo de infectarse con VIH es de 3 a 5 veces mayor, pues las alteraciones provocadas por las ITS en genitales (internos y/o externos), son factores para la adquisición del VIH. Para poder aclarar un poco de las consecuencias de las ITS ante el VIH, a continuación se describirán algunas de ellas y su efecto cuando se combinan ambas.

¹⁵¹ Explicar porque esto.

¹⁵² Rico, Blanca, *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*, p. 76.

¹⁵³ Según el Informe de INEGI “Mujeres y Hombres en México 2009”, las ITS que mayor incidencia presentan en nuestro país son: virus de papiloma humano (VPH), sífilis, herpes genital, gonorrea y chancro blanco.

- ***Virus del papiloma humano.*** Este virus origina el cáncer cervicouterino que altera las células del cuello del útero; es transmitido por los varones sin que esto les provoque mayores problemas de salud. Estas alteraciones reciben el nombre de *neoplasias intercervicales* y se clasifican según su gravedad: 1 es la benigna y 3 la más severa. El riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, es 5 veces mayor en una mujer infectada por VIH que en una mujer seronegativa.
- ***Enfermedad pélvica inflamatoria.*** Padecimiento de transmisión sexual que se manifiesta en inflamación de la pelvis, dolor de a zona baja del vientre, flujo vaginal y fiebre; es causada por organismos de varios tipos, incluidos la bacteria que provoca la sífilis. Puede provocar abscesos internos (de gran dolor), causar daños a las trompas de Falopio, producir infertilidad y aumenta la posibilidad de un embarazo ectópico¹⁵⁴. En una mujer seropositiva esta infección causa un grave daño, por no disponer de un sistema inmunológico fuerte que frene a las bacterias, virus y hongos. El tratamiento que se utiliza es mediante antibióticos.
- ***Candidiasis vulvovaginal.*** Causada por un hongo llamado *Candida Albicans*, que normalmente vive en la vagina de las mujeres. Provoca un intenso flujo blanco que produce picor intenso. Cuando la mujer es seropositiva este hongo se multiplica con más rapidez y en mayor cantidad. Este hongo también puede crecer en el paladar y boca de las personas seropositivas, en forma de manchas o placas blancas; esto significa que los infectados pueden desarrollar problemas asociados a este hongo.
- ***Chlamydia trachomatis.*** Es una familia de bacterias compuesta por 15 tipos, 8 de los cuales causan infecciones severas urogenitales, provocando una de las ITS de mayor prevalencia en todo el mundo. Se contrae durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales y puede ser transmitida al recién nacido, por el canal de parto infectado. Los principales síntomas entre las mujeres son dolor y ardor vaginal pero, sí la infección llega a las trompas de Falopio se presentará dolor pélvico bajo, náusea, vómito, fiebre y sangrado intermenstrual; están más propensas las

¹⁵⁴ *Embarazo ectópico:* es cuando el óvulo fecundado crece fuera del útero, algunas veces es una de las trompas de Falopio.

adolescentes por la inmadurez de su epitelio cervical. Entre los varones, se presenta dolor/ardor al orinar, dolor testicular y rectal. Cuando se complica la infección provoca esterilidad, embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria. Esta infección incrementa 5 veces el riesgo de co-infección con el VIH. En las mujeres que ya viven con VIH, la infección es más difícil de tratar.

- **Herpes genital.** Afección causada por el virus *Herpes simplex tipo II* que se transmite vía sexual. Al principio de la infección, los pacientes son asintomáticos; llegada la fase primaria se presentarán vesículas en genitales y recto además de fiebre y ganglios dolorosos. En la segunda etapa se presentan llagas muy infecciosas o dolorosas, que excretan una mayor cantidad de virus cuando la mujer está infectada por VIH, originando heridas más grandes, dolorosas y difíciles de curar que en las personas seronegativas. Cuando la mujer está embarazada, puede transmitir la infección al producto por el canal de parto. Un paciente con herpes genital, tiene una probabilidad más alta de convertirse en transmisor o de contagiarse de VIH.
- **Gonorrea.** Ésta ocasionada por una bacteria de nombre *Neisseria gonorrhoeae*, crece y se multiplica con facilidad en áreas húmedas y tibias; en la mujer se alberga en el epitelio del cuello uterino, útero y trompas de Falopio; en el hombre se resguarda en el epitelio uretral. También puede crecer en boca, garganta, faringe, ano y recto. Se transmite mediante contacto con la boca, pene, ano o vagina de alguien infectado/a. La mujer puede contagiar a sus hijos durante el parto y son ellas, quienes tienen más complicaciones con ésta infección. Al inicio, la sintomatología es mínima y por ello es que muchos pacientes no se atienden. Las situaciones más comunes son, en hombres: ardor o dolor al orinar, secreción uretral y, en ocasiones, dolor testicular; en mujeres: secreción vaginal, dolor o ardor al orinar, dolor en la parte baja del vientre y sangrado intermenstrual. La gonorrea puede propagarse a las articulaciones y a la sangre. Quienes tienen gonorrea pueden infectarse más fácilmente con el VIH y, las personas que viven con VIH y se contagian de gonorrea, tienen más probabilidad de transmitir en VIH. Los CDC de

EEUU, han informado que anualmente se contagian más de 700,000 personas de gonorrea, pero que sólo la mitad de los casos son registrados oficialmente.¹⁵⁵

- **Sífilis.** Ocasionada por *Treponema pallidum*, ésta infección es evolutiva (pues presenta tres fases), crónica y de afectación mundial. En la etapa primaria (después del periodo de incubación) se presentan úlceras (o chancros) no dolorosas, que pueden durar de 3 a 6 semanas; en este momento, los pacientes pueden tener un riesgo de 2 a 5 veces mayor de ser infectado con VIH. Cuando desaparecen los chancros y no se ha recibido tratamiento, se llega a la etapa secundaria. En ésta, aparecen lesiones en la piel de color rojo o marrón y hay síntomas como fiebre, malestar general, dolor en ganglios, pérdida de cabello, cefalea, pérdida de peso y dolor de garganta. Si en la etapa secundaria no se atiende, los síntomas desaparecerán pero se progresa a la fase terciaria. Aquí se dice que se entra en un periodo silencioso, en el cual se atacan órganos vitales corazón, ojos, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones. Estas situaciones provocan a lo largo del tiempo ceguera, demencia, parálisis, entumecimientos y dificultad para coordinar movimientos musculares y, en los casos más severos, la muerte. Cuando se presenta la sífilis y el VIH, se pueden alterar los diagnósticos y con ello, el desarrollo de ambas; esto provoca tratamientos más agresivos y menos efectivos. Es común que los pacientes con ambas enfermedades, sufran un deterioro del sistema nervioso central más rápido y severo.
- **Tricomoniasis.** El microorganismo que causa esta infección es la *Trichomonas vaginalis* y es un protozoario unicelular. En la mujer la infección se focaliza en la vagina, mientras que en los hombres aparece en la uretra; sus síntomas comienzan después de haber pasado entre 5 y 28 días del momento de contagio. En los hombres se manifiestan con irritación en el pene, secreciones y ardor después de orinar. En las mujeres se presenta flujo, dolor al orinar, irritación en la vulva y picazón intensa en los genitales. Como en otras ITS, la tricomoniasis presenta complicaciones importantes pues las mujeres infectadas, tienen

¹⁵⁵ Caballero Hoyos, José Ramiro, ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes, p.16.

mayores probabilidades de contagiarse del VIH y, por eso, las probabilidades de que una mujer infectada con SIDA contagie a sus parejas sexuales, aumentan si además tiene esta infección.

Desde 1986 los CDC se han dedicado a definir la enfermedad a partir de criterios clínicos, pero no fue sino hasta 1992 cuando se consideraron las enfermedades ginecológicas para diagnosticar el SIDA en la población femenina.

A partir de las situaciones antes descritas y gracias al interés de algunos especialistas en el tema, es que se creó la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, donde se reconocen que las desigualdades en función del sexo, están alimentando la epidemia. La propuesta de ONUSIDA para disminuir el riesgo de contagio en las mujeres, sugiere que: el acceso a la información y servicios sea desde la adolescencia; castigar la violencia contra las mujeres; que éstas puedan hacer valer sus derechos de propiedad; que el acceso al tratamiento sea total y que se amplíen las opciones de prevención; en general, “dar poder a las mujeres.”¹⁵⁶ Se propone que los países elaboren respuestas educativas, que aborden los mecanismos de transmisión y los medios de prevención. Para las mujeres, la educación constituye el primer el primer paso para alcanzar la autonomía y limitar los efectos de la desigualdad de género.

En resumen, se puede decir que la presencia de una mayor vulnerabilidad, es la que incrementa la probabilidad de transmitir y/o contraer el VIH. Como se describió anteriormente en este trabajo, la falta de ingresos o menores oportunidades de empleo pueden inducir al comercio sexual. Tampoco hay que olvidar, que la vulnerabilidad también está ligada a un bajo nivel educativo, esto se puede asociar a un desconocimiento de la enfermedad en general y sus medios de transmisión en particular, que repercutirían en el conocimiento de las medidas eficaces para prevenir la infección. Además, existen evidencias de que las probabilidades de contraer el virus, son mayores entre individuos con antecedentes del ITS y éstas se presentan con mayor intensidad, entre personas de escasos recursos.

¹⁵⁶ ONUSIDA. Cuarto Informe Mundial. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2004. p. 16.

Por todo esto es que este tema debe ser abordado desde una perspectiva social que contemple los diversos factores socioculturales propios de cada región y grupo poblacional.

Después de este recorrido para conocer algunas de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad, se puede entrar de lleno a la descripción y análisis de las historias de vida. Estas definiciones previas permitirán entender y localizar algunas de las situaciones en las trayectorias de nuestras informantes.

CAPITULO 5.

HISTORIAS DE VIHDA. MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA.

Para el desarrollo de este capítulo, se trabajaron tres historias de vida que narraron cada una de las informantes y a partir de las cuales se puede hacer un análisis de sus condiciones de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

Las informantes son mujeres residentes en el estado de Tabasco a quienes conocí, como antes lo describí, en la Conferencia Internacional de SIDA 2008. Y aunque se comenzó a trabajar con cinco informantes, sólo tres pudieron concluirse. Cuatro son mujeres en edad reproductiva quienes dedican, la mayor parte de su tiempo, a actividades domésticas. La otra vive con sus padres por su estado de salud que le impide realizar sus actividades normalmente. Sólo tres de ellas son madres. Dos viven en pareja y tres son viudas. Cuatro trabajan, dos de ellas en forma permanente, dos lo hacen de vez en cuando, conforme a necesidades económicas y temporadas (Navidad, Día de las madres, etc.). Todas son derechohabientes del Seguro Popular¹⁵⁷ y, por lo tanto, reciben tratamientos antirretrovirales de forma subsidiada. Una de ellas y su pareja son derechohabientes del IMSS, pero no utilizan el servicio pues no quieren que la gente de su trabajo se enteren de que viven con VIH/SIDA.

Ellas participan en los programas que ofrece “Asistencial, Tiempo Nuevo A.C.”¹⁵⁸ Asociación creada por Alberto Árnica en Villahermosa y que funciona desde 1999. Las mujeres informantes conocieron a Alberto en PROFIN V.I.H. (Profesionales Frente a la Infección de VIH)¹⁵⁹, clínica donde asistían a los servicios médicos y por tratamiento, ambos debían pagarse a un alto costo, situación que dio origen a la creación de la

¹⁵⁷ Las reformas a la Ley General de salud de mayo de 2003, permitieron la creación del Sistema de Protección Social en Salud en México; entró en vigor el 1 de enero de 2004. Conocido como Seguro Popular, la intención es la incorporación gradual a este sistema, de aquellas personas que no son derechohabientes de las instituciones de salud, sin importar su situación laboral.

¹⁵⁸ Atiende a, aproximadamente, 100 personas que viven con VIH y que habitan en diversos municipios del estado de Tabasco.

¹⁵⁹ Esta inició labores en la Ciudad de México en 1996 con personal médico del Hospital Juárez de México y dos años más tarde, se abrió la clínica de Villahermosa. Para mayor información, consultar la página electrónica: www.profinvih.org

organización Tiempo Nuevo por parte de Alberto. Actualmente ésta última les ofrece servicios de asesoría legal y psicológica, atención médica y actividades recreativas.

Parte de los recursos económicos de las informantes, los obtenían como beneficiarias de los programas que los gobiernos estatal y municipal otorgaban a PVV. En el caso del programa municipal, éste les entrega \$500 al mes y el estatal, que recibían en Villahermosa y hasta donde se tenían que desplazar una vez al mes, les otorgaba \$400¹⁶⁰.

A continuación se desarrollarán las historias a partir de las propias voces de las mujeres. Los nombres de referencia son pseudónimos que ellas mismas escogieron. La ausencia de los nombres de su o sus parejas en los relatos, se debe a que ellas no quisieron proporcionarlos y a pesar de que se pudieron obtener algunos gracias al avance de las entrevistas, no fue posible conocerlos todos.

Cuadro 17. Datos socioeconómicos de las informantes.

Informante (seudónimo)	Lugar de residencia	Escolaridad	Actividad laboral	Ingresos económicos (aprox.)	Tenencia de la vivienda	Estado Civil
Bella	Huimanguillo	Bachillerato técnico	Empleada en recaudería	\$2,100	Propia	Viuda
Esme	Huimanguillo	Primaria completa	Ama de casa	\$900	Prestada	Casada
Lucía	Huimanguillo	Ninguna	Ama de casa	\$900	Propia	Unión libre
Coti	Huimanguillo	Primaria completa	Recamarera en hotel	\$3,000	Rentada	Viuda
Chuncha	Comalcalco, Tabasco.	Primaria trunca	Ninguna	\$500	Propia	Viuda

Elaboración propia a partir de entrevistas, agosto y diciembre de 2008.

¹⁶⁰ Se habla en pasado pues al cierre de esta investigación (febrero de 2011), el programa estatal se suspendió por falta de recursos y el municipal, funcionaba de manera irregular (también dependiendo de disponibilidad de los recursos económicos); algunas veces se les intercambiaba el dinero por una despensa (que contenía productos de la canasta básica: arroz, azúcar, frijol, aceite, galletas, atún enlatado, café, harina, sopa en pasta, detergente en polvo, papel higiénico, servilletas de papel, entre otros).

1. BELLA.

Mujer viuda de 39 años y madre de una hija de 16 años, que estudia el nivel medio superior en el CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) de la localidad. Bella estudió una carrera técnica-secretarial que no concluyó pues decidió casarse. Trabaja en una frutería-recaudería de lunes a viernes de 12:00 a 17:00 hrs., su principal actividad es atender y despachar a los clientes pero también debe cargar y acomodar la mercancía cuando es necesario, por este trabajo recibe una paga de \$400 a la semana. Su trabajo no le ofrece ningún sistema de seguridad social, por eso asiste a “Tiempo Nuevo, A.C.” desde hace 9 años, además de estar suscrita al Seguro Popular. Ante su situación de viudez, ella es la jefa de familia. Vive con su hija en una casa propia que construyó en el terreno que le heredó su padre, la cual consta con tres habitaciones, distribuidas en sala-comedor y dos habitaciones para dormir, cocina y un baño, el cual tiene agua corriente y está conectado a una fosa séptica. La vivienda cuenta con luz eléctrica y agua que extraen de un pozo todos los días por la mañana, antes de ir a trabajar sacan el agua que utilizarán durante el día. Cuentan con una televisión y un radio. El material de construcción del piso es cemento, las paredes de block gris y el techo de láminas de asbesto. Se declaró pertenecer a la religión Pentecostés y asistir de manera regular (por lo menos los días domingos) a la iglesia de su comunidad. Esta religión le fue inculcada por su madre y transmitirla a su hija.

Su familia de origen¹⁶¹ estaba compuesta por padre, madre y cuatro hermanos (dos hombres y dos mujeres). Sus padres nacieron en un rancho cercano a Huimanguillo, mismo lugar donde nacieron sus descendientes. La familia se dedicaba a la agricultura, ya que su padre poseía tierras que eran cultivadas en temporal, ella dijo:

Nací en Huimanguillo...mis papás también son de Huimanguillo, o sea, mi papá ya no vive, nada más mi mamá, pero ambos nacieron aquí. Mi mamá se dedicaba a las labores del hogar y mi papá era campesino...él, a cultivar la yuca y maíz. Sembraba maíz, frijol, arroz, yuca, naranja...

Bella es la tercera de cinco hijos, todos nacidos por ayuda de una partera:

...yo soy la más grande de las mujeres. Somos cinco, la que trabaja en el hotel que es la más chica de todos...mis hermanos son los mayores. Tengo el

¹⁶¹ Ver anexo 4. Genealogías (#1)

hermano mayor, tengo el menor y luego sigo yo, luego sigue mi hermana la que vive en Frontera¹⁶² y ya luego la más chica...

Las condiciones materiales de vida eran limitadas, el mejor ejemplo que mencionó sobre esto, fue el recuerdo que tiene de la casa donde vivían cuando fue niña:

...el material de construcción de la casa donde vivía cuando era niña, era...puro palo, palo...palitos...pues, varita...¿se llama? Huepetate, de huepetate y pues antes era así, mi casa estaba muy pobrecita... quién sabe por qué era pobrecita...antes la veía así, cuando estaba yo chica, cuando yo era niña, yo veía que mi casa era de puro palito, palitos y palitos. El techo era de guano...lo que pasa es que así se usaba antes, pero éramos pobres...sí, éramos pobres.

...la casa la hizo mi papá, mi papá la hacía y el piso, cuando tenía, era de pura tierra aplanada...estábamos chamacos...

En su relato comenta que no jugaba mucho, pues tenía que ayudar a sus padres. Todos colaboraban en casa, los mayores lo hacían con mayor intensidad: las niñas ayudaban en las tareas del hogar como lavar la ropa, hacer el aseo de la casa y cocinar (lo que incluía, echar tortillas); por su parte, los niños se iban al campo a ayudar a su papá en la siembra o cosecha, según fuera el tiempo y las necesidades, pues su padre también trabajaba de jornalero.

...casi nunca jugábamos. Yo ayudaba a mi mamá...desde chiquita. Sí tenía mi muñeca y todo pero, nunca jugaba...ni con la pelota, nada de eso...

...a mí hermana le gustaba jugar solita, sí, jugaba con las mulecas, jugaba a la comidita. Yo le ayudaba a mi mamá a hacer de todo y también iba a la escuela...

...teníamos unas muñecotas porque nos las regalaron los patrones de donde trabajaba mi papá. Nos traían unos regalos de Villahermosa porque ellos eran de mucho dinero...

Lo cierto es que las actividades que hacían las hijas e hijos de esta familia, eran consideradas sólo como una ayuda para el hogar y su funcionamiento, en esta medida, las tareas de cada uno tenían que ver con la edad y sexo de los hijos.

¹⁶² Esta ciudad es la cabecera municipal de Centla, colinda con el estado de Campeche. Importante por ser puerto con actividad marítima y comercial.

...yo le ayudaba a mi mamá en la casa: hacíamos las tortillas y la comida que se llevaban mi papá y hermanos cuando iban al campo. Mis hermanas ayudaban poco porque eran las chicas. Yo cocinaba y lavaba...ellas hacían poco. Mis hermanos se iban con mi papá para ayudarlo...ya luego que crecieron le ayudaron más...

Donde mejor pudimos ver las limitaciones económicas fue en los asuntos relacionados con la salud ya que Bella declaró que no asistían al doctor cuando algún miembro de la familia estuviera enfermo, por el contrario, se atendían a partir de la medicina tradicional:

...mi mamá nos curaba con medicina...esa, ¿cómo se llama? Por tradición, antes sí, eso se usaba, ahorita no. Alguna vez curaron a mi hermana la más chica, la curó, la sobó. Bueno, yo me acuerdo de que nos curaba pero ella, la más chica se enfermaba mucho de “calentamiento de la cabeza” y en veces la llevaba con el curandero para que la “ensalmara”...la ensalmaba con monte¹⁶³. Le amarraba la cabeza porque decían que lo que tenía era por susto. Sí eso nos dijeron...que era por susto...lo recuerdo...

Los alimentos que consumía la familia provenían de lo que se cosechaba en sus tierras: maíz, yuca y frijol; pocas veces comían algún tipo de carne, leche y huevo. Bella cuenta que la situación familiar comenzó a *mejorar* cuando sus hermanos comenzaron a trabajar: todos comenzaron su vida laboral como jornaleros con la misma familia que trabajaba su padre. Esto significó que, por un tiempo, la familia dispuso de mayores recursos económicos y materiales.

Cuando mis hermanos ya tenían como 13 años el patrón les dio trabajo en sus tierras...eran jornaleros como mi papá, antes nomás le ayudaban y a mi papá nomás le daban más dinero, cuando fueron más grandecitos los empleó. Cuando ellos trabajaron, hubo más dinero en casa y nosotras pudimos ir a la escuela...

Más allá de las carencias de familia, todos asistieron a la escuela, a pesar de que ésta estuviera a varios kilómetros de distancia, aproximadamente a una hora de su casa, los que solían recorrer a pie. Sus hermanos varones estudiaron la primaria pero no la concluyeron. Las hermanas de Bella terminaron la secundaria pero se casaron muy jóvenes: la mayor *pronto se embarazó* y ahora es madre de 6 hijos, la menor empezó a trabajar y luego se

¹⁶³ Con esta expresión, se refiere a una mezcla de hierbas tomadas del monte; las molían para hacer un unguento que le ponía en la cabeza a la niña y después se la amarraba. Con esta cura intentaban bajarle las fiebres que comúnmente padecía la niña.

trabajó. Bella, después de la secundaria, comenzó los estudios técnicos de secretaria (ayudada, en términos económicos, por la asistencia de sus hermanos) pero, muy cerca de concluirlos, conoció al papá de su hija y dejó la escuela para casarse con él.¹⁶⁴

Estuve estudiando en la academia, para secretaria taquimecanógrafa pero me faltaron como seis meses para terminar... y me salí... ya no le seguí. Y ya luego me casé...ya no seguí. Luego quise estudiar para eso..., de enfermera pero como luego me embaracé de mi hija ya tampoco le seguí...ya nada más hice...ahí terminé...

Bella cuenta que en cuanto conoció a su esposo, éste comenzó a cotejarla: esperaba a que saliera de su casa para saludarla, la *encontraba* fuera de la escuela o la acompañaba a casa. Ella dice que se negó *un poquito* antes de hacerle caso pues era unos años más grande que ella y eso no le gustaba ni a ella ni a sus hermanas (eran las únicas e la familia que sabían que este hombre intentaba acercarse a ella).

...a mi marido lo conocí...cuando estaba en la escuela. Él tenía casa por donde vivíamos nosotros, ahí lo conocí...pero era más grande y ya había tenido mujer. Él pasaba por ahí y nos veíamos y ya luego que nos hablamos y ya luego nos veíamos por la escuela y así empezamos...

Nunca trabajó fuera de casa. Mientras vivían con sus padres ellos le daban lo que necesitaba, cuando salió de su casa lo hizo para casarse. Hasta la muerte de su esposo, siempre tuvo dependencia económica de algún hombre: padre, hermanos, esposo.

Y, antes de que te casaras, ¿trabajabas? *“Tampoco, te digo que estudiaba...ahora me tocó la suerte de trabajar. Luego me casé y me fui a vivir con mi esposo, ahí en Tierra Nueva¹⁶⁵, en el rancho donde él trabajaba. No, no trabajaba porque mi marido me mantenía. Te digo, yo desde que enviudé ha sido puro trabajar, trabajar...*

Más allá de los comentarios que se hacían entre amigas y compañeras de la escuela, Bella no contó con información en torno a la sexualidad; fueron temas de los que nunca se

¹⁶⁴ A partir de este momento se hace referencia al padre de su hija como tal, Bella nunca dio su nombre, a pesar de que se intentó averiguarlo, no se consiguió.

¹⁶⁵ Esta localidad pertenece al municipio de Huimanguillo y esta dividida en tres secciones. La mayor parte de su terreno es ocupado para la agricultura.

hablaron en su casa y por eso cree que sus hermanos y hermanas tuvieron tantos hijos (o por lo menos así lo percibe ella).

...de eso no se hablaba...mis papás nunca dijeron nada de nada... ¿mi mamá?, jella menos! Lo que sabía me lo dijeron mis amigas y vecinas, ellas...ellas ya sabían de todo eso. En la escuela tampoco me dijeron nunca nada...más bien aprendí de oídas y ya después que me casé...

...mis hermanas en cuanto se casaron, tuvieron hijos. A mí también me pasó lo mismo pero ni siquiera sabía si podía evitar quedar embarazada. Ahora sé cosas porque Alberto me ha dicho, en la clínica nos explican por eso de las enfermedades, por eso dicen que nos debemos de cuidar pero antes...no sabía nada...

Su vida sexual la comenzó con su esposo y padre de su hija; refiere no haber tenido nunca más otra pareja sexual y aunque salió con algún otro *amigo*, no reconoce otra pareja. Prácticamente se *fugó* con él puesto que su padre y hermanos no consentían la relación.

...yo no fui noviera,ni mis hermanas...no os dejaban andar de locas, mis papás se enojaban y mis hermanos. Nomás salíamos nosotras solas y por ahí veíamos a las amigas pero novieras, no...

...y ya que lo conocí, lo quise y ya luego me casé a los 22. Él me llegó a visitar pero mi papá no lo quería. Mi papá no lo quería porque él había tenido otra mujer y ya tenía dos hijos, entonces mi papá dijo que me iba a juntar...a casar con un viudo. Me fui con él y ya luego mi papá nos casó, nada más por lo civil, por la iglesia no. Fue el 14 de febrero, aquí en el registro civil...

...pues en mi casa no lo querían porque ya tenía mujer, nomás que ella lo dejó para irse con otro...por eso mi papá decía que era viudo. Ya después se llevaron bien, fue bien recibido en mi casa y hasta lo querían mis papás...

Cuando la pareja se casa, se van a vivir a la localidad de Tierra Nueva. Ahí trabajaba su marido en un rancho cuidando animales mientras ella se quedaba en casa.

...vivíamos en un rancho..., él cuidaba ganado, ordeñaba vacas y andaba haciendo lo que más le pidiera el patrón, yo me quedaba en la casa y cuidaba de la niña. Hacía comida, el quehacer y lavaba la ropa...el lugar era chiquito así que luego ya nomás lo esperaba. Ya cuando me quedé sola, me vine, nos venimos, con mi mamá a vivir en las tierras de mi papá...

Luego de un par de años de casados, nació su única hija. Fue su marido quien escogió el nombre:

...ese nombre le puso su papá, ese lo buscó en una revista antes de que ella naciera... y un día nomás llegó y me dijo que ese nombre le gustaba para la niña. Por eso se llama así. Él estaba muy contento cuando nació la niña, la quería mucho...

Comentó haber tenido una relación muy buena con su esposo, sin violencia, sin celos. Él fue siempre responsable, comprensivo y cariñoso. Ella se sentía bien con él, lo quería y respetaba.

Sí, nos llevábamos bien,...te digo que éramos a todo dar. Él era un hombre que...que no era malo o regañón, vamos a suponer: yo salía a casa de mi mamá y no era como otros hombres celosos, no, no; hasta él me daba dinero para que yo le diera a ellos. Pero por eso es lo que me pongo a imaginar: ¿por qué lo hizo? ¿por qué lo hizo? Si es que yo,...tanto como él como yo...era bueno conmigo. Y quizá sí, si dijera que hubiera sido otro hombre, o yo se lo hubiera hecho a él, ¿verdad? Pero él era bueno, él me lo demostraba...que era bueno, que me quería; quería a la niña, la quería mucho. Pero quién sabe acá, por la calle, acá afuera...quién sabe como fuera él y por eso le pasó...

Ella creía en la fidelidad de él, mucho en función de su propia fidelidad. Consideraba que tenían una relación *bonita* por eso, cuando recibe el diagnóstico de seropositivo de su marido y le explican de qué se trata la enfermedad y cuáles son los medios de contagio, ella se enoja al grado de no querer verlo ni hablar con él. Fue en el 2001 cuando recibió la noticia. Su enojo y decepción es tal, que decidió no verlo aunque su suegro se lo pidiera; luego cambió de opinión y comenzó a visitarlo: las visitas eran corta y siempre de *mala gana*. Cree que no merece estar enferma.

Hace ocho años, me sentí, mmm...bueno, como mi esposo estaba vivo todavía, él estaba en el doctor porque comenzó enfermo, enfermo, enfermo. A él le daba mucha calentura ya luego comenzó enfermo, con calentura, le daba diarrea...le dolía la barriga. Es que mi esposo nomás duró doce días enfermos; sí pero no nada más, yo digo que fue de la enfermedad que murió...

...cuando estaba enfermo él...este...vomitaba sangre, pues dicen que era del hígado. Luego ya le hicieron los estudios y pues salieron positivos. Ya de aquí, del hospital de aquí, de Huimanguillo, lo mandaron a Villahermosa a él, que por que según que ya ves que era de esa enfermedad que estaba enfermo, a los doce días murió

...cuando él estaba enfermo yo...yo, tenía mucho coraje. Me atacó odio...pero odio...o sea, hacia él pues porque ya ves que pues...quizá si yo hubiera sido otra persona, quizá no hubiera tenido la enfermedad, ¿no crees tú? Bueno, eso pienso yo, ¿no? Entonces mi suegro me decía: Bella, te vas a ir con Benjamín?, le digo: no, yo no voy, yo no voy más a verlo...

Sí, yo me enojé, me dio coraje, mucho, mucho; yo me enojé y hasta la fecha a mi marido no lo perdono...

Cuando Benjamín¹⁶⁶ comenzó a sentirse mal, ella siempre estuvo a su lado, pero cuando se entera de cómo él pudo haberse contagiado, surge el enojo. Sospechaba que por andar con otras mujeres, él se enfermó; nunca tuvo la certeza de la vía de contagio:

...mmm, pues yo digo que por andar con mujeres..., mujeres de la calle, como esos que les gusta andar con mujeres...bueno eso me imagino yo, pero no sé...

¿Platicaste con él? ¿Hubo tiempo de hablarlo? *No. Lo que pasa es que él ya no tenía fuerzas ni para hablar, por eso..., nunca hablamos de eso...yo no sé que pasó, cómo pasó...y ya no sabré...*

Ya que su hija era pequeña (tenía más o menos siete años cuando el padre enferma) y ella sentía mucho enojo, Bella iba poco al hospital, la mayor parte del tiempo, estaba fuera de las instalaciones y no con su marido. Al momento de la muerte ella estaba con su hija en casa de sus papás (estaban ahí pues, por esos días también murió su padre quien estaba enfermo de cáncer de próstata) y se entera cuando van a avisarle.

...sí iba a verlo, fui pero estaba más de fuerza que de ganas...hasta que murió...murió él. Yo como en ese entonces, como no quería estar en el hospital, yo agarré y me vine esa madrugada, me vine a ver a mi hija, que estaba con mi mamá, como estaba chiquita, apenas tenía siete años. Me vine, cuando estábamos durmiendo, nos llegó la noticia de que ya había fallecido. A él lo cuidaban sus hermanos... ¡yo no!

Su familia, ¿sabía que estaba enfermo? *Sí, sí sabían pero este...ya lo trajeron [del hospital] y lo velaron, luego lo sepultaron y este...fue cuando le digo que al otro día fue lo de mi papá, se murió mi papá y ya yo me quedé con mi mamá...*

A la muerte de su marido, no recibió ninguna compensación por parte de los patrones de Benjamín, lo que significó en la vida de Bella y su hija un enfrentamiento a situaciones de

¹⁶⁶ Bella no había mencionado el nombre de su esposo hasta esta parte del relato donde recuerda la conversación que tuvo con su suegro. El nombre de su marido es mencionado por primera vez, es Benjamín.

pobreza: es la muerte del marido lo que las deja desamparadas económicamente, motivo por el cual debe comenzar a trabajar.

...cuando él se murió su familia pagó todo, yo no tenía dinero. No nos faltaba nada pero nos dejó sin dinero por eso yo no tenía pa'pagar lo que se ocupaba. Desde entonces tuve que trabajar...puro trabajar...

Su enojo ha sido tal, que sólo una vez ha ido al panteón pues dice, no lo ha perdonado:

...nomás fui una vez desde que murió, una nomás. Mi amiga siempre me dice que yo lo perdone pero...no sé, no se me da perdonarlo...

Porque yo le digo a ella: “¿tu quieres a tu marido? ¿Aún con todo lo que te hizo? Pues ya ves como estás enferma” y ella dice: “Sí”. Pero pues yo no lo perdonaría...yo no lo perdoné.

A partir del deceso, en el hospital deciden hacerle las pruebas, primero Elisa y después la confirmatoria, Western Blot, ambas salieron positivas. Así comenzó Bella las visitas al médico, para poder conseguir el tratamiento que necesitaba. Villahermosa fue el primer lugar donde buscó ayuda, ya que no tenía ningún servicio de seguridad social; llegó a la clínica PROFIN. Para que en esta clínica le hicieran estudios y le entregaran el medicamento, debía pagar, ella no contaba con los recursos económicos necesarios.

...ya luego me dijeron que debía hacerme las pruebas a mí pues eso que tenía mi esposo se pega, o sea, que él me enfermó a mí. Cuando empezaron a checarme, todavía vivía mi marido pero como que no sabía yo bien que era eso...las pruebas dijeron que sí así que me hicieron varios estudios y ya luego me mandaron al doctor y a tomar las medicinas...

En Villa nos daban el medicamento. Era un clínica particular, una doctora de México...y este...los tenía que comprar, los compraba yo porque ya trabajaba en el hotel; todo lo que ganaba yo era para puro medicamento, nomás para 8 días. Nosotros, viéramos, como sufrimos cuando nos daban el medicamento. Yo luego me metí con el doctor Prado y me pidió mis papeles desde el comienzo pues, desde que comenzamos con la enfermedad y sí, tenía todos mis documentos, lo que iba a entregar y sí, ya luego estaba en la lista y ya me vino mi medicamento...

Recibió atención en el hospital Juan Graham¹⁶⁷ lugar donde se pudo incorporar al Seguro Popular. Actualmente tiene que viajar a Villahermosa cada tres meses, para la entrega de medicamento y chequeo general; nunca le ha faltado medicamento. El personal médico con el que se ha relacionado, la ha tratado de forma *educada*. Mientras recibía los servicios necesarios en PROFIN, conoció a Alberto Arnica y es cuando se vincula a la asociación, en la cual recibe servicios complementarios a los otorgados por la SSA.

Hasta ahora su salud es buena, lo que está relacionado con la carga viral indetectable que arrojan sus exámenes médicos. Realiza sus actividades sin mayor problema, y aunque no lleva una dieta especial, el doctor le ha sugerido que coma muchas frutas y verduras; una de las prescripciones obligadas es no tomar bebidas alcohólicas. Al inicio del tratamiento, los medicamentos le provocaron algunas reacciones como vómito y mareos, hoy día está estabilizada y no tiene ningún malestar.

...pues yo nomás no me había sentido mal, así como mi esposo, no, ¡jamás! Más bien me puse mala cuando me dieron el medicamento...mal, mal, mal...así con estomago revuelto y mucho vómito. Ya luego se me ha quitó y ahora no tengo nada

Un servicio que recibe es la ayuda psicológica pero ella no va a las consultas, dice que no le gusta ni lo necesita:

...no me gusta, no me gusta pasar con el psicólogo. Ellos te empiezan a preguntar esto y lo otro. A mi no me gusta pasar con el psicólogo. Y de hecho, yo me siento bien, nunca tuve depresión como otras personas que dicen: “ay, ya me voy a morir, ya me voy a matar” Pero en este sentido, todos nos vamos a morir, todos...de algo me voy a morir. Mi hermana me dice: “Bella, a ti no te da... ¿no te da tristeza lo que te pasa?”, le digo: “no, al contrario, yo creo que estoy mejor que tu”, le digo. Nunca he tenido depresión, nunca...

...aja, por eso te digo que nunca me ha gustado pasar con los psicólogo porque no necesito de psicólogos, yo este, yo solita me sé levantar, pues que yo no caiga en depresión...

¹⁶⁷ Este hospital está localizado en Villahermosa, es de Alta especialidad y pertenece a la Secretaría de Salud Federal. Según la página electrónica oficial <http://juangraham.gob.mx>, este hospital atendió 162,110 pacientes en todos sus servicios (consulta externa, hospitalización, cirugías y auxiliares diagnósticos) durante 2008.

Sólo su mamá y sus hermanas saben que Bella vive con el virus, no ha hecho extensa la noticia porque considera cree que la relación con sus hermanos, cuñadas y sobrinos, se podría ver alterada. A pesar de que su hija tampoco sabe de la enfermedad, ella cree que ya se lo imagina:

...no le he dicho pero me imagino que ella se da cuenta porque a veces llevo a Villahermosa a ver al doctor; tengo mis recetas ahí, a la vista, ella llega y se da cuenta ¿verdad? Es una niña grande...

Cuando su hija sea grande, *más o menos cuando tenga 18 años*, le platicará por qué tiene que ir a Villahermosa. Bella considera tener una *buena* relación con su hija aunque dice que no hablan mucho sobre sexualidad:

...mi hija es una niña tranquila, para que más que la verdad; no tengo ningún problema con ella. Ella, como está en la escuela, pasa aquí a veces cuando tiene que ir al ciber a hacer investigaciones y ya se va a mi casa; ya cuando está en casa, manda un mensaje para avisar que ya llegó. Y te digo que es tranquila, no es loquilla pues...

...de eso casi no hablamos, ella me contó que le han dicho algunas cosas en la escuela y cuando hay las platicas con Alberto, la llevo para que aprenda de eso. A mi como que me da pena...no se mucho pero creo que ella ya sabe y eso le puede servir...

Mientras Bella trabaja, su hija asiste a la escuela, aunque reconoce que le cuesta trabajo estudiar y que en algunos momentos, siente que es floja. Los fines de semana, la niña le ayuda a realizar la mayor parte de los quehaceres domésticos:

...mi hija es un poco floja...dice que es muy difícil, a veces se me pone floja y le digo: “pues es que tienes que charle ganas al estudio porque sino qué será de ti”. Ella...pues de primero me decía que quería ser maestra, pero es lo que tiene ella...que se me pone flojona...

O sea, cuando ella viene a la escuela no me ayuda a nada, pero lo que pasa es que sábado y domingo, ella se encarga casi de todo...de la limpieza...

Pero en realidad sus preocupaciones más apremiantes tienen que ver con la economía:

¿Qué es lo que haces cuando tienes un imprevisto económico? Por ejemplo, si tienes que hacer un gasto que no tienes programado. Bueno, de hecho, cuando no tengo dinero a veces pido prestado y como juego tandas, ya lo devuelvo y ya de ahí me ayudo un poco

...para mi es difícil, ya ves, tengo una hija en la prepa, tengo gastos. Ya ves que a veces vamos a Villa que ver de dónde sale pero tenemos que ir. Como lo del lunes que pues ahorita no cuento con dinero pero tiene que haber para el lunes...

Ir a Villahermosa le significan gastos, por eso dice “tengo” como una obligación: es para ir al médico, a pruebas, chequeos, por medicamento, pensión y apoyo a eventos políticos (pues en algunas situaciones les condicionan la ayuda económica a partir de su asistencia a dichos eventos). Y aunque siempre llega a la asociación, el viaje desestabiliza su ingreso porque son gastos no programados.

Ella se considera una persona tranquila y buena; tiene muchas amistades pero nadie sabe que está enferma. Profesa la religión Pentecostés igual que su madre e hija; desde que le dieron el diagnóstico de la enfermedad dice, se ha acercado más a su religión pues eso le ha dado tranquilidad y paz, lo que le ayuda para no *ocupar* la ayuda psicológica.

2. Esme.

Mujer casada de 27 años, no tiene hijos; estudió sólo la primaria. Nació en el municipio de Santiago Jamiltepec en el estado de Oaxaca, motivo por el cual habla la lengua mixteca aunque solo lo hace con su familia, pero radica en Huimanguillo Tabasco desde el año 2004. Se hace cargo de todas las actividades de su hogar y, de vez en cuando, vende algunos productos de temporada, que le puedan significar una entrada extra de dinero. Esto lo realiza siempre y cuando su esposo lo autorice. Cuenta con Seguro Social por parte de su marido pero no usan el servicio, en su lugar utilizan el Seguro Popular. Asiste a “Tiempo Nuevo, A.C.” desde 2004. Vive con su marido en una casa que les prestó su suegra, la cual han ido acondicionado pues en un sólo cuarto tienen su cama, una mesa y un par de sillas, televisión, radio, refrigerador y estufa. La vivienda cuenta con luz eléctrica y se provee de agua, a partir de un pozo que existe en la propiedad. El baño está fuera de la casa y lo comparten con otros miembros de la familia (en total 8 personas), que viven en el mismo terreno pero en casas independientes. El material de construcción del piso es cemento, las paredes de block gris y el techo de lámina de asbesto. También es beneficiaria de los programas de apoyo económico municipal y estatal a PVV, con un monto de \$900.

Esme nació en una ranchería del municipio de San Pedro Jicayan¹⁶⁸, Oaxaca y lugar de origen de sus padres.

Sí, mis papás también nacieron ahí y ahí se conocieron, no son de mero Pinotepa sino de un pueblito, no es el mero centro, pero por ahí...

¿A lo cuántos años se casaron? *A los 15 años; mi mamá tiene como 42 y mi papá como 43 porque yo tengo 27 años. Mi mamá me tuvo cuando tenía como 16 años.*

Tus papás, ¿fueron a la escuela? *Sí, sí fueron, pero nomás a la primaria.*

Dado que sus padres son de la misma zona, se quedaron en las tierras de los abuelos de Esme, ella recuerda su casa:

Mi casa era, ¿cómo le dicen?...de adobe y su teja de eso... ¿cómo se llama?...esa tejita chiquita, porque unas son de lámina y otras de...teja. No tenía piso...era pura tierra. Ahorita es otra casita que pararon porque, esas casitas no duran mucho.

¿Por qué? *Es que con el tiempo se pone viejita y ya se hace otra casita...ahí, en el mismo terreno...ese es de mi papá...*

¿Qué había en tu casa? *Mi mamá criaba animales. Mi papá era...es campesino...cultivaba maíz, ajonjolí. Siembra frijol, de ese blanco, no se cómo le llaman acá...es así blanquito, chiquito, creo que acá lo conocen como frijol “pelado” pero allá lo conocen diferente. Sembraba de temporal como la calabaza...*

Toda la familia¹⁶⁹ trabajaba en las labores del campo es más, aún lo hacen los miembros que se quedaron en el rancho: padres, abuelo y hermanos menores.

Él solito trabajaba, en veces busca alguien que le ayude, pero la mayoría no; trabaja con mi abuelito y mis hermanos, ellos siembran y cosechan...

...cuando estaba allá, le ayudaba a acarrear agua para cuando fumigaba, yo y mí otra hermana...ah (recuerda) también siembra chiles y ayudaba a mi mamá a cortar chile cuando ya estaba maduro y luego lo poníamos a secar, luego lo venden, a eso sí le ayudaba a mi mamá... ¡y todos ayudábamos! El chile...es por temporada allá. Sí, es una temporada que lo siembran, como una hectárea o algo así, ya luego, cuando se está poniendo panzón, lo van tumbando, lo van cortando y cuando ya está rojo todo, también hay que

¹⁶⁸ Ubicado en la zona suroeste del estado, según el Censo de 2010, este municipio contaba con una población de 11,955 habitantes

¹⁶⁹ Para poder conocer los datos de la familia de origen de Esme, ver anexo 4, genealogía #2.

cortarlo. Igual con el ajonjolí...la Jamaica, igual. En eso si le ayudaba a mi mamá, a mi papá, en todo pues ayudábamos, le teníamos que ayudar porque allá si se trabaja. Ahorita, los [los hermanos] chiquitos todavía, es que mi papá todavía está trabajando en el campo y ellos ayudan...

Ella es la hija mayor, desde que tenía 12 años, aproximadamente, empezó a trabajar.

¿Cuántos años tenías cuando saliste de tu casa, en Oaxaca? *Cuando me fui a la Ciudad [de México] tenía yo como 13 años.*

¿Con quién te fuiste? *Con mi mamá y estuvimos juntas y luego mi mamá se fue otra vez a Oaxaca y yo...me tuve que quedar con mi tía para seguir trabajando y mandar dinero...*

Tuvo que salir de su casa y buscar trabajo por la enfermedad de su papá, quien fue “embruja” por problemas con otro habitante del pueblo. Primero se encargó de su casa y de su familia (cuidaba a sus hermanos, entre ellos un recién nacido, cocinaba, lavaba y atendía a su padre y abuelos), pues su madre migró al DF a trabajar luego, Esme también migró:

...mi papá se enfermó y como yo soy la mayor...ahí hay otra hermana, somos 7 y yo era la mayor, tenía que trabajar para ayudar a mis papás, por que mi papá estaba enfermo

¿De qué enfermó tu papá? *Lo que pasa es que allá en Oaxaca le hicieron el es mal...de la brujería y...lo que pasa es que tuvo unos problemas...se pelearon y allá la gente es mala, con tal de que se quede en casa, te lo hacen. En ese tiempo mi papá no podía dormir, a mí papá se le hinchaban las manos, en la nariz sentía que le caminaba un bicho y también en los ojos. Estaba bravo...nos pegaba...yo estaba chamaca, tenía yo como 12 años y tenía un hermanito recién nacido...quería comer, o sea, mi mamá por lo mismo estaba en México trabajando...por lo mismo, mi mamá se fue a trabajar y lo dejó chiquito, y en ese tiempo mi mamá me trajo y ya de ahí me quedé en México y me quedé trabajando y me ganaba mis \$400 mensuales y era bastante para mí...*

...la verdad es que si sabe quien le hizo el ese daño pero no nos quiere decir la verdad; tuvo un problema con una persona de allá y por eso le hicieron eso...

La enfermedad de su padre la trataron con un brujo; dice que tampoco lo pudo sanar pues pedía como pago, a una de sus hijas. Gran parte de los recursos económicos con los que contaba su familia, se perdieron.

No, no se ha curado mi papá...este...no puede dormir de noche...te digo que a veces se le hinchaban las manos, se siente desesperado, se pelea con mi mamá, como que se alborotan los nervios...

...es que la verdad, mi papá, o sea, ahorita lleva religión, la verdad mi papá antes no llevaba y llegaba con los brujos. Los brujos, los más buenos, pues en Oaxaca hay unos que hasta hablan...hacen pues, hacen que hablen los muertos y según sí, y llegó ahí con él y le dijo que llevara una gallina negra y de ahí la iba a enterrar a las 12 de la noche y fue cuando él quiso y la llevó. Luego le dijo el brujo que si no se curaba tenía... que sí se iba a curar pero que tenía que dar a una de sus hijas o sea, a cambio de que él se sane tenía que darle...hacer un pacto con el diablo y pues tenía que dar a una de sus hijas y tenía que ser la mayor, esa soy yo y dijo mi papá: “no, mejor que me pase algo a mí que a mis hijas...no”, y ya no regresó con el brujo; este le cobraba hasta 800 (pesos). En ese tiempo si teníamos dinero porque la verdad mi papá...como mi papá estaba más joven, en ese tiempo trabajaba bastante y vivíamos bien pues. Cuando se empezó a enfermar todo lo empezamos a vender: tanques de gas...todo, por eso me fui a México para trabajar con mi mamá; llegó el momento en que no teníamos nada, ya no teníamos a veces ni ropa, ni que comer, por eso es que tuve que ir a México...

Refiere que por la enfermedad de su papá, éste se ponía agresivo y los golpeaba:

...sí, es por eso mismo de la enfermedad: se siente mal y le dan ganas de pelear y te pega y nos pega. No, a mi mamá no, pero a nosotros si nos pegaba...

Cuando llegó al DF, comenzó trabajando en la misma casa donde lo hacía su mamá, después, ésta última, regresó al pueblo; ella se quedó más tiempo en esa casa donde realizaba las labores domésticas más pesadas como lavar, planchar, hacer limpieza y hasta cuidar niños. Todo el dinero que ganaba, lo enviaba a su familia, sin embargo, buscó otros trabajos que le significarán un mayor ingreso (la mayor parte la siguió enviando a su familia y ella se quedaba con algo para hacer sus gastos).

...yo no me agarraba, ni un peso...porque yo le decía a la señora que me lo vaya ahorrando y ya lego de ahí, cuando ya tenga \$400 eran \$300 para mi casa. Y sí, me los mandaba para mi papá y mi abuelita...y este ya luego yo me quedaba con \$50, \$100 y así. Y luego de ahí me fui buscando otros trabajos más, este...donde ganara un poquito más. Me fui a otra casa, allá por Revolución, el metro Revolución, ahí estuve trabajando en casa, ganaba yo \$700 mensuales...ya era un poquito más para mí. Ya luego de ahí me salí de trabajar y me volví a la deportiva...ahí estuve trabajando

Estando en la Ciudad de México comenzó su vida sexual. Esme no sabía nada del tema pues declaró que *eso* se hablaba entre su familia. Lo que aprendió fue gracias a sus amigas y compañeras de trabajo que tenían más tiempo viviendo en el DF. Ellas le explicaron cómo y qué días debía de *cuidarse* para no quedar embarazada.

...nombre, que de chiste que en mi casa se dijera algo de eso, no, jamás. Y luego con el genio de mi papá y ya luego se fue mi mamá...pues así nomás me quedé yo. En la escuela tampoco nos decían nada...

En esta época inició su vida sexual con un hombre que conoció por donde vivía. Tiempo después, conoció a otro hombre con quien vivió un tiempo, época en la que ella dejó de trabajar; él era soldado, motivo por el cual, desde el inicio del noviazgo, sólo se veían los fines de semana. Después de tratarse un tiempo, decidieron vivir juntos. Ella relata ambas situaciones sentimentales:

Yo conocí primero a un chavo y...ya sabes, cuando uno está chamaca, te lavan el cerebro y te ofrecen...y te dicen...y ¿ahí fue cuando caí! Y tuvimos relaciones, él fue el primero. Ese novio era de cuando yo tenía 17 años, más o menos. Yo lo quise mucho pero después de un tiempo él se fue y ya no lo vi...quién sabe para donde jaló, ya no lo vi...

...ya luego de ahí conocí a otra persona, a otro hombre, alguien con quien también tuve relaciones y no se cómo comenzó el problema, fui yo o fue él...

...a los 18 años fue que me junté con el chavo, ese que te conté y, con ese chavo fue como a los 18 o 19 años, más o menos...nos quedamos a vivir ahí en la Ciudad de México pues él era de Veracruz...de allá por Catemaco, por allá pero el se fue a México porque trabajaba de soldado...

Los problemas en la relación comenzaron, cuando él le pidió a ella se regresara con su familia a Oaxaca, mientras conseguía un lugar fijo que estaban por asignarle en el Ejército; Esme se negó y se presentaron algunas situaciones de violencia pues era muy celoso y no quería dejarla sola en la capital:

...para ese tiempo ya no trabajaba, él no me dejaba pero él me mantenía.

¿En qué trabajaba? *De soldado, nos llevábamos bien nomás que él me quiso mandar a mi casa y no me quise ir y así empezamos a discutir. Él no quería que estuviera sola en la Ciudad, como a él lo mandaban a donde fuera y por semanas. Me decía que cuando ya le dieran un lugar estable, me iba a mandar buscar. Cuando me estaba mandando allá con mi familia, fue cuando empezamos a discutir y ya le digo: “cada quien, si ya no vamos a estar de acuerdo...cada quien por su lado”, porque yo no estaba de acuerdo con lo*

*que me estaba diciendo, ni él con lo que yo estaba diciendo y por eso cada quien...se decidió separarnos.
...luego éste me quería tratar mal, me quería tratar poca cosa y...me gritaba y me decía cosas y...me quería pegar y yo dije: ¡no! ...y ya...ahí acabamos...*

Dejó su segundo trabajo, se separó de su primera pareja y se fue a vivir cerca del campo Militar¹⁷⁰; ésta casa la compartía con dos amigas también de Oaxaca y su hermana, fue la época en la que comenzó a trabajar en Ciudad Deportiva. Era empleada en un negocio donde vendían artículos deportivos. Aquí podía hacerse de recursos extras pues vendía más mercancía de la que reportaba a sus patrones, entrada extra que le permitía mandar más dinero a casa o quedarse con recursos extras para sus gastos personales

¿Qué hiciste después de separarte de tu primera pareja? *Seguí trabajando, me salgo de dónde vivíamos y me fui de regreso, otra vez con la señora que estaba trabajando...*

...trabajaba yo de...donde venden esos, ¿cómo se llaman? ...para el deporte...yo trabajaba en la deportiva pero yo estaba en un puestecito donde vendían todo esto...como goles...todo lo que se necesita y todo eso para el deporte: trajes de baño, salvavidas, todo eso yo vendí. Ahí estuve yo trabajando y ganaba un poquito más, porque hacía tranza. Si yo vendía \$300 yo me quedaba con algo...porque los patrones nunca me dejaron, no me entregaron... ¿cómo se dice? ...cuando se hace inventario...no me lo entregaron o que me dijeran: “de éstos, tantos, de esos otros, tanto”...eso no me dijeron. Y así ya mandaba un poquito más para mis hermanos...

Pasó dos años sin pareja, justo el tiempo en que llegó a vivir a un vecindad cerca del Campo Marte (puerta 7) donde vivían varios soldados. Ahí conoció a su actual pareja que por ese tiempo también era soldado. Salieron más o menos seis meses antes de decidir vivir juntos.

*...y a mí marido lo conocí cuando rentábamos en una vecindad, ahí vivían varios soldados pus por ahí trabajan. Ellos vivían arriba de ese lugar, ahí fue donde lo conocí. **¿Dónde era eso?** Por la puerta 7, en el Campo Militar. Él vivía en el mismo edificio con otros muchachos que eran soldados...sus amigos pero también de su tierra. **¿Quién los presentó?** Los dos nos hablamos...yo nomás lo veía pasar, mis amigas ya los conocían así que nomás de repente nos saludábamos...ya luego no nos veíamos porque lo mandaban fueras. Ya luego me invitó a salir y todo pero antes de que pasara algo más, le tuve decir lo que había hecho...que yo ya había tenido otro hombre.*

¹⁷⁰ Sitio localizado en la delegación Miguel Hidalgo del DF

...yo lo veía y me gustó. Todos nos hablábamos porque nos conocíamos ahí, aunque sea el saludo. Mis amigas me decían que estaba soltero que podíamos salir; ellas salían con los amigos de él...cuando podíamos nos íbamos juntos. Me gustaba verlo con el uniforme...se ve reguapo...bien limpiecito, bien planchado...

¿Cuánto tiempo estuviste sola antes de tener otra pareja (tu actual marido)? *Como dos años y lo conocí, nos hicimos amigos, salimos como 6 ó 7 meses. Luego nos fuimos a vivir juntos (se ríe); nos rentamos un cuarto por ahí...*

En esta etapa de su vida, Esme trabajaba en una casa de Interlomas (municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México) y salía los fines de semana, igual que su pareja. Si no había empleadas suficientes, los días de salida se cancelaban.

...ah, pues nos veíamos cada 8 días, casi siempre los domingos..., cuando ya salía, porque yo estaba igual, yo trabajaba en Interlomas y como es de planta y todo eso, nos dejaban salir nomás...nada más a veces, cuando nos iba bien, nos dejaban salir; como éramos varias muchachas, nos dejaba salir el sábado o el domingo...variaba, dependía de cuántas estábamos en la casa y qué se necesitara...

...nos quedábamos a dormir, ahí nos daban un cuarto de servicio. A mí me tocaba la limpieza, otra la pura cocina...a cocinar pues. Éramos varios nomás que la casa es grande: el jardín le tocaba a otro y hacer mandados, a mí me tocaba hacer la limpieza

...yo llegué ahí porque me recomendó una amiga que es de allá, de Oaxaca, como ella sabía que necesitaba trabajo pues me dijo que allá donde estaba, estaban solicitando y me llevó y empecé a trabajar...

También se presentaron situaciones de violencia con Pablo, su actual marido, motivo por el cual se sale de la casa que compartían y vuelve a trabajar.

Una vez que nos peleamos gacho porque me quiso pegar, yo me fui de mi casa...me fui con mi hermana y luego de ahí...me habló. Para ese tiempo estuve trabajando también..., por el rumbo de Tecamachalco, por ahí estuve trabajando, tardé como 4 meses...

...pues la verdad antes sí teníamos muchos problemas...por lo mismo, no nos entendíamos, nos insultábamos uno a otro y una vez, la verdad, él si me quiso pegar y pues él tomaba mucho y por eso mismo tuve que irme porque si uno deja desde la primera vez que te peguen ya te agarran como su...y ya de ahí mejor me fui y volví a regresar...

Durante esa separación se dio cuenta que estaba embarazada pero siguió trabajando; un accidente le provocó la pérdida del bebé:

Ese tiempo me habló mi marido, ¡ah, pero yo ya estaba embarazada! ...y Diosito sabía porque lo tuvo que hacer porque...este...yo lo perdí...yo tenía como dieci...diecinueve...no, no, como 22 años. Si pero lo aborté, cómo me caí, lo aborté y de ahí ya no pude tener...ya no voy a tener hijos. Tenía 3 meses de embarazo.

¿Sabías que estabas embarazada? *No, no sabía nada...pero a lo mejor ya estaba yo enferma en ese tiempo, porque fue estos tiempos de diciembre cuando yo había perdido ese producto que estaba yo esperando, y yo me enteré que yo estaba enferma en principios de 2004 y eso fue en 2003...*

Ella narró su accidente, así como el tratamiento que no llevó a cabo:

...como trabajaba en casa, estaba sonando el teléfono y, como es de dos plantas, iba corriendo y me caí en la escalera; empecé a tener mucho dolor en mi vientre y mi cadera, o sea, un dolor bastante y me empecé a sangrar y fue cuando me llevaron al doctor y me daban ganas de ir al baño a cada rato...cuando siento algo que me sale...algo con mucha sangre y..., era como un extraterrestre. Así pues, feo y que le bajo a la taza del baño y se fue y me llevaron con un ginecólogo y allí fue que me dijeron que había yo perdido al bebé; tenía abierto el cuello de la matriz y me recetaron unos medicamentos, tampoco me los tomé y me tenía que hacer unos estudios...pero no hice nada...

¿Por qué no los tomaste? *Porque era uno tan chamaca que a uno le vale pues, ya cuando uno está más grande pues ya ves tu las cosas diferente, lo tomas más diferente. Me recetaron, me dijo el doctor que yo regresara, que tomara mucha agua para que...se me habían quedado pellejitos de la placenta y si no con el tiempo se me iba a enfermar de la matriz y yo, ni tomaba agua y luego de ahí me dijo que yo regresara a los 8 días, ya no regresé. **¿Quién te llevó al doctor?** Me fui con una amiga, mi mamá no sabía de lo que yo había pasado o sea, que casi no me gustaba decirle mucho de lo que me pasaba a mi mamá*

Durante este tiempo, Pablo sale del ejército. Primero trabajó como repartidor de pizzas y después en un taller mecánico; el dinero no les alcanzaba pues Esme otra vez dejó sus labores porque él no quería que *siguiera en las casas haciendo quehacer*, además debían de pagar la renta por eso deciden viajar a Humanguillo (lugar de nacimiento de Pablo).

...sí, ya tenía más de un rato de soldado y luego se salió porque no le gustó. Él se salió porque ya no le gustó, solito renunció pues porque era muy

pesado el trabajo... Sí, ya luego de ahí se salió porque ya, este, los soldados se mueven mucho y por eso mismo se salió de trabajar...

*...ya luego de ahí, me salí, estuvimos otro rato en México y ya nos venimos para acá...a Huimanguillo. **¿Por qué se vinieron a Huimanguillo y no se quedaron en México?** Porque ya lo que ganaba él era muy poco allá...ya no nos alcanzaba para todos los gastos que teníamos, en veces, la pasábamos mal. **¿En que trabajaba?** Pues cuando se salió del ejército estuvo trabajando en una pizzería. También estuvo trabajando en eso, donde hacen cambio de aceite para los carros pero ya le pagaban muy poquito y no alcanzaba para pagar la renta, es que allá uno tiene que pagar renta. Y es que yo ya no trabajaba, me salí de trabajar y ya nos faltaba ese dinero. **¿Por qué?** Ya no quería que trabajara...él ya no quería que trabajara...no le gustaba que estuviera fuera de la casa, a él no le gusta que ande por la calle. Ya luego nos venimos para acá...*

Era el año 2003 cuando llegaron a Tabasco. Vivieron en casa de su suegra, mientras tanto, su marido comenzó a trabajar como jornalero; al poco tiempo, tuvieron problemas y se salieron de ahí, rentaron un cuarto cerca del centro de Huimanguillo.

...y llegamos para acá. Vivimos un tiempo en casa de mi suegra, pero tuvimos problemas...bueno, yo tuve problemas con mi suegra y por eso nos salimos de ahí y nos fuimos a rentar a Huimanguillo...cerca del centro. Ya de ahí, nos hicieron una casita...es en la que estamos viviendo ahora...

Para diciembre de ese año, comienzan los malestares de Pablo. Pasan la navidad con la familia de él, pero su estado de salud ya era preocupante, sin embargo, Esme no se imagina la gravedad de la situación en torno a la salud y los apuros económicos que estaban por llegar:

...no, no sabía nada. Aquí pasamos el 24 y en ese tiempo él estaba enfermo, o sea, como acá mi cuñado siempre hace una comida el 24, en ese tiempo venimos a casa de la señora...él tenía calenturas y vómito, ...yo, para mí...nunca pensé...pues ¿uno que sabe? Yo te lo juro que nunca se me ocurrió pensar algo así..., no...luego...fue en diciembre, y llegó enero y yo no sabía, él nomás se sentía mal, cansado. Había días en que ni se paraba, no podía salir de la casa...ni a trabajar...eso fue otra cosa...nos empezó a faltar el dinero...y su familia como...no me quiere bien, pues no nos daba nada...empezamos a pasarla mal, muy mal...

Dada la sintomatología de Pablo, lo llevaron al hospital de Huimanguillo; ahí estuvo casi un mes. Durante la estancia le hacen los estudios y a partir de la confirmación, le piden a Esme que se realice también los estudios

Es que él es el que se enfermó primero y luego de ahí me hicieron estudios, estudios... igual los saqué, pero eso fue en el principio de 2004 y ya de ahí fue rápido... lo pasaron, lo metieron en ¿cómo se llama?... un apoyo... y este... lo trataron... Estuvo más o menos un mes en el hospital de Huiman. Cuando él estuvo aquí internado fue cuando me mandaron. Ahí donde fuimos hace rato¹⁷¹ por unos medicamentos, porque eran medicamentos que eran carísimos, son carísimos...

Ella ya tenía conocimientos sobre algunas ITS, los medios de prevención, así como de los métodos anticonceptivos (pastillas y preservativos, aunque no los usaba con regularidad); la información la obtuvo en los Centros de Salud que llegó a visitar en el DF para recibir atención médica

¿Usabas, conocías los métodos anticonceptivos y los métodos de prevención? ...mmm, sí. **¿Cuáles conocías?** *El ese de la pastilla para embarazar y los preservativos.* **¿Los usabas?** *Sí pero ya ves como es uno, no sé, uno piensa...* **Ahora, ¿los utilizas?** *Sí.* **¿Dónde y cuándo conociste los métodos?** *Cuando llego a la Ciudad de México, cuando... como nos daban pláticas de eso pues yo llegaba al Centro de Salud de México y ahí fue donde... hasta me regalaron preservativos y todo eso... pero ya cuando a uno le va mal, le va mal... Yo los conocía pero casi no los usaba luego a él... pus a él no le gusta, no le gustaba...*

A pesar de que ya sabía los medios de transmisión del VIH, no consideró necesario tomar precauciones. No sabe quien pudo contagiar a quién; de a ratos cree que ella pudo ser el origen (siente culpa por haber mantenido, relaciones sexuales antes con otros hombres), pero luego lo duda porque Pablo presentó los primeros síntomas y ella, hasta el momento de las entrevistas, nunca se había sentido mal (excepto por las reacciones que le provocó el primer tratamiento).

No se, la verdad, quién contagió a quién, pero fue mi marido quien se enfermó primero pero yo no sé... no sé, ... la verdad no sé; es que él es una persona que nunca quiere decir... es que por lo mismo no me quiere recordar, o sea, es que hay personas... que no hablan. Como él dice que ya no quiere estarse recordando a cada rato de eso, no quiere hablar de eso pues... tratamos de hacer nuestra vida así, normal...

...mmm... yo digo que él. Porque donde él... él fue quien empezó con los síntomas... pero es que nos sé..., le salían las manchitas y todo eso; le picaban las hormigas, le salían como ronchas y, luego de ahí, tenía calentura

¹⁷¹ Se refiere a la Jurisdicción sanitaria que está en el centro de Huimanguillo, ahí se manejan los datos epidemiológicos de la zona

y vómito y diarrea; fue el quien se recayó porque empezaba y no aguantaba caminar...fue el quien recayó primero. Yo nunca me he enfermado hasta ahorita...

...todo comenzó en el principio de 2004, yo no sentí nada. Yo la verdad hasta ahorita no me he sentido...molestias ni nada, lo único que de verdad me enfermó, fue el medicamento. Es que a mi me empezaron a dar Pavirensi y el Convivir, mi organismo nunca lo aceptaba: vómito y vómito...hasta que asistí con mis doctores, me dijeron que lo dejara de tomar por un mes, dejé de tomar un mes y ya luego volví a empezar a tomar...

Cuando Pablo se enfermó y le dieron los resultados de los estudios, regresaron a casa de la suegra, pero esta vez, la señora les había mandado hacer un cuarto para que vivieran de manera *independiente*. Esme cree que la señora y su familia hicieron el cuarto para que ellos no entraran en contacto directo con el resto de la familia; la relación con su suegra es distante.

...ella es delicada. En su casa ella está casi siempre solita, es como de esas personas que así...como es ignorante, por eso mismo nos mandó hacer este cuartito pa' que estemos lejos de ellos, y...ahorita, como mi marido empezó a trabajar ya fue comprándome de a poquito las cosas que tenemos aquí...

La familia de Pablo sabe que viven con VIH/SIDA, pero por parte de Esme, sólo lo saben sus papás y hermanas; no quiere decírselo a nadie más, porque tiene miedo de que la *miren mal* o la dejen de querer (eso incluye también a amigos y vecinos), está consciente de que ese rechazo, puede ser originado por la ignorancia en torno a la enfermedad.

...no se los digo, por lo mismo, porque muchos no saben. No sé, me daría tristeza que ellos se enteren...que ya no me puedan querer como me quieren ahorita, o sea, nos llevamos bien y hay muchos que al enterarse....que por esa enfermedad según, ¿cómo te diré?, se pueden contagiar. Para la persona que no sabe bien sobre esa enfermedad son...este...son crueles, malos, por eso no quiero decir. Mis dos hermanos chiquitos no lo saben...

Yo tuve que decirlo, no lo podía decir, yo no tenía el valor para decirlo, o sea tuve que ir con una psicóloga y ella me aconsejó que tenía que decirlo, porque de todos modos...porque me estaba enfermando psicológicamente de que quería decirles y me daba miedo que no me fueran a aceptar; porque hay muchos así que yo conozco, que su familia les da la espalda, o sea, ya no los quieren, ya no conviven con ellos...los malmiran aunque sean de su familia...

Ya que no tiene familia cerca, en más de una vez comentó sentirse sola, lo que le provoca depresiones. Expuso que la primera vez que se sintió muy triste, fue cuando el doctor le

dijo que su marido se iba a morir. Desde el diagnóstico asiste a terapia psicológica, dice que le ayuda hablar de lo que siente pues son cosas que no se las cuenta a nadie, ni siquiera a su marido; la terapia es una forma de desahogarse:

Yo a veces me siento triste, aunque me sienta triste en mi corazón, nunca lo voy a demostrar, trato de sentirme...lo más alegre o a veces me siento de mal humor...me siento...no sé...te viene muchas cosas en la cabeza: ¿Cómo me pudo pasar esto? quisiera regresar el tiempo de atrás pero ya no se puede. Pero a veces, como te dicen los sicólogos “hay que aceptar la vida como venga”, pero yo digo entre mi, “eso es fácil decirlo porque ellos no están en la misma situación”, pero uno que sí, que ya está en la situación...es difícil, ...porque hay personas que te ven...como...no sé...como que te tienen asco o porque piensan que ...que tu le puedes contagiar, una se siente mal, aunque uno no lo pueda demostrar...así es mi suegra...

...porque por lo mismo, uno se siente mal pues la verdad...yo a veces...no sé, a veces, cuando me siento triste...me acuesto, pongo mi tele o me duermo...por no pensarlo...o sea, esas cosas, porque por lo mismo se enferma me deprimó. Por el principio, yo sí, la verdad me sentía mal, yo lloraba...pero recién, cuando supe que yo estaba enferma nunca, nunca pude llorar, lo único que sentía era un nudo en la garganta..., yo dije: “¿Por qué a mí? Prefiero estar muerta y no él...”

Esme siente que la relación con su esposo ahora es mejor, pelean como cualquier pareja pero siempre se contentan, ahora ya no hay violencia. No considera un futuro lejano, porque sabe que viviendo con el VIH cualquier cosa puede pasar, a pesar de tener una buena salud, no ha considerado tener hijos, le da miedo (sentimiento que comparte con su marido),

...pues es que da miedo, no vaya a salir así...por lo mismo; pues él, la verdad...no vaya a salir mal o algo y para cargar con en bebé así, por un lado, no, ...no va a haber bebés...

...mi doctor me ha dicho que si cuando yo tenga un hijo y dos meses de embarazo, que yo vaya con él y me va a dar un tratamiento directamente para la placenta y luego de ahí...pero yo digo, la pareja tiene que estar...bien, debe salir, ¿cómo se llama?, indetectable, pero mi marido saca muy alto, quién sabe por qué...

La verdad es que es triste cargar con un bebé así, no es igual que nazca como los otros... No, él no quiere ser papá, dice que no porque le da miedo; a él no le gustaría un bebé enfermo, él se va a sentir más mal, es más difícil traer a un bebé al mundo...así enfermo, él no tiene la culpa...

Ambos están en tratamiento desde 2004, asisten a los servicios médicos a Villahermosa y a los exámenes de carga viral (ella reporta una carga de 30 a 40 copias cada semestre, su marido ha llegado hasta 120 copias). Una sola vez les ha faltado medicamento (en 2006), fue sólo por un par de meses. Cuando sucedió esto, Esme le dio el suyo a su marido, no quiere que él interrumpa su tratamiento por nada, cree que él lo necesita más pues constantemente se enferma, sobre todo de gripa; ella se considera sana.

3. Lucía

Mujer de 46 años de edad y madre de cinco hijos (tres varones, uno falleció a los tres meses de edad y dos mujeres). Vive en unión libre con el padre de su hija menor, la única de sus hijos que asiste a la escuela (cursa la secundaria). Nació en una ranchería cerca de Cárdenas de nombre Arroyo Hondo, lugar originario donde nacieron sus padres y hermanos¹⁷². Nunca asistió a la escuela, no sabe leer ni escribir. No tiene trabajo estable, pero realiza todas las labores del hogar y ayuda a cuidar a sus nietos. El dinero que necesita para los gastos de su casa se lo da su pareja, sin embargo, realiza actividades que le permitan ganar algún dinero (lavar ropa y hacer la limpieza en casa y oficinas), no lo hace de manera regular pues dice que se cansa mucho (sólo lo hace cuando necesita el dinero, o conoce a la persona quien se lo solicita). También recibe la ayuda económica del programa Municipal y Estatal para PVV. La vivienda es propia y está habitada por la familia extensa que conforma con su pareja, hija, hijo, nuera y tres nietos. Tiene todos los servicios: luz, agua, drenaje; hay dos recámaras, un baño y una sala comedor; el material de construcción es cemento, block y techo de lámina.

Recuerda que ninguno de la familia asistió a la escuela, no había ninguna cerca de donde vivían, pero sus hermanos sí saben leer y escribir, aunque no sabe a ciencia cierta dónde y cuando aprendieron.

¿Hasta que año estudiaste en la escuela? *Yo...nada* **¿No fuiste nunca a la escuela?** *No, nunca* **¿Ninguno de tus hermanos?** *No, ninguno de nosotros fuimos* **¿Por qué?** *Porque mis padres nunca nos mandaron, aunque sí, la verdad aprendieron todos a leer y escribir* **¿Te hubiera gustado ir a la**

¹⁷² Ver anexo 4, genealogía de Lucía.

escuela? *Pues sí, me hubiera gustado pero como no había posibilidades para ir a la escuela, eso era una ranchería...unos montasales horribilísimos...*

...vivíamos allá en Arroyo Hondo, por Cárdenas...es más, ni había escuelas casi; la verdad, a mí nunca me mandaron, nunca fui...unos aprendieron de grandes y los otros de chicos...

Su papá era jornalero, sus hermanos le *ayudaban* a las labores; mientras tanto, su mamá vendía fruta y verdura en la calle, ella le ayudaba:

¿A qué se dedicaba tu papá? *Era campesino* **¿Qué sembraba?** *Maíz y frijol* **¿Lo vendía o era para el consumo de la familia?** *No, no. Él trabajaba para los que le hablaban para trabajar, le dicen, mmm, no me acuerdo...* **¿Jornalero?** *Exacto, jornalero, él era jornalero.* **Tu mamá, ¿trabajaba?** *No bien. Mi mamá trabajó pero en eso vender fruta, calabaza, yuca; yo y ella...*

Por *ser mujeres*, ella y sus hermanas, fueron encomendadas para hacer las labores de la casa: lavaban, planchaban y cocinaban, actividades que les consumían la mayor parte de su tiempo, tanto, que recuerda que no jugaba:

Nosotros nunca tuvimos...con que jugar, no jugábamos nunca jamás. **Pero ¿qué hacías?** *¿Yo? Lavar y planchar, lavar y echar tortillas.* **¿Desde chiquita?** *Sí, lavar y tortear.* **¿Desde qué edad empezaste a hacer esas cosas?** *Desde chiquilla...como a los 6 años. Es que somos campesinos y así somos...no me gustaba, pero me obligaban; a veces me enojaba...en las madrugadas, es que madrugábamos, me levantaban a las 4 de la mañana a hacer el pozol para la chamba de mi papá.* **¿Se despertaban todos o nada más a ti para ponerte a trabajar?** *A todas.* **¿Sólo a las mujeres?** *Sí, a las mujeres nada más: a cocinar a las mujeres y a los hombres, a agarrar su machete e irse a trabajar con mi papá. En la familia todos trabajábamos...*

Recuerda poco de su niñez, refiere que las mujeres siempre estaban juntas en casa y los niños se juntaban para ir con su padre al campo.

¿Cómo te llevabas con tus hermanos? ¿Te peleabas con ellos? *...mmm, ya ni me acuerdo, ya no me acuerdo bien. Con todas mis hermanas yo me jalaba bien pero con los chamacos varones no, porque casi no se mantenían en la casa.* **¿A dónde se iban?** *En veces con mi papá, a veces ellos se iban a jugar....*

Lo que si tiene presente son los eventos de violencia que sucedían en casa, quien les pagaba era su mamá; su papá, dice, era muy tranquilo: nunca bebió, ni fumó. Recuerda en especial,

una *golpiza* que le dio su mamá cuando era prácticamente una niña, tenía más o menos 12 años, por salir a platicar con un *hombre*:

...me acuerdo que una vez me pegaron, fue mi mamá, por andar de cabrona que...me habló un muchacho y me puse a platicar con él, y se enojó mi mamá y me pegó con...un palo con espinitas...ya no hay de esos...

Sin en cambio mi papá era bien tranquilo, mi papá nunca fumó, nunca tomó trago...jamás y nunca. A mi papá nunca lo vimos fumar en su casa, ni tomar en su casa ni llegar borracho, ni nada, ni pegarle a mi papá...él era tranquilo, nomás llegaba a casa porque quería descansar...

Lucía contó que de joven era muy *enamorado*, pero no sabía nada sobre sexualidad o métodos de anticoncepción, refiere que en su casa nunca se habló de ese tema: ni con sus padres, ni con sus hermanas/hermanos. Su primer embarazo se presentó cuando ella tenía 13 años. Su familia permitió que le quitaran a la niña para que se la llevara la familia del papá. Lo mismo pasó con su segundo hijo, también se lo *quitaron*, esta vez se lo entregaron a un primo de Lucía, ella sólo tenía 16 años. A pesar de que nunca ha vivido con sus hijos, los recuerda con cariño. Ambos han hecho su vida lejos de Lucía, la mayor tiene tres hijos y el hijo está por casarse.

¿Por qué te los quitaron?*...porque mi mamá era así. Mi mamá era de que teníamos pues un novio y se enojaba,... ya me gustaba ese hombre y yo me entregaba a él y ya me quedaba yo embarazada. Mi mamá no quería, que yo me hiciera responsable de esa criatura que acababa de llegar y mi mamá se lo entregaba, uno se lo entregó a un primo y ese primo se quedó con el niño pero, vive bien, gracias a Dios que vive bien...a que estuviera sufriendo conmigo...pues vive bien. Y pues la niña, la muchachita, la primerita pues me dejó su papá y se casó con otra...he sido muy desdichada con los maridos que he tenido...*

...yo me enamoré mucho de ese hombre y me dejó embarazada y ya cuando supo que yo me iba a aliviar, vino y me la quitó mi suegra y se lo llevaron...y...hasta la fecha del sol, no la he visto...

A mis dos hijos me los quitaron cuando estaba yo...este... me los quitaron. Una está en Oaxaca ya casada y el otro pues dicen que se va a casar ahora. ¡Ah sí!, de que los conozco, ¡sí! No, no los veo. Nunca se criaron conmigo, me los quitaron de tiernitos...

Con su segundo embarazo empezaron algunos problemas con su familia: tuvo que irse a Huimanguillo a trabajar para poder enfrentar los gastos, apoyar a la familia pero también para que la gente no se *burlara* de ella.

...sí, tenía buenas relaciones con mi mamá pero ella no quería que...que tuviera a los chamacos...que yo no los podía tener. Por eso me decía mi mamá que para la burla de las personas, pues no...no, por eso me los quitaba. Como quiera que sea, me quitó dos hijos y los regaló...

Yo me vine aquí, a Huimanguillo, de 16 años. Porque me vine a trabajar, para mantener a mi niño que iba a tener...necesitaba dinero...

Recién llegó a Huimanguillo, se dedica a vender fruta por las calles del lugar: unos días en el centro, otros por el mercado:

...en la calle, en la banqueta, en el mercado, donde se pudiera, pero aquí en Huimanguillo...

El dinero no le alcanzaba así que decidió trabajar de mesera en una cervecería; ahí trabajó varios años y fue donde conoció a los padres de sus últimos tres hijos. El primero en nacer fue Víctor Manuel, luego nació Ricardo, él murió a los pocos meses de nacido y unos años después, nació Guadalupe.

...yo era mesera de una cervecería, estuve ahí varios años...atendía a los hombres que ahí llegaban...servía las mesas y en veces me iba con ellos...

*... ¡ah sí!, Ricardito, fue el que se me murió. Tiene veintitantos años que se me murió...como 25, tenía tres meses de nacido. **¿De qué murió?** De eso que dicen...me dijeron que tenía un soplo en el corazón...estaba bien chiquito...*

Siguió trabajando en la cervecería y ahí tuvo varias parejas. Lucía siempre vivió sola con sus hijos, trabajaba desde las 4 de tarde y hasta la madrugada; mientras, los niños se quedaban con la vecina o los cuidaba alguna de sus hermanas. Por la situación precaria en la que vivían, Víctor Manuel, tuvo que empezar a trabajar desde los 10 años situación que no le permitió seguir en la escuela.

Por la narración, se puede considerar que fue hace 16 años cuando se contagió de VIH. Ante los primeros síntomas y la gravedad de ellos, termina en el hospital local, ahí le

hacen varios exámenes: sale positiva en sífilis y por ello deciden hacerle Elisa, también sale positivo.

*...mmm...mmm, pues es que yo trabajaba de mesera, yo trabajaba allí y...este, allí me contagié. **¿Sabes quién te contagió?** No, no sé...la mera verdad, no se...porque yo no sabía quien era, y este...pues hasta la fecha, ni sé quien fue. Yo no hago nada, yo no hago nada por saber quién fue, a lo mejor ya está finado él...*

Cuando me dieron la noticia, estaba aquí, en un hospital de Huimanguillo, luego me mandaron a Villa. Me hicieron unos análisis y salí positiva. Primera salí con sífilis y ya pues, a los pocos días salí con eso y ya pues, yo decía: ¿qué será eso?

La sorpresa fue doble: por un lado no sabía nada en torno a las ETS, nunca las había escuchado nombrar y, segundo, le dicen que por ser portadora de VIH, pronto iba a morir: el doctor le dio la noticia, le dijo que no había medicina que disminuyera la producción de virus en sus células. Además, sufrió una depresión.

¿Conocías las ETS? *No, no, no, nada. Yo empecé a preguntar ¿qué es eso?*
¿A quién le preguntaste? *Al doctor y ese me dijo, “es esto y es así a así”, me explicó pues como se va poniendo la persona y yo le pregunto: “pero, ¿hay cura?”, “pues no”, dice “porque no hay medicamento” dice, “la persona se muere porque no hay medicamento para eso”...*

...yo estuve internada varios días, como ocho días, ahí e el hospital estuve internada y ya de ahí me dijeron que me fuera a mi casa, pues porque yo me sentía un poquito bien. Yo le echaba la culpa a que había comido unos panuchos y no era así, que me dicen: “está usted mal, lo de usted es VIH” y yo dije “¿qué es eso?”. Allí me empezaron a decir; me fui controlando y dije “estoy en tus manos diosito, tu verás lo que haces...”

Estaba triste porque yo pensé que me iba, que me iba a morir,...todo pues, todo cambió para mi porque, a pesar de todo, pues yo pensé, que me iba a morir; gracias a dios hay medicamento para sobrevivir nomás porque pa´curar, no hay...

Después de que salió del hospital, la canalizaron a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica ubicada en el centro de Huimanguillo; ahí le explicaron que sí existían medicamentos y cuál era su función. En ese tiempo no existía el programa que otorgaba los tratamientos antirretrovirales, así que le recomendaron que fuera a la clínica Profin para conseguir los medicamentos que necesitaría.

...ya me vine yo con el doctor Cervantes, le digo “doctor, es esto y esto” y me dijo “sí hay medicamento pero son muy caros. Hay una clínica que se llama Profín, pero los tratamientos son muy caros”. Y dije “¿cómo voy a vivir yo?, esos medicamentos, ¿cómo los voy a conseguir?”, me puse ahí...pues hasta lloré...

*Estuve con la doctora Mireles de México. La doctora llegaba ahí, a Profín, pero ahí era todo de pagar. Cuando iba a Profín, pagaba el medicamento. En ese momento ya no trabajaba. **¿Cómo los pagabas?** Me ayudaba el doctor Servín. **¿Te daba el medicamento?** No, dinero, pedía yo. **¿Cuánto tiempo estuviste pagando el medicamento?** Cerca de un año. Gastaba como 500 o \$700 a la semana, cada ocho días y eran 8 pastillas...*

Su estado físico y de salud se vieron afectados, situación por la que tuvo que dejar de trabajar, además, su actual pareja, ya no quiso que trabajara.

...dejé de trabajar porque fui bajando de peso, demacrada y ya. Me empecé a sentir mal y...cansada...porque ya no trabajaba en...en el restaurante...se me acabó en la cervecería, porque yo era mesera...de esas, de servir y, pues ya no, ya no seguí trabajando. Me sacó de trabajar el papá de la niña, me dijo que me fuera con él y listo. No tengo rechazo de él; la mayoría de la familia de él no lo sabe, ni mi nuera, nada, nadie más, ni mi familia...

Los únicos que saben que ella vive con VIH, son una de sus hermanas y su cuñado, esto es completamente circunstancial ya que cuando le dieron el diagnóstico, ella estaba en el hospital con Lucía:

*Sí, sí, ellos lo saben, tampoco muchos lo saben, nomás como te dije, mi hermana y mi cuñado. **¿Cómo es tu relación con ellos?** Buena, sí...muy bien me llevo con ellos; ella está al pendiente de mí y me ayuda en lo que puede. **¿Lo supieron desde el principio o les dijiste después?** En el mismo ratito, cuando estuve en el hospital; mi hermana estuvo conmigo y ya le habían dicho a ella que era una enfermedad, ella pues no lo pasaba a creer... aun no lo pasa a creer...*

No ha querido decirle al resto de su familia sobre su enfermedad, porque creen que las relaciones pueden cambiar, la pueden lastimar o lo contarían a otras personas:

Aquí la gente, de verdad, es muy cruel, hay que andar con mucho cuidado, no puedes platicar nada con la gente...no te ven bien...

...así estoy bien muy bien, al contrario, si lo saben, empeoraría todo, más con mi papá, me va a decir que por qué tanto tiempo y por qué no se lo había dicho...no, mejor no. Y la regaría mucho, mi papá platica todo; no me conviene...

A pesar de que ya sabía que vivía con VIH, quedó embarazada, eso fue cuatro años después de que le habían dado el diagnóstico. Su hija menor, de nombre Guadalupe, no recibió tratamiento ni cuidados especiales; cuando tenía 2 ó 3 años, le hicieron la prueba Elisa pero esta salió negativa, igual que la primera prueba que le hicieron a su papá. Actualmente tanto la niña como su pareja, debieran chequearse con cierta periodicidad para saber si son portadores, pero ninguno la ha hecho. La niña no sabe que Lucía está enferma y su padre no quiere que le hagan los exámenes; él tampoco asiste al médico.

*...luego me embaracé de mi hija sabiendo que estaba yo así. Y sí, ahí esta mi hija que no tiene nada, está llena de vida, eso se admira. **¿Tomaste medicamento durante el embarazo?** Ya no me acuerdo si tomé medicamento especial para el bebé,...creo que nomás tomaba el mío. **A tu hija, ¿le hacen las pruebas?** No, ahorita no le han hecho, el papá no quiere. Cuando estaba chiquita sí, le hicieron hasta los 4 años, tiernita se los hicieron, como a los 2 y 3 años y salieron negativos. **¿Se los tendrían que haber hecho recientemente?** Ya, ya se los tenían que haber hecho, pero el papá no quiere que yo se los haga...porque no quiere que, que le den noticias, no quiere él pues...*

¿Le hicieron pruebas a tu marido? Sí. **¿Cómo salieron?** Negativas, salió negativo, bendito sea dios. **A él, ¿le hacen revisiones periódicas?** **¿Tiene que hacerse los exámenes?** No, más bien a él no le gusta ir al doctor y tampoco deja que lleven a la hija. Sólo yo voy cada 6 meses a la carga viral, dos veces al año. Voy a Villahermosa y ahí te toman la muestra, aquí me dan el pase...

Guadalupe no sabe que Lucía, su madre, vive con VIH, le ha platicado que está enferma de azúcar, siempre están juntas, incluso ambas vinieron juntas a DF a la Conferencia. Guadalupe acompaña a su mamá porque ha visto que en algunas ocasiones se siente mal y ella quiere esta ahí para cuando la necesite.

A pesar de que Lucía no recibió información sobre sexualidad, si habla de sexo con su hija y sobre las formas que puede utilizar para protegerse.

...eso es lo que yo le aconsejo a mi niña...que los use...los preservativos para cuidarse, que use pues los condones. Yo ya le he dicho que pasa con los hombres y además, va conmigo allá con Alberto y ahí también aprende pa' que no le pasen esas cosas, debe ser una mujercita que sepa...

Sí, sí, la verdad no se por qué, encampanan a una los hombres y sobre eso aconsejo a mi hija, que se fije, que se cuide...

Con su actual pareja lleva viviendo 17 años, los mismos que tienen viviendo en esa casa. Cuando él se enteró que Lucía estaba enferma se enojó y se separaron, pero poco tiempo después, regresó; ella cree que cambió de opinión por intercesión de los doctores.

¿Cómo lo tomó tu pareja? *Siempre lo supo porque lo mandaron hablar. ¿Se enojó?* *Por lo pronto sí pero ya luego, pues reaccionó; quizá porque lo aconsejó el doctor...*

Lucía considera que es violento, sobre todo cuando bebe; en más de una vez la ha agredido físicamente. Ella comenzó a defenderse cuando su hermana le dijo que no se *dejara*, la última vez que la golpeó, terminaron *ante el juez de paz*:

...pues cuando está de buenas, me llevo bien con él; cuando está pedo, pues se pasa un poquito de la raya...tomado pues, llega a pelear pero yo no le hago caso, porque no me gusta pelear. Antes me pagaba...me pegaba, me dejaba los...los...la vista moradísima... ¿Te defendías? *No, la verdad no me defendía yo. Y ¿ahora?* *Ahora sí, por los consejos de mi hermana: “no te dejes pendeja”, me decía “que no te dé”, y la verdad, ahorita ya no, como que ya tengo un poquito de valor y pues ahorita, me llevo bien con él...*

...pues cuando a mí me golpea el hombre, pues yo lo que a veces hice, fue hablar a la policía. Sí, sí, una vez se lo llevó a la cárcel (risas) y estuvo nomás una noche y regresó porque yo lo fui a ver y lo perdoné...

Sí, pues nos hemos dejado dos veces: el hombre se va, vuelve, se va y vuelve... ¿Se tarda mucho tiempo en regresar? *...mmm, poco tiempo, regresa pronto. ¿Cómo lo recibes?* *Bien, como si nada hubiera pasado...pus ya llega a la casa y ya...*

Su hermana además de *enseñarle* a defenderse, le dijo a dónde podía ir en caso de violencia. Ella decide que en la televisión ha aprendido muchas cosas como lo relacionado a derechos, a defenderse y a buscar ayuda; este conocimiento ha sido acrecentado por las pláticas y asesoramiento que recibe en “Tiempo Nuevo AC”.

...le digo “si tu me tocas, ahorita hay apoyo para defenderse. Voy y te demando, te acuso de que me pegaste y voy toda así como tú me dejes...

¿Quién te enseñó esas cosas? *...lo veo ahora en la televisión (risas), es que ya lo escucho en la tele, por eso. Veo en la televisión como salen las mujeres todas moreteadas y ya se que van con el defensor y...las ayudan...*

Ha optado por no pelear para que su hija no los escuche; no quiere que su hija vea *los pleitos*. Además, regresó con ella su hijo y familia, ahora todos comparten la misma casa.

Su hijo y su pareja no se llevan bien, cree que si el primero se entera que la maltrata, la va a defender y ello provocaría grandes conflictos al interior del hogar que, *seguramente* terminarían en golpes.

...no quiero discutir, por la niña, porque no escuche la niña, porque ya la niña a veces..., la otra vez, ya tiene tiempo que nos peleamos, ella empezó a dar de gritos: “papá, no le pegues”, aunque nomás alcanzó a alzar la mano...

...pero como llegó mi hijo y no jalan, no tiene buenas relaciones, entonces, para no escuchar que yo estoy peleando con él, para que no se vaya a meter mi hijo, porque ese si tiene su genio, para no buscarle yo problemas a mi hijo, pues yo no busco problemas con él. A veces le digo a mi marido: “ya cállate, te va a escuchar el chamaco”. Ya tuvo una vez un agarrón con él...

Estábamos muy bien, muy bien pero como llegó mi hijo pues...ya cambié con él, ya cambié. Lo que pasa es que no se jalan muy bien ellos, no se hablan pues nomás de “que pasó” y ya, hasta ahí. Y es que mi hijo es mal tomado, él es mal tomado, sí, mal tomadísimo y, para que no me vaya a buscar problemas...le evito esos problemas...

La relación con su pareja la define como buena, pero también dijo que ella lo quiere más, él es muy *seco*:

Sí, yo sí, la verdad, soy sincera...lo quiero aunque él no me quiera...pero yo lo quiero...él dice que me quiere pero a su modo: ese hombre es muy seco...quizá, tal vez, pero es muy seco conmigo; ese no me acaricia, ese...no, nada. Pues, como dice Alberto “un cariñito no está de más” (risas), verdad...bueno, pero ahí me la llevo (su tono suena a resignación). Todos somos diferentes, nos criaron diferentes... eso dice él: “yo tengo una forma de ser, tu tienes tu forma de ser...”y ya pues...así es como estoy con él...

Su situación económica suele ser *apretada*. En el momento de las entrevistas, su pareja se quedó sin trabajo, así que su mayor fuente de ingresos era la ayuda económica otorgada por el gobierno y *una que otra chamba*, que le hace a gente que conoce como lavar la ropa, hacer limpieza en casa u oficinas. Aunque comparte la casa con su hijo Víctor Manuel y familia, quienes regresaron hace poco, él no le da dinero a Lucía, se lo entrega a su esposa para los gastos de los niños, principalmente.

Él regresó en marzo del año que pasó...2007, se vino pa’ca porque se quedó sin chamba y no tenía pa’ pagar la renta; llegó con su esposa y los tres niños: dos varoncitos y una niña. Él es ayudante de carpintería...su trabajo está aquí nomás...al acabar la calle...

*Pues es el hombre el que me da, él me apoya, me apoya cuando tiene buen trabajo...pero ahorita no, no tiene trabajo, ahorita lo cortaron de la chamba... El apoyo de Villahermosa, eso es lo que me ayuda a mí, ese apoyo lo fui a buscar. **¿Desde cuándo recibes ese apoyo?** Ya tiene como sus...6 años. **Y el de Huimanguillo, ¿desde cuándo lo recibes?** Aquí, como dos años...*

*Cuando no tengo dinero pues... me pongo afligida, me desespero y, como en esta navidad no hay pa'comprarse algo, pues no tanto para mí, sino para la chamaca, pues me desespero mucho porque la verdad, es tiempo de fiesta y todos disfrutan. Yo me desespero muchísimo porque él no tiene trabajo, le cortaron la chamba..., me desespero mucho. **¿Qué haces para conseguir dinero?** Empeño...y sino pues como ayer con mi hermana, me fui a limpiar unos protectores y ella me aliviana y la me aliviana con \$100 y pues ya...pa'pasar el día. Porque la verdad, como dicen, está feo...*

Como a la mayoría de las personas que viven con VIH, los antirretrovirales le provocaron algunas reacciones. Hasta la fecha nunca ha interrumpido el tratamiento por falta de medicamento, cuando le faltó, “Tiempo Nuevo” lo consiguió para entregárselo. Una de las actitudes que ha fomentado dicha asociación en Lucía es el empoderamiento: declara haber aprendido a defenderse y a luchar.

Con la medicina me llegó la diarrea, dolor de cabeza, me duraba como varios días y se me quitaba días, se me quitaba y volvía; así estuve 3 ó 4 meses, quizá. Hasta que me cayó bien el medicamento, el que estoy tomado ahora, con este ya no tengo problema...

...yo todo mi medicamento lo tomo, lo tomo y hasta lo peleo, algunos no lo quieren tomar y yo hasta lo peleo, digo, para que me lo den...

¿Te ha faltado medicamento? *No, no, nunca. A nosotros, pues la verdad que...bueno, desde que yo he estado ahí, jamás nunca me han dicho “no hay medicamento”. Cuando yo no tenía, me apoyaba Alberto, él lo conseguía y me lo daba, él lo consigue, por las donaciones, por los finaditos que ya se mueren y los familiares donan el medicamento a la asociación y Alberto nos lo da...*

La noticia de su enfermedad y todo lo que implica, *movió* en Lucía muchas cosas por eso decidió buscar ayuda, una ayuda que le permitiera entender qué estaba por venir. Para conseguir esos *conocimientos* se acercó a “Tiempo Nuevo”; constantemente asiste a los eventos y reuniones que se realizan, para poder seguir *aprendiendo*. Ha participado

activamente en pláticas y dando su testimonio ante varios públicos. Cuando asistió a la Conferencia, tomó folletos y *muchos preservativos* que repartió entre la gente de Huimanguillo.

Sí, me gusta decirles que se cuiden; ahora que yo estuve allá, en México, por lo de la conferencia, traje montones de preservativos..., me paré allá en el central y los regalé, a los que iban pasando, les decía: “señora, le doy esto para su niño, para proteger a sus hijos... ¿Se te acercaban? Sí y me decían: “¿regalado o vendido?”, “¿Cuánto es?” me decían, “no es nada” les decía, “yo se los regalo...” ¿Qué les dices? Lo mismo que te estoy platicando, que se cuiden, que se protejan mucho porque hay mucha contaminación de VIH, que se cuiden cuando vayan a tener relaciones, se protejan, porque esas cosas está mal que las hagan sin condón. Los matrimonios también, que si se van con una chica, se pongan su preservativo, hasta con su esposa y sus esposas...

Pues mi vida cambió ya...mal, mal cambió porque pues yo dije “ me voy a morir y yo no me quiero morir”, la verdad es que yo no me quiero morir, hasta la fecha, hasta ahorita que estoy platicando, yo no me quiero morir, por eso, mi diosito que es tan grande y me ha dado fuerza y valor, y...y, le pido al señor y...aquí estoy.

4. Coti

Mujer viuda de 33 años y madre de dos hijos varones de 13 y 10 años. Originaria de Huimanguillo, tabasco igual que sus padres (sólo vive su mamá). Estudió la primaria y trabaja en un hotel como recamarera. También recibe la ayuda económica del gobierno y recibe los servicios médicos y de salud, por medio del Seguro Popular. Vive en una casa rentada que comparte con su mamá, quien la poya con el cuidado de sus hijos (ambos estudian: el mayor cursa el 1° grado de secundaria y el pequeño, 5° de primaria).

El contagio fue por medio de su pareja que murió en el 2003. Después del diagnóstico atravesó por una severa depresión, una vez intentó quitarse la vida. Entre la depresión y su bajo sistema inmunológico, pasó poco más de un año enferma con varios síntomas de resfriado, que la tuvieron en el hospital varias veces. Su mamá fue quien buscó ayuda, así llegan a “Tiempo Nuevo AC”. Asiste constantemente al servicio de psicología del hospital pero también al de la asociación, pues le gusta platicar *lo que siente*. Sólo su

mamá y hermana saben que vive con VIH/SIDA, no quiere decírselo a sus hijos porque cree que la pueden rechazar. De igual forma teme que si se entera gente que no es de la familia, rechacen a sus hijos.

Esta historia no se pudo terminar porque la informante no quiso seguir en la investigación, motivo por el cual no pude conocer su casa ni a su familia y las especificidades de cada uno.

5. Chuncha.

Mujer viuda de 30 años, no tiene hijos. Sólo estudió hasta la primaria pero no la terminó, tuvo que salir a trabajar para ayudar a sus padres con los gastos de la casa, pues lo que *ganaba* su papá *con la siembra no alcanzaba*. Migra a Villahermosa y después de vivir ahí unos años, tener un par de parejas, conoce a quien fue su marido, él era soldado. Se casaron y se fueron a vivir a Huimanguillo, él iba a verla cada vez que podía, dos años después de la boda, murió. A su marido no le diagnosticaron VIH/SIDA, ella se enteró cuando se enfermó, la hospitalizaron y, dado los síntomas, le hicieron la prueba de Elisa. Después del diagnóstico comenzó a trabajar, pues el Ejército no le dio la pensión que le correspondía; siguió rentando en Huimanguillo, lugar donde conoció a las otras informantes. También recibe el apoyo económico estatal y está inscrita en el Seguro Popular, para poder acceder al tratamiento ARV y a los servicios médicos.

Cuando nos conocimos en el DF ella estaba y se sentía bien, un mes después le diagnosticaron toxoplasmosis. Esta infección la tuvo en el hospital cerca de un mes, al salir sus padres se la llevaron a su casa en Comalcalco para poderla cuidar, pues por las secuelas de la infección perdió la movilidad de lado izquierdo de su cuerpo y parte del habla. Intenté comunicarme con ella o con alguien de su familia pero no pude. Esme habló con sus padres y les planteó la posibilidad de que yo viajara a Comalcalco, para terminar con las entrevistas pero sus padres se negaron. Tampoco se presentan las características generales de su casa y familia de origen.

Análisis e interpretación de los resultados.

A partir de los casos aquí expuestos, podemos entender que el problemas de las mujeres que viven con VIH/SIDA, se relaciona directamente con las condiciones socioculturales en las que cada una de ellas ha vivido (en todas sus etapas), condiciones que agudizan los riesgos y construyen diferentes tipos de vulnerabilidades. El conocimiento de estas condiciones y vulnerabilidades, puede dar un eje para abordar en tema del VIH/SIDA.

Todas las mujeres entrevistadas vivieron precariedad económica, unas más que otras, desde la infancia, lo que se vio reflejado primero, en su acceso o no a la educación formal (no hay que olvidar que en el caso de Lucía, ella es analfabeta) y segundo, en su pronta incorporación a las actividades remuneradas o, en su caso, al matrimonio.

El acceso y su permanencia en la educación formal, así como el nivel educativo de sus padres en general y del resto de su familia de origen en particular, marcan los vacíos en torno a la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos; todas ellas refirieron que en su casa y entre su familia, no se hablaba de *esos temas*¹⁷³. Cuatro de ellas se acercaron a los temas a partir de su diagnóstico de VIH, sólo Esme declaró haber *escuchado* sobre ITS y métodos de anticoncepción (que alguna vez utilizó), pero no los puso en práctica de forma recurrente pues no lo consideró necesario, se sentía segura con sus parejas sexuales, igual que el resto de las informantes.

Cuadro 18. Vida reproductiva de las informantes.

Informante (seudónimo)	Edad del 1° embarazo	Número de embarazos	Número de hijas e hijos	Número de abortos	Número de hijos fallecidos
Bella	22 años	1	1	0	0
Esme	19 años	1	0	1	0
Lucía	13 años	5	4	0	1
Coti	información no proporcionada	2	2	0	0

Elaboración propia a partir de entrevistas, agosto y diciembre de 2008.

¹⁷³ En este apartado todas las cursivas, hacen referencia a palabras o frases que las mujeres dieron y que están registradas en las grabaciones de las entrevistas.

El contagio de todas ellas fue por medio de su pareja masculina, su vía la sexual. El seguimiento de las parejas para localizar o identificar el origen de la infección, no fue exitoso. Todas sospechan de infidelidad y/o promiscuidad de sus *hombres*. Dado que tres de ellos han muerto, la única referencia es la sospecha de que mantenían relaciones con otras parejas sexuales femeninas, uno más no quiere hablar sobre el tema (por lo menos así me lo dijeron) y el quinto caso, Lucía no sabe ni cuándo ni cómo pudo infectarse, pues durante el tiempo que trabajó en la cervecería, tuvo varias parejas ocasionales.

Ya que el contagio provino de la pareja estable, las entrevistadas comentaron su sentir en torno a su situación. El caso más obvio está expresado por Bella pues, al igual que las demás, ella no considera haber hecho algo *malo* en la vida para haber recibido tal *castigo*, por eso dice, no puede perdonar a su esposo. Para las otras, la situación no es un conflicto *grave* (por lo menos en el momento de las entrevistas), creen que la ayuda psicológica ha sido importante para superar *rencor, miedo, angustia y depresiones* ocasionadas por el conocimiento de su estado serológico.

La violencia en todas sus formas, es un elemento de vulnerabilidad para el contagio de VIH/SIDA. La violencia intrafamiliar está presente en la vida de todas las informantes, en la mayoría, desde la infancia. Quienes mayores eventos de violencia declararon fueron Esme y Lucía. En el caso de la primera, quien ejercía la violencia era su padre, por su parte, Lucía recibía golpes por parte de la madre. En esta etapa de su vida, todas declararon ser *tranquilas* y ante la violencia de sus parejas, prefieren no participar de los enfrentamientos: *para pelear se necesitan dos*. Sin embargo, las situaciones de violencia disminuyen las posibilidades de ejercer libremente su sexualidad así como el uso del condón (a pesar de las sospechas de que sus parejas estables, mantenían relaciones con otras mujeres). En el caso de las mujeres que son madres, ambas dijeron que no ejercen la violencia hacia sus hijos.

Todas las mujeres han tenido dependencia económica directamente con los hombres de su vida, en algún momento: padres, hermanos y/o parejas. Cuando estuvieron en parejas ninguna de ellas trabajó, lo que las hizo dependientes, en todos los sentidos, de ellos. Esa dependencia les impedía la toma de decisiones en situaciones como: uso de preservativos en sus relaciones sexuales, asignación de recursos para los gastos de la casa, visita a los

servicios médicos y de salud (sobre todo de carácter preventivo), decidir el lugar dónde vivirían y hasta las visitas a sus familias. Estas situaciones eran asumidas así por el temor a sus parejas, temor a que las violentaran físicamente o las castigaran monetariamente. Aún, en el momento del levantamiento de la información, la vulnerabilidad económica estaba presente la mayor parte del tiempo, pues declararon tener varias carencias y recurrir, al empeño y trabajo temporal para poder cubrir necesidades básicas.

Cuadro 19. Tipos de violencia vivida por las mujeres informantes.

Informante (seudónimo)	Tipos de violencia	Agresor/es
Esme	Violencia física	papá, parejas
	Violencia psicológica	suegra
	Violencia institucional	personal de los servicios de salud
Lucía	Violencia física	mamá, parejas
	Violencia económica	pareja

Elaboración propia a partir de entrevistas, agosto y diciembre de 2008.

Otra coincidencia entre las mujeres es que no mencionan la enfermedad, pareciera que al omitirla en su vocabulario, dejara de existir; la refieren como *eso que tengo, de lo que estoy mala, lo que me dio, lo que me pasa*. En la medida que todas asisten a la asociación civil, allí han tratado de enseñarles que tener VIH es una situación de vida, como cualquier otra, su cuerpo es como el de cualquier otra persona, pues todos albergamos algún tipo de virus, aunque no con la letalidad del VIH, sin embargo, ellas no lo aplican en su vida cotidiana.

Este abandono/olvido de su estado serológico, se ve reflejado en su cotidianidad. Mientras están en su comunidad, con su gente como ellas lo refieren, las entrevistadas pareciera que apenas se conocen, no son amigas, lo que implica sólo el saludo y un corto comentario. Cuando coinciden en Villahermosa, ya sea en los servicios médicos o en Tiempo Nuevo, la relación es completamente diferente. Aceptaron que se relacionan así pues en Huimanguillo las pueden identificar y sospechar que viven con VIH y rechazarlas o lastimarlas (como ya ha sucedido con otras PVV que habitan en la comunidad).

La mayor parte de sus familias tampoco saben que viven con VIH, no les dieron la noticia porque tiene miedo que la relación con ellos cambie y las *dejen de querer*. En el caso de quienes son madres, también temen que sus hijos puedan ser estigmatizados, pero, sobre todo, temen morir cuando sus hijos todavía las necesiten (Lucía y Bella tienen una hija cada una, aún menores de edad).

Para Lucía y Bella, el diagnóstico les provocó un acercamiento a la religión. Constantemente mencionaron a Dios, como origen de su fortaleza pero también de su destino. Por el contrario, Esme nunca ha estado apegada a alguna religión pero dice haberse acercado al catolicismo cuando le dieron el diagnóstico de su marido, en los últimos años, dejó de asistir a servicios religiosos. Bella considera que su enfermedad es un castigo, situación que considera, le correspondía su esposo ya fallecido; ante esta ausencia sólo ella quedó para *pagar*. Su enojo le hace evitar las terapias psicológicas a las que debiera asistir, cree que *hablar sobre lo que siente con un extraño*, no le ayuda a nada pues ella seguirá igual, es decir, viviendo con VIH hasta su muerte.

Las situaciones descritas en el capítulo de vulnerabilidad, no han sido identificadas por las mujeres entrevistadas, por el contrario, su enfermedad es atribuida completamente al destino y con ello a Dios.

Consideraciones finales: vulnerabilidad en tres momentos.

El efecto devastador que ha provocado la pandemia de VIH/SIDA promovió que, de una crisis de salud, los países más afectados, estén viviendo una franca crisis de desarrollo, con repercusiones en las tasas de mortalidad, esperanza de vida y hasta de crecimiento económico.

Según la información disponible (nacional e internacional) sobre vigilancia epidemiológica, relacionada con los casos de SIDA y la prevalencia de VIH, confirman que el aumento anual entre mujeres es mayor: se están infectando, enfermando y muriendo más las mujeres que los hombres.

A partir de los primeros infectados (HSH y luego UDI), el imaginario colectivo excluyó a las mujeres como posibles afectada. Después se construyó la idea de grupo de riesgo, lo que vinculó al VIH con aquellas personas que transgredían normas sociales y morales. Esta concepción permitió, que a la enfermedad se le concibiera como un mal de “los otros”, facilitando la invisibilidad social ante el riesgo. El manejo del tema a partir de la arriesga denominación grupos de riesgo, dejó fuera a las mujeres.

Los primeros casos femeninos, reportaron como vía de contagio las transfusiones sanguíneas. Mar tarde, por ser compañeras de UDI o también como posibles consumidoras. Cuando se presentaron los casos por vía sexual, se les asoció como trabajadoras sexuales y/o promiscuas. La concepción de grupo de riesgo protegió, si así se le puede llamar, por mucho tiempo, a las mujeres casadas o con parejas estables: esta falsa pero tranquilizadora idea, es la que ha provocado el aumento en los casos femeninos vía heterosexual.

Esta tendencia a la feminización, debe ser abordada a partir de las condiciones estructurales que sustenta la desigualdad social entre mujeres y hombres. ONUSIDA ha declarado que no hay mejor situación que exponga las claras y marcadas desigualdades, que la humanidad ha creado entre hombres y mujeres, que la epidemia de VIH/SIDA.

En efecto, el tema de salud es un buen parámetro de análisis, para conocer y reconocer la desigualdad social de la mujer, observada en situaciones como la mutilación

genital (llevada a cabo aún en algunas culturas de África y Asia), las dificultades para negociar las relaciones sexuales, el uso del preservativo como principal y mejor método de prevención de ITS y los embarazos no deseados, contextos reales en varias partes del mundo y que expresan la limitada autonomía de la mujer, frente a su cuerpo y su vida. Aún hoy en día y a pesar del carácter liberador en términos de sexualidad que la anticoncepción y los métodos de prevención han significado, su uso está atravesado por la inequidad de género, es decir, la mayoría de las veces la decisión en la utilización de los mismos no depende de las mujeres sino de sus parejas, lo que deja fuera los deseos y necesidades de ellas, alejándolas de la elección de estrategias de vida más seguras, pero también más saludables. De ahí la paradoja de que, aunque algunas mujeres tengan la información sobre transmisión y prevención, no la pongan en práctica.

Las situaciones descritas en el contenido de este trabajo y localizadas es la vida de las informantes a partir de sus trayectorias, interacciones y contextos de vida inscritas en las dimensiones socio-estructurales y socio-simbólicas (como lo mencionan Delor y Hubert), permite concluir que las mujeres son un grupo que tiene vulnerabilidades acumuladas, circunstancias que complejiza el abordaje del tema.

Si consideramos los diferentes tipos de vulnerabilidades detectadas, se debe también reflexionar en torno a que cada una de estas, puede ser identificada en diferentes momentos y a partir de ciertos contextos.

- **Antes del contagio.** Aquí podemos identificarla por el acceso a información correcta (en términos médicos y de salud) sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y preventivos: temas que debieran, desde un ideal, ser abordados en la casa y escuela. Pero si no se accede a la educación formal y las familias no hablan de ello con sus hijas e hijos, se acumulan vacíos que pueden originar riesgos.
- **Durante el contagio.** Aunque es difícil que se pueda rastrear el momento exacto del contagio, se puede ubicar a éste en el ejercicio de la sexualidad y

en la toma de decisiones: cuándo, cómo y con quién se tienen relaciones sexuales y el uso del preservativo.

- **Después del contagio.** Se puede identificar en dos situaciones: por un lado, luego del contagio y establecido el periodo de latencia del virus, motivo por el cual se convierte la mujer en vector de infección. Y segundo, cuando ya se conoce el diagnóstico. En este caso la vulnerabilidad se acumula, al presentarse uno o varios de estos escenarios: la pareja muere y con ello se pierde una parte de la seguridad económica; si es madre o está embarazada, corre el riesgo de haber contagiado o contagiar, según el caso, a su descendencia; procesos de empobrecimiento si no cuenta con algún servicio de seguridad social, o respaldo económico que le ayude a cubrir sus nuevas necesidades como son el tratamiento antirretroviral, exámenes clínicos, etc.; ruptura de lazos de solidaridad cercanos (familiares, amigos y vecinos) y que en un momento dado, pudieran servir de apoyo; pérdida de empleo, si es que lo tuviera, por ausentismo debido a su estado de salud o por conocer su padecimiento y discriminación, en diversos ámbitos, por vivir con VIH. Para este momento, es muy posible que las mujeres carezcan de recursos sociales, económicos e incluso personales para enfrentar la enfermedad

Estos momentos frente a la vulnerabilidad, pueden estar atravesados, incluso, por algún o algunos tipos de violencia, en ese caso, las probabilidades de infección son mayores.

Es importante recalcar que el diagnóstico entre las mujeres, está ocurriendo en etapas más avanzadas de la enfermedad, lo que significa una atención tardía provocando un menor nivel en la calidad de vida de la paciente y en consecuencia, una menor esperanza de vida.

Como se pudo ver, el panorama de las mujeres que viven con VIH/SIDA suele ser poco alentador, por eso es urgente visualizar los problemas e inequidades que padece la mujer en nuestras sociedades. La ignorancia, el machismo y la negación, son sólo algunas causas que dan forma a las dimensiones de la epidemia. Es importante entender que en la medida en que las mujeres no sean dueñas de su cuerpo (en términos de derechos, de

lenguaje, de posesión y de sus placeres), no son dueñas de su vida, de sus decisiones: es necesario que re-posean sus cuerpo.

Si se considera la situación actual de las mujeres no sólo debido a las formas diferenciadas de socialización entre hombres y mujeres, sino en el ejercicio mismo del poder dentro de la sociedad, luego entonces se podrá entender, detener y hasta revertir el avance de la epidemia. En ese sentido, debemos deconstruir lo relacionado principalmente, a creencias, actitudes y comportamientos, para poder acercarnos a un proceso de empoderamiento por parte de las mujeres. Empoderamiento entendido no solamente como cambios individuales de comportamiento entre mujeres, sino como cambios en la dimensión social para modificar las relaciones desiguales, en todos los ámbitos de los géneros.

Incluso es necesario que estos cambios estén respaldados desde los programas y las políticas públicas y sociales que el Estado hecha a andar en los diferentes ámbitos como salud, educación, trabajo, derechos humanos, etc.

Esta feminización de la pandemia, como se le ha denominada al crecimiento exponencial de los casos, está planteando nuevos desafíos en materia de salud sexual y reproductiva, que deben ser enfrentados de manera inmediata: es ya una cuestión médico-social importante, que debe ser abordada por los gobiernos desde las políticas de salud, a través de la educación formal, programas y campañas que luchen por la erradicación de la desigualdad social hacia las mujeres. Son de vital importancia, los trabajos que generen, diseñen e implementen políticas públicas de salud, educación, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, todo, encaminado a mejorar la calidad de vida de las mujeres

Ante la falta de alguna vacuna o medicamento que cure la enfermedad se ha dicho, aunque al parecer no lo suficiente, que la educación e información son los mejores recursos. Aunque, esta premisa tiene dos cuestiones que debemos tener muy presentes. Por un lado, la información por sí sola no es suficiente, es necesario combatir miedos, mitos, discriminación e inequidad y, por otro lado, que la educación recibida en torno a lo preventivo no significa que lo llevemos a cabo.

La realización de campañas y programas preventivos, deben considerar varios aspectos de la población a la que van dirigidas como: sexo, edad, nivel socio-educativo, pertenencia a alguna etnia, lengua, accesibilidad real a los métodos preventivos, cuestiones ideológicas, culturales y religiosas.

Tampoco hay que olvidar que el cumplimiento real de los derechos humanos a la población como obligación del Estado, puede significar la disminución de riesgos.

Pero sin duda, cuando la población en general y las mujeres en particular, comiencen a decir “yo quiero” o “no quiero”, habrá comenzado la mejor campaña de prevención.

Incorporar la *mirada sociológica* a los asuntos de salud, y en especial al VIH/SIDA, permitirá un análisis integral de la vivencia de las enfermedades a través de los componentes biológicos, individuales, sociales y culturales.

BIBLIOGRAFIA

- Aceves Lozano, Jorge, Historia Oral e historia de vida, CIESAS / SEP, México, 1991.
- Aceves Lozano, Jorge. Historia oral. Ensayos y aportes de investigación, CIESAS, México, 2006.
- Bala Nath, Madhu, Género, VIH/SIDA y derechos Humanos, ONUSIDA; UNIFEM, EEUU, 2000.
- Berger, P. y T. Luckmann, La construcción social de la realidad, Amorrortu, Argentina, 2001.
- Boltvinik, Julio y Enrique Hernández Laos, Pobreza y distribución del ingreso en México. Siglo XXI Editores, México, 2000.
- Bravo García, Enrique, Carlos Magis Rodríguez, *El sida en el área rural* en, Margis Carlos, Enrique Bravo García, Ana María Carrillo (ed.) La otra epidemia: el sida en el área rural, Colección Ángulos del Sida, CENSIDA, México, 2003.
- Bronfman, Mario, René Leyva y Mirka Negroni (editores), Movilidad Poblacional y VIH/sida, INSP, México, 2004.
- Bronfman, Mario, et. al., Sida en México: migración, adolescencia y género, CONASIDA, Colectivo Sol, México, 1999.
- Bourdieu, Pierre, La dominación masculina, Anagrama, Barcelona, 2000.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. El oficio del sociólogo, Siglo XXI, México, 2000.
- Calderón Aragón, Georgina, Construcción y reconstrucción de desastres, Editorial Plaza y Valdés, México, 2001.

Caballero Hoyos, José Ramiro, Carlos Jesús Conde González, Alberto Villaseñor Sierra (editores), ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México, INSP, Consejo Estatal de SIDA – Jalisco, México, 2006.

Cárdenas Bravo, Luis, SIDA: lo que todos debemos saber, ED. Trillas, México, 1995.

CENSIDA, El VIH/SIDA en México 2009, Censida, México, 2009.

CENSIDA, El VIH/SIDA en México 2010, Censida, México, 2010.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Historias de Vihda. Testimonios desde el encierro, CDHDF, Ideas, Universidad Iberoamericana, México, 2005.

Córdova Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (editores), 25 años de SIDA en México, SSA, INSP, CENSIDA, México, 2008.

Daniela, Víctor G., SIDA, Manual Moderno, México, 1988.

Delgado Rubio, Alfonso, SIDA, Fundación España, Madrid, 1994.

De la Fuente, Juan Ramón y Jaime Sepúlveda Amor, Diez problemas relevantes de salud pública en México, INSP, FCE, Academia Mexicana de Ciencias, México, 1999.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, La prevención es para toda la vida: VIH/SIDA, despachos desde el terreno, UNFPA, EEUU.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, El impacto del VIH/SIDA. Una perspectiva de población y desarrollo, Serie: Estrategias de población y desarrollo, núm. 9, UNFPA, EEUU, 2003.

Galván Díaz, F., El SIDA en México: los efectos sociales, UAM – Azcapotzalco, México, 1988.

Gallardo Gómez, Luis Rigoberto y Joaquín Osorio Goicochea (comps.), Los rostros de la pobreza. El Debate. Tomos I, II y III, ITESO, Noriega Editores, México, 2001.

García, Brígida (coordinadora). Mujer, género y población en México, Colegio de México, México, 2000.

Gayet, Cecilia, Carlos Margis, Donna Sacknoff y Lisa Guli, Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México, colección Ángulos del SIDA, CENSIDA, FLACSO, México, 2007.

Geertz, Clifford, La interpretación de las culturas, Gedisa, Barcelona, 1996.

GIMTRAP (Grupo Interdisciplinarios sobre Mujer, Trabajo y Pobreza). Las mujeres en la Pobreza, Colegio de México, México, 1999.

González Block, Miguel Ángel y Ana Luisa Liguori, El SIDA en los estratos socioeconómicos de México, INSP, México, 1992.

González Montes, Soledad, Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva, COLMEX, México, 1999.

Grmek, Mirko, Historia del SIDA, Siglo XXI, México, 1992.

Hernández Laos, Enrique, Prospectiva demográfica y económica de México y sus efectos sobre la pobreza, CONAPO; México, 2002.

Hernández Laos, Enrique, Julio Boltvinik. Pobreza y distribución del ingreso en México. Siglo XXI, México, 2006.

Hernández Rosete Martínez, Daniel Dionisio, Lo público y lo privado. El VIH/SIDA en México. Tesis de Licenciatura en Sociología, FCPyS, UNAM, México, 1996

Hernández Rosete Martínez, Daniel Dionisio, El riesgo como producto social: pobreza y reproducción cotidiana en los hogares de la colonia Roma. Tesis de Doctorado en Sociología, FCPyS, UNAM, México, 2003.

Hernández Rosete Martínez, Daniel Dionisio, Mariela Cortés, “Honduras. La entrada de Copán”, en Bronfman, Mario, René Leyva y Mirka Negroni (editores), Movilidad Poblacional y VIH/sida, INSP, México, pp. 213-248.

Herrera Bautista, Martha Rebeca y Patricia Molinar Palma, Género y violencia o violencia de género, no es lo mismo pero es igual. Vida cotidiana y estudios de género, UAS-Juan Pablo Editores, México, 2006.

Herrera Cristina, Lourdes Campero y Laura Villa, Las ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA. Experiencias de GLAMS en México, INSP, GLAMS, México, 2005.

INEGI, Mujeres y hombres en México 2009, INEGI, México, 2009.

INEGI, Mujeres y hombres en México 2009, INEGI, México, 2010.

Izazola, José Antonio (ed.), El sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1999.

Kendall, Tamil e Hilda Pérez Vázquez, Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario, Colectivo Sol, INMUJERES-DF, GDF, Red mexicana de personas que viven con VIH/SIDA, A.C., México, 2004.

Lamas, Marta. Cuerpo: diferencia sexual y género, Taurus, México, 2005.

Lamas, Marta (comp.), El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, PUEG-Porrúa, México, 1996.

Letra S, De frente a la vida. Testimonios de personas que viven con VIH/sida, CENSIDA, INSP, Letra S, México.

Leyva, René, Marta Caballero y Mario Bronfman (editores), Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida, INSP, México, 2005.

Lomnitz, Clarissa, Cómo sobreviven los marginados, Editorial Siglo XXI, México, 1998.

Luque Núñez, Ricardo, “¿Es usted vulnerable al sida?” en, El sida en primera persona, Ed. Panamericana, Colombia, 2002.

Magis Carlos, Enrique Bravo García, Cecilia Gayet Serrano, Pilar Rivera Reyes y Marcelo de Luca. El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones, CENSIDA, México, 2008.

Malinowski, Bronislaw. Los argonautas del pacífico occidental: un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea Melanesica, Península, Barcelona, 1995.

Medina Carrasco, Gabriel, Juventud, cultura sexual y respuesta social al VIH en Centro América y el Caribe Tomo I y II, UNFPA (Fondo de Población de las acciones Unidas), Argentina, 2006.

Oliveira, Orlandina de, Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas, Colegio de México, México, 2006.

ONUSIDA, El SIDA y el personal militar, Colección Prácticas Optimas, ONUSIDA, Suiza, 1998.

ONUSIDA, Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH/SIDA, Colección Prácticas Optimas, ONUSIDA, Suiza, 1999.

ONUSIDA, El género y el VIH/SIDA, Colección Prácticas Optimas, ONUSIDA, Suiza, 2000.

ONUSIDA, SIDA, reducción de la pobreza y alivio de la deuda. Un módulo de acción para integrar los programas del vih/sida en los instrumentos de desarrollo, ONUSIDA, BANCO MUNDIAL, Ginebra, Suiza, 2001.

ONUSIDA, Actualización técnica del ONUSIDA: Movilidad de la población y SIDA, ONUSIDA, Ginebra, 2001.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia de VIH/SIDA, 2002. ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2002.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia de VIH/SIDA, 2003. ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2003.

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2004.

ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, Mujeres y VIH/SIDA: enfrentarse a la crisis, ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, EEUU, 2004.

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2005.

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2006, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2006

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2007, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2007.

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2008, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2008.

ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2009, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2009.

ONUSIDA, OMS. Epidemic update, 2010 global report, ONUSIDA, Ginebra Suiza, 2010.

Pizarro, Roberto, La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina, CEPAL, Chile.

Platts, Mark, Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida y sociedad, IIF/UNAM, Paidós, México, 1999.

Ponce de León Samuel y Sigfrido Rangel Frausto, Sida. Aspectos clínicos y terapéuticos, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.

Pujadas, Juan, El método biográfico: el uso de historias de vida en Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1992.

Rico, Blanca, Susana Vandale, Betania Allen Y Ana Luisa Liguori (editoras), Situación de las mujeres y el vih/sida en América Latina, INSP, México, 1997.

Rojas Soriano, Raúl, Crisis, salud, enfermedad y práctica médica. Plaza y Valdés, México, 1997.

Rojas Soriano, Raúl, Historia de vida de un mexicano sentenciado a muerte en Estados Unidos, Plaza y Valdés, México, 2005.

SSA, Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA, #22, Secretaría de Salud, México, 1998.

SEDESOL, Medición de la Pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar, Comité Técnico para la medición de la pobreza, SEDESOL, México, 2002.

Sen, Amartya, “Capacidad y bienestar”, en Naussbaun Martha. La calidad de vida, FCE; México, 1996.

Sepúlveda Amor, Jaime, et.al., SIDA, ciencia y sociedad, FCE; México, 1989.

Sontag, Susan, El Sida y sus metáforas, Ed. Taurus, España, 1996.

Tarrés, María Luisa. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social, Miguel Ángel Porrúa, Colmex, FLACSO, México, 2008.

Taylor, S. J., R. Bogdan, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós, Barcelona, 1987.

Thad Sitton, Historia Oral, FCE, México, 1995.

Thompson, Paul. El uso de historias de vida en Ciencias Sociales, Volumen I, Anthropos, España, 1998.

Tortosa, José María (coord.), Pobreza y prospectiva de género, Editorial Icaria, Barcelona.

Uribe-Salas F, Hernández C., Conde-González C., Cruz-Valdez A., Juárez L., Uribe-Zúñiga P., *et. al.* “Las características relacionadas a ETS/SIDA en mujeres que acudieron a realizarse la prueba de VIH en un centro de CONASIDA en la Ciudad de México”. V Congreso Nacional sobre sida, México, 1995.

Weber, Max, Ensayos sobre metodología sociológica, Amorrortu, Argentina, 1997.

HEMEROGRAFÍA

Boletín Mensual SIDA; Año 1, Num.1 (marzo de 1997) – Año 4, Núm. 12 (diciembre de 1990).

Boletín Mensual SIDA/ETS; Año 5, num. 1 (enero de 1991) – Año 8, Núm. 6 (junio de 1994)

Bronfman Mario y Carlos Morgis R. *Tercermundización, depauperización y ruralización* en, Demos. Carta demográfica sobre México, IIS/UNAM, #9, 1996, pp.42 – 44,

_____ y Víctor Ramírez, “La dimensión social del SIDA” en *Antropológicas*, IIA/UNAM, No. 6, México, 1993.

Calderón Aragón, Georgina. *Pobreza y vulnerabilidad. Jaguar y pantera*, en Ciudades. Análisis de la coyuntura, teoría e historia urbana, #52, octubre – diciembre, 2001.

Cárdenas Elizalde, María del Rosario, *Migración y sida en México* en, Salud Pública INSP, volumen 30, número 4, julio- agosto, 1988, pp. 613-618.

Comercio Exterior, Mayo de 2003, vol. 53, num., 5, México 2003

Comercio Exterior, Junio de 2003, vol. 53, num., 6, México 2003.

De Luca. Cuadro del cap. Conferencia en Vienna 2010.

Delor, Francois y Hubert Michel, *Revisiting the concept of vulnerability*. Soc. Sci. Med. #50, pp. 1557-1570, 2000.

García, J. C., Martínez, M. R., *El debate: investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa* en, Enfermería Clínica, (2005) 6 (5): 212-217

Garibi González, Cecilia. *La compleja relación violencia de género-SIDA. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH* en, Sexualidad, salud y Sociedad. Revista Latinoamericana, No. 3, pp. 82-105, 2009.

Guasch Andreu, Oscar, *Riesgo y cultura: determinantes culturales en la definición médica de los grupos de riesgo ante el SIDA*, en Antropología de la medicina, Número especial, mayo 1992.

Gutiérrez Doña, Benicio, *Riesgo percibido de contraer SIDA. Comportamiento sexual y cambios en el comportamiento en hombres homosexuales*, en Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, No. 69, septiembre 1995.

Hernández-Rosete Martínez, Daniel. *Lo público de lo privado: El VIH –SIDA en México como fenómeno cultural* en, Acta sociológica, FCPyS – UNAM, # 17, mayo – agosto, pp. 112 – 134, 1996.

Hernández-Rosete Martínez, Daniel, Gabriela Sánchez Hernández, Blanca Plancarte Villafuerte, Clara Juárez Ramírez, *Del riesgo a la Vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/SIDA en migrantes clandestinos* en, Salud Mental, Vol. 28, No. 5, pp. 20 – 26, octubre 2005.

Herrera, Cristina, Lourdes Campero. *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema* en, Salud Pública de México, Vol. 44, Num. &, noviembre-diciembre, México, 2002.

Liguori, Ana Luisa, “*Perspectiva poco alentadora*” en, Demos. Carta demográfica sobre México, IIS/UNAM, #8, México, 1995

Macias, Juan Manuel, *Significado de la vulnerabilidad social frente a los desastres*, en Revista Mexicana de Sociología, año LIV, núm. 4, Octubre – diciembre, 1992.

Magis Rodríguez, Carlos, *La situación del sida en México a finales de 1998*, en SIDA/ETS, Vol. 4, Num. 4, México 1998.

Magis Rodríguez, Carlos, Aurora del Río Zolezzi, José Luis Valdespino Gómez, María de Lourdes García García, *Casos de sida en el área rural en México*, en Salud Pública de México, INSP, volumen 37, número 6, noviembre-diciembre, 2005, pp. 615-623

Mann, Jonathan, *El SIDA en los noventa*, en CIENCIAS. Revista de difusión, Facultad de Ciencias, UNAM, No. 33, México, 1994.

Montero, Maritza, *Memoria e ideología. Historias de vida: Memoria individual y colectiva*, en Revista Acta Sociológica, FCPyS-UNAM, num. 1, enero-abril, 1990.

Muñiz, Patricia y Rosa María Rubalcava, *La reproducción de la pobreza en*, Demos. Carta demográfica sobre México, IIS/UNAM, #9, pp.42 – 44, México, 1996.

Rubin, Gayle, *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo en Nueva Antropología*, Vol. 8, Num. 30, México, 1986.

Rico, Blanca y Ana Luisa Liguori, *Mujer y SIDA en*, Boletín Mensual SIDA-ETS, año 9, número 4, CONASIDA, 1995.

Ruiz Velasco, Silvia, *Frente al riesgo hay que prevenir en*, Demos. Carta demográfica sobre México, IIS/UNAM, #5, México, 1992.

Sepúlveda Amor, Jaime y Mario Bronfman, *El sida en México: características y perspectivas en*, Salud Pública de México, INSP, volumen 30, número 4, julio- agosto, 1988, pp. 501 -503.

SIDA/ETS (trimestral); Vol. 1, Num.1 (mayo-julio de 1995) – Vol. 4, Num. 4 (octubre-diciembre de 1998).

SSA, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, *Epidemiología*, No. 14, Vol. 18, SSA, México, 2001.

UNAIDS, Comunicado de prensa: *El SIDA: los hombres marcan la diferencia*, UNAIDS, Nueva Delhi, marzo 2000.

Valdespino, José Luis, Jaime Sepúlveda, José Antonio Izazola, *et al.*, *Patrones y predicciones epidemiológicos del SIDA en México* en, Salud Pública, INSP, volumen 30, número 4, pp. 501 -503, julio- agosto, 1988.

Vargas, Luis Alberto, *La humanidad y el SIDA*, en Antropológicas, No. 6, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México, 1993.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

www.censida.salud.gob.mx

www.globaliprex.com/web/index.do

www.inegi.org.mx

www.paho.org

www.portal.salud.gob.mx

www.unaids.org.es

www.who.int/es/

LEYES NACIONALES Y CONVENCIONES INTERNACIONALES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del Distrito Federal.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará.

ANEXO 1. Siglas.

ADN: Ácido Desoxirribonucleico.

ARN: Ácido Ribonucleico.

ARV: Antirretrovirales.

AZT: Zidovudina, Azidotimidina.

CDC: Center Disease Control (Centro de Control de Enfermedades).

CEC: Clínica Especializada Condesa.

Censida: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

DGE: Dirección General de Epidemiología.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

HAART: Highly Active Antiretroviral Treatment (Terapia Antirretrovírica Altamente Activa).

HSH: Hombres que tienen Sexo con otro Hombre.

INEGI: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía.

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.

IO: Infecciones Oportunistas.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

MVVS: Mujeres que Viven con VIH/SIDA.

OEA: Organización de Estados Americanos.

OIT: Organización Internacional del trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSC: Organización de la Sociedad Civil.

PVVS: Personas que Viven con VIH/SIDA.

SI: Sistema Inmunológico.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SSA: Secretaría de Salud.

TS: Trabajadoras y trabajadores del Sexo.

UDI: Usuarios de Drogas Intravenosas.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNGASS: Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (siglas en inglés)

UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ANEXO 2. Índice de cuadros y gráficas.

Cuadro 1. Rasgos generales de las metodologías cuantitativa y cualitativa	17
Cuadro 2. Pruebas de detección	36
Cuadro 3. Situaciones clínicas para diagnóstico de SIDA.	40
Gráfica 1. Casos de SIDA acumulados en el mundo, 1990-2010.	53
Cuadro 4. Resumen mundial de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2008.	54
Cuadro 5. Resumen mundial de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2009.	55
Gráfica 2. Tasa de prevalencia de VIH/SIDA por región, 2008.	56
Gráfica 3. Porcentaje de mujeres viviendo con VIH/SIDA por región, 2008.	57
Gráfica 4. Prevalencia de VIH (%) en países de América Latina, 2007-2008.	60
Gráfica 5. Personas viviendo con VIH/SIDA en países de América Latina, 2009.	61
Cuadro 6. Resumen mundial de la epidemia. 2007, 2008, 2009.	62, 63
Cuadro 7. Casos acumulados de SIDA en México, 1983-2011 (31 de marzo).	64, 65
Cuadro 8. Casos femeninos de SIDA en México, 1984-2007.	67
Gráfica 6. Casos femeninos de SIDA según vía de transmisión, México 1985-1994.	68
Cuadro 9. Registro de casos de SIDA por institución, México 2006-2008.	70
Gráfica 7. Casos acumulados de SIDA en México, 1981-2011 (31 de marzo).	70
Cuadro 10. Casos acumulados de SIDA por edad y sexo, México 2011.	71
Cuadro 11. Causa de mortalidad y defunciones por SIDA en México, 2000-2008.	73
Cuadro 12. Hombres mexicanos: casos acumulados por edad y categoría de transmisión, 1983-2011 (31 de marzo).	74
Cuadro 13. Mujeres mexicanas: casos acumulados por edad y categoría de transmisión, 1983-2011 (31 de marzo).	75
Cuadro 14. Casos acumulados de SIDA según entidad federativa, México 2011.	76
Gráfica 8. Casos acumulados de SIDA en México por sexo, 1994-2011.	76
	164

Gráfica 9. Casos acumulados de SIDA en mujeres mexicanas, 1994-2011.	77
Cuadro 15. Estimación de mujeres viviendo con VIH/SIDA, según grupo clave o población de riesgo en México al 2009.	78
Cuadro 16. Niveles, dimensiones socioestructural y sociosimbólica de la vulnerabilidad.	83
Cuadro 17. Datos socioeconómicos de las informantes.	108
Cuadro 18. Vida reproductiva.	143
Cuadro 19. Violencia vivida por las informantes	144

ANEXO 3. Guión de entrevistas.

I. Datos generales.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil (historia anterior si es que la hubo).
4. Escolaridad.
5. Profesión/ocupación (ingreso mensual neto, horas laboradas a la semana, afiliación a institución de seguridad, prestaciones).
6. Lugar de nacimiento (si es originaria de otro lugar, habrá que indagar cuánto tiempo lleva viviendo en la localidad y domicilio actual).
7. Religión personal (qué religión practica y explorar si asiste a eventos religiosos).
8. Número de hijas e hijos, edad y escolaridad de los mismos.
9. Información sobre familia:
 - a) Tipo: nuclear o extensa
 - b) Número de miembros de la familia
 - c) Jefatura
 - d) Proveedor, proveedores de recursos económicos

II. Condiciones de la vivienda.

1. Tenencia:
 - a) rentada
 - b) propia
 - c) prestada
 - d) renta pero en proceso de compra
2. Características de la construcción:
 - a) material del piso
 - b) material del techo
 - c) material de las paredes
 - d) número de habitaciones (sin contar baños, cocina, sala ni comedor)
 - e) número de focos
 - f) baños

III. Historia de vida.

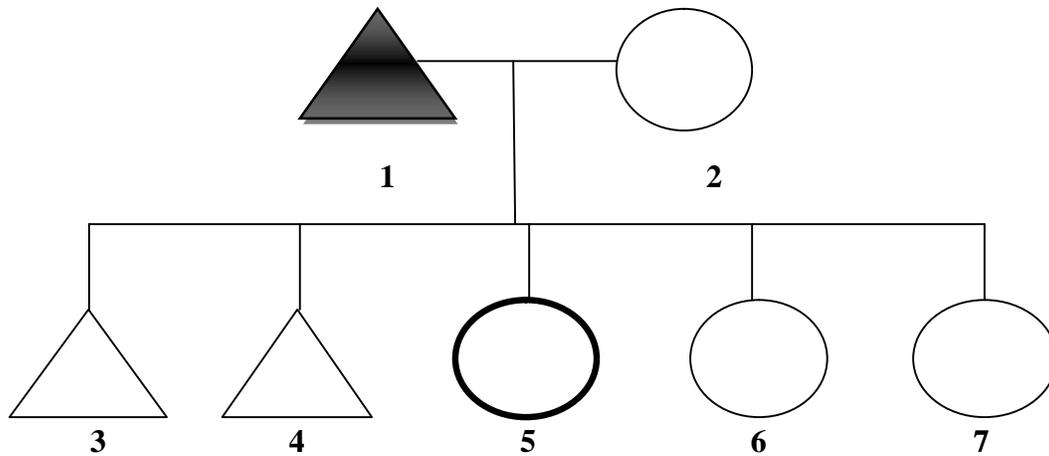
La historia de vida será redactada en base a entrevistas a profundidad. Aquí se trata de conocer las experiencias destacadas de la vida de la informantes, ella presentará la visión de su vida en propias palabras. Se trata de identificar las etapas y periodos que dan forma y perspectiva a la protagonista a partir de acontecimientos y experiencias de vida de la persona.

A partir de ello, indagar sobre:

- a) Familia de origen: cómo estaba compuesta
- b) Infancia: con quién vivía, dónde vivía, cómo era su casa, cómo era su vida, qué hacía en su tiempo libre, cómo eran las relaciones con sus padres, hermanos, amistades, hablantes de alguna lengua indígena
- c) Escolaridad: asistió a la educación formal, durante cuánto tiempo, hasta que grado estudió, motivos de deserción escolar y edad, le hubiera gustado seguir estudiando, qué hubiera estudiado.
- d) Sexualidad: indagar, hasta donde sea posible, sobre el inicio de su vida sexual, cómo han sido sus relaciones afectivas y sexuales (presencia de algún tipo de violencia), consideración sobre relaciones igualitarias, que sabía y qué sabe ahora sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, específicamente qué sabía y qué sabe sobre VIH/SIDA. En este tema se podrá abordar el momento en que ella considera fue contagiada (creencias, simbolismos y significados de este aspecto).
- e) Situación económica: cuál era esta cuando era niña, ha cambiado, por qué; cómo concibe su situación económica actual, cómo supera los imprevistos económicos.
- f) Géneros: cómo eran las relaciones entre los miembros de la familia, trataban igual a hombres y mujeres, recibían los mismos castigos, privilegios, recursos, realizaban las mismas tareas.
- g) Familia actual: quién la compone, cómo son las relaciones, ellas han cambiado las formas de relacionarse con sus hijos o son las mismas que ejercían sus padres, quién lleva la jefatura, por qué motivo es el o la jefa, quién y cómo se toman las decisiones monetarias, educativas o de conflicto
- h) Pareja: tiene pareja, cuál es el tipo de relación que lleva con ella.
- i) Movilidad/migración: conocer si han cambiado de residencia, cuántas veces, por qué migró, por cuánto tiempo, trabajo/labores que desempeñó para conseguir dinero, con quién vivía.
- j) Vulnerabilidad: conocer las situaciones que ponen en riesgo su vida y si ellas las consideran así (cómo se incorporan a la vida cotidiana y cómo alteran cuestiones como enfermedades, desempleo, imprevistos económicos, educación, etc.)

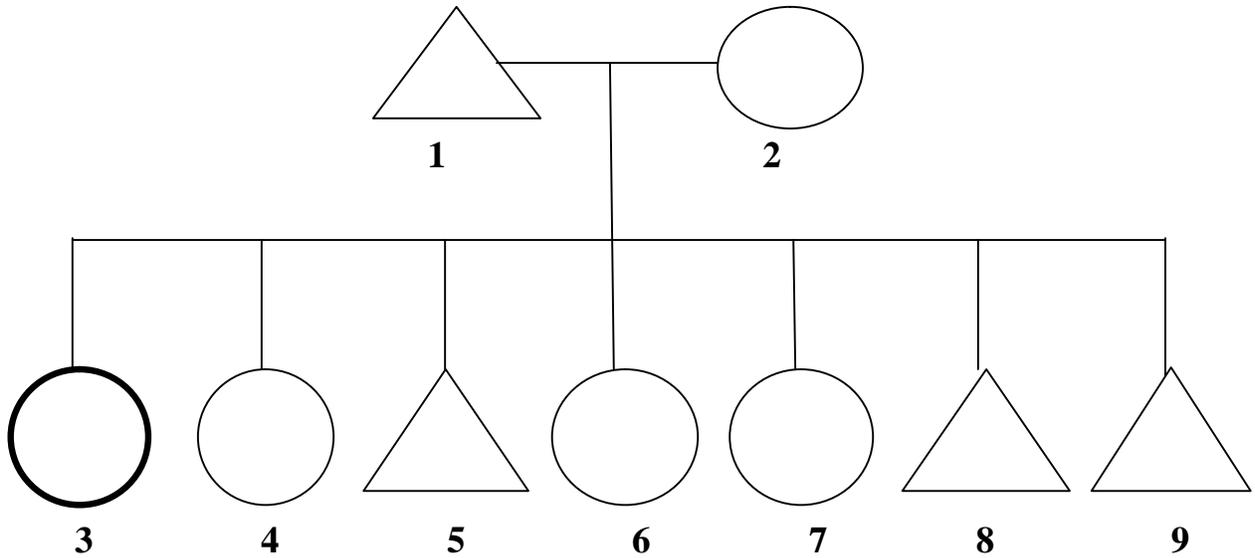
ANEXO 4. Genealogías.

Bella.



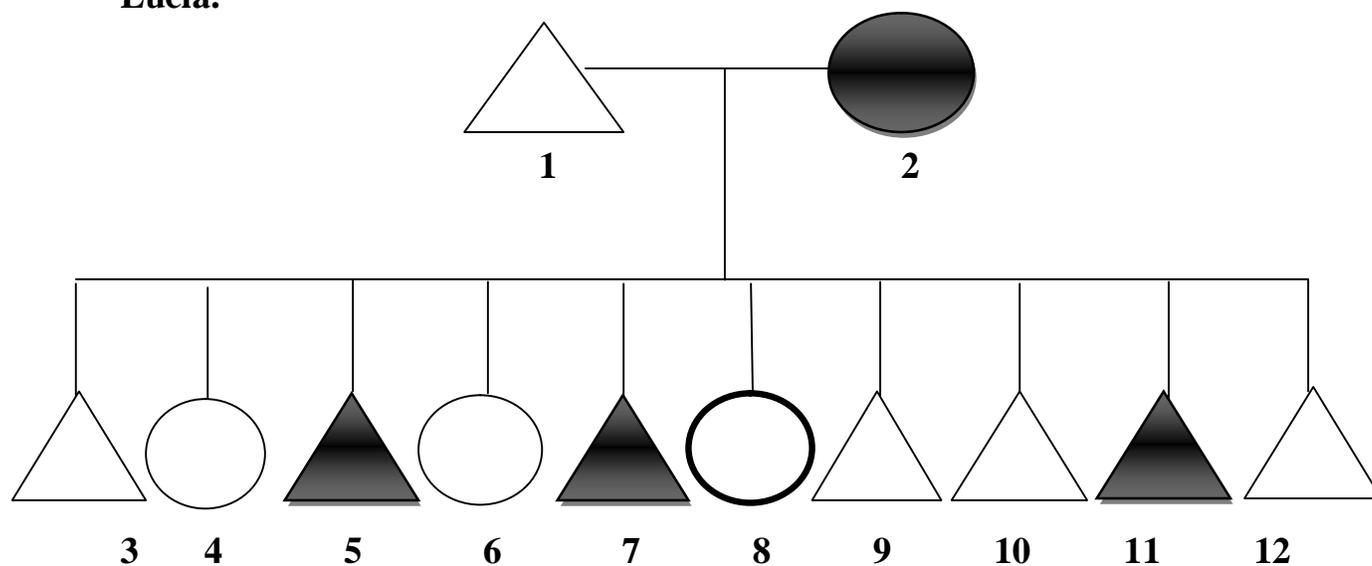
#	Nombre	Edad	Género	Parentesco	Estado Civil	Estudios	Ocupación	Vivía	Hijas/hijos
1	D	D	M	Padre de ego		Sin estudios		No	5
2	D	D	F	Madre de ego	Viuda	Sin estudios	Hogar	Si	5
3	D	43	M	Hermano de ego	Casado	Primaria	Tractorista en rancho	Si	3
4	D	41	M	Hermano de ego	Casado	Primaria	Obrero	Si	4
5	Bella	39	F	Ego	Viuda	Bachillerato Técnico	Empleada	Si	1
6	D	36	F	Hermana de ego	Casada	Secundaria	Hogar	Si	6
7	María	33	F	Hermana de ego	Casada	Secundaria	Hogar	Si	3

Esme.



#	Nombre	Edad	Género	Parentesco	Estado Civil	Estudios	Ocupación	Hijas/hijos
1	D	D	M	Padre de ego	Casado	Sin estudios	Campo	7
2	D	D	F	Madre de ego	Casada	Sin estudios	Hogar	7
3	Esme	27	F	Ego	Casada	Primaria completa	Hogar y ventas temporales	
4	Elizabeth	25	F	Hermana de ego	Casada	Primaria completa	Hogar	2
5	Héctor	23	M	Hermano de ego	Soltero	Primaria completa	Pulidor de pisos	
6	Marta	20	F	Hermana de ego	Casada	Secundaria incompleta	Hogar	1
7	Rita	18	F	Hermana de ego	Soltera	Prepa incompleta	Hogar/campo	
8	Jacobo	12	M	Hermano de ego	Soltero	Secundaria	Estudia/campo	
9	Odin	11	M	Hermano de ego	Soltero	Secundaria	Estudia/campo	

Lucía.



#	Nombre	Edad	Género	Parentesco	Estado Civil	Estudios	Ocupación	Vivía	Hijas/hijos
1	D	D	M	Padre de ego	Viudo	Sin estudios		Si	9
2	D	D	F	Madre de ego		Sin estudios		No	9
3	José	D	M	Hermano de ego	Casado	Sin estudios	D	Si	3
4	Sara	D	F	Hermana de ego	Casada	Sin estudios	Hogar	Si	D
5	Leobardo	D	M	Hermano de ego				No	
6	Mary	D	F	Hermana de ego	Casada	Sin estudios	Hogar	Si	
7	Lázaro	D	F	Hermano de ego	Casado			No	
8	Lucía	46	M	Ego	Unión libre	Sin estudios	Hogar	Si	5
9	Martín	D	M	Hermano de ego	Casado	Sin estudios	D	Si	
10	Enedino	D	M	Hermano de ego	Casado	Sin estudios	D	Si	
11	Santos	D	M	Hermano de ego				No	
12	Alberto	34	M	Hermano de ego	Soltero	Sin estudios	Discapacitado	Si	