



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Facultad de Psicología  
División de Estudios Profesionales**

**La Prevención del VIH/sida, un desafío para el CENSIDA**

**T E S I S**

**para obtener el título de  
Licenciada en Psicología**

**Presenta:**

**Gabriela García Patiño**

**Directora de tesis: Lic. Gloria Angélica Careaga Pérez**

**Revisor: José Francisco Fernández Díaz**



**México, D.F. 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**A Josué**

Por ser la inspiración de este trabajo,  
porque desde que te conocí  
fuiste mi fuerza, mi inspiración, mi mejor amigo.  
Gracias por ser el ángel que guía mis pasos,  
porque como hace 10 años sigues cuidándome.  
Te quiero y te extraño.

**A mamá y papá**

Por su total e incondicional apoyo,  
porque sin ustedes no sería lo que soy,  
por mostrarme el camino y apoyar mis decisiones,  
por mantener nuestra familia unida  
y con amor superar juntos los pequeños  
y grandes obstáculos que se nos han presentado.  
Los quiero.

**A Lili**

Por ser además de mi hermana mi mejor amiga,  
porque mereces mi admiración por tu enorme  
fortaleza. Por ser mi más estricta juez y a la vez  
mi apoyo incondicional.  
Te quiero.

**A Armando**

Por ser mi fuerza, mi soporte, mis ganas de seguir,  
por ser el hombre que camina a mi lado,  
porque hemos crecido y aprendido juntos,  
por ser parte importante de este proyecto.  
Te amo

**A mamari y papatoño**

Por quererme, consentirme y criarme  
por ser mis segundos padres,  
por tanto cariño, por ser los mejores  
abuelos.

**A mis tías/os primas/os y sobrinas/os**

Gracias familia por compartir cada momento,  
por echarme porras siempre  
incluso cuando parecía una locura.  
Los quiero

**A Gloria**

Por abrirme un nuevo panorama,  
por ser mi mentora y un ejemplo a seguir,  
porque eres una gran profesora,  
una activista admirable y una estupenda persona.  
Gracias por ser una de mis ángeles.

**A mis amigas/os**

Por compartir travesuras y aventuras,  
por las risas, el llanto y cada momento vivido a su lado.  
A mi muégano; L'MENTOS; chachalac@s;  
gracias a cada una/o de ustedes.

**A Balance**

Gracias chicas son el mejor equipo,  
especialmente gracias Eugenia por  
enriquecer este trabajo, por la oportunidad  
y el empuje que me has dado.

## Índice

Resumen .....	6
Introducción .....	7
Capítulo I. VIH y sida .....	10
I.1 Concepto.....	10
I.2 Aspectos biológicos.....	12
1.2.1 Etapas de evolución del VIH.....	12
1.2.2 Formas de transmisión.....	13
I.3 Impacto social .....	14
1.3.1 El VIH y sida un problema mundial .....	17
1.3.2 Compromisos internacionales para dar respuesta a la epidemia .....	18
Capítulo II. El VIH/sida en México.....	28
II.1 Datos epidemiológicos del VIH y el sida en México .....	28
II.2 Vulnerabilidad .....	31
II.2.1 Género y vulnerabilidad ante el VIH.....	32
Capítulo III. Políticas Públicas y Acciones de Gobierno .....	36
III.1 Concepto Políticas Públicas .....	36
III.2 Instituciones de Gobierno.....	36
III.2.1 Clasificación.....	37
III.3 Políticas Públicas sobre VIH/sida a través de los años.....	39
III.3.1 Etapa Inicial 1986-1988 .....	39
III.3.2 Sexenio 1995-2000.....	42
III.3.3 Sexenio 2001-2006.....	44
III.3.4 Políticas Públicas sobre VIH/sida en el gobierno actual (2006 – 2010).....	46
Capítulo IV. Prevención del VIH y sida en México .....	49
IV.1 CENSIDA.....	49
IV.2 Prevención.....	54
IV.2.1 Acciones para la prevención.....	57
Capítulo V. Opinión Pública .....	64
V.1 Concepto .....	64
V.2 Funciones .....	65

V.3 Actores .....	66
V.4 La opinión pública y los medios de comunicación .....	68
V.4.1 El periódico.....	68
V.4.2 La radio .....	69
V.4.3 La televisión .....	69
V.5 Propaganda .....	70
Capítulo VI. Método .....	73
VI.1 Planteamiento del problema y justificación.....	73
VI.2 Preguntas de investigación .....	74
VI.3 Objetivo general.....	74
VI.4 Objetivos específicos .....	74
VI.5 Hipótesis .....	75
VI.6 Tipo de estudio .....	75
VI.7 Variables.....	76
VI.8 Muestra.....	76
VI.9 Resultados.....	78
Capítulo VII. Resultados .....	81
VII.1 Las Políticas y los Compromisos Internacionales.....	81
VII.2 Políticas Públicas y Discurso Nacional.....	85
VII.3 Acciones de Prevención.....	88
Capítulo VIII. Conclusiones.....	101
Capítulo IX. Alternativas de trabajo.....	111
Referencias .....	115
Anexos .....	120

## Resumen

La prevención del VIH y sida se ha constituido como la principal herramienta para detener el avance de la epidemia, en vista de la usencia de una cura así como de la imposibilidad de desarrollar una vacuna en los próximos años la única alternativa real y viable para frenar la transmisión del virus y contener sus efectos es a través de la adecuada implementación de estrategias de prevención. En México el órgano encargado de poner en marcha dichas acciones es el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA), la presente investigación es un análisis de la eficiencia en materia de prevención de dicho organismo a través del análisis de la política de prevención que se ha implementado en los últimos años con el fin de detener la epidemia en el país. Se enuncian las estrategias gubernamentales que se han implementado en la materia y a través del contraste de éstas con la política pública, el discurso oficial y los compromisos internacionales se identifican los principales logros, carencias, contradicciones, necesidades y retos. Finalmente, a manera de conclusión y recomendación, se destaca la necesidad de evaluar la política nacional con el fin de que responda a los compromisos internacionales, así como la creación de estrategias específicas dirigidas a las poblaciones clave y con mayor vulnerabilidad a la epidemia, así como de estrategias dirigidas para la población en general. Lo cual no puede lograrse sin el aumento de recursos destinados a la prevención y la adecuada vigilancia de la aplicación de dichos recursos.

Palabras clave:

Políticas Públicas, Prevención VIH y sida, Análisis de contenido

## Introducción

La prevención del VIH tiene como base evitar la generación de nuevas infecciones, para lo cual el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ONUSIDA, órgano rector en la materia a nivel internacional, ha señalado que los esfuerzos de prevención efectivos se basan en el establecimiento de medidas para reducir directamente el riesgo proporcionando servicios de información y acceso a los recursos necesarios (condones, material de inyección esterilizado y terapias de sustitución) para las poblaciones que más lo necesitan. Según ONUSIDA 2010, los programas también deben hacer frente a los factores sociales e institucionales, tales como las normas sexuales, la desigualdad de género y el estigma relativo al VIH, que facilitan la propagación del virus.

En México detener el avance de la epidemia de VIH y sida constituye un reto debido a los diversos factores biológicos, sociales y culturales que se ven implicados en la propagación del virus, aspectos que en muchas ocasiones han quedado fuera del diseño de políticas públicas sobre el tema, en particular es un reto para el gobierno quien a través de la firma de acuerdos y compromisos internacionales (*Objetivos de Desarrollo del Milenio, Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2001*, entre otros), ha contraído la obligación de detener el avance de la epidemia de VIH. La presente investigación tiene como objetivo evaluar los mecanismos que desarrolla el gobierno mexicano a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) para la consecución de los compromisos internacionales en lo referente a la prevención del VIH.

Para llevar a cabo dicho análisis esta investigación aborda aspectos generales esenciales para tener un contexto respecto al tema, entre los elementos que se abordan se encuentra el concepto y las características del VIH y el sida, así como las etapas de la enfermedad, las vías de transmisión y las formas de prevención recomendadas por ONUSIDA, para finalizar con un análisis de los compromisos internacionales que hasta la fecha se han llevado a cabo y de los cuales México ha participado activamente.



El segundo capítulo permite echar un vistazo a los datos oficiales respecto a la epidemiología del virus permitiéndonos tener un panorama general del comportamiento de la epidemia, posteriormente se hace una revisión del concepto de vulnerabilidad en el contexto del VIH, considerando lo que refiere a la vulnerabilidad de género.

El tercer capítulo abre el panorama acerca de lo que son las políticas públicas y las instituciones de gobierno así como el papel que cumplen estas últimas en la ejecución de las políticas y los elementos necesarios para que una institución sea considerada efectiva para posteriormente hacer una revisión de lo que han sido las políticas públicas en torno al VIH de los últimos sexenios hasta llegar al actual.

El concepto de políticas públicas así como lo que corresponde a los organismos gubernamentales encargados de su aplicación y particularmente las políticas específicas respecto a la prevención son abordadas dentro del cuarto capítulo para permitir conocer más a fondo el funcionamiento del órgano rector de estas acciones en el país.

El quinto capítulo permite conocer las bases que dan origen a la opinión pública a través del análisis del concepto y sus funciones, posteriormente se describen los elementos que participan en el proceso de formación de la opinión pública, los actores y los medios de comunicación, para finalizar con un breve análisis de las relaciones públicas y el uso de la propaganda como instrumento para modificar la opinión pública.

Después de plasmar la metodología de la presente investigación para la recopilación y el tratamiento de la información, en el séptimo capítulo se desarrollan los principales resultados obtenidos a través del análisis de contenido del Plan de Acción Específico sobre VIH/sida 2007-2012 y de la normatividad oficial. A través del análisis de estos documentos se obtiene información referente a las políticas públicas establecidas por el gobierno

mexicano para la prevención del VIH y se contrastan con los compromisos internacionales asumidos por el país y los discursos oficiales, para evaluar la consistencia, relevancia y pertinencia de las mismas.

El octavo capítulo nos lleva a una reflexión en torno al alcance que ha tenido la política de prevención en el país así como sus coincidencias y diferencias con los compromisos internacionales firmados. También da cuenta de las inconsistencias entre el discurso, la política nacional y las acciones que ha implementado el país.

Finalmente el último capítulo brinda una alternativa de trabajo derivada del análisis realizado, planteando a raíz de éste una serie de acciones que son necesarias para que CENSIDA pueda llevar a cabo adecuadamente su misión y que el país garantice una respuesta adecuada y apegada a los lineamientos internacionales en lo referente al VIH/sida.

## Capítulo I. VIH y sida

El sida es una de las enfermedades que mayor impacto biológico, social y cultural ha tenido a lo largo de la historia. Desde la perspectiva biológica se trata de un virus, que ataca al sistema inmunológico deteriorando gradualmente las defensas de la persona que lo porta, hasta el punto en que ya no es capaz de defenderse del ataque de agentes patógenos externos y muere. Sin embargo, hoy lo más grave de la enfermedad termina por ser la muerte social que acompaña al padecimiento, la persona con VIH se vuelve blanco de ataques; la enfermedad trae consigo discriminación y estigma producto de los prejuicios que, debido al carácter sexual e íntimo de la mayoría de las transmisiones, acompañan los tabúes culturales y religiosos del sexo. Como respuesta al crecimiento de la crisis por este mal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985 toma el liderazgo de la lucha contra el mal, haciendo un llamado a todos los países y coordinando las acciones referentes a la prevención, la atención y la protección de los derechos humanos de las personas con VIH y sida, a través de declaraciones, acuerdos y compromisos que marcan las pautas de las acciones que se deben llevar a cabo para combatir al VIH y al sida en cada región del planeta.

### I.1 Concepto

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, mejor conocido por sus siglas VIH, es un *retrovirus* que ataca las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento (ONUSIDA, 2008b). La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunológico; lo que trae como consecuencia que éste no pueda cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades.

El virus VIH puede vivir y reproducirse solamente dentro de una célula humana, debido a que carece de los medios necesarios para producir sus agentes de sobrevivencia, vive a expensas de la célula que parasita (Flores, 2006). La capacidad de sobrevivencia del VIH fuera del cuerpo humano es de pocas

horas, puede inactivarse fácilmente a temperaturas extremas, con agua, jabón y cloro.

El VIH se deriva en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mejor conocido como sida y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. (ONUSIDA, 2008b)

El enfermo que presenta un cuadro de sida, es la persona con VIH, que tiene una serie de síntomas y signos en su organismo como son “infecciones pulmonares, Sarcoma de Kaposi, y el complejo relacionado al VIH, que incluye diarrea, sudor nocturno, pérdida de peso, fiebre e infecciones de cualquier índole, pues su sangre no produce los anticuerpos necesarios para combatir al VIH que se propaga en todo el organismo dejándolo indefenso ante cualquier infección oportunista (Flores, 2006). Por ello las personas no mueren de sida sino de las infecciones causadas por el VIH.

La mayoría de las personas con VIH, si no recibe tratamiento, desarrollan síntomas de enfermedades relacionadas con el virus tras 5 o 10 años, pero el lapso de tiempo que transcurre desde que la persona adquiere el VIH hasta que le diagnostican sida puede ser de 10 a 15 años, a veces incluso mayor. La terapia antirretrovírica puede ralentizar la progresión de la enfermedad al disminuir la carga vírica de la persona con el virus (ONUSIDA, 2008b). Cabe destacar que hasta el momento no existe medicamento que cure la infección por el VIH, ni que cure el sida. Tampoco existe vacuna que prevenga de la infección por VIH. Sin embargo, se han desarrollado múltiples estrategias de tratamiento que alargan la vida saludable y productiva de las personas afectadas, a tal punto que actualmente se considera como una enfermedad crónica y no mortal como en el principio de la epidemia.

## **I.2 Aspectos biológicos**

Desde la perspectiva biológica, existe un gran número de elementos a partir de los cuales puede abordarse el tema del VIH y el sida, como lo son la estructura molecular del virus; la dinámica que se establece en las células de una persona con el virus; el diferente comportamiento del virus de acuerdo a la genética de la región donde se estudie. De igual forma, se han hecho numerosos estudios acerca de la inmunología y como ésta es un factor importante para que algunas personas adquieran el virus y otras no, a pesar de que ambas han estado expuestas al mismo. Sin embargo para los fines de esta investigación, los aspectos biológicos a los que se hará referencia son los que respectan a las etapas de evolución del VIH, así como sus formas de transmisión.

### **1.2.1 Etapas de evolución del VIH**

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

Las etapas clínicas provisionales del VIH y el sida OMS (2005) son las siguientes:

1. Infeción primaria por el VIH: Puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo, enfermedad que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.
2. Etapla clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos. En este momento la infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas. Este periodo puede durar de 1 a 10 años. Sin embargo el virus, puede volverse activo en cualquier momento y atacar al sistema inmunitario.
3. Etapla clínica II: se pueden presentar pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
4. Etapla clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves,

tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

5. Etapa IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

### **1.2.2 Formas de transmisión**

El VIH se encuentra en algunos fluidos corporales como son la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna (ONUSIDA, 2008b). De acuerdo a lo anterior es que se han identificado 3 formas de transmisión: sexual, sanguínea y perinatal.

- 1) En la sexual el virus se transmite por la penetración (vaginal o anal) sin protección y el sexo oral con una persona con el virus. Los preservativos masculinos y femeninos son los únicos productos de los que se dispone hoy en día para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre las que se incluye el VIH (ONUSIDA, 2008a). Si se utilizan correctamente cada vez que se mantienen relaciones sexuales, los condones son un medio efectivo para la prevención del VIH en mujeres y hombres.
- 2) La sanguínea se puede transmitir con la transfusión de sangre contaminada, así como por el uso de jeringas, agujas u otros instrumentos afilados que estén contaminados. Entre las recomendaciones de ONUSIDA para evitar la transmisión por esta vía se encuentran las siguientes:
  - Evitar el consumo de drogas inyectables, si se hace uso de ellas, hacerlo siempre con agujas y jeringas nuevas y desechables.
  - Asegurarse de que, si necesita sangre u otros productos sanguíneos, se los ha sometido a las pruebas de VIH, y de que, además, se siguen las normas de seguridad hematológica.
  - Evitar el uso de instrumentos afilados sin el aseguramiento de su esterilización; no compartirlos.

- 3) La perinatal por vía materno infantil, durante el embarazo, el parto o la lactancia. El riesgo de transmisión puede reducirse mediante el tratamiento con antirretrovirales; mediante el parto por cesárea cuando la carga viral es mayor a 1000 copias, así como evitando la lactancia, pero solo si la alimentación de sustitución es aceptable, accesible, sostenible y segura. En caso contrario, se recomienda la lactancia durante los primeros seis meses.

Cualquier persona que mantenga relaciones sexuales sin protección, utilice un equipo de inyección o afilado que no esté esterilizado o a la que le realicen una transfusión con sangre contaminada tiene la posibilidad de contraer el virus, los niños pueden contraerlo a través de sus madres durante el embarazo, el parto o la lactancia (ONUSIDA, 2008a).

Las acciones de prevención del VIH están relacionadas directamente con las formas a través de las cuales se transmite el virus, sin embargo como ONUSIDA (2010) lo señala, para lograr una prevención integral se requiere a la vez de programas de intervención que proporcionen información y acceso a los recursos necesarios (condones, material de inyección estéril, etc.) así como de programas que hagan frente a los factores sociales e institucionales, como las normas sexuales, la desigualdad de género y el estigma relativo al VIH, que facilitan la propagación del virus.

### **I.3 Impacto social**

La sexualidad en occidente ha estado envuelta en una atmósfera de silencio y ocultación; culturalmente desde hace siglos se ha visto como un tema prohibido, sucio, cuya sola mención produce morbo, incomodidad y censura. Un tema del que simplemente no se habla.

En este contexto aparece el sida como una enfermedad nueva, en un principio considerada inminentemente mortal, que se transmite a través de fluidos corporales (sangre, semen y fluidos vaginales) y cuya principal forma de transmisión es la sexual, lo cual saca a la luz comportamientos que tienen lugar

en la intimidad. De pronto las prácticas privadas, la faceta más íntima de las personas se ve expuesta; entonces la enfermedad adquiere un matiz de morbo, suciedad, vergüenza y depravación pues comparte los tabúes culturales y religiosos del sexo.

Ante la letalidad del mal, la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes (Pescador y Bronfman, 1989). Si a lo anterior agregamos que el sida fue relacionado en un principio con hombres homosexuales, individuos de preferencias sexuales “moralmente reprobables” para las sociedades conservadoras, el resultado final fue que la enfermedad fuera considerada como un castigo a las acciones que provocan la transmisión y que de acuerdo con esto el paciente fuera visto como culpable de su propia enfermedad.

Este hecho trajo consigo una repercusión en general para las personas homosexuales ya que se les consideró como las responsables de la epidemia, asociando VIH igual a homosexualidad y viceversa, con lo cual se enfatizaban circunstancias de estigma y discriminación ya existentes para esta población. Ante ese hecho es que a la mitad de los noventa emergió el término epidemiológico HSH (hombres que tienen sexo con hombres) para describir en general las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo, sin importar su identidad sexual. La implementación de este término, además, tiene la intención de asegurarse de que las intervenciones que se realizan en prevención se adapten a diferentes grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (incluidos los hombres homosexuales, bisexuales, transgénero y hombres que actúan o se identifican a sí mismos como hombres heterosexuales convencionales). Se tuvo en cuenta que muchos de estos hombres no se perciben a sí mismos como homosexuales. El término ayuda a diferenciar entre el comportamiento y la identidad sexual.



Igualmente, el origen del sida fue asociado a un mono en el África, sin que hasta hoy haya claridad respecto de su transmisión a la raza humana. No obstante, y dado que la epidemia ha alcanzado cifras alarmantes en ese continente, otra dimensión que lo cruzó fue la racial, producto de los estereotipos y prejuicios de las sociedades occidentales hacia la población africana.

En suma, al sida le han definido dos grandes ejes de discriminación el racismo y la homofobia, ejes estructurales prevalecientes de manera clara en la sociedad global, principalmente en el mundo occidental.

Por si fuera poco, la difusión poco responsable de tales prejuicios se convierte en una aliada más de la enfermedad, ya que produce reacciones antisociales que van desde la indiferencia (basada en la falsa seguridad, según la cual, quién no es homosexual no está expuesto a ningún riesgo), hasta la abierta hostilidad hacia tales grupos.

La persona con VIH pasa a ser el victimario, “su condena es la segregación, el abandono y al final la muerte como justo castigo” (Quiroz, 2001). Las personas con VIH y sida se convierten en un grupo rechazado, perseguido por la sociedad, como resultado son más susceptibles a la violación de sus derechos humanos y la discriminación lo cual trae consigo el ocultamiento de las personas que viven con el virus. La discriminación y segregación producto de hacer público un diagnóstico positivo empieza desde los centros de salud y se extiende a la sociedad en general para repercutir dentro de la misma familia. Ante la inseguridad de compartir su diagnóstico la persona decide ocultarlo, como una manera de protegerse que termina provocando que las acciones de atención y prevención se vean mermadas.

Es así como finalmente ante el largo periodo asintomático de la enfermedad, el no menos largo lapso en que se prevé que será posible encontrar una vacuna, así como el carácter íntimo y privado en que se llevan a cabo la mayor parte de

las transmisiones, el VIH/sida se ha vuelto un problema de salud pública y un tema prioritario en las agendas de todo el mundo.

### **1.3.1 El VIH y sida un problema mundial**

No se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus, ni en qué momento se convirtió en un agente patógeno para la humanidad. Fue a principios de la década de los 80's cuando se publicaron los primeros casos de sida en los Estados Unidos, sin embargo, en poco tiempo salieron a la luz reportes de casos de África, el Caribe, hasta que finalmente abarcó todos los continentes.

La magnitud de la crisis del sida supera las peores previsiones realizadas en la primera década de la enfermedad. En el año 2007 ONUSIDA estimó que a nivel mundial existían 33.4 millones de personas viviendo con VIH (ONUSIDA, 2009), de las cuáles las mujeres representan el 48% del total mundial con una cifra de 17.3 millones de mujeres con VIH (Global Coalition on Women and AIDS, 2008). Si bien en un principio la epidemia se caracterizaba por presentar tendencias definidas respecto a los patrones de propagación, en la actualidad ha tomado una forma más heterogénea. De acuerdo con ONUSIDA (2009) las epidemias de VIH y sida se clasifican de la siguiente manera:

#### De bajo nivel

La prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún subgrupo de población definido. Si bien la epidemia del VIH lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. La infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comportamiento de más riesgo, por ejemplo, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones homosexuales.

#### Epidemia concentrada

La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de población. La prevalencia del virus es de menos de 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas. El VIH se ha

difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no así entre la población general.

### Epidemia generalizada

La prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas. En este tipo de epidemia, el VIH se encuentra bien establecido entre la población general.

El panorama mundial respecto a la epidemia en las mujeres según la Global Coalition on Women and AIDS (2008) es el siguiente:

- En África subsahariana son mujeres casi tres de cada cuatro (74%) jóvenes de 15-24 años con VIH.
- En Asia, Europa oriental y América Latina, una proporción creciente de las personas con VIH son mujeres y niñas.
- En el Caribe, el 51% de los adultos con VIH son mujeres, mientras que en las Bahamas y Trinidad y Tobago las cifras se sitúan en el 59% y 56%, respectivamente
- En los Estados Unidos de América, el sida es la principal causa de mortalidad entre las mujeres afroamericanas de 25-34 años.

Desde la década de los ochenta cada país comenzó a poner en marcha los mecanismos con los que contaba para hacer frente a la enfermedad, sin embargo ante el crecimiento de ésta hubo la necesidad de hacer un frente común para hacer cara a la epidemia que se tenía enfrente.

### **1.3.2 Compromisos internacionales para dar respuesta a la epidemia**

En 1985 ante el inminente crecimiento del sida en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza un llamado a todos los países para unirse en el combate a la enfermedad, es en 1987 cuando dicha organización establece el Programa Especial sobre sida (Letra S, 2001).

En 1988 por primera vez, los ministros de Salud de todo el mundo se reúnen en Londres para abordar el problema del VIH y el sida, en ese mismo año se crea

la Sociedad Internacional del sida (IAS por sus siglas en inglés), una organización compuesta por un grupo de científicos destacados de todo el mundo, quien se encarga de celebrar conferencias internacionales sobre el sida que reúnen a científicos, activistas, investigadores, personas con VIH y a todos aquellos que trabajan con aspectos relacionados con el sida para que compartan sus conocimientos y experiencias en la respuesta a la epidemia (ONUSIDA, 2008c).

Desde entonces, la IAS ha convocado las mayores reuniones sobre el VIH del mundo, que en la actualidad se celebran cada dos años. Hasta el momento se han realizado XVIII conferencias internacionales, siendo la penúltima la primera en realizarse en Latinoamérica en agosto de 2008 en la Ciudad de México.

En 1989 se establece el 1 de diciembre como Día Mundial de Lucha contra el sida. Para 1996 se crea el programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), convirtiéndose éste en el organismo de la ONU encargado de coordinar las acciones para el combate de la enfermedad a nivel mundial. El Programa está copatrocinado por 10 organismos del sistema de las Naciones Unidas: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Programa Mundial de Alimentos (PMA); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD); Organización Internacional del Trabajo (OIT); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (ONU, 2008). Cada una de estas organizaciones, desde su área trabaja para brindar apoyo técnico a los países y ayudarles a potenciar sus planes nacionales.

La ONU también se involucra celebrando varias discusiones sobre sida en distintas de sus instancias, entre las que se encuentran: la Asamblea General; a través de sesiones extraordinarias, de alto nivel o especiales, como la celebrada en el año 2001 con el tema específico del sida o la sesión especial

de la Asamblea de las Naciones Unidas a favor de la Infancia (PAFI), también sobresalen las discusiones y resoluciones realizadas a través del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW).

Destacan los documentos resultado de diversas cumbres organizadas por la ONU, entre las que se encuentran: la Cumbre Mundial a favor de la infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Cumbre del Milenio (2000), la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (2001), la Cumbre Mundial sobre VIH/sida (2005).

Desde el primer momento el gobierno mexicano ha firmado documentos internacionales que representan valores universales mínimos que nuestro país se comprometió a promover, proteger, garantizar y cumplir. Estos instrumentos están plasmados en declaraciones, pactos, convenciones, tratados, etc. Son normas de derecho internacional que protegen al ser humano, resultado del esfuerzo de la sociedad internacional por establecer un conjunto de reglas mínimas de protección y desarrollo para todas las personas, incluyendo a las que viven con el VIH y sida (Secretaría de Salud, 2008).

México ha firmado y ratificado, y por lo tanto convertido en leyes, diversos instrumentos internacionales. En consecuencia, nuestro gobierno ha manifestado su compromiso explícito para adherirse a lo estipulado en estos documentos, incluyendo aquellos que se refieren específicamente a revertir el avance de la pandemia del sida y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con el VIH y sida.

Entre las directrices internacionales en materia de VIH y sida, a los que México se ha adherido se encuentran:

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Declaración Cumbre de París sobre sida.

- Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/sida.
- Declaración del Milenio.
- Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida (Declaración de UNGASS/sida).
- Declaración de ministros de salud y educación (2008)

*Declaración de derechos y humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del virus del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)*

Como resultado de que la ONU encabezara la lucha, se toman resoluciones para dar respuesta a la enfermedad, entre ellas destaca la realizada en 1992 sobre los derechos humanos en el contexto del VIH y sida, esto en respuesta al clima de intolerancia, discriminación y estigmatización que enfrentan a diario las personas con el virus. Dicho documento está basado en la declaración universal de los derechos humanos y en su contenido busca salvaguardar la integridad de la persona que vive con el virus, reconocer sus derechos fundamentales como ser humano y garantizar su bienestar físico y social, recalcando que dichos derechos no dependen de su estado de salud.

Producto de dicha declaración se publica como documento adjunto la “Carta de las obligaciones de respetar los derechos humanos y los principios éticos y humanitarios al abordar las dimensiones sanitarias, sociales y económicas del VIH y el sida” documento en el cual se manifiesta el deber del Estado de proteger la salud pública a través de políticas apropiadas que faciliten recursos financieros y de otra índole para hacer frente a la enfermedad. Dichas políticas deben estar basadas en el conocimiento científico del VIH y sida así como en el respeto de los derechos humanos y la dignidad de los principios éticos y humanitarios (ONU, 1992). Las acciones se plantean en diferentes ejes, la prevención para evitar la propagación del mal, la atención y el apoyo a las personas con el virus, el impacto social y económico de la enfermedad así como el respeto a los derechos humanos.

*Cumbre de París (1994)*

En la Cumbre de París sobre el sida de 1994, los dirigentes políticos de 42 países (incluido México) firmaron una declaración donde se comprometen a proteger los derechos de las personas con sida y para trabajar más estrechamente con las organizaciones representativas de los mismos. Declararon que el principio de una mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH y sida es fundamental para una respuesta nacional ética y eficaz a la epidemia. Esta es, por consiguiente, la posición oficial de esos gobiernos, que se han comprometido a prestar pleno apoyo a las personas que viven con o están afectadas por el VIH y sida (ONUSIDA, 1999).

La declaración tiene como elementos base garantizar el acceso a la atención de salud, educación, viajes, vivienda y bienestar social así como destinar más dinero para la investigación, mejorar la seguridad del suministro de sangre, promover y brindar acceso a medios y métodos de prevención, promover una educación que favorezca la igualdad entre los sexos e incluya la educación sexual, así como mejorar la situación, la educación y las condiciones de vida de la mujer (ONU, 1994).

*Directrices Internacionales sobre VIH/sida y los Derechos Humanos (1998)*

Para 1996 se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). En el año 1998, dicho programa junto con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicaron las Directrices Internacionales sobre VIH/sida y los Derechos Humanos. Estas directrices proporcionan orientación política a gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y grupos de la sociedad civil con respecto al desarrollo y aplicación de estrategias nacionales eficaces para combatir el VIH y el sida.

En la evaluación hecha en el año 2003 a estas directrices se revisa y modifica la sexta directriz enfocada al “acceso a la prevención, tratamiento, atención y

apoyo” de esta manera se hace un mayor énfasis en el hecho de que el acceso al tratamiento y la medicación relacionadas con el VIH y el sida es fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud y que para ello es necesaria la acción desde múltiples frentes así como la cooperación internacional.

En 1999 ante el crecimiento de la transmisión de virus resistentes a los medicamentos se decreta al sida desastre mundial (Letra S, 2001).

#### *Declaración del Milenio (2000)*

En el año 2000, 191 países incluyendo a 147 jefes de Estado y de gobierno, reunidos en la sede de Naciones Unidas en Nueva York aprobaron la Declaración del Milenio en el marco de la Cumbre del Milenio, en dicha declaración acordaron reafirmar la fe en la Organización y su Carta, como cimientos indispensables de un mundo más pacífico, más próspero y más justo (ONU, 2000). A raíz de la Declaración se definieron los siguientes objetivos para hacer frente a los retos que el mundo enfrenta:

- Erradicar la pobreza
- Aumentar el desarrollo
- Disminuir enfermedades
- Reducir la injusticia, la desigualdad, el terrorismo y la delincuencia
- Proteger el medio ambiente

Los objetivos derivados de esta Declaración se conocen ahora como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho objetivos que los 192 países miembros de la ONU acordaron conseguir para el año 2015 y proporcionan un marco para que todo el sistema de la ONU trabaje coherentemente y en conjunto hacia un fin común. Los ODM han levantado una gran polémica ya que se les ha tachado de ser extremadamente modestos pues las metas asociadas a estos objetivos suponen solo el mínimo indispensable de desarrollo (Filgueira, 2009). Aun mayor revuelo ha causado el hecho de que la evidencia muestra que en muchos países y en algunos casos en regiones enteras, a pesar de la modestia de las metas, éstas no se lograrán.



De estos objetivos, el objetivo 6 es el que hace referencia al VIH y el sida:

**Objetivo 6 - Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades**

Metas:

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

*Declaración de compromiso en la lucha contra VIH (Declaración UNGASS/sida 2001)*

Como una medida para hacer un frente común ante la enfermedad, en 2001 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realiza una sesión extraordinaria sobre VIH y sida, donde se firma una Declaración de Compromisos para detener la pandemia, la cual consiste en un plan para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos al VIH y el sida.

Las Declaración contiene noventa y tres metas de acción mundial, distribuidas en diez temáticas de interés para la epidemia: liderazgo; prevención; apoyo y tratamiento; el VIH/sida y los derechos humanos; reducción de la vulnerabilidad; las niñas y niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/sida; mitigación de los efectos sociales, y económicos; investigación y desarrollo; el VIH/sida en las regiones más afectadas por conflicto o desastres naturales; y recursos (Secretaría de Salud, 2008). Asimismo, existen tres de seguimiento para cada uno de los planos: nacional, regional; y cuatro para el mundial.

En su contenido, son evidentes los cambios en la vulnerabilidad al sida, se incluyen otros grupos como mujeres y jóvenes, así como aspectos de salud mental y derechos humanos más claramente. Manifiesta que para 2003 se prevé asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de

financiación nacionales para luchar contra el VIH y el sida que: se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH y sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; incorporen una perspectiva de género; y tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia; y aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educacional y jurídico (ONU, 2001). De igual forma fija, para ese año, incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH y el sida en los planes de desarrollo, entre ellos los presupuestos nacionales.

Específicamente sobre la mujer, los Estados Miembros acuerdan que la igualdad entre los sexos y la capacitación de las mujeres son fundamentales para asegurar una respuesta eficaz al sida, y se comprometen a establecer objetivos con plazos fijos, algunos de los cuales se relacionan específicamente con las mujeres.

#### *Declaración de ministros de salud y educación (2008)*

En agosto de 2008 como antesala de la XVII Conferencia Internacional sobre sida que se realizó en la Ciudad de México, se celebra la 1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Latinoamérica y el Caribe, en la cual los ministros de la región aprobaron la declaración “Prevenir con Educación”.

En dicho documento, la sexualidad juega un papel central. Se exhorta a poner en práctica y fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad que incorpore el tema de la sexualidad desde etapas tempranas y

antes del inicio de la vida sexual, al tiempo que se promueve la salud sexual y reproductiva, lo que incluye la prevención del VIH y las ITS (Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe, 2008). La Declaración de los gobiernos llama a fomentar una educación integral en sexualidad basada en derechos humanos y que abarque aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales, de género y sobre la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Destaca la importancia de una amplia participación de la comunidad y de las familias -adolescentes y jóvenes incluidos- en el desarrollo de los programas de promoción de salud.

El sida es una enfermedad que desde su aparición ha causado un fuerte impacto a la humanidad, impacto que va mas allá del aspecto físico sino en lo social, cultural e incluso moral y religioso, sacudiendo las delicadas fibras de lo moralmente aceptable, sobre todo para los valores predominantes en la sociedad occidental.

La persona con VIH no solo se enfrenta a los estragos físicos que le provoca el virus al deteriorar lentamente su sistema inmunológico, el impacto más devastador termina siendo el impacto social, la persona con VIH no solo tiene que soportar el desgaste de su salud física, también se vuelve blanco de discriminación y segregación. Se vuelve víctima de reacciones tan bastas que van de la indiferencia a la hostilidad, como un claro ejemplo de la muerte social a que está condenada la persona con el virus.

Ante la gran magnitud de la enfermedad a nivel mundial, la ONU a través de ONUSIDA se ha convertido en la instancia encargada de coordinar los esfuerzos mundiales para combatir a la enfermedad. De dichos esfuerzos se han creado compromisos que los países firmantes han asumido como la base de su respuesta a la enfermedad. Adquieren mayor relevancia dos compromisos en particular, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de Compromiso UNGASS 2001, ya que en ambos se establece la consecución de objetivos particulares en un tiempo específico.

México al firmar y ratificar estos compromisos ha manifestado su total acuerdo y resolución para adherirse a lo estipulado en estos documentos. Lo cual va desde garantizar las condiciones de vida de las personas con VIH, garantizar el cumplimiento de sus derechos humanos, revertir el avance de la enfermedad y combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas con VIH. Si bien México al firmar se ha comprometido a llevarlos a cabo, es importante analizar si las acciones realizadas en materia de VIH/sida corresponden con lo firmado a nivel internacional.

## **Capítulo II. El VIH/sida en México**

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el sida se ha convertido en un problema de salud pública que alcanza repercusiones que van más allá del ámbito de la salud, abarcando dimensiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. El presente apartado brinda en primer lugar un panorama general de los datos epidemiológicos del virus en nuestro país a través de la presentación de datos acumulados desde 1983 a 2009, así como las tendencias actuales de la enfermedad, en segundo lugar y de acuerdo con estas tendencias, se explica el concepto de vulnerabilidad en el contexto del VIH considerando lo que refiere a la vulnerabilidad al género.

### **II.1 Datos epidemiológicos del VIH y el sida en México**

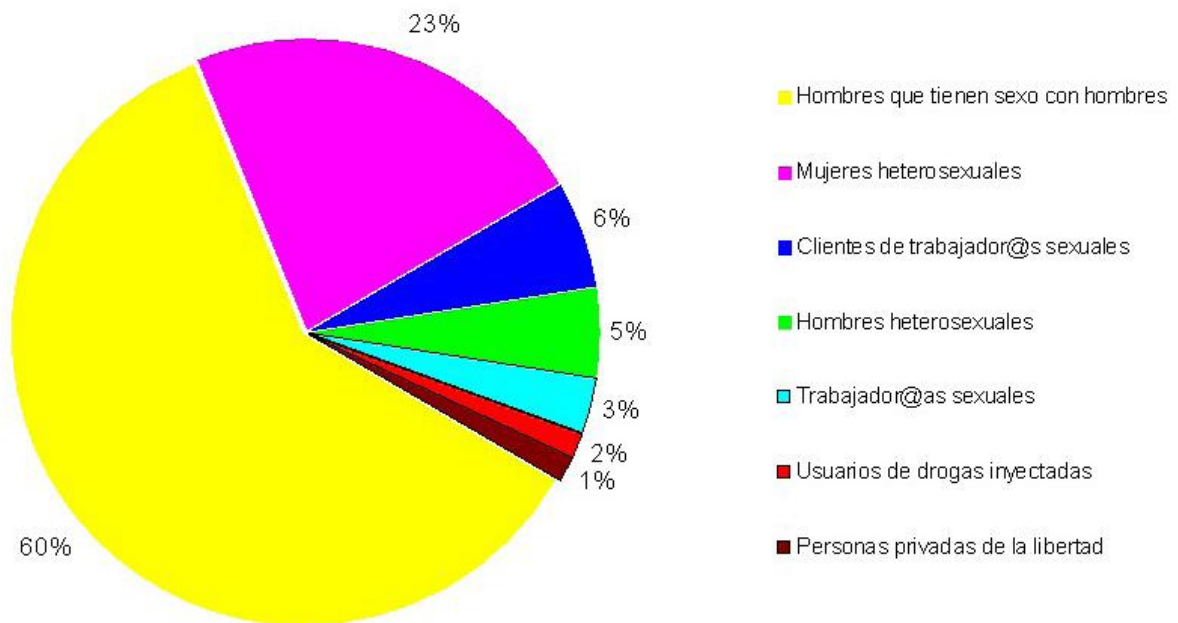
Según el informe anual 2008 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) considerando el número total de infecciones, se estima que en México existen 200,000 personas viviendo con VIH de los cuales 57,000 son mujeres, es decir una de cada cuatro (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI, 2008). El primer caso de sida en México fue diagnosticado en 1983, la incidencia del virus tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004 (Secretaría de Salud, 2007).

La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha. En los hombres la mortalidad se redujo en un 14%, sin embargo en las mujeres se incrementó entre 1997 y 2004 (Secretaría de Salud, 2008).

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA), de manera conjunta con UNUSIDA, hasta el 2009 en México existían 220,000 personas adultas con VIH, de las cuáles el 60% corresponde a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales, 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales, el 3.1% correspondió a

trabajadoras sexuales y el 2.0 a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectables y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5% del total de personas que viven con VIH en México

**Figura 1. Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México, 2009**



Fuente: CENSIDA (2009)

Respecto a los casos de sida, según CENSIDA, desde el inicio de la epidemia hasta el 17 de noviembre de 2009 en México se han reportado 135,003 casos acumulados de sida. Todos los estados de la República Mexicana han reportado casos, observándose que del número total de casos acumulados el 45% se concentran en el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz y Jalisco.

Mientras que los casos acumulados de sida se concentran la mayor parte en el grupo etario de 30 a 44 años con un 47.8%, los casos de infección de VIH se concentran en el grupo etario de 15 a 29 años con el 45.7% lo cual indica que

la infección se da entre los jóvenes y la enfermedad se desarrolla una década después.

En relación al sexo la mayoría de personas con el virus son hombres con un 82.3% de los casos, las mujeres corresponden al 17.7% del total de casos de sida acumulados. La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia. Dicha razón disminuyó de 10.08 en 1985, hasta 4.0 para el 2009 (CENSIDA, 2009a) lo cual significa que mientras al inicio de la epidemia por cada 10 hombres había una mujer viviendo con el virus, para el 2009 la relación se había vuelto más estrecha con 4 hombres por cada mujer. Este incremento de los casos de mujeres con el virus en la última década ha dado como resultado una tendencia hacia la feminización de la epidemia. La principal vía de infección en las mujeres es el contacto sexual. Debido a que la población con los niveles más altos de VIH en México son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), de acuerdo con Magis, Bravo y Uribe (2002), se considera que la reciente tendencia a la feminización de la epidemia se debe a que las mujeres adquieren el virus al relacionarse con hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.

El número de casos pediátricos (menores de 15 años) que se ha notificado en México, de manera acumulada, corresponde a 2.4% del total de los casos en el país. La transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por el VIH en este grupo con el 86% de los casos, la transmisión sanguínea representa el 10.3% y la transmisión sexual el 3.7%.

Respecto a la transmisión, la epidemia de sida en hombres adultos (15 años o más) está asociada a la transmisión sexual con alrededor de un 90% de los casos, y se ha ido estrechando la brecha entre casos heterosexuales (48.2%) y hombres que tienen sexo con hombres, HSH (47.8%). También se ha observado la desaparición de los casos de sida asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectables (UDI's) y transmisión perinatal ocupan porcentajes muy bajos para este sector de la población.

La epidemia de sida en mujeres adultas (15 años o más), también es caracterizada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi el 95% del total de casos registrados en el 2009, en tanto que los casos de sida perinatales y en usuarias de drogas inyectables ocupan el porcentaje restante. Al igual que en los hombres los casos de sida en mujeres asociados a la transfusión sanguínea han desaparecido.

Es importante destacar que un porcentaje importante de casos diagnosticados sufre un retraso de hasta cinco años en su registro, por tanto las apreciaciones que se puedan elaborar desde el 2004 se basan en cifras incompletas. También se cuenta con un número significativo de casos cuya vía de transmisión se desconoce (37.3%).

En cuanto al número de defunciones relacionadas con el sida, de 1988 al 2007 han ocurrido 72 mil defunciones en México, y de estas 49 mil corresponden al grupo de 25 a 44 años de edad. La tasa de mortalidad entre 1998 y 2007 es ligeramente descendente de 18.4 en 1998 a 17.7 en 2007. Por otro lado la tasa de mortalidad por sida en las mujeres se ubica en un 21.2%. En números absolutos las defunciones de mujeres a causa del sida han crecido un 44.8% durante este periodo. Según CENSIDA (2009a) este hecho parece estar asociado con el progresivo incremento observado en la cantidad de casos de sida en mujeres y, posiblemente, a una menor efectividad del tratamiento antirretroviral en razón de un inicio tardío del tratamiento, menor adherencia y/o debido a la presencia de reinfecciones.

## **II.2 Vulnerabilidad**

A lo largo de estas casi tres décadas desde la aparición del VIH y el sida ha habido una evolución respecto a la nomenclatura utilizada para identificar a los grupos más afectados por la epidemia, en un principio se manejó la idea de “grupos de riesgo”, término que cargaba con prejuicios y contribuía a la segregación y discriminación hacia las personas con el virus pues las tachaba como peligrosas, en la actualidad el concepto más aceptado y difundido es el de vulnerabilidad en cuanto a las condiciones sociales y conductas de riesgo en lo particular.



La vulnerabilidad hace referencia a la mayor probabilidad que tienen algunas personas de sufrir cierto daño, sobre todo a causa de su condición social. Según Kendall (2010), el concepto de vulnerabilidad subraya la importancia de los factores sociales, económicos, culturales, biológicos, epidemiológicos, y del ciclo de vida que condicionan las decisiones y comportamientos humanos.

### **II.2.1 Género y vulnerabilidad ante el VIH**

La vulnerabilidad al VIH está asociada a diferentes grupos y contextos sociales, para los fines de esta investigación se profundizará en vulnerabilidad al VIH asociada a las condiciones de género. Se entiende por género una serie de características y funciones que se atribuyen culturalmente a hombres y a mujeres, y que van más allá de su condición biológica (Elu, 1992). El género constituye una serie de construcciones sociales que muchas veces se traducen en prescripciones acerca del comportamiento que se considera “aceptable” en una mujer o en un hombre. Estas construcciones se aprenden a través de un intenso proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.

Las construcciones de género no sólo marcan diferencias entre hombres y mujeres y entre diferentes grupos de hombres y mujeres (por clase, raza, educación, orientación sexual, etc.), como lo establece Kendall 2010, estas también generan desigualdad en el acceso y control de recursos, en la participación social y, como consecuencia, en la capacidad de ciertos grupos de personas para tomar decisiones.

Según la OMS (2000), en el caso de las mujeres, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, la vagina y el cérvix tienen más células que favorecen la entrada del virus, y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. Además en las mujeres jóvenes la mucosa vaginal es más frágil, lo que aumenta las probabilidades de

que un trauma permita la infección. La transmisión del VIH es más probable durante el sexo anal y el sexo violento o forzado.

Algunos patrones socioculturales como el noviazgo entre hombres mayores y mujeres jóvenes, contribuyen a incrementar la vulnerabilidad en las mujeres, según Herrera y Campero (2002) es mucho más factible que los hombres mayores hayan tenido más parejas sexuales y, por lo tanto, hayan tenido más posibilidades de adquirir el VIH u otra infección de transmisión sexual.

En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres en nuestro país siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud. “Los dos géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto en el ámbito de las parejas y familias, como de la sociedad o de la cultura” (Herrera y Campero, *Ibid*).

Si bien existen condiciones de género que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, los hombres también son socialmente vulnerables al virus, Kendall (2010) establece como parte de las condiciones que influyen en esta vulnerabilidad el que los hombres mantengan conductas de riesgo ligadas a ciertos patrones dominantes de masculinidad, los cuales pueden expresarse en comportamientos como poseer múltiples parejas, no usar condón y combinar relaciones sexuales con el uso de drogas o alcohol. Según esta autora en el contexto cultural mexicano, la expectativa de que los hombres sean agresivos, mantengan el control y establezcan las condiciones sobre las relaciones sexuales puede impedir que hablen con su pareja para expresar sus dudas o la falta de conocimiento sobre sexualidad, ya que eso podría propiciar que su pareja femenina adopte un papel más activo y busque establecer las condiciones del acto sexual.

En las mujeres, la moral social desalienta el conocimiento de su propio cuerpo y su sexualidad, e incluso en los casos en que ellas tienen la información

adecuada acerca del VIH, sus formas de transmisión y métodos de prevención, las reglas culturales pueden dificultar que hablen sobre el sexo ya que ninguna mujer desea que se le tache de ser una “mala mujer” (Kendall, Ibid). A lo anterior se agregan ciertas concepciones sobre el amor, el romanticismo y la fidelidad que dan pie a prácticas no protegidas sobre la base de falsas seguridades. Por ejemplo, la idea de que tener una pareja estable es garantía de que no se va a adquirir el VIH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2008).

La vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género se refuerza cuando, además se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de preferencias sexuales, es decir, el VIH y sida afectan a las mujeres en tanto mujeres, pero no las afecta a todas por igual. Si bien existe una vulnerabilidad específica para las mujeres, aquellas que están particularmente en riesgo son las compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo como las parejas de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres, las parejas sexuales de personas con VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin protección, las mujeres indígenas/rurales migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras. Una gran proporción de mujeres pertenece a una o más de estas categorías sociales, y tiene así “vulnerabilidades acumuladas”

Estas condiciones de desigualdad social han sido consideradas dentro de los compromisos internacionales, en especial dentro de la declaración de compromiso de lucha contra el sida UNGASS 2001, donde existe un apartado dedicado a la reducción de la vulnerabilidad en el cual se establece, entre otras cosas, que las estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia.

Como se ha visto las cifras de VIH y sida demuestran el fuerte impacto de la epidemia en el país, los datos epidemiológicos muestran que México cuenta con una epidemia concentrada en los HSH, la vía de transmisión más frecuente es la sexual, y a pesar de que los casos de transmisión sanguínea y perinatal representan un bajo porcentaje dentro de la epidemia, aún no se han podido erradicar por completo estas vías. Si bien como se indicó la epidemia se concentra en HSH es evidente su avance en el sexo femenino, los casos femeninos de VIH y sida van en aumento, lo cual da como resultado una tendencia hacia la feminización de la epidemia en el país. Como se explicó existen elementos que contribuyen a la vulnerabilidad a la epidemia, se ha observado que uno de ellos es el género, elementos físicos, sociales y culturales sobre el ser mujer u hombre entran en juego, estas diferencias pueden servir de herramienta para entender mejor las recientes tendencias de la epidemia.

### **Capítulo III. Políticas Públicas y Acciones de Gobierno**

Las políticas públicas son los elementos de planeación a partir de los cuales se basan las acciones que realiza el gobierno encaminadas al desarrollo del país (Salinas, 1995); las instituciones de gobierno cumplen un papel fundamental en este contexto pues son las encargadas de poner en marcha dichas acciones. Desde la década de los 80's nuestro país ha implementado políticas públicas con la intención de dar respuesta al VIH, disminuir sus estragos, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el virus y detener el avance de la epidemia; dichas políticas se encuentran contenidas en los programas nacionales de salud de cada sexenio y son un reflejo de la ideología del gobierno en turno. El presente capítulo brinda un panorama sobre lo que son las políticas públicas y las instituciones de gobierno para después dar un recorrido alrededor de las políticas que se han implementado durante los últimos sexenios para dar respuesta al VIH y al sida.

#### **III.1 Concepto Políticas Públicas**

El término políticas públicas generalmente se utiliza para hacer referencia a las decisiones del gobierno en torno a un tema específico, según Martinelli (2002) una política pública “es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer”; para Baradach (1998), “es una práctica social ocasionada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas”. Para los fines de esta investigación la definición que se utiliza es la de Cervantes (2008), quien establece que una política pública “es la decisión gubernamental plasmada en la resolución de un problema en la comunidad”. Este autor hace notar que si una decisión no es llevada a cabo solo queda en la elaboración de la política pública y no en su verdadera implementación, es decir, solo queda en el papel.

#### **III.2 Instituciones de Gobierno**

Las instituciones de gobierno son los órganos a través de los cuales se ejecutan los planes de gobierno, las políticas públicas. Según Glen (1983), una organización es la coordinación racional de las actividades de un conjunto de personas para la consecución de algún propósito o meta común y explícita,

mediante división de trabajos y funciones, y con una jerarquía de autoridad y responsabilidad. Las instituciones de gobierno entran dentro de este concepto con la característica de que éstas dependen del Estado en una economía nacional. La actividad económica del sector público abarca todas aquellas actividades que el Estado posee y controla, el papel de estas instituciones depende en gran medida de lo que en cada momento se considera que constituye el interés público, es decir, aquellos asuntos que resultan ser prioritarios para el desarrollo del país.

### III.2.1 Clasificación

En cuanto a la clasificación de las organizaciones Katz y Kahn (1999) proponen una tipología de la organización basada en factores genotípicos, entendiendo por función genotípica aquella que una organización ejecuta como subsistema de la sociedad en general; se define entonces la siguiente clasificación:

- *Organizaciones productivas o económicas*: dedicadas a proporcionar bienes y servicios.
- *Organizaciones de mantenimiento*: dedicadas a la socialización y el adiestramiento de gente para los papeles que ocuparán en otras organizaciones y en la sociedad como un todo.
- *Organizaciones adaptativas*: buscan crear nuevos conocimientos, dar soluciones nuevas a problemas, etc.
- *Organizaciones político-administrativas*: han de coordinar y controlar a la gente y los recursos, así como arbitrar entre grupos competidores.

Por otro lado Blau y Scott (citados en Glen, 1983:p.35) establecen otra forma de clasificación de las organizaciones basada en quién obtiene beneficio con la existencia de la organización. Estos autores identifican cuatro tipos de organización:

- *Organizaciones de beneficio mutuo*: en las que los beneficiados son los mismos miembros de la organización: por ejemplo, sindicatos, asociaciones profesionales, grupos religiosos y políticos, etc.

- *Organizaciones de negocios*: que existen ante todo para el beneficio de sus propietarios, administradores, accionistas: por ejemplo, la industria, el comercio, la banca, etc.
- *Organizaciones de servicio*: en las que los principales beneficiarios son los clientes: por ejemplo, instituciones educativas, hospitales, servicios sociales, etc.
- *Organizaciones para el bien común*: de las que la sociedad como un todo obtienen beneficio: por ejemplo, agencias gubernamentales, autoridades locales, policía, bomberos, etc.

Por lo tanto las instituciones de gobierno de acuerdo a la clasificación genotípica de Katz y Kahn (1999), es decir tomando en cuenta sus funciones, son organizaciones político-administrativas, ya que se encargan de coordinar y controlar los recursos materiales y humanos necesarios para la realización de las políticas públicas que establece el gobierno, y de acuerdo a la clasificación propuesta por Blau y Scott, es decir, de acuerdo a quién recibe el beneficio con la existencia de la organización, las instituciones de gobierno son organizaciones para el bien común ya que a través de la implementación de políticas públicas su objetivo es mejorar la situación y el desarrollo del país en su conjunto.

Siguiendo esta línea, el gobierno tiene como función dar solución a problemas que surjan en la sociedad mediante la implementación, a través de las instituciones gubernamentales, de la política pública, y si opta por no dar solución entonces no cumple con su función primordial que es la de atender a los problemas de la comunidad. De esta manera según Baradach (1998), una institución “puede ser calificada como efectiva si el objeto que le da vida es alcanzado, o si sus rendimientos permanecen y crecen ante los imperativos públicos que tienen encomendados”. Es decir, la efectividad de las instituciones de gobierno está en función de si cumplen con los objetivos y metas para los cuáles han sido creados.

Según Glen (1983), la razón por la cual las instituciones de gobierno no logran cumplir con este fin está en el hecho de que los objetivos de la organización dejan de ser el bienestar de la comunidad o del grupo especial al que se pretende que sirva, y se preocupan por el mantenimiento del sistema o de la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Otro de los problemas que según Titmus (citado en Glen, *Íbid*:p.69) comunmente se presenta en las instituciones del sector público es que pueden tender a ser manejadas para los intereses de los que trabajan en y para la institución mas que para los usuarios o beneficiarios del mismo.

### **III.3 Políticas Públicas sobre VIH/sida a través de los años**

En México el sida se volvió un problema de salud pública a mitad de la década de los 80's, fue entonces cuando el gobierno mexicano empezó a implementar acciones a nivel nacional para detener la propagación de la enfermedad, debido al crecimiento exponencial de nuevas infecciones. A continuación se muestra el panorama de la política pública sobre el tema desde los 80's hasta la actualidad.

#### **III.3.1 Etapa Inicial 1986-1988**

Como una manera de hacer frente a la enfermedad y cumplir con el llamado en 1985 de la OMS, se creó en 1986 el Comité Nacional de Prevención del sida CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al sida y a la infección por VIH, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país.

Entre las medidas realizadas durante este periodo para controlar el avance de la enfermedad se encuentran: las reformas realizadas a la Ley General de Salud cuyo resultado es la reglamentación sobre la donación de sangre, en donde se prohibió su comercio y se instituyó la detección obligatoria del VIH en toda transfusión sanguínea efectuada en el territorio nacional. Así mismo desde 1987 el sida se convirtió en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica;



la notificación de los casos tiene carácter de obligatoria e inmediata (Uribe, Magis, Egremy, Arellano, y Hernández, 2003).

En 1988 por decreto presidencial se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CONASIDA) elevando al Comité Nacional a Consejo Nacional, lo cual permitió acceder a fondos federales de manera programada y regular. Este decreto estableció que el CONASIDA fuera un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y cuyo objeto consistiría en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Sida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan (Uribe, et al. 2003).

Para 1989 con el fin de descentralizar los servicios y acciones de CONASIDA, que se encontraban agrupadas en el Distrito Federal y las principales zonas urbanas, se creó un área especial dentro de CONASIDA para coordinar la regionalización de los programas de prevención y control del VIH y sida, mediante la creación de Consejos Estatales de Prevención y Control del VIH/sida (COESIDAS).

A finales de la década se diseñó y puso en marcha la primera campaña educativa la cual se centro en tres formas de prevención: la práctica ideal de una relación monógama, el empleo del condón cuando no se tuviera una pareja estable y el uso de jeringas desechables (Sepulveda, 1989). Esta campaña estuvo acompañada de la creación y difusión de las primeras campañas en medios masivos: una señalando los datos epidemiológicos relevantes, otra invitando a la sociedad a unirse a los esfuerzos comunes y la tercera utilizando el juego de la lotería en los mensajes preventivos (tabla 1). Destaca el hecho de que las campañas estuvieran en pro del condón como medio de prevención, sin embargo ante el boicot de la ultraderecha CONASIDA opta por retirarla (Letra S, 2001).

**Tabla 1. Campañas de prevención en medios masivos 1987-1991**

<i>TITULO</i>	<i>PUBLICO OBJETIVO</i>	<i>PERIODO</i>
<i>Disfruta...</i>	<i>Público en general</i>	<i>1987</i>
<i>con responsabilidad</i>	<i>Público en general</i>	<i>1988</i>
<i> siga la información</i>	<i>Público en general</i>	<i>1988</i>
<i>¿No cree que debería informarse?</i>	<i>Público en general</i>	<i>1989</i>
<i>...y tú ¿qué estás haciendo?</i>	<i>Público en general</i>	<i>1989</i>
<i>Lotería</i>	<i>Público en general y grupos con prácticas de riesgo</i>	<i>1989</i>
<i>El SIDA no es cuestión...</i>	<i>Mujeres</i>	<i>1989</i>
<i>La mujer y el SIDA</i>	<i>Mujeres</i>	<i>1990</i>
<i>Quítate la venda de los ojos...</i>	<i>Madres y Padres de adolescentes y jóvenes</i>	<i>1991</i>
<i>Que crezca el esfuerzo, no el SIDA</i>	<i>Público en general</i>	<i>1992</i>
<i>Que crezca... Campaña Puente</i>	<i>Publico en general</i>	<i>1992</i>
<i>Apertura Social.</i>	<i>Público en general, PVV's y adolescentes.</i>	<i>1992-1993</i>
<i>Manos y Objetos" I y II</i>	<i>Público en general.</i>	<i>1993-1995</i>

Fuente: Uribe, Magis, Egremy, Arellano y Hernández (2003)

En 1990 CONASIDA, siguiendo las recomendaciones del programa mundial de la OMS, elaboró su programa nacional de mediano plazo 1990-1994, al término de dicho programa la Organización Panamericana de la Salud realizó una revisión externa con el fin de conocer los logros alcanzados, las limitaciones y obstáculos encontrados. El grupo revisor reconoció los logros alcanzados pero registró que la respuesta se había dado en un ambiente de limitado apoyo político que permitió una respuesta adecuada, pero tibia que requería ser redefinida. Entre las recomendaciones que se hicieron se incluía fortalecer las acciones de coordinación y liderazgo establecidas en el decreto de creación, delegar la ejecución de actividades de prestación de servicios a las instituciones responsables, y promover y fortalecer las estrategias de prevención de la transmisión sexual (Uribe, et al. 2003).

En 1993 se elaboró y publicó la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-*

SSA2-1993), la cual tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el VIH. Se compone de once puntos, en ella se establecen los aspectos principales para la detección, atención y control del VIH y el sida.

En 1995 se integró la Secretaría de Educación Pública al Consejo de CONASIDA, y se elaboraron de manera conjunta materiales para el sector educativo. (Secretaría de Educación Pública, 2000).

### **III.3.2 Sexenio 1995-2000**

Durante el sexenio encabezado por Ernesto Zedillo (1995-2000), el Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 plantearon la necesidad de una reforma del sector salud, la cual contemplaba como parte fundamental la descentralización que transfirió la operación de los servicios a las entidades federativas, así como el replanteamiento de las funciones y estructura de la Secretaría de Salud a nivel federal (Uribe, et al. 2003).

En lo referente a la salud reproductiva el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 plantea que los servicios de salud reproductiva se amplían para incluir, además de planificación familiar y la atención materno infantil, aspectos como las enfermedades de transmisión sexual, los cánceres cervicouterino y mamario. La atención de la salud reproductiva se aborda a través de seis subprogramas:

- Planificación familiar
- Salud reproductiva en los adolescentes
- Salud de la madre y el recién nacido
- Disminución del riesgo preconcepcional
- Detección y control de cánceres cervicouterino y mamario
- Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida

Con respecto al subprograma referente al VIH/sida, se plantea la importancia de difundir información adecuada sobre prevención, mecanismos de transmisión y reconocimiento temprano de síntomas y enfatiza “*la necesidad de incrementar el uso del preservativo para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo*” (Sistema de Información del ISSSTE, 1996).

Dentro de las acciones a seguir, en dicho programa destaca la integración de notificación de los casos de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida al sistema nacional de vigilancia epidemiológica mediante un formato único pre-codificado, favoreciendo con ello la notificación (Sistema de Información del ISSSTE, 1996), tratando de mejorar la situación de subregistro que prevalecía en ese momento.

Debido a la reforma del sector salud planteada para el sexenio 1995; la cual contemplaba como parte fundamental la descentralización, CONASIDA modificó su estructura y se integró oficialmente a la estructura de la SSA, como un órgano desconcentrado dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades (Uribe, et al. 2003).

A lo largo de los años CONASIDA aumentó la coordinación con instituciones fuera del sector salud, éstas son: agencias de Naciones Unidas; universidades nacionales y estatales; legisladores; comisiones nacionales y estatales de derechos humanos; Secretaría de Educación Pública; Instituto Nacional de la Mujer; Instituto Nacional de la Juventud; Asociación Nacional de Padres de Familia; Consejo Interreligioso de México; Cámara de la Industria de la radio y la Televisión; Federación Mexicana de Asociaciones de Educación Sexual y Sexología; empresarios y múltiples organizaciones civiles y de personas que viven con VIH/sida (Uribe, et al. Ibid)

Cabe destacar que desde 1998 entró en funcionamiento el programa de acceso universal a tratamiento antirretroviral (ARV) en mujeres embarazadas con VIH (Secretaría de Salud, 2008).

### **III.3.3 Sexenio 2001-2006**

Para el sexenio encabezado por Vicente Fox, el Programa Nacional de Salud constituye un marco de referencia para la formación de los programas institucionales de mediano plazo de las entidades que conforman el sector salud. En lo referente al VIH y sida se menciona que al estar en México la epidemia concentrada en algunos grupos, es necesario implementar estrategias enfocadas hacia los grupos con prácticas de más alto riesgo y vulnerabilidad. En el caso del país, son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las trabajadoras y trabajadores del sexo (TS), los usuarios de drogas inyectables (UDI's) y las poblaciones móviles (Secretaría de Salud, 2001).

En dicho documento se considera ampliar la respuesta y focalizar las acciones preventivas en las poblaciones más afectadas. Establece como estrategias clave para la prevención: aumentar el uso del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad; evitar la transmisión producido por el uso de drogas inyectables; interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; disminuir el número de parejas sexuales y tratar de manera adecuada las ITS. Ampliar el acceso a servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados para las ITS y VIH/sida. Fortalecer y ampliar los esfuerzos de negociación de la SSA con las empresas farmacéuticas con el fin de lograr descuentos significativos en los precios de los medicamentos antirretrovirales. Así como desarrollar campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH y sida y aquellas que pertenecen a los grupos sociales con mayor riesgo de adquirir la infección.

Según el Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS (2008), entre los logros de la administración del gobierno de Fox se encuentran los siguientes:

Prevención sexual. En materia de prevención sexual se encuentra; el mantenimiento de la emisión anual de campañas de comunicación dirigidas a la prevención. De igual manera se incrementó la compra de insumos, y servicios de prevención, tales como condones; lubricantes; pruebas de detección del VIH

y prevenmóviles (autos equipados para el trabajo de prevención en campo, que se centra en el ofrecimiento de pruebas de detección, distribución de condones, información sobre salud sexual, con énfasis en VIH y otras ITS, distribución de material impreso, proyección de video y películas en torno a la epidemia, etc.).

A partir del 2006 se estableció el financiamiento desde el gobierno federal para proyectos de prevención de VIH en poblaciones clave, los cuales son operados por las organizaciones de la sociedad civil y la academia; con el objeto de fomentar una estrategia nacional de prevención que focalice su atención en los grupos más afectados.

Prevención Sanguínea. Se continuó con el Programa de Sangre Segura (1986-1987). Respecto a la transmisión del VIH en usuarios de drogas inyectables se realizó la emisión del manual para la prevención de la transmisión del VIH en UDI's; y la instrumentación de un programa de reducción de daño en UDI's a través de la distribución de equipos de inyección y material educativo.

Atención. El principal aporte de la administración de Fox lo constituye el acceso universal a tratamiento antirretroviral (ARV) en el país. Este acceso universal, se logró con el incremento de la atención de la población no asegurada, a través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos. Además se creó un nuevo modelo de atención, que coordina en un mismo espacio las acciones de prevención y atención del VIH/sida e ITS (CAPASITS), siendo hasta el momento un total de 59.

Mitigación del Daño. Para mitigar el daño social de la enfermedad, se realizaron la emisión anual de campañas de comunicación Lazo Rojo, que tenía por objetivo la reducción del estigma y la discriminación frente al VIH. Asimismo, se lanzó una campaña contra la homofobia, en algunas entidades federativas del país.

CONASIDA. A partir del año 2001 se cambió el nombre de CONASIDA a Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) y la

denominación de CONASIDA quedó asignada exclusivamente al órgano colegiado de coordinación, a partir de ese momento se integran en el CONASIDA de manera oficial a ocho representantes de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y cuatro secretarios de salud estatales, los cuales rotarán cada dos años (Uribe, et al. 2003). De este modo CENSIDA trabaja desde 2001 como un órgano desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

### **III.3.4 Políticas Públicas sobre VIH/sida en el gobierno actual (2006 – 2010)**

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 contiene las políticas públicas que se implementarán en materia de salud para el presente sexenio. En cuanto a las disposiciones para dar respuesta al VIH y sida dicho Programa menciona que estas deben sustentarse en el *fortalecimiento de las políticas de prevención, incluyendo la promoción del uso del condón*, el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento. El objetivo final de estas estrategias es disminuir la transmisión del VIH en los grupos más vulnerables y evitar que se extienda a la población general (Secretaría de Salud, 2007).

Para cumplir con los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y alcanzar las metas a ellos asociadas, la presente administración instrumentará diez estrategias, cada una contempla diversas líneas de acción, la mayoría de las cuales cuenta con metas específicas. Cabe destacar la estrategia 2 “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención en control de enfermedades”, dentro de la cual sobresale por su influencia en la respuesta al VIH y sida la línea de acción 2.7 que busca “promover la salud sexual y reproductiva responsable”, en donde se propone implantar, en coordinación con la SEP, una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el uso del condón entre jóvenes (Secretaría de Salud, 2008).

El apartado correspondiente a las políticas sobre VIH y sida correspondiente a la línea de acción 2.8 “Impulsar una política integral de prevención y atención

de infecciones por VIH y otras ITS” junto con el Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS (2008), proponen como retos para la presente administración:

- Avanzar hacia la atención integral, manteniendo el acceso universal a tratamiento ARV; y mejorando la calidad de la atención integral en sida, que incluye servicios de monitoreo, consejería, estudios de calidad, adherencia al tratamiento, prevención positiva, en un marco de respeto a la diversidad y los derechos humanos.
- Focalizar en la prevención, destinando mayor financiamiento e impulso a la prevención del VIH/sida, principalmente por vía sexual; dirigiendo los esfuerzos a estrategias específicas para poblaciones clave y con mayor riesgo para la infección y transmisión del VIH e ITS, como son: HSH, TS, UDI's, transgénero, transexuales y travestis (TTT), migrantes, mujeres embarazadas, adolescentes, indígenas y personas privadas de la libertad.
- Fortalecer y modernizar los sistemas de información vigentes que proporcionen datos más oportunos y de mejor calidad sobre los casos de VIH/sida e ITS, identificando a las personas que aún no conocen su status serológico, los casos de Sida, las personas en tratamiento ARV y las defunciones; además de ampliar el acceso a los datos sobre recursos disponibles y servicios otorgados en materia del VIH/sida e ITS.
- Sensibilización social y mitigación del daño, reforzar la concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionados con la enfermedad y los grupos afectados, a través de diversas estrategias de comunicación, incluyendo medios masivos.
- Educación en sexualidad, se requiere incrementar acciones en áreas externas al sector salud, principalmente lo referente a la educación en sexualidad humana desde el nivel pre-primaria hasta los ámbitos de carreras profesionales.
- Promover reformas para crear marcos legales normativos y reglamentarios adecuados que faciliten las estrategias de atención y prevención, protejan a las personas afectadas por el VIH, así como a las poblaciones clave en mayor riesgo.



Las políticas públicas en materia de VIH han ido cambiando a lo largo de los diferentes sexenios. Es a partir del gobierno de Ernesto Zedillo, con el Dr. Juan Ramón de la Fuente al frente de la Secretaría de Salud, que los servicios de salud reproductiva se amplían e incluyen, además de la planificación familiar y la atención materno infantil, aspectos como las enfermedades de transmisión sexual, los cánceres cervicouterino y mamario. En el programa de salud para dicho sexenio se enfatiza la necesidad de incrementar el uso del condón para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo en toda la población.

En el gobierno de Vicente Fox, se concedió una gran importancia a los aspectos referentes a la atención de la enfermedad con el programa de acceso universal a medicamentos antirretrovirales (ARV), destacando este hecho como el mayor logro en materia de VIH en ese sexenio. Sin embargo se deja de lado las estrategias de prevención. Se siguió contemplando el aumento del uso del condón, sin embargo estas acciones dejaban a un lado a la población en general.

Un hecho similar se presenta en lo referente al sexenio actual, encabezado por Felipe Calderón, a pesar de que en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se habla de fortalecer las políticas de prevención, la promoción del uso del condón queda establecida solo como complemento a otras políticas, que no son mencionadas. El Programa de Acción Específico sobre VIH no desarrolla acciones específicas para las poblaciones clave y tampoco, salvo la estrategia de promoción de pruebas de detección, existen acciones para la población en general.

Cabe señalar que las políticas de los últimos dos sexenios no contemplan un aspecto epidemiológico que en los últimos años ha adquirido relevancia, la tendencia a la feminización de la enfermedad; una proporción cada vez mayor de mujeres contraen la infección. Aún así los programas de salud solo contemplan políticas enfocadas a mujeres que serán madres (reducción de la transmisión materno-infantil) y en lo que respecta a las trabajadoras del sexo comercial (como población clave) reproduciendo ideas y valores tradicionales.

## **Capítulo IV. Prevención del VIH y sida en México**

A falta de una cura o vacuna para el VIH, la única manera disponible para detener la expansión de la enfermedad y lograr su disminución es a través de la prevención (Magis C., Bravo, Rivera, y De Luca, 2008). Es por eso que se vuelve tan necesario movilizar esfuerzos nacionales, regionales e internacionales con el fin de invertir en la prevención de este mal. El presente capítulo permite conocer el organismo nacional responsable de encabezar la respuesta al VIH y sida en nuestro país y enumera las acciones que durante el presente sexenio se han realizado en base a lo establecido dentro de la política pública y los compromisos internacionales.

### **IV.1 CENSIDA**

Desde el 2002 el CENSIDA es el órgano del gobierno federal a través del cual se ejecutan las acciones encaminadas a dar respuesta a la epidemia de VIH en el país. Las atribuciones planteadas para el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (CENSIDA), quedaron establecidas a partir de enero de 2004 en el Diario Oficial de la Federación, y son entre otras, las siguientes:

1. Fungir, por conducto de su titular como Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA);
2. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de la infección por el VIH, el sida y las ITS, y evaluar su impacto;
3. Supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención, atención y control de la infección por VIH, del sida y de las ITS;
4. Formular el Programa para la Prevención y el Control del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, en coordinación con las unidades administrativas competentes; así como evaluar la ejecución del citado programa;

5. Proponer los lineamientos y los procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación relacionados con el Programa para la Prevención y el Control del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual;
6. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones materia de su competencia;
7. Coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la administración pública federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la infección por el VIH, el sida y las ITS, así como promover la concertación de acciones entre las instituciones de los sectores público, social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con estas materias;
8. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas con el objeto de que éstas puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del VIH y de otras ITS;
9. Promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipios, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones de prevención y control del VIH/sida y de otras ITS;
10. Promover la coordinación y la cooperación técnica de las instituciones y organizaciones nacionales con agencias e instituciones regionales e internacionales en actividades relacionadas con el VIH/sida y ITS, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
11. Fijar criterios en materia de investigación sobre el VIH, el sida y las ITS, así como promover y apoyar la realización de investigaciones y eventos de carácter científico, relacionados con la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
12. Regular y promover la difusión de la información sobre prevención, atención y control de la infección por VIH, el sida y las ITS, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

13. Participar en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y los contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de su competencia, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilicen para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
14. Elaborar y expedir normas oficiales mexicanas en materia de prevención y control de la infección por VIH, el sida y las ITS, formular las respuestas a los comentarios recibidos a los proyectos de dichas normas, así como vigilar su cumplimiento;
15. Formular anteproyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos o acuerdos y, en su caso, promover modificaciones al marco jurídico, con el propósito de eliminar toda forma de discriminación en contra de las personas que viven con VIH/sida;
16. Colaborar con la Dirección General de Relaciones Internacionales en el seguimiento de los compromisos de carácter internacional que los Estados Unidos Mexicanos hayan suscrito en relación con la materia de su competencia;
17. Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del sida y las ITS,

Producto de los criterios anteriores CENSIDA formula su misión, es decir, su razón de ser como organización. Hasta finales de diciembre del año 2008 la misión publicada en el sitio web de CENSIDA era la siguiente:

“Es un programa que promueve la prevención y el control de la epidemia del sida, mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia para disminuir la transmisión del VIH e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, en un marco de respeto a los derechos humanos” (Secretaría de Salud, 2008).

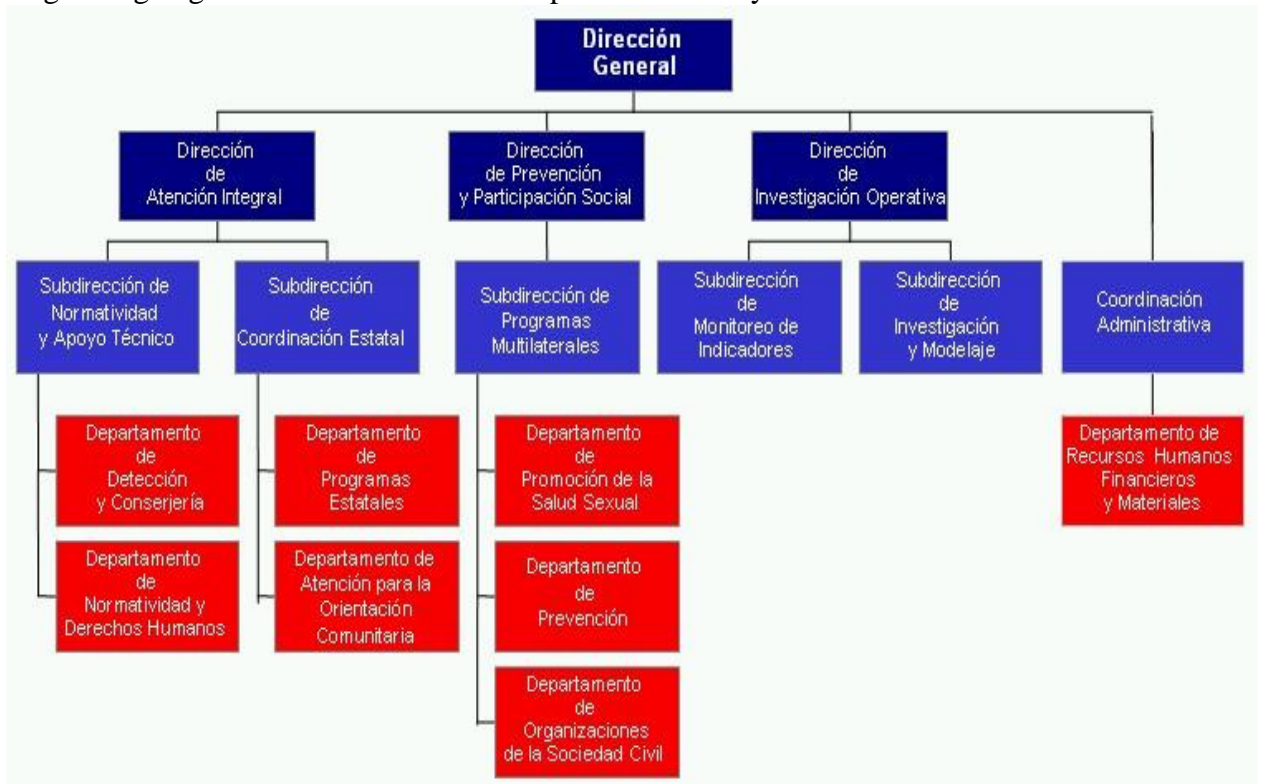
Cabe destacar que dicha definición es la misma que está establecida en el programa de acción específico 2007-2012, en respuesta al VIH/sida e ITS, diseñado para este sexenio. Producto del mismo documento resulta la visión de la organización, la cual es la siguiente:

“En el 2012, será un Programa consolidado que logra una clara tendencia a la disminución de la prevalencia del VIH e ITS, con acceso a los servicios de prevención y la mayoría de la población con prácticas sexuales protegidas o seguras; las personas afectadas acceden a la atención integral de alta calidad, sustentable, eficiente, en ambientes libres de estigma y discriminación; con la participación multisectorial y de la sociedad civil, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud” (Secretaría de Salud, 2008).

Sobresale el hecho de que tanto en la misión como en la visión las acciones y el impacto esperado solo hace referencia a la población general, a pesar de que tanto en el Programa de Acción Específico de este sexenio y del anterior se hace énfasis en el hecho de que la epidemia en el país se concentra en ciertos grupos específicos, (HSH, UDI's y Trabajadores sexuales)

La siguiente figura es el organigrama de la institución, según Glen (1983) el organigrama representa la forma en que las unidades de que está compuesta una organización han sido arregladas y muestra las formas diversas de división y especialización de funciones. Aquí se observa gráficamente la estructura con la que trabaja la organización.

Fig. 2 Organigrama del Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH/sida



Fuente: CENSIDA (2007)

Para poder llevar a cabo sus funciones el CENSIDA tiene presencia en cada estado de la república con el fin de promover la descentralización de los recursos, en la actualidad cuenta con aproximadamente 59 CAPASITS (Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en sida e ITS) a lo largo de la república mexicana, los cuáles deberían contar con consultorio de atención psicológica, odontológica, trabajo social aparte del médico general y del especialista en VIH. (CENSIDA, 2009a).

### *Presupuesto*

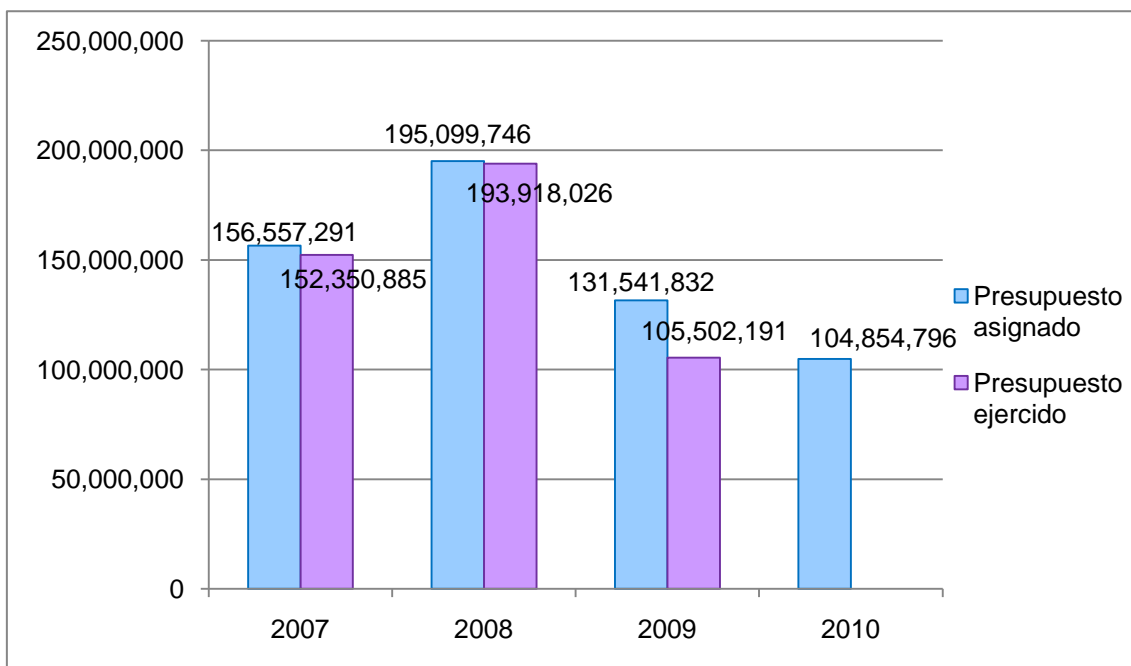
Al ser el CENSIDA un órgano dependiente de la Secretaría de Salud, es a través de esta secretaría que se efectúa la planeación presupuestal necesaria para la implementación del programa sobre VIH y sida. El presupuesto asignado durante este sexenio ha tenido fuertes variaciones, alcanzando su punto más alto en 2008, pero con una fuerte tendencia a la baja para los siguientes años, (Tabla 2 y Figura 3).

Tabla 2. Presupuesto anual asignado a CENSIDA 2007-2010

<b>Año</b>	<b>Cantidad asignada</b>
<b>2007</b>	156,557,291
<b>2008</b>	195,099,746
<b>2009</b>	131,541,832
<b>2010</b>	104,854,796

Fuente: (CENSIDA, 2010a)

Figura 3. Presupuesto anual asignado a CENSIDA 2007-2010



Fuente: (CENSIDA, 2010a)

Si bien estas cifras ya de por sí reflejan la notable disminución en el presupuesto asignado al CENSIDA, además dejan ver que, año tras año se gasta menos de lo que originalmente estaba planificado, en contraposición con la tendencia del VIH y sida en el país, que va en incremento, o tal vez como resultado de esta decisión.

#### IV.2 Prevención

El programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS establece objetivos, metas e indicadores en 4 componentes: atención integral,

mitigación del impacto, promoción de la salud sexual y prevención (sexual, perinatal y sanguínea).

En lo referente a la Prevención, los planes para este sexenio tienen como primera estrategia Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del sida a través de:

- Mantener campañas de comunicación que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/sida, promover la detección oportuna, y la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia.
- Promover y ofrecer la detección voluntaria del VIH en población general.
- Ofrecer servicios de circuncisión en hombres adultos, como una medida de prevención frente al VIH, con base en las últimas evidencias y recomendaciones del OMS.

La segunda estrategia está enfocada en fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas, con énfasis en los grupos clave. Para este fin, las actividades propuestas son:

- Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes, pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual, en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad; población móvil; indígenas.
- Promover el desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas, en las entidades federativas con mayor prevalencia.
- Apoyar el mercadeo social de condones masculinos y femeninos.
- Implementar programas preventivos basados en los Centros Ambulatorios para Prevención y Atención del sida e ITS (CAPASITS) de toda la República Mexicana.



- Promover el cumplimiento de la normatividad de la Seguridad en la Sangre, hemoderivados y trasplantes; en lo referente al VIH, Sífilis y Hepatitis B.
- Estimular y apoyar la investigación en el campo de la sexualidad humana para prevenir el VIH/sida e ITS.
- Elaborar la Guía de Prevención del VIH.

Como tercera estrategia se encuentra el impulsar el desarrollo de estrategias de prevención perinatal del VIH, así como nuevas medidas de prevención sexual, desde la atención materno-infantil. Para cual se prevén las siguientes actividades:

- Incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz del VIH en mujeres embarazadas en atención prenatal.
- Promover la circuncisión de niños recién nacidos como una medida de prevención frente al VIH, con base en las últimas evidencias y recomendaciones de la OMS.

Por otro lado CENSIDA cuenta con un sitio web a través del cual proporciona información respecto a las acciones que lleva a cabo para la respuesta al VIH y al sida, a través de ese medio es posible a su vez, obtener información acerca de la línea de trabajo y la postura que asume en torno a su papel.

En la sección de prevención de dicho sitio se encuentra información básica respecto al VIH, así mismo describe las formas de transmisión que existen y ofrece información acerca de las medidas de prevención que deben de seguirse para evitar la transmisión, las cuales según CENSIDA (2010b), son las siguientes:

#### Por vía Sexual

- Teniendo abstinencia sexual (no teniendo relaciones sexuales).
- Mediante la práctica del sexo seguro, sin penetración (besos, caricias, abrazos autoerotismo o masturbación y/o eyaculación sobre la piel sana).

#### Por vía Sanguínea

- Utilizando sangre y derivados que hayan sido previamente analizados y estén libres del virus. SANGRE SEGURA.
- Recomendando a los usuarios de drogas inyectables utilizar una aguja y jeringa nueva en cada aplicación o lavarlas y/o hervirlas.
- Utilizando guantes de látex o poliuretano siempre que se maneje sangre o secreciones corporales.

#### Por vía Perinatal

- Ofreciendo la prueba de detección para el VIH al 100% de mujeres embarazadas, de manera gratuita, voluntaria y confidencial en los servicios de salud de todo el país.
- Ofreciendo medicamentos antirretrovirales gratuitos a todas las embarazadas con VIH.

### **IV.2.1 Acciones para la prevención**

Las principales estrategias implementadas por el gobierno federal para este sexenio, de las que se tiene información, son las concernientes al financiamiento de proyectos de prevención focalizada por parte de las organizaciones de la sociedad civil, la compra y distribución de condones y las campañas de prevención en medios masivos de comunicación.

#### *Prevención Focalizada*

Desde hace unos años CENSIDA ha apostado por una estrategia de prevención basada en la asignación de recursos financieros a organizaciones de la sociedad civil para que éstas lleven a cabo proyectos de prevención focalizada de la transmisión del VIH, sida y otras infecciones de transmisión sexual, con el propósito de desarrollar proyectos dirigidos a los grupos poblacionales con mayor riesgo de contraer el VIH y el sida (CENSIDA, 2008c).

En 2008, en conferencia de prensa Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, dio a conocer que los proyectos

financiados buscan dar soluciones preventivas de corto plazo y rápida aplicación en poblaciones objetivo a nivel nacional, regional y estatal.

Estos proyectos, según palabras del Secretario de Salud (2008), se enfocan a inducir el cambio de comportamiento y actitud, promover el uso del condón y contribuir en la disminución del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y sida. La cantidad de proyectos seleccionados por año así como el presupuesto designado, según la información proveniente de las convocatorias publicadas en el sitio web de CENSIDA, aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Proyectos de Prevención Focalizada 2007-2009

<b>Año</b>	<b>Núm. de proyectos financiados</b>	<b>Presupuesto</b>
<b>2007</b>	114	26 millones de pesos
<b>2008</b>	110	35 millones de pesos
<b>2009</b>	70	25 millones de pesos
<b>2010</b>	54	29 millones de pesos*

Fuente: (CENSIDA, 2010a)

### *Condomes*

A principios del año 2008, la Secretaría de Salud y CENSIDA informaron, a través de un comunicado de prensa, del inicio de la distribución de 30 millones de condones en todas las entidades del país, los cuales se ponen a la disposición de la población en general a través de los centros de salud, CAPASITS, y otros sitios donde se requieran (CENSIDA, 2008c). Esto como parte de las acciones que se realizan todos los años para enfrentar la epidemia de VIH/sida.

La mayor parte de condones que adquiere y reparte CENSIDA son masculinos, de condones femeninos se adquirieron en 2008, 120 mil y para 2009, 200 mil.

\* Este presupuesto incluye además de los proyectos de prevención focalizada, proyectos de provisión de asistencia técnica, promoción de iniciativas comunitarias, y la creación del Programa Nacional de Registro y Sistematización de Intervenciones de Prevención.

A decir del Secretario de Salud, la razón por la que no se adquiere y reparte una mayor cantidad de condones femeninos es el precio de éstos, ya que son mucho más caros, cada condón femenino cuesta el equivalente de 60 condones masculinos

### *Campañas de prevención*

Las campañas publicitarias relacionadas con el VIH se conciben tanto en medios impresos, así como de audio y video y estos contienen mensajes que van dirigidos hacia diferentes aspectos, como el fomento del uso del condón, en contra de la discriminación de las personas con VIH y sida, etc.

El sitio web de CENSIDA cuenta con un espacio dedicado a las campañas que se han realizado para los medios masivos de comunicación. Dentro de este espacio existen tres apartados, en uno, parecen promocionales históricos, ahí se encuentran los spots producidos por la Secretaría de Salud y CONASIDA en lo referente a los diversos aspectos de la respuesta a la enfermedad, desde finales de la década de los 80's hasta principios de 2000. También existe un apartado de videos, los cuales versan sobre distintos temas de prevención, atención y discriminación, estos son videos con una duración promedio de 10 minutos y se utilizan sobre todo en CAPASITS y campañas como el prevenmovil.

Cabe destacar que rumbo a la XVII Conferencia Internacional de sida, realizada en agosto de 2008, se implementó una fuerte campaña en los medios masivos de comunicación; carteles, radio y televisión (que incluía a todos los canales de televisión abierta) (CENSIDA, 2008b), encaminada a dar a conocer las acciones que se estaban llevando a cabo en materia de VIH y sida.

Durante 2009 se llevó a cabo la Campaña Nacional de respuesta al VIH/sida 2009, con dos versiones, la primera dirigida a mujeres y una segunda sobre homofobia (CENSIDA, 2009a).

La versión de la campaña enfocada a las mujeres: “La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/sida” tuvo como objetivo concientizar a las mujeres en su particular vulnerabilidad para la infección del VIH/sida, que tiene que ver con la dificultad para negociar el uso del condón con su pareja para la prevención del VIH/sida y otras ITS.

Según lo reportado por CENSIDA (2009a) la difusión de la campaña se realizó a nivel nacional a través de tiempos comerciales contratados en diferentes medios masivos y complementarios del país, teniendo como medio principal la radio, y apoyado con espacios en televisión por cable, Canal 11 del IPN, pantallas y dovelas en el metrobús del D.F., anuncios en laterales de microbuses del D.F., así como en paraderos de autobús, en cuadernos universitarios, páginas de internet, pantallas en tiendas Elektra, y en garitas aduanales, así como inserciones en periodicos y revistas. CENSIDA reporta que esta versión de la campaña fue difundida del 16 de marzo al 18 de abril del 2009, como marco del Día Internacional de la Mujer” que se conmemora cada año el 8 de marzo .

La segunda de las dos versiones de la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/sida 2009, se llamó “El Estigma, la Discriminación y la Homofobia Asociados al VIH/sida Obstaculizan su Prevención y Atención”, la cuál tuvo como objetivo disminuir el estigma y la discriminación por homofobia asociados al VIH/sida, ya que obstaculizan la atención y prevención del VIH/sida de manera eficaz, creando entornos de tolerancia y respeto hacia las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual, que contribuyan a evitar nuevas infecciones por el VIH y detener la epidemia del sida (CENSIDA, 2009a).

La población objetivo primaria de esta campaña fue la población general y como población secundaria las personas que viven con el VIH o el sida. La difusión de esta versión de la campaña, según lo reportado por CENSIDA, se realizó a nivel nacional a través de tiempos fiscales de televisión y radio del 1 al 31 de diciembre de 2009, en el marco del arranque de la campaña mundial

anual denominada “Día Mundial de la Lucha contra el sida”, que se conmemora cada 1 de diciembre. En la tabla 4 se muestran los spots en lo que va del sexenio 2006-2012 en respuesta al VIH y sida.

Tabla 4. Campañas para medios masivos sexenio 2007-2012

<b>Año</b>	<b>Campaña</b>	<b>Especificaciones Técnicas</b>	<b>Presupuesto asignado</b>	<b>Presupuesto ejercido</b>
2007	Prevención del VIH/sida Tercera Fase (Adolescentes)/ "Grupero"	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios	\$26,700,000	\$26,665,129
	Madres y Padres de Adolescentes/ "Zeppelin"	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios		
2008	XVII Conferencia Internacional sobre el sida/"Prevención"	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios	\$39,599,923	Presupuesto contratado por la Dirección General de Comunicación Social
	XVII Conferencia Internacional sobre el sida/"Atención"	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios		
	Contra el Estigma, la Discriminación y la Homofobia/"Contexto Social/"Futbol"	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios		
2009	La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/sida	Tiempos comerciales de TV, radio y medios complementarios	\$19,000,000	\$18,327,799
	El estigma, la Discriminación y la Homofobia Asociados al VIH/sida Obstaculizan su Prevención y Atención/Cafetería/ CAPASITS	Tiempos Fiscales de Radio		
	Contra el Estigma y la Discriminación Asociados al VIH/sida/Contexto Laboral/"Premio"	Retransmisión Tiempos Fiscales en Radio		
	Prevención del	Retransmisión		

	VIH/sida Tercera Fase (Adolescentes)/ "Grupero"	Tiempos Fiscales en Radio		
2010	Campañas de Comunicación Social		\$4,000,000	

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la Información financiera publicada en el CENSIDA (2010a)

 Campañas del uso del condón

En paralelo CENSIDA reporta que se implementaron algunas acciones, campañas y boletines para fortalecer la respuesta dirigida a poblaciones clave, cooperar con las estrategias de los programas estatales y de las organizaciones con trabajo en el tema y para probar algunas estrategias y sus vehículos. Como ejemplo suscriben que para conmemorar el día internacional contra la homofobia, el CENSIDA participó en una iniciativa ciudadana en la elaboración de un video que se distribuyó por vía electrónica, denominado "Hagámonos uno contra la homofobia", que contó con la participación de representantes de organizaciones, poblaciones clave, líderes de opinión y personal del Centro.

Otra de las estrategia de prevención de CENSIDA se trata de los Prevenmóviles, los cuales son unidades móviles que existen en todos los Estados, normalmente asignadas a clínicas de VIH (CENSIDA, 2008c). Estos vehículos son usados para repartir condones, realizar pruebas rápidas de VIH, proyectar videos con información sobre la transmisión del virus y diversas actividades educativas que se difunden en calles, escuelas, colonias y ciudades. De igual manera se presentó la Guía práctica de la operación exitosa de los Prevenmóviles, cuyo propósito es homologar los contenidos de las campañas de prevención del VIH en el país. Por ejemplo, las estrategias de prevención (mini-talleres sobre el uso correcto del condón y lubricantes, y negociación para uso del condón) (Velasco, 2008).

#### *Fondo Mundial*

Asociación mundial público-privada dedicada a captar y desembolsar nuevos recursos para la prevención y tratamiento del sida, la tuberculosis y la malaria.

Desde su creación en 2002, se ha convertido en el principal organismo para financiar programas de lucha contra el VIH, actualmente el Fondo Mundial proporciona una cuarta parte del financiamiento mundial para la lucha contra el sida el cual permite a los países fortalecer sus sistemas de salud mediante, por ejemplo, la mejora de las infraestructuras y la formación de los responsables de prestar servicios (El Fondo Mundial, 2010).

A partir del año pasado el tema referente al Fondo Mundial adquiere relevancia en el país ya que en 2009 un grupo técnico que incluía a CENSIDA y que integró a otras organizaciones de tipo académico, de la sociedad civil, agencias internacionales y consultores, desarrolló una propuesta que fue aceptada técnicamente por el Fondo Mundial, para financiar prevención a las poblaciones de HSH en 44 estados del país y a usuarios de drogas inyectables y sus parejas hombres y mujeres en 4 ciudades, estos recursos se ejecutaran por 5 años y son por el monto de poco menos de 70 millones de dólares (Córdova, 2009). Según comunicados de CENSIDA los recursos provenientes del Fondo estarán entrando al país a finales de este año para iniciar su ejecución en 2011.

EL CENSIDA tiene como uno de sus ejes de acción la prevención del VIH/sida, como se observó las estrategias de se realizan están enfocadas en tres líneas básicas, la promoción del uso del condón, el financiamiento de proyectos de prevención focalizada a través de las organizaciones de la sociedad civil y las campañas en medios masivos de comunicación. Si bien los CAPASITS entran dentro de las estrategias de prevención, la línea de acción de estos está más enfocada a la atención. El presupuesto es un elemento importante pues se trata del combustible necesario para poder poner en marcha las acciones, destaca el hecho de la inconsistencia presupuestal que se ha observado en este sexenio, lo cual se observa en las fluctuaciones de las cantidades asignadas al Centro a lo largo de este sexenio.



## **Capítulo V. Opinión Pública**

La Opinión Pública es uno de los elementos que toma suma importancia para la planeación y ejecución de las políticas públicas. Se trata de uno de los elementos en los cuales el aparato gubernamental presta mayor atención pues se toma como uno de los indicadores para medir la aceptación de las políticas y acciones del gobierno en la población. En el presente capítulo se explica a grandes rasgos las concepciones de la opinión pública, los medios de promoción de la opinión pública (el periódico, la radio y la televisión), y el uso de las relaciones públicas y la propaganda como instrumentos de influencia en la Opinión Pública.

### **V.1 Concepto**

A pesar del uso generalizado que se le ha dado al término opinión pública, el concepto continúa siendo controvertido, el término tiene su origen en la Ilustración y desde ese periodo a la fecha se han producido una gran cantidad de definiciones, para los fines de esta investigación se empezará por desglosar los elementos del término. Según Young, Germani y Sprott (1986) el adjetivo público se refiere a hechos o actividades humanas que concentran el interés general de la comunidad. Por otra parte este mismo autor señala que la opinión “es una creencia acerca de temas controvertidos o relacionados con la interpretación valorativa o el significado moral de ciertos hechos”; por lo tanto, una opinión es una creencia bastante fuerte o más intensa que una mera noción o impresión, pero menos fuerte que un conocimiento positivo basado sobre pruebas completas o adecuadas.

De esta manera para Young, et al. (Ibid), la opinión pública consiste en las opiniones sostenidas por un público en un cierto momento. Siguiendo esa línea Sprott (1986) menciona que la opinión pública es la coherencia de ciertos tipos de opinión mantenidos por la misma gente durante un largo o corto período. Es importante señalar que este autor, entiende el concepto de opinión dentro del fenómeno de la opinión pública no solo en el sentido conceptual sino más bien como una actitud, es decir, a partir de la línea que toma un público a favor o en contra de alguna cuestión en disputa. Por otro lado Rivadeneira (1995) propone

que la opinión pública “es un fenómeno psicosocial y político que consiste en la discusión y expresión libres, de un grupo humano, en torno a un objeto de interés común”.

Por lo tanto para esta investigación la opinión pública es un fenómeno psicosocial y político que consiste en la línea que toma un grupo a favor o en contra de algún objeto de interés común durante un largo o corto período.

## **V.2 Funciones**

Para un mejor entendimiento de la función que tiene la opinión pública se hará un breve recorrido por el significado y los usos que desde el inicio de su implementación ha tenido.

El término opinión pública tiene su origen en el periodo de la Ilustración, según Habermas, (citado en Price, 1994:p.24) en este periodo se le considera como procedente del discurso razonado, la conversación activa y el debate. Según el autor el debate es público en el sentido de intentar determinar la voluntad común, el bien común, y que se involucra la participación abierta, opera independientemente del status económico y social, abriendo camino al mérito de las ideas más que al poder político. Estas características proporcionaron el esquema de lo que se ha llamado el modelo “clásico” de opinión pública (Berelson, 1950; Lazarsfeld, 1957 citado en Price, *Íbid*).

A finales del siglo XVIII y principios del XIX los trabajos los autores Mill y Bentham atribuyeron un papel político mucho más formal a la opinión pública en el gobierno, basado en términos legislativos y electorales se forma una visión mayoritaria donde la opinión pública queda expresada como la reunión de intereses de los hombres en una comunidad (Price, 1994). Según este modelo la resolución de los deseos populares estriba en la elección de la mayoría, expresada a través de las elecciones regulares.

Bentham consideró a la prensa como un órgano especialmente importante de lo que llamó “el tribunal de la opinión pública”. Este autor consideraba la noción

de opinión común como presión social y por lo tanto pidió la publicidad regular de todas las actividades del gobierno, como un salvaguarda contra los abusos del poder (Palmer citado en Price, 1994:p.27). Se vislumbra desde entonces el papel que se ha atribuido a la prensa como regulador y ente vigilante de las acciones del poder.

En el siglo XIX según el marxismo la opinión pública es la expresión de una particular visión del mundo cuya verdad no depende ya de la racionalidad del proceso discursivo a través del cual fue alcanzada, sino de la particular posición en que se encuentra, dentro de la dinámica histórica, el grupo social al que esa visión corresponde como perspectiva (Germani, 1986). Según esta visión el carácter de objetividad y de verdad que puede alcanzar la opinión pública ya no depende del proceso racional y reflexivo a través del cual se desarrolla el debate de las ideas.

### **V.3 Actores**

La participación en la conformación de la opinión pública en una sociedad puede ser bastante compleja. Según Rivadeneira (1995) América Latina es un campo de experiencias donde una pequeña parte de su población actúa protagónicamente en la toma de decisiones y una gran mayoría hace de espectadora, respecto de dichas decisiones. A manera de ejemplo el autor señala los casos en que los grupos empresariales privados, algunos partidos políticos u otras instituciones cumplen una función crítica reguladora del sistema que sirve de apoyo para la vigilancia, cuando se presentan desviaciones en materia de inversiones, canalización de créditos, debate sobre alguna ley impositiva, etc.

Para la formación de la opinión pública intervienen diversos actores en quienes se encuentra el papel de cambiar o dar forma al fenómeno. Según Price (1994), de acuerdo al papel que desempeñan en la formulación de la opinión pública existen tres tipos de actores: los actores de la política, público atento y periodistas.

Los actores de la política son aquellas personas que intentan hacer variar la conducta del colectivo. Los actores, dentro y fuera del sistema político establecido crean asuntos públicos, en primer lugar, formulando y después defendiendo políticas alternativas. Dentro del proceso de comunicación los actores de la política serían el emisor. El Público atento es una audiencia que se ocupa lo suficientemente de un asunto como para pensar sobre él, descubrir lo que otros piensan y formar ideas respecto a lo que se habría de hacer. Retomando la idea del proceso de comunicación el público atento juega el papel del receptor. No obstante, ambos intercambian papeles en un proceso dinámico, los actores políticos reformulan sus posiciones a partir de la respuesta de la población y el público atento difunde nuevas ideas entre sus congéneres más allegados.

Los periodistas al descubrir los acontecimientos políticos y siguiendo las actividades de los actores políticos, permiten a los públicos atentos formarse ideas más claras alrededor de desacuerdos con la élite. A este respecto Laswell (citado en Price, 1994) establece que los medios de comunicación realizan una función de vigilancia para sus audiencias y como agentes de vigilancia, los periodistas intentan -o debieran- alertar al público de los problemas. El periodismo tiene también una función de correlación para el público atento, ayudándole a coordinar sus propias respuestas internas al entorno político (Laswell *Ibíd.*). La función de los noticieros jugarían entonces aquí un papel importante ya que podrían reunir los puntos de vista e ideas que contrastan dentro del público atento, comunicar a sus miembros lo que piensan los demás, y en consecuencia ayudar a organizar su reacción colectiva, pero desafortunadamente no siempre es así; en mucho depende de los intereses de los medios o de su independencia para actuar.

Así, los medios de comunicación son algo más que los portadores del debate público. Además de proporcionar los canales a través de los que los actores cruzan sus mensajes, los medios de élite promulgan sus propios puntos de vista a través de análisis políticos partidistas y a través de apoyos editoriales a políticas y candidatos o actores políticos.

#### **V.4 La opinión pública y los medios de comunicación**

Si bien el contexto en el que surgió la opinión pública ésta se formaba a través del debate público y las charlas en los cafés, en nuestra moderna sociedad de masas, con el adelanto del uso de la tecnología y la movilidad de las poblaciones, entre otros factores, la formación de la opinión pública depende sobre todo de los medios masivos de comunicación: la prensa, la radio, la televisión y más recientemente el internet.

##### **V.4.1 El periódico**

Según Young, (et al, 1986) una noticia es un acontecimiento, hecho, opinión o valor que se hace público y que interesa a un cierto número de personas, las cuales pueden responder a él intelectualmente, emocionalmente o mediante la acción manifiesta. Los periódicos hacen como su función más básica la divulgación de noticias, sin embargo como lo expresa el autor, en la mayor parte de los países democrático-capitalistas, los periódicos son empresas comerciales que no solo venden noticias, sino interpretaciones de noticias y propaganda, y son considerados como un servicio público. El periódico moderno está diseñado con el fin de interesar a todo tipo de personas. Busca atraer a los amantes de lo sensacional, a los grupos de intereses especiales como los deportes, los negocios y la alta sociedad.

La mayor parte de las noticias locales son reunidas por el personal mismo del periódico. Las noticias provenientes de fuera – de alcance provincial, estatal, federa e internacional – son recibidas principalmente mediante agencias noticiosas, también es posible obtener material de corporaciones y personajes públicos mediante permisos de publicación y agencias publicitarias.

Según Young (Ibíd.) la función principal del periódico es informar noticias y ofrecer comentarios. Sin embargo es indudable su papel dentro del proceso de opinión pública; entre los aspectos del periódico que influyen en el proceso de opinión pública se encuentra la manera en que se presentan las noticias, ya sea que las “salpiquen” o las escondan; la forma y el lenguaje emotivo que usan para presentarlas y el punto de vista que ofrecen.

#### **V.4.2 La radio**

La radio se ha convertido en uno de los más importantes medios de comunicación de masas en nuestro tiempo, entre las razones de este hecho se encuentra el que puede llegar a un gran número de personas a bajo costo y puede elaborarse un contenido variado, dramático y atrayente.

Como lo explica Young, (Ibíd.) la radio da lugar a una estandarización de opiniones, como resultado de sus características mecánicas y de la naturaleza de sus programas. En cuanto al contenido, éste va en relación con los oyentes, su número, quiénes son, y cuándo escuchan la radio. Los programas reflejan muchos de los valores y fantasías propios de la cultura.

Una de las principales diferencias entre la radio y el periódico radica en que la audición es un acto más social, aún cuando el locutor no está visualmente presente, su voz posee una connotación social que facilita la transmisión del significado. De esta manera el radio tiene la característica de una transferencia emotiva.

La radio comercial se caracteriza por un enfoque más conservador, su contenido, al igual que con los otros medios de comunicación, depende de los empresarios de las emisoras y los patrocinadores, los cuales como lo menciona Young (Ibíd.) establecen su línea de trabajo con la idea de que la gran mayoría de los receptores de radio se encuentran en hogares donde persisten aún las tradiciones de la “decencia cristiana”, por lo tanto es común encontrar más censura y promoción de estereotipos en este medio. A diferencia de éstos, las radios comunitarias se han establecido como un servicio más ad hoc a la población, que tienen un papel de servicio, con una línea comunitaria, muy cerca de sus oyentes.

#### **V.4.3 La televisión**

Gracias a su función al servicio del grupo que la dirige, la televisión cobra un valor social importante en el moldeamiento de prácticas culturales, que de

acuerdo con Morrow (1992) son las conductas realizadas por varias personas de una misma generación y de varias generaciones, relacionadas funcionalmente. El valor de la televisión como medio persuasivo, está dado, según López (citado en Serrano, 2003), por las siguientes características:

1. La televisión cuenta con una dinámica visual, la cual proporciona a sus televidentes estimulación sensorial simultánea de varios canales de percepción.
2. Proporciona y modela contingencias: provee instrucciones que describen contingencias y a través de la imagen las modela.
3. Facilita el proceso asociativo palabra-imagen que libera a la persona de realizar abstracciones y conclusiones propias (que pueden ser castigadas socialmente).
4. La conducta de observar televisión es conductualmente económica, ya que no exige mayor esfuerzo intelectual.

Contando con estas características, Serrano (2003) argumenta que los grupos que poseen el control de la televisión, la emplean con el fin de moldear la opinión pública impartiendo instrucciones y modelando patrones de comportamiento que serán los reforzados socialmente, con el fin de mantener el sistema económico. Según la autora es a través de las instrucciones que imparten los grupos de poder por medio de la televisión y de los patrones comportamentales que modelan, que las personas aprenden un conjunto de prácticas verbales como las actitudes y no verbales, a través de la construcción de la imagen, que conforman la opinión pública que se aprenden a reforzar socialmente.

## **V.5 Propaganda**

Un asunto que va muy de la mano de la opinión pública es la propaganda, se ha usado como un medio de convencimiento en masa. Según Young (et al, 1986) la propaganda es el uso más o menos deliberado, planeado y sistemático de símbolos, con el propósito, en primer lugar, de alterar y controlar las opiniones, ideas y valores, y en el último término, de modificar la acción manifiesta según ciertas líneas predeterminadas. Según Packard (citado en

Young, 1986), es “manipulación” dirigida a influir sobre nuestra conducta. Por otro lado Gnecco distingue la propaganda “comercial” e “institucional”. A esta última le asigna funciones de relaciones públicas

En este contexto es importante también mencionar el vínculo de las relaciones públicas con la propaganda y su fin de influencia en la opinión pública. Según Rivadeneira (1995), las relaciones públicas son una actividad que tiene como objetivo atraer la atención y conseguir la aceptación pública para contar con el favor de ella en determinada causa comercial, política, religiosa, social, educativa, filantrópica, deportiva, etc. Lo que significaría según Gnecco (citado Rivadenerida, 1995.), es que el objeto de esta actividad es “crear y mantener una imagen de prestigio”.

De esta manera se observa cómo se utiliza esta estrategia basada en la difusión de propaganda como herramienta para las relaciones públicas cuyo objetivo es influir en la opinión pública. Se trata de una estrategia ampliamente utilizada por las instituciones gubernamentales con el fin de promover planes locales de carácter político-económico y favorecer la opinión que los gobernados, sobre todo en su faceta de electores, tienen de las políticas y los encargados del gobierno.

La opinión pública es una de las fuerzas decisivas del comportamiento de las sociedades y de los individuos, determinando sus actitudes políticas, educacionales, religiosas, sociales, económicas, artísticas; su forma de pensar; sus preferencias y rechazos. Los medios de comunicación (periódico, radio y televisión) tienen un papel fundamental en la formación de la opinión pública ya que a través de la difusión de diferentes contenidos influye en las actitudes y pensamientos de la población. Finalmente uno de los elementos comúnmente utilizado como estrategia del gobierno para influir en la opinión pública es la difusión de propaganda con el fin de favorecer su imagen ante la población.



Así, en una problemática como la que se pretende en este estudio abordar, la opinión pública juega un papel central. Especialmente si tomamos en cuenta las distintas estrategias utilizadas por las instituciones sociales para su promoción; al mismo tiempo que las posibilidades para que el público atento pueda conformar una idea propia.

## **Capítulo VI. Método**

### **VI.1 Planteamiento del problema y justificación**

Los primeros casos de sida en México se diagnosticaron en 1983. Para 1985, ante el crecimiento de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para que todos los países establecieran acciones de lucha contra el sida.

México desde la década de los 80's se ha integrado a los compromisos internacionales creados para dar respuesta a la enfermedad, como resultado de estos compromisos es que se crea lo que a través de los años termina por ser el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA), un organismo desconcentrado de la Administración Pública Federal, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargado de operar el programa del gobierno federal encaminado a la prevención y control de la pandemia del VIH/sida en México.

A veinte años de la creación de dicho organismo la epidemia aun sigue siendo un tema prioritario de salud pública, según cifras oficiales se han reportado de manera acumulada desde el inicio de la epidemia 135,003 casos de sida (CENSIDA, 2009a). La vía de transmisión a través de la cual más personas contraen la enfermedad es la sexual con un porcentaje de 99.5% (CENSIDA, 2009a). Ante esta situación cabe destacar algunas palabras del ex director del CENSIDA Jorge Saavedra “no existiendo ninguna vacuna ni cura al presente, la mejor acción racional que podemos instrumentar para salvaguardar la vida de los estragos que produce el VIH/sida es la prevención” (Magis C. et al, 2008)

En 2008 a raíz de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida el tema adquiere una mayor relevancia en la vida pública del país, al ser éste la sede de dicho evento. Alrededor de él se creó el acuerdo internacional “prevenir con educación” el cual se suma a otros compromisos internacionales en los cuales México ha participado activamente adhiriéndose a las resoluciones que se

toman en dichos acuerdos, destaca por su relevancia “Declaración de Compromiso en la lucha contra el sida UNGASS 2001”

A raíz de la realización de la conferencia en el país se han pronunciado una serie de declaraciones por parte de diferentes miembros del gobierno mexicano, discursos que dejaron ver la inconsistencia que existe entre las declaraciones oficiales del gobierno, las políticas públicas y las acciones que se llevan a cabo para el combate de la enfermedad.

## **VI.2 Preguntas de investigación**

¿Qué acciones implementa el CENSIDA para la respuesta a la enfermedad en materia de prevención?

¿El CENSIDA trabaja de manera eficiente de acuerdo a los parámetros marcados internacionalmente para la lucha contra el VIH y el sida?

## **VI.3 Objetivo general**

Evaluar las políticas y acciones desarrolladas por CENSIDA para el cumplimiento de su misión, en términos de la respuesta a la enfermedad, en materia de prevención.

## **VI.4 Objetivos específicos**

- Describir las acciones que lleva a cabo CENSIDA en materia de prevención.
- Comparar la política nacional mexicana con los compromisos internacionales adquiridos por el país para la respuesta al VIH en materia de prevención.
- Comparar el discurso oficial, las acciones y políticas de gobierno en materia de prevención del VIH.
- Comparar las acciones de prevención que realiza CENSIDA con los compromisos nacionales e internacionales de México para la respuesta al VIH.

## **VI.5 Hipótesis**

### Hipótesis de investigación:

Las acciones de prevención que realiza CENSIDA NO concuerdan con los compromisos internacionales a los cuales pertenece México para la respuesta al VIH y sida.

### Hipótesis nula:

Las acciones de prevención que realiza CENSIDA concuerdan con los compromisos internacionales a los cuales pertenece México para la respuesta al VIH y sida.

## **VI.6 Tipo de estudio**

Se trata de una investigación de tipo evaluativa, según Briones (1990), este tipo de investigación es aquella que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se pueda derivar criterios útiles para la toma de decisiones con respecto a la administración y desarrollo del programa evaluado; permite estimar la efectividad de uno o varios programas, propuestas, planes de acción o diseños, los cuales han sido aplicados anteriormente con la intención de resolver o modificar una situación determinada. Así, esta investigación pretende conocer la eficiencia de los resultados de las acciones de una organización, en este caso una institución gubernamental: el CENSIDA, particularmente las políticas de prevención contenidas en el Programa de Acción Específico 2006-2012 en respuesta al VIH/sida.

Es un estudio de campo ya que el objeto de investigación es analizado tal y como existe, no se crean situaciones a estudiar; y es ex post facto porque ya ha ocurrido y no puede ser manipulado, no se puede influir en él porque ya sucedió al igual que sus efectos.

Es una investigación documental, su análisis se funda en la revisión, sistematización y análisis de la documentación pertinente para la evaluación de las acciones de prevención.

### **VI.7 Variables**

Variable independiente: Compromisos nacionales e internacionales del gobierno de México, para la respuesta al VIH y sida en materia de prevención.

Definición conceptual: Compromisos son aquellos acuerdos, convenios y tratados nacionales e internacionales adoptados entre dos o más Estados, Organizaciones u otros sujetos de Derecho Internacional (Seara, 2004).

Definición operacional: Compromisos son todos aquellos acuerdos, convenios y tratados firmados y/o ratificados por parte del gobierno mexicano para la respuesta al VIH y sida en materia de prevención.

Variable dependiente: Acciones realizadas por CENSIDA en materia de prevención.

Definición conceptual: Actividades, obras y/o prácticas puestas en marcha para el cumplimiento de un objetivo.

Definición operacional: Actividades, obras y/o prácticas puestas en marcha por parte del CENSIDA para la respuesta al VIH y sida en materia de prevención.

### **VI.8 Muestra**

Materiales documentales referentes a compromisos nacionales e internacionales asumidos por México hasta el 2010: documentos publicados en la sito web de CENSIDA, sitio web de ONUSIDA, Programas Nacionales de Gobierno, Plan Estratégico sobre VIH, Normas Oficiales Mexicanas respecto al tema, compromisos internacionales sobre VIH y sida firmados y/o ratificados

por el gobierno mexicano, publicaciones oficiales, artículos periodísticos, etc. Se analizaron en total 14 documentos divididos de la siguiente manera:

#### Discurso Nacional:

Para este apartado se revisaron las declaraciones de los siguientes actores de la política nacional.

- La Declaración de Felipe Calderón en la inauguración de la XVII Conferencia Internacional de sida, por ser la única declaración oficial sobre el tema por parte del presidente del país.

Se incluye también las declaraciones de las principales autoridades de salud con injerencia en el tema, declaraciones que se realizaron en el marco de la realización del XI Congreso Nacional sobre VIH y otras ITS. Solo se analizaron las declaraciones de 2009 por ser las únicas a las que se tuvo acceso de manera íntegra para esta investigación.

- El discurso del Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud. Conmemoración del Día Mundial de lucha contra el sida, 2009.
- Palabras del Dr. Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. XI Congreso Nacional sobre VIH/sida y otras ITS, 2009.
- Palabras del Dr. José Antonio Izazola Licea, Director del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. XI Congreso Nacional sobre VIH/sida y otras ITS, 2009.

#### Políticas Públicas

- Programa de Acción de Específico en respuesta al VIH/sida e ITS 2007-2012
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- Guía de Manejo antirretroviral

#### Compromisos Internacionales

- Declaración de Compromiso en la lucha contra VIH/sida, UNGASS 2001
- Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”

#### Acciones

- Publicación electrónica de CENSIDA “El VIH/sida en México 2009”
- Informe UNGASS México 2008
- Informe UNGASS México 2010 (versión preliminar)
- Información Financiera publicada en el sitio web de CENSIDA, 2010
- Boletín (2007 y 2008) del Grupo de Información Sectorial en VIH/sida.

### **VI.9 Resultados**

Se obtuvo la información sobre las acciones que desarrollan las instituciones de gobierno y se contrastaron a través de una matriz de análisis (Anexo 1) con la normatividad nacional, los compromisos internacionales y los discursos oficiales, para conocer la consistencia, relevancia y pertinencia de las mismas.

#### Análisis de Datos

De acuerdo a los lineamientos establecidos por ONUSIDA para la prevención del VIH mencionados el marco teórico, se elaboraron las siguientes categorías:

1. Campañas de Prevención
2. Pruebas de Detección
3. Proyectos de Prevención Focalizada
4. Prevención de la Transmisión Sexual
  - 4.1 Educación Sexual
  - 4.2 Condomes
5. Prevención de la Transmisión Sanguínea
  - 5.1 Seguridad de la Sangre
  - 5.2 Reducción del daño por el uso de drogas inyectables
6. Prevención de la Transmisión Materno Infantil
  - 6.1 Detección y tratamiento oportuno
  - 6.2 Lineamientos para el parto
  - 6.3 Provisión de sucedáneos de leche materna

Para cada categoría se incluyó información proveniente de los diferentes documentos que integraron la muestra. En cada uno de los documentos se busco información referente a cada apartado de la matriz, sin embargo hubo documentos que fueron analizados solo para un tema particular como es el caso de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, donde debido a su grado de especificidad solo se analizó el apartado referente a la prevención de la transmisión perinatal del virus. Situación similar se produjo con el análisis de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” que solo se analizó para el apartado referente a la prevención de la transmisión sexual.

La información producto del análisis de los documentos pertenecientes a la muestra se vació en una matriz estructurada de la siguiente manera:

Matriz de Análisis: Prevención del VIH

<b>Categorías</b>	<b>Discurso Nacional</b>	<b>Políticas Públicas</b>	<b>Compromisos Internacionales</b>	<b>Acciones</b>
Campañas de Prevención				
Proyectos de Prevención Focalizada				
Pruebas de Detección				
<b>Prevención de la Transmisión Sexual</b>				
Educación Sexual				
Condomes				
<b>Prevención de la Transmisión Sanguínea</b>				
Seguridad de la Sangre				
Reducción del daño por el uso de drogas inyectables				
<b>Prevención de la Transmisión Materno Infantil</b>				
Detección y tratamiento oportuno				
Lineamientos				



para el parto				
Provisión de sucedáneos de leche materna				

Una vez vaciada la información de los diferentes documentos que conforman la muestra a la matriz de análisis se realizó el cruce de la información, A través de un análisis cualitativo se identificó las coincidencias, diferencias y contradicciones en primer lugar entre la política nacional y lo establecido en los compromisos internacionales; en segundo lugar entre la política nacional y el contenido de las declaraciones oficiales de altos mandos del gobierno mexicano en el tema y finalmente entre la política nacional y las acciones reportadas por CENSIDA de 2006 a 2010.

## **Capítulo VII. Resultados**

Para poder llevar a cabo el análisis de una organización gubernamental como CENSIDA es necesario conocer diferentes elementos que rigen su comportamiento como organización, es por ello que para el presente estudio se recopilaron los documentos de mayor relevancia en materia de VIH y a partir de los cuales se basa la respuesta al VIH por parte de CENSIDA como el ente gubernamental responsable a nivel nacional. Estos documentos se dividen en cuatro grandes grupos: 1) Declaraciones oficiales de responsables del gobierno federal 2) Políticas públicas nacionales (normas oficiales nacionales y el programa de acción específico sobre VIH) 3) Compromisos internacionales 4) Acciones. A continuación se compara el contenido de los documentos de estos cuatro rubros para conocer sus coincidencias y diferencias.

### **VII.1 Las Políticas y los Compromisos Internacionales**

México desde la década de los 80's se ha adherido al llamado de los organismos internacionales en pro de la respuesta al VIH y sida, sin embargo aunque desde el gobierno se ha dado una respuesta es necesario analizar si ésta es coherente con los compromisos que el país ha adquirido en la materia. En tema de derecho internacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 133 establece que “todos los tratados celebrados por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión” (Diario Oficial de la Federación, 2009), según lo cual, México tiene la obligación de cumplir los compromisos internacionales adquiridos, pues de acuerdo con este artículo tales compromisos se encuentran situados al mismo nivel que la Constitución, es decir, como Ley Suprema.

De entre los compromisos internacionales adquiridos por la nación en materia de VIH, destacan en la última década los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* y la *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH (UNGASS-SIDA 2001)*, los cuales establecen metas que deben ser logradas en tiempos específicos por todos los países firmantes.

Respecto a la estrategia de prevención, la Declaración de compromiso en la lucha contra el sida, UNGASS 2001, establece que para 2005 se debe contar con una amplia gama de programas de prevención que incluyan actividades de información, educación y comunicación con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, en lo general el Programa de Acción Específico sobre VIH es en sí mismo parte de la respuesta y por lo tanto tiene concordancia con ese compromiso, en lo particular dicho programa contempla como una de sus actividades el mantener campaña que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/sida, promover la detección oportuna, y la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia.

Sobre las **pruebas de detección**, tanto en la Declaración UNGASS 2001 como en el Programa de Acción se contempla la promoción de la detección voluntaria. El Programa de Acción para este sexenio, establece la promoción de la detección voluntaria del VIH en la población general como una estrategia específica, mientras que el acceso a las pruebas de detección para poblaciones clave queda establecido como parte de la estrategia de prevención focalizada. Las poblaciones clave a las que hace alusión el programa son: hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad, población móvil, indígenas.

Como parte de la evaluación y monitoreo el Programa de Acción Específico establece indicadores para monitorear el avance en la consecución de las metas establecidas. A pesar de que la meta para este fin contempla que todas las instituciones del sector salud ofrezcan servicios de detección voluntaria del VIH a la población usuaria de los servicios públicos de salud, no existe un indicador sobre la población general, los indicadores están pensados sólo para medir el impacto de esta política en población con comportamientos de riesgo.

En cuanto a la **prevención de la transmisión sexual**, existe concordancia entre lo acordado internacionalmente y lo que establece la política pública, en ambas se habla de contar con un mayor acceso a artículos esenciales como condones masculinos y femeninos, el Programa además establece el mayor acceso a lubricantes, sin embargo no se aborda el tema de la prevención y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual como parte de la estrategia.

En lo que respecta a la **Educación Sexual** la Declaración UNGASS 2001 establece asegurar que los jóvenes de ambos sexos tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH. Otro compromiso de gran relevancia en el tema es la Declaración Ministerial, “Prevenir con Educación”, firmada en México en 2008, donde se establece la implementación y/o fortalecimiento de estrategias de educación integral en sexualidad, la cual incluye la prevención del VIH e ITS con una perspectiva basada en los derechos humanos y que incluya aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género; según lo establecido en la Declaración Ministerial, esta educación integral en sexualidad debe basarse en evidencia científica. En contraste el Programa de Acción Específico establece el trabajo conjunto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) con el fin de coordinar en forma permanente una campaña sobre educación y salud sexual, también a través de la incorporación del tema de la salud sexual en los libros de texto de primaria y secundaria. A pesar de que la política pública habla de la colaboración estrecha entre el CENSIDA y la SEP la estrategia refiere al tema de salud sexual en general, lo cual cumple de manera parcial con los compromisos internacionales ya que en éstas se establece la educación específica para jóvenes sobre el VIH, y como tal eso no aparece en el Programa de Acción.

En lo referente a la **prevención de la transmisión sanguínea**, se encontraron coincidencias ya que en ambos documentos prevén el aseguramiento de suministros de sangre no contaminada y el contar con programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas y en el caso de

la Declaración UNGASS 2001 se especifica contar con equipo esterilizado para inyecciones, estrategia que no aparece de manera explícita en el Programa de Acción.

Respecto a la **prevención de la transmisión perinatal** la política nacional coincide con los compromisos internacionales, en ambos casos se habla de impulsar estrategias con el fin de reducir la transmisión de este tipo y éstas incluyen el incremento de la detección oportuna. La Declaración UNGASS 2001 establece para el 2010 reducir en un 20% el número de lactantes con VIH y ofrecer al 80% de las mujeres que acuden a los servicios de control prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención, situaciones que también establece el Programa de Acción e incluso dicho programa prevé como meta ofrecer la prueba de detección al 100% de las embarazadas en control prenatal. Sin embargo al respecto existe contradicción entre las políticas nacionales ya que la Norma Oficial Mexicana 007 para la Atención de la Mujer durante el embarazo y parto establece la oferta de detección del VIH solo en “mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas)” (Secretaría de Salud, 1993).

Respecto a la provisión de los sucedáneos de leche materna, ésta queda establecida en la Declaración UNGASS 2001 como una de las acciones necesarias dentro de los servicios de prevención del VIH, sin embargo dentro de la política nacional solo la Guía de manejo antirretroviral establece la obligación por parte de las instituciones de salud de asegurar la provisión de fórmula láctea desde el postparto y durante los primeros seis meses de vida. Dentro de los compromisos internacionales existe un vacío respecto a los lineamientos para evitar la transmisión en el momento del parto a pesar de que ONUSIDA si los publica como parte de las acciones necesarias para la prevención del VIH, en cuanto a la política nacional, dichos lineamientos solo se encuentran en la Guía de manejo antirretroviral.

## VII.2 Políticas Públicas y Discurso Nacional

Han sido escasos los discursos oficiales en los que se ha incluido el tema del VIH y el sida; fuera del contexto del Día Internacional de Lucha contra el Sida no existen declaraciones por parte del gobierno en torno al tema. Es un hecho que en lo que va del sexenio sólo en una ocasión el presidente de la república ha hablado públicamente sobre el tema y eso fue en agosto de 2008, en la inauguración de la XVII Conferencia Internacional de sida. El contenido de dicho discurso así como las palabras del Secretario de Salud, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Mauricio Hernández Ávila y del Dr. José Antonio Izazola Licea, Director del CENSIDA en torno al Día Internacional de Lucha contra el sida en 2009 forman parte de los documentos incluidos dentro del análisis que se llevó a cabo para la realización de la presente investigación.

Acerca del acceso a las **pruebas de detección** del VIH como una de las estrategias de prevención existe un vacío en cuanto al discurso en el tema, ninguna figura del gobierno habló al respecto, a pesar de que se trata de una de las principales líneas de acción dentro de la política de prevención para este sexenio. Situación similar se presenta con lo que respecta a la estrategia de **Información, Educación y Comunicación**, de la cual no se hace referencia en ninguna de las declaraciones oficiales sobre el tema.

Un tema que ha formado parte importante del discurso oficial se encuentra en los proyectos de **prevención focalizada**, para dicho tema coinciden las declaraciones de Felipe Calderón con las del Secretario de Salud y del Director del CENSIDA, los tres dan mucho peso a la cantidad de dinero que se ha destinado para el financiamiento de proyectos de la sociedad civil dirigidos a los grupos más vulnerables, destaca el hecho de que el Director del CENSIDA subraye que el financiamiento de estos proyectos se hace sin desatender las necesidades de otras poblaciones y de la población general, Mujeres, Indígenas, Migrantes, UDIS, cuando, como veremos adelante, existe una enorme carencia de acciones específicas para estas poblaciones.

En lo concerniente a la **prevención de la transmisión sexual** el discurso se ha enfocado mayoritariamente en el tema de la compra y la distribución de condones y en menor medida en lo referente a la educación sexual.

La repartición de condones ha sido un recurso muy utilizado en el discurso oficial, sin embargo hay contradicciones entre las cifras dadas por los diferentes miembros del gobierno. Felipe Calderón manejaba en 2008 la cifra de “más de 32 millones de condones masculinos repartidos por año”, por otra parte el Secretario de Salud establecía la cifra de 30 millones de condones para ese mismo año y declaraba que “esta cifra se mantendría e incluso se aumentaría en el futuro inmediato”, situación que no se vio reflejada en 2009 cuando el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud daba la cifra de 29 millones de condones masculinos para ese año. Respecto al condón femenino en 2008 Felipe Calderón manejó la cifra de 100 mil condones, para 2009 la Secretaría de Salud anunciaba la compra y distribución de 200 mil condones femeninos, si bien la cifra iba en aumento seguía sin ser suficiente para cubrir las necesidades de prevención de las mujeres a nivel nacional.

Respecto al tema de **Educación Sexual**, solo el Dr. Izazola, Director del CENSIDA lo ha mencionado, en su discurso de cierre del Congreso Nacional sobre VIH y Sida realizado en 2009, hizo referencia a la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” mencionó que ésta debe pasar a la etapa de operación ya que hasta el momento los “avances” que se han dado han sido solo en el terreno de la planeación. Lo anterior a pesar de que el Plan de Acción para este sexenio establecía toda una estrategia al tema de la educación sexual y que según ésta, el trabajo en conjunto debió de haberse dado desde el inicio del sexenio, el cual incluía la coordinación con la SEP en forma permanente para la realización y difusión de una campaña sobre educación y salud sexual, así como la incorporación del tema de salud sexual en los libros de texto de primaria y secundaria.

Donde hay un completo vacío dentro del discurso nacional es en el tema de la **prevención de la transmisión sanguínea**, ninguna de las figuras del gobierno

federal hizo mención respecto a las cuestiones sobre la seguridad de la sangre, y mucho menos a lo referente a los programas de reducción del daño para las y los usuarios de drogas inyectables del país, ambas, estrategias que forman parte del Programa de Acción.

Situación similar sucede con la **prevención de la transmisión perinatal**, a excepción del Director del CENSIDA, ningún miembro del gobierno abordó el tema en su discurso. El Dr. Izazola habló de la necesidad de coordinar el trabajo con las unidades de atención materna y perinatal para que las acciones de prevención de la transmisión vertical se realicen de manera efectiva en todas las instituciones, dejando ver que aunque estas acciones se contemplan en las líneas de acción 1.3 y 2.1 del Programa de Acción, esto no se lleva a cabo en la práctica.

Mención aparte merecen las declaraciones realizadas en torno a las acciones enfocadas a los **grupos clave**, no existe una clara definición de cuáles son estos grupos dentro de la política pública. En el diagnóstico presentado dentro del Programa de Acción se mencionan como los grupos donde las prevalencias de infección son más altas a los siguientes: Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Trabajadores hombres y mujeres del sexo (TS) y los Usuarios de Drogas Inyectables (UDI's), en la sección dedicada a las estrategias se menciona además a las personas privadas de su libertad, población móvil, indígenas, pero como parte de los grupos clave para el trabajo de los proyectos de prevención focalizada. Sin embargo en el discurso el Secretario de Salud menciona una mayor cantidad de grupos dentro de las poblaciones más afectadas e incluye a las parejas hombres y mujeres de los HSH, a las usuarias de drogas inyectables y sus parejas e hijos, y enfatiza la vulnerabilidad de los jóvenes dentro de estas poblaciones. Si bien el discurso es más amplio y abarca algunas de las poblaciones que deberían ser tomadas en cuenta para la respuesta, las acciones del Programa de Acción son muy limitadas o poco específicas en lo que refiere a su aplicación en estos grupos.



En el caso de las y los jóvenes hay un enorme vacío en cuanto a estrategias específicas para este grupo, el Programa de Acción no los menciona más que en el apartado de educación sexual, que si bien es una estrategia importante, deja de lado otras estrategias como el acceso a condones masculinos y femeninos y a pruebas de detección. Específicamente en lo referente al acceso a las pruebas de detección para esta población existe una gran limitante dentro de la misma normatividad nacional, ya que la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del VIH limita el acceso a los jóvenes para que se realicen la prueba pues, según ésta los resultados solo pueden entregarse a sus padres o tutores.

Una situación semejante sucede con las mujeres, en el discurso el Secretario de Salud menciona la importancia de detener la afección en las mujeres, lo cual exige el compromiso de erradicar las relaciones desiguales de género y la violencia hacia las mujeres, ya que éstos incrementan su vulnerabilidad al VIH; sin embargo el Programa de Acción no establece acciones enfocadas a la erradicación de estas situaciones, dicho programa solo menciona la perspectiva de género dentro de la estrategia de educación sexual, pero el mismo programa no contempla este enfoque ya que las acciones de prevención destinadas a las personas viviendo con VIH y para los usuarios de drogas inyectables no se encuentran desagregadas por sexo. Por otro lado las acciones específicas para mujeres solo son las dirigidas a las trabajadoras sexuales y a las mujeres embarazadas.

### **VII.3 Acciones de Prevención.**

Las acciones que lleva a cabo el gobierno son la puesta en marcha de las políticas públicas que sobre el tema se han diseñado, las acciones nos permiten constatar cuáles son las prioridades dentro de la política pública, es decir a qué es a lo que el gobierno le está dando peso. Como parte de las acciones susceptibles de análisis el Presupuesto resulta ser uno de los instrumentos de política económica más importante, ya que éste refleja las prioridades de las políticas económicas y sociales del gobierno, traduciendo políticas, compromisos y metas en decisiones sobre en qué se deben gastar

los recursos, entre más dinero se designa mayor es la atención y compromiso que se tiene respecto al tema.

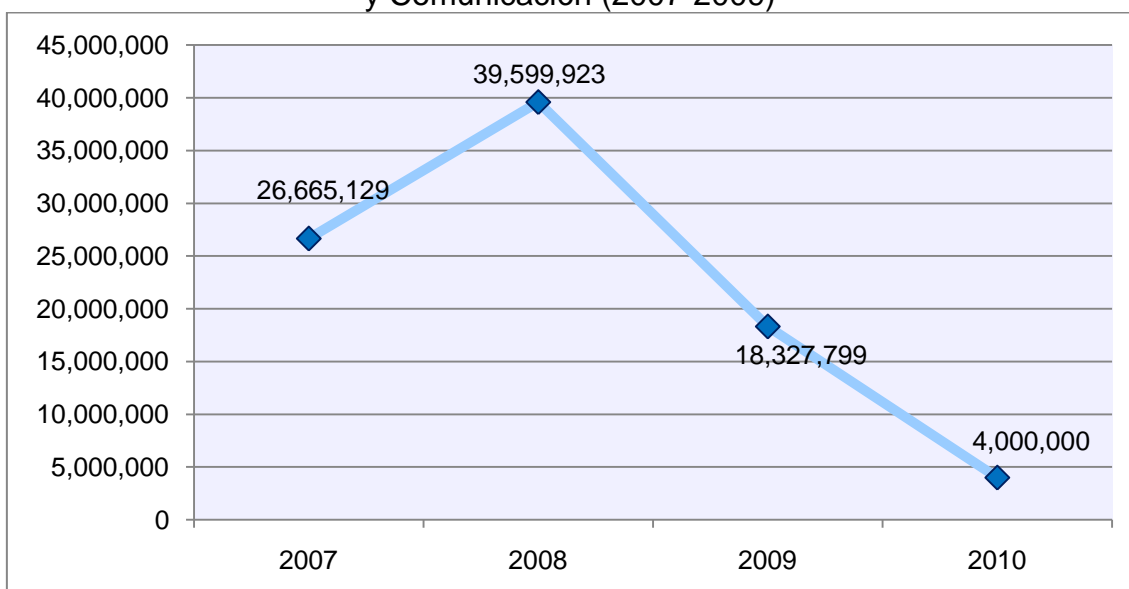
El análisis de estas acciones nos permite además conocer si lo que se está haciendo corresponde o está en función de aquello que se planteó hacer dentro de la política pública (Programa de Acción y Normas Oficiales) y de los compromisos internacionales que el país ha adquirido.

En lo que respecta a las **campañas de prevención**, la política pública incluye la realización de campañas sobre prevención, disminución del estigma, discriminación y homofobia. A lo largo del sexenio se han abordado estos temas dentro de las campañas realizadas para medios masivos de comunicación. El año en que se realizaron más campañas fue el 2008, destaca el hecho de la alta frecuencia con que se transmitían estos mensajes y que la transmisión abarcaba todos los canales nacionales incluidos aquellos con mayores niveles de audiencia. Esta fuerte inversión en medios para el 2008 tuvo lugar en los meses de julio, agosto y septiembre en el marco de la realización en México de la XVII Conferencia Internacional sobre sida; estos videos estaban enfocados a la propaganda de las acciones del gobierno en el tema (enfocados sobre todo en la creación de CAPASITS como centros donde se concentran las acciones de prevención y atención) y no así como verdaderas campañas de prevención.

Durante 2009 sólo se realizaron dos campañas, la primera, de prevención, dirigida a las mujeres cuya difusión se realizó durante el mes de marzo como marco del Día Internacional de la Mujer; la segunda, estuvo enfocada contra la homofobia, dirigida para la población en general y se difundió en el mes de diciembre dentro del marco del Día Internacional de Lucha contra el sida. Destaca la poca frecuencia con que se emitieron estos mensajes y el hecho de que se difundieron principalmente a través de la radio y en el caso de la televisión su difusión se hizo primordialmente en la televisión de paga y en televisión abierta solo en el canal 11 (CENSIDA, 2009a).

En cuanto al presupuesto las cantidades invertidas a la estrategia de Información, Educación y Comunicación de 2007 a 2009 fueron las siguientes:

Figura 4. Presupuesto asignado para las actividades de Información, Educación y Comunicación (2007-2009)

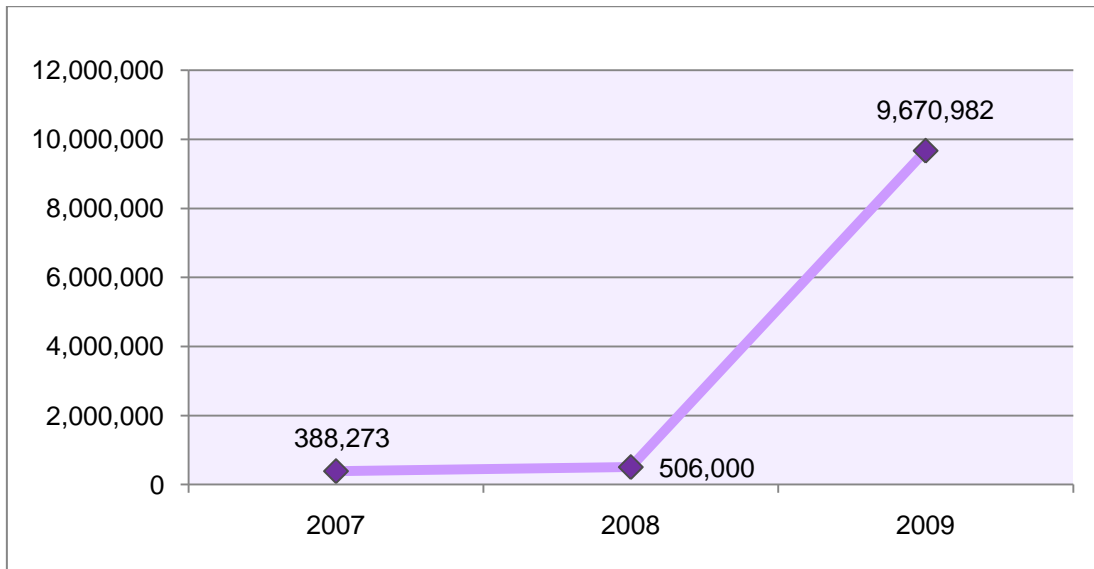


Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la Información financiera publicada en el CENSIDA (2010a)

Se observa una mayor inversión en 2008 respecto a un año anterior, sin embargo es evidente la notable reducción de recursos para el año 2010 ya que se designan recursos muy por debajo de los asignados para año 2007.

En cuanto al tema de acceso a **pruebas de detección** del VIH, el presupuesto asignado a la compra de pruebas de detección forma parte de la información financiera disponible en el sitio web de CENSIDA desde abril de 2010. Según ese informe el presupuesto destinado a la compra de pruebas de detección de 2007 a 2009 se distribuye de la siguiente manera:

Figura 5. Presupuesto asignado para la compra de pruebas de detección de VIH 2007-2009



Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la Información financiera publicada en el CENSIDA (2010a)

Como se observa en la grafica, los recursos asignadas a la compra de estos insumos han tenido una tendencia a la alza, destacando el millonario incremento de 2008 a 2009, con un aumento de poco más de nueve millones de pesos para su compra.

En cuanto a la distribución de estas pruebas, el Programa de Acción maneja en su línea estratégica 1.1 la promoción de la detección voluntaria de VIH en población general, sin embargo hasta el momento no ha habido una campaña dirigida a la población en general donde se promueva la realización de pruebas voluntarias de VIH. En el informe UNGASS 2008 se incluye un indicador al respecto, sin embargo México reporta no disponer de información para responder al mismo ya que las encuestas poblacionales con las que cuenta el país no incorporan las preguntas necesarias para responder este indicador (CENSIDA, 2008a).

Los datos que México sí reporta en cuanto a las pruebas de detección son los que tienen que ver con las poblaciones con mayor prevalencia del virus (Hombres que tienen sexo con hombres, HSH; Trabajadoras/es sexuales, TS;

Usuaris/os de drogas inyectables, UDI's). Para los cuales los resultados fueron los siguientes:

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

<b>Población</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Trabajadoras/es Sexuales</b>	71.9%	63%	76.1%
<b>Usuaris/os de Drogas Inyectables</b>	31.1%	28.3%	48.3%
<b>Hombres que tienen sexo con hombres</b>	53.6%	53.6%	No Aplica

Fuente: CENSIDA (2008a)

Se observa que en el caso de los UDI's el acceso es realmente muy pobre (31%). En el caso de las Trabajadoras/es sexuales aunque la cifra es alta, es necesario considerar que probablemente esto se debe al control sanitario a las que son sometidas/os. En los bandos de policía y buen gobierno del nivel municipal existen disposiciones para realizar la prueba de VIH obligatoria a las trabajadoras/es sexuales, como condición para poder trabajar (CENSIDA, 2010c), lo cual va en contra de lo estipulado por la Norma Nacional sobre VIH y recomendaciones de ONUSIDA sobre el carácter voluntario y con consentimiento informado de la prueba.

Para el tema de **Educación Sexual**, Hasta el momento no existe alguna publicación del CENSIDA sobre el avance en el trabajo conjunto con la SEP para la incorporación del tema en los programas educativos de nivel básico. Sin embargo, el Informe de Avance UNGASS del 2008 contiene un indicador al respecto, el cual considera el porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida durante el último curso académico. En este punto es importante mencionar que este enfoque se basa en la enseñanza de las maneras de prevenir y hacer frente al VIH/sida basándose no solo en la información si no que los programas de estudios deben responder a las necesidades de los estudiantes en lo que se refiere a los

conocimientos, las actitudes y la capacidad que ellos requieren para evitar comportamientos sexuales de alto riesgo.

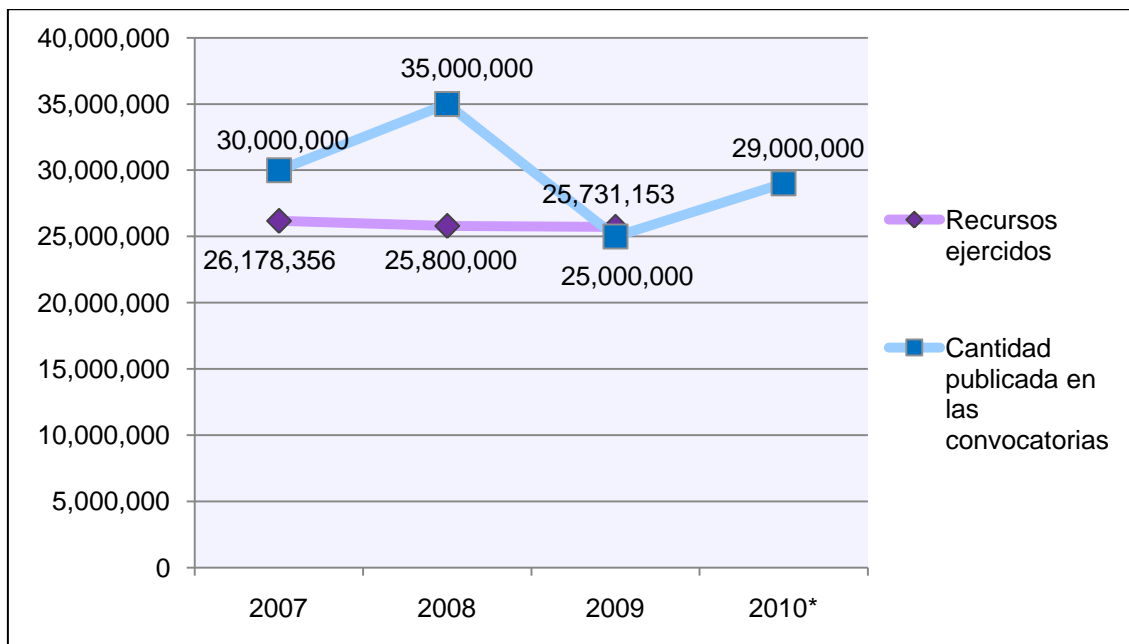
En el Informe UNGASS de 2008 México reportó para este indicador que un 27% del total de escuelas de nivel primaria y secundaria impartió educación sobre VIH basada en aptitudes para la vida, en 2007. Una cifra realmente baja pero que además no cumple con el requerimiento del indicador ya que como el mismo documento lo señala, la educación en México no contempla el enfoque de aptitudes para la vida.

Dentro de la explicación sobre los temas que se imparten y se relacionan con el indicador se habla de la sexualidad más no así del tema explícito del VIH y sida. En lo que refiere a la educación sobre sexualidad el Informe menciona que a lo largo de toda la educación básica, este se aborda con un planteamiento gradual a través de una metodología de enseñanza flexible que permite a los docentes decidir cómo y hasta dónde desarrollar el tema, de acuerdo con las inquietudes y necesidades del alumnado y el contexto social y cultural en el que se desarrolla, lo cual deja al criterio del profesor lo que se imparte sobre el tema y bajo qué perspectiva.

Por otro lado el Informe también establece que la información sobre VIH será parte del programa Integral de Formación Cívica y Ética para la educación primaria, el cual hasta el 2008 se encontraba en proceso de aprobación y del que a la fecha no se ha publicado nada.

La estrategia de **Prevención Focalizada** ha sido una de las más difundidas por el gobierno, está presente en el discurso de por lo menos tres altos funcionarios del gobierno, entre ellos Felipe Calderón. Destaca el hecho de que en el discurso el Secretario de Salud afirmara que cada año se invierten recursos por un monto de 30 millones de pesos y que éstos se mantendrían e incluso aumentarían, cuando como se observa en la siguiente gráfica eso no ha sucedido.

Figura 6. Recursos económicos publicados y ejercidos para Proyectos de Prevención Focalizada



Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la Información financiera y las Convocatorias de Prevención Focalizada (2007-2010) publicadas en el sitio web de CENSIDA (2010a)

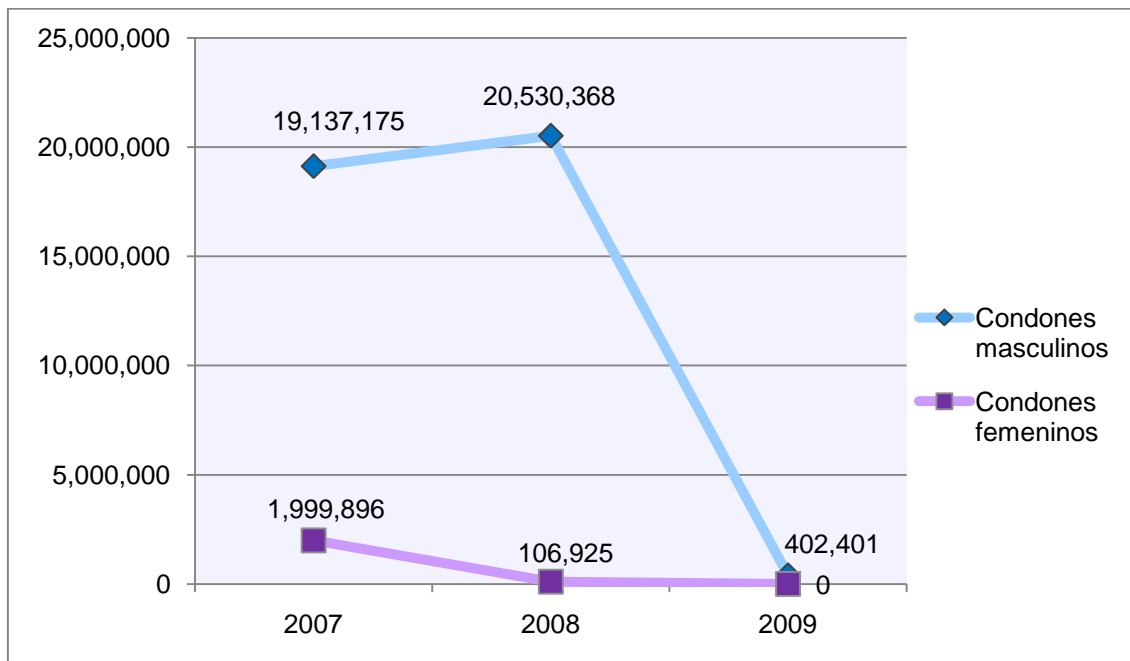
Destaca el hecho de que en 2007 y 2008 los recursos que finalmente se ejercieron para el rubro de proyectos de prevención focalizada fueron menores a las cifras que se manejaron tanto en las convocatorias como en el discurso.

Sobre los **insumos de prevención**, el tema se ha centrado en la repartición de condones, a pesar de la declaración en 2008 de Felipe Calderón respecto a la millonaria cantidad de condones masculinos y femeninos que se adquieren y se distribuyen y su respectivo aumento año con año, las declaraciones de otros miembros del gobierno en 2009 dejan ver que la cantidad de condones masculinos que ha adquirido el gobierno ha disminuido.

\* Este presupuesto incluye además de los proyectos de prevención focalizada, proyectos de provisión de asistencia técnica, promoción de iniciativas comunitarias, y la creación del Programa Nacional de Registro y Sistematización de Intervenciones de Prevención.

En cuanto al presupuesto utilizado para la compra de condones, la siguiente figura da cuenta de la notable disminución de los recursos destinados para este rubro de 2007 a 2009.

Figura 7. Recursos destinados para la compra de condones 2007-2009



Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la Información financiera publicada en el CENSIDA (2010a)

Como se observa en la grafica ha habido un notable retroceso en cuanto a los recursos que se destinan para la compra de condones, como sucede con el dinero destinado a la estrategia de Información, Educación y Comunicación, la cantidad aumenta de 2007 a 2008, pero después cae tremendamente a niveles mucho muy inferiores que los de 2007, reduciéndose en más de \$20,000,000 de pesos lo destinado a la compra de condones. En cuanto a lo empleado para la compra de condones femeninos, la disminución en el presupuesto ha sido constante desde 2007, a tal punto que en 2009, ya no se destinaron recursos para la compra de condones femeninos.

Respecto a la distribución, los comunicados de prensa y discursos oficiales refieren los CAPASITS y centros de salud de todo el país como los sititos a través de los cuales se hace su distribución, sin embargo esta información no especifica si se habla de condones masculinos, femeninos u ambos.



Específicamente sobre la distribución de los condones femeninos, no existe información sobre su distribución y/o acceso ni si ésta se realiza en grupos clave y cuáles o en población general. Ningún documento oficial especifica dónde, cómo y a qué poblaciones se distribuyen los condones femeninos que se compran anualmente.

Por otro lado refiriéndonos al acceso que tienen las poblaciones clave a condones, el Informe UNGASS de 2008 que presentó México incluye un indicador sobre el porcentaje de poblaciones más expuestas que tienen acceso a condones en los últimos doce meses, mismas que pueden compararse con los indicadores establecidos por CENSIDA dentro del Programa de Acción Específico para el mismo periodo de tiempo (2007). El contraste de las cifras es el siguiente:

Porcentaje de acceso a condones en los últimos doce meses

Población	Total	Hombres		Mujeres	
		UNGASS 2008	Programa Acción (2007)	UNGASS 2008	Programa Acción (2007)
<b>Trabajadoras/es sexuales</b>	40.1%	59.2%	96.2%	31.2%	96.5%
<b>Usuarías/os de Drogas Inyectables</b>	20.18%	20.34%	Sin indicador	18.88%	Sin indicador
<b>Hombres que tienen sexo con hombres</b>	21.4%	21.4%	82.2%	No Aplica	

Fuente: CENSIDA (2008a)

Como se observa, el porcentaje en que las poblaciones acceden a condones es en promedio menor al 50%. Las y los trabajadores sexuales son quienes reportan el mayor acceso destacando el bajo porcentaje que dentro de esta población reportan las trabajadoras sexuales. El informe no deja claro si esta cifra de acceso a condones incluye el acceso a condones femeninos y de ser así a qué cantidad de condones femeninos se tiene acceso.

Los Hombres que tienen sexo con hombres así como las y los usuarios de drogas inyectables son quienes presentan el porcentaje de acceso a más bajo

y aunque con una diferencia pequeña, las mujeres usuarias reportan una cifra menor que los hombres usuarios.

Si se comparan los datos reportados para el indicador de UNGASS con las proyecciones de ese mismo año de los indicadores nacionales contenidos en el Programa de Acción Específico, es evidente la gran brecha existente entre lo proyectado y lo hasta el momento conseguido. Para los trabajadores sexuales la diferencia es de un 37% sin embargo para las trabajadoras sexuales la brecha se ubica en un 65% por debajo de lo planeado. En lo referente a los hombres que tienen sexo con hombres la diferencia entre lo planeado y la situación actual es de un 60.8%.

En cuanto a la **Prevención de la Transmisión Sanguínea**, tanto en la política pública como en los compromisos internacionales se establecen los medios a seguir para evitar la transmisión por esta vía: a) garantizar la seguridad de la sangre a través del tamizaje de toda la sangre u órgano que utilizado en los trasplante y b) a través de estrategias de reducción del daño para usuarias/os de drogas inyectables que incluye la provisión de equipo de inyección estéril.

En cuanto a la seguridad de la sangre, dentro del Informe UNGASS de 2008, México reporta un 100% de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. Sin embargo el mismo documento reporta que se han presentado dos casos de transfusión de sangre contaminada con VIH: uno en el IMSS (Morelos, 2002) y otro en la Secretaría de Salud (Veracruz, 2003).

En lo que respecta a la transmisión del VIH asociada al uso de drogas, las cifras reportadas son las siguientes:

Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo estéril la última vez que se inyectó.

Total	Hombres		Mujeres	
	UNGASS 2008	Programa de Acción (2007)	UNGASS 2008	Programa de Acción (2007)
<b>14.15%</b>	14.94%	26.7%	9.09%	Dato no diferenciado por sexo.

Fuente: CENSIDA (2008a)

El porcentaje de acceso es realmente bajo y nuevamente al desagregar los datos por sexo, las mujeres reportan un porcentaje de acceso más bajo, situación similar a la ocurrida para este grupo en el apartado de acceso a condones.

La brecha entre lo proyectado dentro de la política pública y lo reportado es de más de un 10%, señalando el poco avance que se ha dado en la materia y en el caso de las usuarias de drogas inyectables, estas no son consideradas dentro de los indicadores nacionales, invisibilizando las diferencias de sexo dentro de este grupo.

Para el tema de la **Prevención Perinatal** el Programa de Acción contempla la importancia de la detección y tratamiento oportunos como herramientas para garantizar la prevención por esta vía. Sin embargo según lo reportado en los Boletines de 2007 y 2008 del Grupo de Información Sectorial en VIH/sida, el porcentaje de mujeres mexicanas embarazadas que se realizaron la prueba de VIH durante el control prenatal en las instituciones del Sector Salud para el año 2007 fue de 13.1% y en 2008 de 31.4%, cifras que se encuentran por debajo de los indicadores establecidos dentro del Programa de Acción Específico, los cuales establecen un porcentaje de detección de VIH en embarazadas para 2007 de 22.8% y para 2008 de 38.2%. Lo cual afectará el logro de la meta establecida para 2012 de realizar la detección de VIH al 100% de las embarazadas que se atienden en las instituciones del Sector Salud.

Estas cifras también se encuentran muy por debajo de lo establecido en la Declaración de Compromiso UNGASS 2001, la cual establece ofrecer al 80% servicios de prevención de VIH dentro de los cuales se incluye la oferta de la prueba.

Estos niveles de acceso a la prueba en mujeres embarazadas tan bajos pueden relacionarse con la subjetividad del prestador de servicios médicos para ofertar la prueba ya que la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención del embarazo y parto establece la detección del VIH solo en mujeres de “alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas)” lo cual abre la posibilidad de que los prejuicios personales del personal de salud influyan en su criterio para ofertar la prueba de detección del VIH al 100% de las mujeres embarazadas.

Respecto a la existencia de documentos donde se reporte el impacto de las estrategias de prevención perinatal solo el Informe UNGASS de 2008 incluye un indicador al respecto, el Indicador 5 donde CENSIDA reporta un 100% de embarazadas con VIH que tuvieron acceso a antirretrovirales en el año 2006.

#### Indicador 5

Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que recibió terapia antirretrovírica durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	100%
---	------

Sin embargo dentro de la explicación del indicador, el documento reporta que este porcentaje es una estimación, y se explica que a partir de 1998 México ofrece acceso a tratamiento para la prevención perinatal a mujeres embarazadas y por lo mismo, bajo ese supuesto, se asume que todas las mujeres embarazadas con VIH recibieron antirretrovirales. El mismo documento reconoce que en términos reales no ha sido posible alcanzar el 100% de cobertura en tratamiento perinatal, las razones que se exponen son los problemas de desabasto de medicamentos antirretrovirales sobre todo en el IMSS, así como que el acceso universal a tratamiento abarca solamente a las mujeres embarazadas a las que se les detecta la infección por VIH, dejando

fuera a las mujeres embarazadas que viven con el virus pero no se les detecta la infección.

Sobre las otras estrategias relevantes para la prevención perinatal, es decir las intervenciones correctas en el momento del parto (cesárea cuando la carga viral de la mujer es mayor a 1000 copias) y las consideraciones para la lactancia, no existe algún documento donde se reporte su implementación, y no forman parte del discurso de alguno de los actores políticos involucrados en el tema.

## **Capítulo VIII. Conclusiones**

A través del análisis fue posible constatar un gran número de irregularidades en torno a cómo ha sido manejado el tema de la prevención del VIH dentro de la política pública del gobierno mexicano de los últimos tres años, así como las incongruencias que existen entre las declaraciones de los principales actores políticos con injerencia en el tema y las acciones que se llevan a cabo.

En cuanto a la integración de los principales compromisos internacionales dentro de la política nacional, la presente investigación constata que existe concordancia entre algunos de los puntos que establece particularmente la Declaración de Compromiso UNGASS 2001 y lo establecido en el Programa de Acción Específico sobre VIH de este sexenio. Estas concordancias se ven reflejadas en algunos contenidos del Programa de Acción donde se establece la existencia de programas de prevención con actividades de información, educación y comunicación; el establecimiento de estrategias enfocadas al mayor acceso a la detección voluntaria y confidencial; la implementación de campañas sobre educación sexual que incluye lo referente al tema específico del VIH y su prevención así como la incorporación del tema de salud sexual dentro de los programas educativos desde el nivel básico; mayor acceso a condones femeninos y masculinos; el desarrollo de programas de reducción de daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas; contar con estrategias que buscan incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz en mujeres embarazadas.

Sin embargo, existen lagunas dentro de la política nacional, no se habla de la prevención y tratamiento temprano y eficaz de otras infecciones de transmisión sexual; si bien se mencionan programas de reducción del daño asociados a transmisión del virus por uso de drogas no se menciona de manera explícita la provisión de equipo esterilizado para inyecciones; en cuanto a la prevención de la transmisión perinatal del virus existe un vacío en la política pública pues solo se establece la provisión de leche materna como herramienta para evitar la transmisión del virus a través de la lactancia en la Guía de Manejo antirretroviral más no así en el programa de acción, en la norma oficial sobre

VIH ni en la norma oficial de embarazo y parto; la política pública nacional no contempla la perspectiva de género.

Como se observa, la estrategia nacional para este sexenio cumple con algunos de los lineamientos internacionales, sin embargo si enfocamos el análisis ahora a lo que tiene que ver con las acciones de este gobierno y su relación tanto con la política pública como con los compromisos internacionales, encontramos lagunas mayores y que la consecución de las metas contenidas en los compromisos internacionales solo alcanzan un rango mediocre, pues en muchos de los compromisos no se cumple ni con la mitad de lo proyectado para lograr las metas firmadas.

El Informe respecto al avance en los compromisos UNGASS que presentó México en 2008 deja ver el poco avance que tiene el país para la consecución de las metas contenidas en dicho documento, existe un pobre acceso a pruebas de detección en aquellas poblaciones que presentan mayor prevalencia del virus, particularmente entre las y los usuarios de drogas inyectables. En los hombres que tienen sexo con hombres la cifra se encuentra alrededor del 50%, cifra que aunque es mayor que en las y los UDIs no es suficiente para lograr las metas contenidas en UNGASS.

Respecto a la política pública existen incongruencias dentro del mismo Programa de Acción, mientras que como uno de los objetivos se establece la realización de la prueba de detección de VIH a la población en general no existe dentro de los indicadores uno que haga referencia a esta población, solo existe uno que engloba a la población con “comportamiento de riesgo”.

Por otro lado si bien es importante aumentar la detección del VIH es necesario no perder de vista el carácter voluntario y confidencial del proceso, la situación de las y los trabajadores sexuales es un reflejo de esta condición, se trata de la población con cifras de detección más altas pero a costa de la violación del derecho a la voluntariedad y confidencialidad.

Es evidente que la mayor cantidad de recursos económicos destinados para el CENSIDA se otorgaron en 2008, lo cual se ve reflejado en el hecho de que, del periodo de tiempo transcurrido de este sexenio, sea 2008 el año donde se invirtió más en estrategias de información, comunicación y educación, en compra de condones, así como en la inversión de proyectos de prevención focalizada, ese año a diferencia de los otros se invierte en campañas en medios masivos de comunicación que incluyen a los principales medios de difusión y que lejos de contener mensajes alusivos a la prevención llevan como mensaje principal la propaganda del gobierno. Todo esto tiene como marco contextual la realización de la XVII Conferencia Internacional sobre sida en México. La increíble disminución de los recursos para 2009 deja ver el poco peso real que tiene el tema para el gobierno, dejando claro que el tema fue prioridad solo mientras los reflectores internacionales estuvieron enfocados en el país, al irse la atención internacional también se van los recursos y éstos se reducen en niveles aún menores a los de 2007.

Los discursos presentan contradicciones importantes entre las declaraciones de los mismos actores políticos y entre lo que las acciones reportan, estas declaraciones dejan ver cómo el gobierno infla las cifras con tal de causar una mejor impresión pero que estos discursos no pueden sostenerse con los hechos.

Respecto a las campañas de prevención cada año se financian pocas de estas campañas en medios masivos, además la difusión de éstas se realiza por espacios de tiempo muy corto y a través de medios de poco alcance, que no impactan a toda la población. No existen campañas en medios masivos específicas para los grupos clave y otros grupos con alta vulnerabilidad de adquirir el virus. Por otro lado, existe una carencia de estrategias de prevención que contemplen las necesidades particulares de las poblaciones con mayores prevalencias de la infección pero además de otras poblaciones que son vulnerables a contraer el virus.



Las estadísticas demuestran que las y los jóvenes son un grupo altamente vulnerable a contraer el virus, ya que se ha observado que es justo en esa etapa de edad que se dan la mayoría de las infecciones. En el discurso esta situación es retomada por el Secretario de Salud cuando dice que “dentro de las poblaciones vulnerables, los más vulnerables son los jóvenes”. Sin embargo la política nacional no contempla campañas específicas para esta población, no se incluyen dentro de los grupos contemplados en los proyectos de prevención focalizada e incluso la política resulta ser una limitante cuando la Norma Oficial sobre VIH limita su acceso a pruebas de detección pues el resultado debe darse a sus padres o tutores. De esta manera es difícil que las y los jóvenes se realicen la prueba pues deben hablar de su conducta sexual con sus padres, en un contexto cultural donde no está bien visto hablar del tema y donde el que un hijo manifieste su interés por realizarse una prueba de VIH remite a los padres a que sus hijas/os estén teniendo comportamientos “inmorales”, situación por la cual la o el joven prefiere no hacerse la prueba.

Lo anterior refuerza la relevancia de actualizar la Norma de VIH, la última actualización de esta norma se realizó en el 2000 y hay lagunas importantes dentro de ella, particularmente en los temas que tienen que ver con la prevención y atención en jóvenes y en mujeres ya que la epidemia está creciendo en estas poblaciones y que además éstas han sido ignorados dentro de la política pública.

Existe un vacío importante en cuanto a estrategias de prevención enfocadas a las mujeres en general y desagregadas por sexo dentro de las poblaciones vulnerables. Este poco interés en la prevención en mujeres se ve reflejado en el escaso acceso a condones femeninos, si bien hasta el 2008 existían recursos destinados para su compra, estos se encontraban muy por debajo de los niveles necesarios para la población de mujeres, e incluso estos recursos desaparecieron en 2009, año a partir del cual dejan de destinar recursos para la compra de condones femeninos.

Por otro lado la declaración de compromiso UNGASS 2001 establece como uno de los ejes fundamentales de la respuesta el respeto de los derechos humanos y la reducción de la vulnerabilidad, particularmente en ese apartado existen estrategias específicas para reducir la vulnerabilidad de las mujeres, donde se destaca la importancia de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, en el caso de la política pública nacional esta no aborda ninguno de los aspectos antes mencionados, no se reconoce la importancia de la disminución de las brechas de género, del empoderamiento de la mujer y de la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia como parte fundamental de una adecuada respuesta al VIH.

Paradójicamente la distribución de condones ha sido uno de los temas prioritarios dentro del discurso y se retoma dentro de la política pública, sin embargo como se observa en el Informe UNGASS 2008, el acceso se ubica por niveles muy bajos, alrededor del 40% para los grupos que presentan mayor prevalencia del virus. Y no existen datos que den cuenta del acceso que tiene la población en general a estos insumos de prevención.

El porcentaje de acceso de condones tan bajo que se reporta para los grupos con mayor incidencia del virus no alcanza para cubrir con las metas proyectadas por año en el Programa de Acción Específico, presentando una diferencia de más del 50% entre lo proyectado y lo realizado.

Muestra de la falta de recursos destinados para la compra y repartición de condones en el país es el comunicado de prensa emitido por CENSIDA en julio de este año donde se hace explícito que existe una cantidad limitada de condones y que por lo tanto estos deben distribuirse únicamente a las poblaciones clave: HSH, UDIs, jóvenes gay, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas privadas de su libertad y personas viviendo con VIH (CENSIDA, 2010c). Esta medida si bien corresponde a la política de prevención focalizada hace constar la enorme falta recursos para el tema y deja fuera la prevención a otras poblaciones en vulnerabilidad.

La política pública integra algunos de los aspectos contenidos en los compromisos que se han firmado en torno al tema de la educación sexual, sin embargo aún no se logra que estos se pongan en marcha. La política del país abre la puerta a que los contenidos en materia de educación sexual se impartan de acuerdo al criterio del profesor. Esta libertad de criterios provoca que se den situaciones contradictorias, mientras que en el Distrito Federal se edita un libro que aborda abiertamente los temas referentes a la sexualidad, la Secretaría de Educación de Guanajuato re edita el libro de texto de Biología, para eliminar las imágenes correspondientes a los órganos sexuales femeninos y masculinos y basa su estrategia de prevención en evidencia no científica y que no está dentro de las recomendaciones de ONUSIDA para la prevención, es decir en la abstinencia y la fidelidad (Álvarez, 2009).

Esta política tiene una relación directa con las cifras tan bajas que se reportan en el Informe UNGASS 2008 de México, donde el porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH apenas alcanza el 27%, y a pesar de que está en proceso la implementación de un plan de estudios que integre los temas referentes a la salud sexual, entre ellos el VIH, a la fecha no se ha hecho una difusión de los alcances de esta estrategia.

Estas cifras son inaceptables sobre todo cuando México fue el país donde se firmó la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, compromiso relevante en el tema ya que establece la implementación del tema de educación sexual integral en los planes de estudio desde el nivel básico así como metas y plazo concretos para su implementación, a pesar de ello hasta el momento no ha habido reportes respecto al avance en este compromiso.

La política pública contempla las estrategias de provisión de sangre segura, y aunque con ciertas reservas se ha logrado que no se presenten más casos de transmisión por esta vía.

Respecto a la prevención de la transmisión sanguínea asociada al uso de drogas inyectables existe un acceso muy bajo a pruebas de detección,

condones y equipo esterilizado en esta población. De nueva cuenta las acciones reportadas se encuentran por debajo de los indicadores proyectados en el Programa de Acción, situación que queda visible en el bajo porcentaje de usuarios/os de drogas inyectables que declara haber usado equipo estéril, porcentaje que se ubica en un 10% por debajo de lo esperado para ese mismo año dentro del Programa de Acción.

Persisten prejuicios sociales que limitan las acciones de prevención en las y los UDIs, culturalmente se sigue viendo el tema desde una perspectiva de seguridad y no como una cuestión de salud, particularmente a lo largo de este sexenio es innegable el peso principal a las políticas de seguridad particularmente en lo referente a la llamada “lucha contra el narco” esta perspectiva coloca a los usuarios de drogas inyectables como delincuentes. Se ve el reparto de jeringas como una incitación a la droga y el crimen y no una práctica de reducción del riesgo y prevención.

A pesar de existir una política de detección oportuna y atención integral en mujeres embarazadas con el fin de prevenir la transmisión perinatal del virus las cifras reportan una cobertura de la oferta de la prueba igual al 13.1% para 2007 lo cual está muy lejos de alcanzar la meta que establece la Declaración de Compromiso UNGASS (80%) y mucho menos de lo establecido dentro del Programa de Acción de este sexenio (100%). Las contradicciones entre la norma sobre embarazo y parto y el Programa de Acción sobre la oferta de la prueba en mujeres embarazadas dan cabida a que sea a criterio del médico que se oferte la prueba lo cual explicaría los niveles tan bajos de acceso a la detección. Por otro lado existe un vacío en cuanto a las estrategias de prevención relacionadas con el parto y la lactancia, éstas solo se establecen en la Guía de manejo antirretroviral y no aparecen dentro de las Normas Oficiales ni del Programa de Acción Específico sobre VIH.

Es evidente la disminución de la cantidad de proyectos de prevención focalizada que se financian año con año, lo cual va de la mano con la disminución del presupuesto que se asigna al CENSIDA. Llama la atención las

incongruencias en cuanto al discurso y las acciones, esta investigación da cuenta de la diferencia entre las sumas anunciadas en las convocatorias y los recursos que finalmente se invierten en el tema. En el discurso se manejan cifras que difieren por varios millones de pesos de lo que realmente se ejerció.

En general si analizamos el gasto en prevención a lo largo de este sexenio es evidente en primer lugar el aumento de recursos en 2008, que va más allá de los 35 millones que se destinaron para la realización de la XVII Conferencia Internacional sobre sida de ese año. Tanto los recursos destinados para las estrategias de Educación, Información y Comunicación, como para la compra de condones y lo establecido en las convocatorias de prevención focalizada publicadas alcanzan su punto más alto en este año pero presentan una disminución sorpresivamente baja para 2009, en todos estos rubros los recursos para este año se ubican por debajo de lo presupuestado para 2007.

2008 fue el año mediático, el gran incremento de los recursos guarda una relación muy cercana con la realización de la Conferencia Internacional y de que, por lo mismo, los reflectores del mundo estaban puestos en el país. A raíz de lo cual, producto de esta investigación, se infiere que este aumento solo fue parte de la estrategia mediática del gobierno de Felipe Calderón con el afán de sustentar una aparente preocupación del gobierno ante los medios nacionales y extranjeros y los representantes de gobiernos y agencias internacionales. Situación que sólo duró lo que los reflectores estuvieron presentes en el país. Los escasos recursos destinados en 2009 y 2010 demuestran el poco interés que el tema representa dentro de la agenda del gobierno federal.

Este es un ejemplo del uso de los recursos y la información para incidir en la opinión pública, la exaltación de las acciones realizadas por el gobierno en la prevención del VIH no es más que una estrategia de propaganda institucional para incidir en la opinión pública. Como lo establece Gnecco (citado en Rivadeneira, 1995) este tipo de propaganda institucional tiene funciones de relaciones públicas para crear una imagen de prestigio, situación que se hace aún más evidente si tomamos en cuenta que la única ocasión en que Calderón

ha mencionado el tema del VIH/sida fue la inauguración de la XVII Conferencia Internacional del sida en México.

Otro ejemplo de esta estrategia son las campañas de comunicación difundidas a nivel masivo y de manera constante en los meses de julio a septiembre de 2008, los cuales no hablaban de detección oportuna, de percepción del riesgo, o del uso del condón, estos eran simplemente una referencia a la creación de CAPASITS como ejemplo de la preocupación y atención del gobierno por implementar acciones de respuesta a la pandemia. Estos mensajes como lo menciona Packard (citado en Young, 1986) tienen como fin promover planes de carácter político-económico y favorecer la opinión que los gobernados tienen de las políticas y encargados del gobierno.

Los medios de comunicación juegan aquí un papel fundamental, la radio y la televisión han sido los canales principales a través de los cuales CENSIDA ha difundido las campañas masivas de “prevención”, si bien estos medios tienen un amplio alcance a nivel nacional, la poca inversión en campañas así como su constante disminución año con año hacen que éstas pasen inadvertidas. Por otro lado lo sucedido en 2008 es una muestra de cómo los medios de comunicación son utilizados por las instituciones gubernamentales con el fin de manipular la opinión pública a su favor.

Respecto al manejo de los recursos por parte de la Dirección de CENSIDA es notable a través del contraste entre los recursos asignados en el presupuesto con los recursos ejercidos que cada año se gasta menos de lo que originalmente se tenía presupuestado, lo cual deja a la especulación el porqué de este hecho y cuestiona el buen manejo de los recursos asignados.

Este aspecto adquiere una mayor relevancia ante el hecho de la enorme cantidad de dinero que llegará a México proveniente del Fondo Mundial para la implementación de acciones de prevención en población HSH y UDIs de algunas ciudades del país. La cifra de casi 70 millones de dólares genera la interrogante de cómo se invertirá y comprobará el buen uso de ese dinero, de

igual manera quiere decir que los recursos presupuestales asignados a CENSIDA deberán ser destinados a aquellas poblaciones clave y en vulnerabilidad que no están contempladas en el proyecto del Fondo Mundial y a las que hasta ahora se ha mantenido en el olvido, entre ellas mujeres y jóvenes.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se comprueba la hipótesis de investigación, las acciones de prevención que realiza CENSIDA no concuerdan con los compromisos internacionales a los cuales pertenece México para la respuesta al VIH y sida. Si bien se han incorporado algunos de estos compromisos dentro de la normativa oficial en la materia, aún quedan algunos pendientes por incorporar. Por otro lado el contraste entre las acciones y los compromisos internacionales constata el poco avance que ha habido en la materia y lo lejos que se encuentra el país de cumplir cabalmente en tiempo y forma con las acciones que se comprometió a realizar de manera internacional para frenar la epidemia.

Ya de manera internacional se ha advertido sobre las razones por las cuales no se ha logrado frenar el VIH. En declaraciones de marzo de 2010, el Director de la Sociedad Internacional del sida establecía que hoy en día tenemos las herramientas para frenar el avance del VIH y que si no lo hemos hecho es porque no hemos sido capaces de movilizar la voluntad política necesaria para lograrlo.

Frenar la epidemia de VIH/sida en nuestro país requiere más que documentos internacionales firmados y declaraciones oportunistas; es necesario movilizar los recursos económicos y de voluntad política necesarios no solo para cumplir lo acordado, si no como un compromiso social auténtico y con la firme convicción de detener el avance del virus y mejorar la calidad de vida de las personas que ya viven con VIH.

## **Capítulo IX. Alternativas de trabajo**

El análisis realizado provee gran cantidad de información que ayuda a la identificación de aquellos aspectos a los cuales es necesario prestar especial atención pues no cumplen con lo que el gobierno mexicano se comprometió a realizar. CENSIDA tiene las atribuciones necesarias para implementar las acciones necesarias para lograr lo planeado así como el deber de, en su defecto, movilizar los recursos a su alcance con el fin de sensibilizar a otras instancias de gobierno y conseguir detener esta epidemia.

Un primer punto a considerar es en lo referente a la política pública nacional, es necesario revisar y actualizar las Normas Oficiales Mexicanas 007 de Embarazo y Parto y 010 de prevención y atención al VIH/sida, con los compromisos que se han firmado, a fin de que se dé una respuesta coherente, adecuada y puntual.

En cuanto a la inversión de recursos económicos es necesario inyectar capital a la prevención, una planeación estratégica efectiva debe apostarle a la prevención como la principal herramienta para detener la epidemia. Hablando en términos económicos es mucho más rentable invertir en la prevención que asumir el costo económico que implica proveer tratamiento antirretroviral, más aún el costo del tratamiento de las enfermedades oportunistas. Tanto económica como socialmente es mucho más efectivo evitar el impacto que conlleva vivir con el virus, sobre todo cuando se han identificado prácticas de prevención que pueden evitar su diseminación. Sin embargo, es indispensable aumentar los recursos destinados a estas estrategias así como garantizar la correcta administración de los mismos, lo cual incluye la adecuada difusión y acceso a estas acciones.

Una estrategia de prevención altamente efectiva es la detección oportuna del virus para lo cual es necesario aumentar la difusión de la prueba de detección, incluir la promoción de ésta dentro de las estrategias de las campañas de prevención, hacer conciencia de que cualquiera puede ser susceptible de adquirir el virus. Eliminar las barreras que impiden a los adolescentes hacerse



la prueba sin el consentimiento de sus padres y generar servicios de atención y prevención amigables para adolescentes y jóvenes.

Es necesario revertir las cifras que van a la baja tanto de compra de condones como en las estrategias de Información Educación y Comunicación, y ampliar la difusión de campañas en medios masivos de comunicación. Estas campañas como lo establecen los acuerdos internacionales deben estar basadas en información científica, libre de dogmas y cuestiones religiosas. Se debe continuar y ampliar las campañas dirigidas para hombres y mujeres de la población en general pero además desarrollar campañas específicas que estén dirigidas a las poblaciones clave así como a las poblaciones con alta vulnerabilidad al VIH entre estas campañas, las específicas dirigidas para mujeres y jóvenes.

Respecto a la prevención en mujeres, grupo en el cual han aumentado los casos de transmisión, es necesario incrementar campañas generalizadas para aumentar la percepción de riesgo asociada a la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y diseñar e implementar estrategias de prevención diferenciadas por sexo con poblaciones claves de mujeres, incluyendo a mujeres casadas o unidas y mujeres sobrevivientes de violencia de género.

Mejorar el acceso a los condones masculinos y femeninos como artículos esenciales para la prevención, hasta el momento la disminución del presupuesto para su compra en los últimos años se ha visto reflejado en las cifras de acceso para grupos clave tan bajas que reporta México en el Informe UNGASS y en la escasez de estos insumos en CAPASITS y Centros de Salud del país (Torres, 2009). En particular debe hacerse énfasis en el acceso de condones a jóvenes y aumentarse los recursos destinados a la compra de condones femeninos. Es necesario implementar métodos efectivos de fiscalización que permitan conocer de qué manera se distribuyen los condones que se compran y a qué poblaciones.

Por otro lado es necesario hacer efectiva la política pública en materia de educación, lo que implica una mayor inversión en campañas de educación sexual integral que aborden los temas referentes al VIH y su prevención de manera explícita, así como la incorporación de estos temas dentro de los planes de estudio oficiales desde el nivel básico nivel nacional. Se debe revisar la política de tal manera que se uniformen los criterios de educación en todo el país de acuerdo a los lineamientos establecidos dentro de los compromisos internacionales que el país ha contraído, para que de esta manera la educación sexual, incluida la educación sobre VIH se aborde de manera integral y con una perspectiva científica, de derechos humanos y con perspectiva de género en todo el país, para que la educación sexual que se imparte en México no dependa del criterio del o la profesora, o los intereses del partido político en el poder.

Es necesario abordar tanto en el discurso como en la política pública aspectos de prevención enfocada a grupos particulares de manera amplia y abierta como en el caso de las y los usuarios de drogas inyectables, las personas privadas de su libertad, entre otras, de tal manera que se contemplen acciones específicas de prevención para estas poblaciones.

Para poder detener la transmisión materno infantil del virus es indispensable implementar las acciones que ya se encuentran incluidas dentro del Programa de Acción Específico, Actualizar la Norma Oficial Mexicana 007 de tal manera que sea congruente con el Programa de Acción y se unifiquen los criterios para que ofertar la prueba de VIH a toda mujer embarazadas sea una obligación de todo prestador de salud sin dejar que su criterio sea quien rija su decisión. Es importante que junto con esta acción se garantice la realización y difusión de campañas amplias en los centros de salud y hospitales dirigidas a promover la realización de pruebas de VIH en embarazadas. Así mismo es necesario garantizar el acceso a medicamentos antirretrovirales en todo el país como parte del tratamiento profiláctico de estas mujeres.

Es importante incluir estrategias esenciales para la prevención vertical del virus relacionados con el momento del parto y la lactancia, se debe incluir dentro de la Norma Oficial Mexicana sobre embarazo y parto y el Programa de Acción Específico los lineamientos para la realización de cesárea selectiva y la posibilidad de la opción de parto vaginal cuando la carga viral sea menor a 1000 copias para las mujeres con VIH. Debe garantizarse también la provisión de la formula láctea por seis meses para toda mujer con VIH y evitar así la transmisión del virus por estas vías.

## Referencias

- Álvarez, X. (1 de Septiembre de 2009). Borran órganos sexuales de libros en Guanajuato. *El Universal*.
- Baradach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas*. México: CIDE.
- Briones, G. (1990). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- CENSIDA. (2008d). *Boletín del grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA*. Recuperado el 27 de Abril de 2010, de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/comites>
- CENSIDA. (2010c). *Comunicado Oficial*. Recuperado el 1 de septiembre de 2010, de CENSIDA: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/comunicado\\_osc.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/comunicado_osc.pdf)
- CENSIDA. (2008c). *Distribuye la Secretaría de Salud 30 millones de condones en todo el país*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2008, de CENSIDA: [www.salud.gob.mx/conasida](http://www.salud.gob.mx/conasida)
- CENSIDA. (2009a). *El VIH/SIDA en México 2009*. México: CENSIDA.
- CENSIDA. (2010a). *Información Financiera del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA*. Recuperado el 06 de Abril de 2010, de CENSIDA: [http://www.censida.salud.gob.mx/interior/transparencia/info\\_financiera.html](http://www.censida.salud.gob.mx/interior/transparencia/info_financiera.html)
- CENSIDA. (2008a). *Informe UNGASS México 2008*. México: CENSIDA.
- CENSIDA. (2010c). *Informe UNGASS México 2010 (versión preliminar)*. México: CENSIDA.
- CENSIDA. (2007). *Manual de Organización Específico del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA*. México: Secretaría de Salud.
- CENSIDA. (2010b). *Medidas de Prevención*. Recuperado el 5 de septiembre de 2010, de CENSIDA: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/medidas.html>
- CENSIDA. (2009c). Palabras del Dr. José Antonio Izazola Licea, Director del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA en el XI Congreso Nacional de VIH/SIDA e ITS. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- CENSIDA. (2009b). Palabras del Dr. Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- CENSIDA. (2008b). *Spots*. Recuperado el 5 de Abril de 2010, de CENSIDA: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/spots.html>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2008). *Las Mujeres, el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*. México.
- Córdova, J. Á. (2009). *Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el Sida*. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Diario Oficial de la Federación. (2009). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

- El Fondo Mundial. (2010). *Quiénes somos*. Recuperado el 4 de marzo de 2010, de El Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria: <http://www.theglobalfund.org/es/whoweare/?lang=es>
- Elu, M. (1992). El género femenino en México: una historia en el presente. En M. Elu, y L. Leñero, *De carne y hueso: estudios sociales sobre género y reproducción*. México: IMES.
- Filgueira, F. (2009). Las Miradas al Desarrollo: Ilusiones Falacias y Crisis Paradigmáticas. En F. Filgueira, *El Desarrollo Maniatado en América Latina: Estados Superficiales y desigualdades profundas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Flores, L. (2006). *Instituciones de Apoyo al VIH/SIDA en el Distrito Federal, IMSS CONASIDA y Casa de la Sal A.C.* Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología, México.
- Germani, G. (1986). Surgimiento y crisis de la noción de opinión pública. En K. Young, G. Germani, y W. Sprott, *La opinión pública y la propaganda* (págs. 100-109). México: Paidós.
- Glen, F. (1983). *La Psicología Social de las Organizaciones*. México: Compañía Editorial Continental.
- Global Coalition on Women and AIDS. (2008). *Mantener la promesa: Un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA*. Suiza: Global Coalition on Women and AIDS.
- Herrera, C., y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44 (6), 554-564.
- Katz, D., y Kahn, R. (1999). *Psicología social de las organizaciones*. México: Trillas.
- Kendall, T. (2010). La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el SIDA. En C. Magis, y H. Barrientos (Edits.), *VIH/SIDA y Salud Pública Manual para personal de salud*. Cuernavaca: Secretaría de Salud, CENSIDA & INSP.
- Letra S. (6 de Diciembre de 2001). *Cronología de una epidemia a veinte años*. Recuperado el 26 de Marzo de 2009, de Letra S: <http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html>
- Magis, C., Bravo, E. G., Rivera, P., y De Luca, M. (2008). *EL VIH y el SIDA en México al 2008 hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: CENSIDA.
- Magis, C., Bravo, E., y Uribe, P. (2002). *Dos décadas de la epidemia del SIDA en México*. México: CENSIDA.
- Martinelli, J. (2002). *Políticas públicas en el nuevo sexenio*. México: Plaza y Valdez editores.
- Morrow, J. (1992). Metacontingencies and Cultural Practices: A Review of Behavioral, Analysis of Societies and Cultural Practices. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 171-174.
- OMS. (2005). *Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida y definiciones de caso para la vigilancia de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.

- OMS. (2000). *Mujeres y VIH/SIDA. Fact Sheet No.242*. Ginebra: WHO-Center for Health and Gender Equity.
- ONU. (1992). Carta de las obligaciones de respetar los derechos y los principios éticos y humanitarios al abordar las dimensiones sanitarias, sociales y económicas del VIH y el SIDA. Ginebra.
- ONU. (2001). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Nueva York, Estados Unidos.
- ONU. (1994). Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA. Paris, Francia.
- ONU. (2000). Declaración del Milenio. Nueva York, Estados Unidos de America: ONU.
- ONU. (2008). *Programa y actividades del Sistema de las Naciones Unidas por Tema*. Recuperado el 02 de Septiembre de 2009, de ONU:  
<http://www.un.org/es/globalissues/aids/index.shtml>
- ONUSIDA. (1999). *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2008b). *Información básica sobre el VIH*. Recuperado el 24 de Mayo de 2009, de ONUSIDA:  
[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)
- ONUSIDA. (2008a). *Información básica sobre la prevención del VIH*. Recuperado el 24 de Abril de 2009, de ONUSIDA:  
[http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080527\\_fastfacts\\_prevention\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080527_fastfacts_prevention_es.pdf)
- ONUSIDA. (2008c). *La Sociedad Internacional del Sida cumple 20 años*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2009, de ONUSIDA:  
[http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080805\\_IAS\\_20\\_years.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080805_IAS_20_years.asp)
- ONUSIDA. (2010). *Prevención VIH*. Recuperado el 9 de Junio de 2010, de ONUSIDA:  
[www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp](http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp)
- ONUSIDA. (2009). *Situación de la epidemia de sida*. Ginebra: ONUSIDA.
- Pescador, J., y Bronfman, M. (1989). Sociedad y SIDA: viejas reacciones frente a nuevos problemas. En J. Sepulveda (Ed.), *SIDA Ciencia y Sociedad en México* (págs. 375-390). México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica.
- Presidencia de la República. (2008). Declaración de Felipe Calderón en la Inauguración de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. México.
- Price, V. (1994). *La opinión pública: esfera pública y comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. (1 de Agosto de 2008). Prevenir con educación. México, México.
- Quiroz, C. G. (2001). *La problemática del derecho a la salud de los enfermos de VIH/SIDA y la cooperación internacional*. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México.

- Rivadeneira, R. (1995). *La opinión pública: análisis, estructura y métodos para su estudio* (Cuarta edición ed.). México: Trillas.
- Salinas, H. M. (1995). *Políticas de salud pública en México: el caso del SIDA 1983-1993*. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México.
- Seara, M. (2004). *Derecho Internacional Público*. México: Porrúa.
- Secretaría de Educación Pública. (2000). Cultura para la prevención en el libro de texto gratuito de Ciencias Naturales y Desarrollo Humano. Sexto grado. En P. Uribe, y C. Magis (Edits.), *La respuesta Mexicana al SIDA: Mejores prácticas*. México: CONASIDA. Colección Ángulos del SIDA.
- Secretaría de Salud. (2000). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana*. México.
- Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. México.
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012, en respuesta al VIH/SIDA e ITS*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México: Secretaría de Salud.
- Sepulveda, J. (Ed.). (1989). *SIDA Ciencia y Sociedad en México*. México: Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica.
- Serrano, Y. (14 de Agosto de 2003). *Psicología Política: El papel de la televisión en la formación de la opinión pública*. Recuperado el 18 de Junio de 2010, de Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento: [www.abacolombia.org.co/bv/politica/politica10.pdf](http://www.abacolombia.org.co/bv/politica/politica10.pdf)
- Sistema de Información del ISSSTE. (11 de Marzo de 1996). *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*. Recuperado el 28 de Julio de 2009, de ISSSTE Jure: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/13.htm?s=iste>
- Sprott, W. (1986). La Opinión Pública. En K. Young, G. Germani, y W. Sprott, *La opinión pública y la propaganda* (págs. 69-99). México: Paidós.
- Torres, L. (1 de 12 de 2009). Día Mundial del Sida; En Tamaulipas hay 1,000 pacientes. *Hoy Tamaulipas* .
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI. (Diciembre de 2008). *Epidemiological facts sheets on HIV and AIDS*. Recuperado el 30 de Junio de 2009, de ONUSIDA: [http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008\\_MX.pdf](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_MX.pdf)
- Uribe, P., Magis, C., Egremy, G., Arellano, L., y Hernández, G. (2003). Respuesta institucional al VIH/SIDA 20 años de historia. En D. Alarcón, & S. Ponce de Leon (Edits.), *El SIDA en México veinte años de la epidemia* (págs. 203-269). México: El Colegio Nacional.

Velasco, E. (25 de Noviembre de 2008). Anuncian aumento de acciones contra el VIH/SIDA en 2009. *La Jornada* .

Young, K. (1986). Los medios de formación de la opinión. En K. Young, G. Germani, y W. Sprott, *La opinión pública y la propaganda* (págs. 110-194). México: Paidós.

Young, K., Germani, G., y Sprott, W. (2001). *La opinión pública y la propaganda*. México: Paidós.



# Anexos

### Matriz de Análisis

Prevención				
Categorías	Discurso Nacional <sup>1-4</sup>	Políticas públicas <sup>5-7</sup>	Compromisos internacionales <sup>8-10</sup>	Acciones <sup>11-15</sup>
<b>Campañas</b>	El año pasado, 2007, se destinaron 80 millones de dólares en medidas de prevención <sup>1</sup> .	<p><b>Estrategia 1.</b> Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener campañas de comunicación que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, promover la detección oportuna, y la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia<sup>5</sup>.</li> </ul>	52. Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información, educación y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad <sup>8</sup> ;	<p>Durante 2009 se llevó a cabo la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009, con dos versiones, la primera dirigida a mujeres y una segunda sobre homofobia, difundida sobre todo en el canal 11 y a través de la televisión de paga<sup>11</sup>.</p> <p>En 2008 se realizó una campaña con tres versiones distintas, las tres enfocadas en la creación de CAPASITS, con una amplia difusión en radio y televisión abierta, en el periodo de julio – septiembre<sup>12</sup>.</p> <p>En 2007 se tiene registro de una campaña de prevención dirigida a jóvenes y cuyo principal medio de difusión fue la radio<sup>12</sup>.</p>

<p><b>Prueba de detección</b></p>		<p><b>Estrategia 1.</b> Línea de acción 1.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la detección voluntaria del VIH en población general<sup>5</sup>.</li> </ul> <p>Meta<sup>5</sup>: Lograr que todas las instituciones del sector salud ofrezcan servicios de detección voluntaria del VIH a la población usuaria de los servicios públicos de salud.</p> <p>Indicador<sup>5</sup>: Porcentaje de población con comportamiento de riesgo que se ha realizado la prueba de detección del VIH, en los servicios públicos de salud. 2007: 9.3% 2008:10.9% 2009: 13.1%</p> <p>No existen metas ni indicadores para los grupos clave<sup>5</sup>.</p>	<p>52. Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales<sup>8</sup>.</p>	<p>No existe reporte de datos correspondientes al acceso a la prueba de detección para la población general<sup>13</sup>.</p> <p>Poblaciones clave: Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados<sup>13</sup>. Trabajadoras/es sexuales Total: 71.9% Hombres: 63% Mujeres: 76.1%</p> <p>Hombres que tienen sexo con hombres: 53.6%</p> <p>Usuarías/os de drogas inyectables Total: 31.1% Hombres: 28.3% Mujeres: 48.3%</p>
-----------------------------------	--	---	---	---

<p><b>Proyectos prevención focalizada</b></p>	<p>También, en los últimos años, hemos impulsado la participación civil en el combate a la epidemia. Este año se destina presupuesto para que las organizaciones sociales puedan desarrollarse y puedan traer nuevos proyectos preventivos hacia los sectores más vulnerables<sup>1</sup>.</p> <p>Continuamos con el financiamiento de proyectos de prevención focalizada para ser ejecutadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil, por un monto aproximado de 30 millones de pesos anuales y hemos reforzado sustancialmente el proceso de selección de los proyectos para que solo aquellos que cumplan con los más estrictos requisitos administrativos, técnicos y de eficiencia en la prevención focalizada a las poblaciones más vulnerables sean seleccionados<sup>2</sup>.</p> <p>Prevención focalizada a poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad sin desatender las necesidades de otras poblaciones y de la población general, Mujeres, Indígenas, Migrantes, UDIS<sup>4</sup>.</p>	<p><b>Estrategia 1.</b> Línea de acción 1.2 Fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas, con énfasis en los grupos clave. Actividades: • Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave<sup>5</sup>.</p>		<p>Se han publicado hasta la fecha 5 convocatorias para la prevención focalizada de la transmisión del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); para la 4ª convocatoria se recibieron 332 proyectos de distintas organizaciones de toda la república y se financiaron un total de 70 proyectos que están ubicados en distintos estados de la república<sup>11</sup>.</p> <p>Convocatorias Prevención Focalizada CENSIDA<sup>14</sup></p> <p>2007 26 millones de pesos, 114 proyectos</p> <p>2008 35 millones de pesos, 110 proyectos</p> <p>2009 25 millones de pesos, 70 proyectos</p> <p>2010 29 millones de pesos*, 54 proyectos</p>
---	---	---	--	--

\* Este presupuesto incluye además de los proyectos de prevención focalizada, proyectos de provisión de asistencia técnica, promoción de iniciativas comunitarias, y la creación del Programa Nacional de Registro y Sistematización de Intervenciones de Prevención.

Prevención de la Transmisión Sexual				
<p><b>Educación Sexual</b></p>	<p>El compromiso adquirido para establecer las estrategias de prevención en las poblaciones claves, es incorporar educación, información y comunicación con todos los actores, Gobierno Federal, Gobierno Estatal, Poblaciones Clave, Organizaciones de la Sociedad Civil<sup>4</sup>.</p> <p>La Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" debe pasar a la etapa de operación a fin de que Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, sociedad civil, y las instituciones académicas puedan cumplir los compromisos y metas establecidas trabajando en equipo. Este equipo debe incluir, no solo al personal técnico altamente capaz en múltiples disciplinas, pero sobre todo el punto fundamental es que avanzaremos siempre de la mano de los y las jóvenes<sup>4</sup>.</p>	<p><b>Estrategia 4.</b> Fortalecer las acciones de promoción de la salud sexual</p> <p>Línea de acción 4.1 Desarrollar políticas públicas de promoción de la salud sexual. Esta línea de acción necesitará de la participación conjunta de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, en las siguientes</p> <p>Actividades<sup>5</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar e incrementar programas de educación sexual con enfoque de género, e información de diversidad sexual, con el fin de sensibilizar a toda la población.</li> <li>• Coordinar con la SEP en forma permanente una campaña sobre educación y salud sexual.</li> <li>• Fomentar la participación activa de la Secretaría de Educación Pública en materia de promoción de la salud sexual, a través de la incorporación del tema de la salud sexual en los libros de texto de primaria y secundaria.</li> <li>• Promover la formación y capacitación de profesionales de la salud en salud sexual.</li> <li>• Promover la formación y capacitación de maestros, alumnos, padres de familia, orientadoras vocacionales, en materia de salud sexual.</li> <li>• Promover la formación de</li> </ul>	<p>Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH<sup>8</sup>.</p> <p>3.1 Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS<sup>9</sup>.</p> <p>3.2 La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Ésta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e</p>	<p>Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico<sup>13</sup>.</p> <p>Todas:27% Primarias: 27% Secundarias: 27%</p> <p>No se lleva cabalmente el enfoque de educación sobre VIH basada en aptitudes para la vida, en la educación básica (primaria y secundaria), pero sí se imparten los siguientes contenidos relativos al tema: " En los últimos grados de la escuela primaria se puntualizan las implicaciones afectivas, valórales e intelectuales del desarrollo de los adolescentes y de las relaciones sexuales entre los adultos. Se hace hincapié en la importancia de la responsabilidad, la moderación y el respeto a uno mismo y a los demás, como valores indispensables para alcanzar una vida plena. En la escuela secundaria se da continuidad a la educación para la sexualidad en Ciencias I, en los cursos de Formación Cívica y Ética y en los lineamientos para el desarrollo del espacio curricular de Orientación y tutoría.</p> <p>A lo largo de toda la educación básica se aborda la educación de la sexualidad con un planteamiento</p>

La Prevención del VIH/sida: Un desafío para el CENSIDA

		<p>técnicos en educación y salud sexual.</p> <p>No hay metas ni indicadores respecto al tema en el Programa de Acción Específico sobre VIH.</p>	<p>identidades sexuales<sup>9</sup>.</p> <p>3.4 Actualizar antes del fin de 2010, los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los Ministerios de Salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica<sup>9</sup>.</p> <p>3.5 Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de los maestros en activo<sup>9</sup>.</p>	<p>gradual a través de una metodología de enseñanza flexible que permite a los docentes decidir cómo y hasta dónde desarrollar el tema, de acuerdo con las inquietudes y necesidades del alumnado y el contexto social y cultural en el que se desarrolla. Se encuentra en proceso de aprobación el Programa Integral de Formación Cívica y Ética para la Educación Primaria, el cual incluye, entre otros, temas de educación de la sexualidad inscritos en un marco de desarrollo valoral y promoción de competencias cívicas con un importante énfasis en la cultura de la prevención, el cuidado de la salud sexual, particularmente respecto del VIH-sida y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y la promoción de medidas de higiene que favorezcan la integridad personal<sup>13</sup>.</p>
<b>Condomes</b>	<p>Asimismo, hemos reforzado las políticas de prevención y hemos distribuido gratuitamente, en este año, cada año, más de 32 millones de preservativos masculinos y más de 100 mil preservativos femeninos<sup>1</sup>. A partir de 2007 se incrementó en 10 veces la cantidad de condones masculinos que se compraban anualmente por el CENSIDA, pasando de alrededor de 3 millones de condones anuales en 2006 a</p>	<p><b>Estrategia 1.</b> Línea de acción 1.2 Fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas, con énfasis en los grupos clave<sup>5</sup>. Actividades: • Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual, en hombre gay y otros hombres que tienen sexo con</p>	<p>52. Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados mayor acceso a artículos esenciales como condones masculinos y femeninos<sup>8</sup>.</p>	<p>Porcentaje de poblaciones más expuestas que llegan a los programas de prevención del VIH (acceso a condones en los últimos doce meses)<sup>13</sup>.</p> <p>Trabajadoras/es sexuales Total: 40.1%, Hombres: TS 59.2%, Mujeres: TS 31.2%.</p> <p>Hombres que tienen sexo con hombres: 21.4%</p> <p>Usuarías/os de drogas inyectables</p>

La Prevención del VIH/sida: Un desafío para el CENSIDA

	<p>30 millones de condones en 2008, cantidad que se mantendrá o incluso se incrementará en el futuro inmediato. En 2009 hemos comprado más de 200,000 condones femeninos<sup>2</sup>.</p> <p>Este año se han comprado y se ha iniciado la distribución de 29 millones de condones masculinos y más de 200,000 condones femeninos<sup>3</sup>.</p>	<p>hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad, población móvil; indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar el mercadeo social de condones masculinos y femeninos.</li> </ul> <p>Indicadores uso del condón<sup>5</sup> Incrementar al 70% en 2012 el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes. Porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual de hombres jóvenes<sup>5</sup> 2007:65.4% 2008: 66.3% 2009: 67.2%</p> <p>Porcentaje de uso de condón en HSH<sup>5</sup> 2007: 82.2% 2008: 83.7% 2009: 85.3%</p> <p>Porcentaje de uso de condón en hombres trabajadores del sexo comercial<sup>5</sup>. 2007: 96.2% 2008: 96.5% 2009: 96.9%</p> <p>Porcentaje de uso de condón en mujeres trabajadoras del sexo comercial<sup>5</sup> 2007: 96.5% 2008: 96.8% 2009: 97.1%</p> <p>No existen datos sobre el uso del condón en UDI's</p>		<p>Total: 20.18% Hombres: 20.39% Mujeres: 18.88%</p>
--	---	--	--	--

La Prevención del VIH/sida: Un desafío para el CENSIDA

Prevención de la Transmisión Sanguínea				
<b>Seguridad de la sangre</b>		<p><b>Estrategia 1<sup>5</sup>.</b>                      Líneas de acción:                      1.2.                      Actividades:                      • Promover el cumplimiento de la normatividad de la Seguridad en la Sangre, Hemoderivados y trasplantes; en lo referente al VIH, Sífilis y Hepatitis B<sup>2</sup>.</p> <p>Sin metas o indicadores</p>	<p>52. Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados suministros de sangre no contaminada<sup>8</sup>.</p>	<p>Porcentaje de Sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada<sup>13</sup>.                      100%</p>
<b>Reducción del daño por uso de drogas inyectables</b>		<p><b>Estrategia 1<sup>5</sup>.</b>                      Líneas de acción:                      1.2.                      Actividades:                      • Promover el desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas, en las entidades federativas con mayor prevalencia.</p> <p>Meta<sup>5</sup>                      Lograr que las entidades federativas con mayor prevalencia de uso de drogas inyectables, tengan estrategias de reducción del daño</p> <p>Indicador<sup>5</sup>                      Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.                      2007: 26.7%                      2008: 28.3%                      2009: 30%</p>	<p>52. Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de<sup>8</sup>.</p>	<p>Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo estéril la última vez que se inyectó<sup>13</sup>.                      Total: 14.15%                      Hombres: 14.94%                      Mujeres: 9.09%</p>



Prevención de la Transmisión Perinatal				
<p><sup>12</sup><b>Detección y Tratamiento oportuno</b></p>	<p>Coordinar el trabajo con las unidades de atención materna y perinatal para que las acciones de prevención de la transmisión vertical se realicen de manera efectiva en todas las instituciones<sup>4</sup>.</p>	<p>5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad<sup>6</sup>.</p> <p><b>Estrategia 1.</b> Línea de acción 1.3 Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención perinatal del VIH, así como nuevas medidas de prevención sexual, desde la atención materno-infantil<sup>5</sup>.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz del VIH en mujeres embarazadas en atención prenatal.</li> </ul> <p>Meta<sup>5</sup> Realizar la detección de VIH al 100% de las embarazadas que se atienden en las Instituciones del Sector Salud.</p> <p>Indicador<sup>5</sup> Porcentaje de detecciones de VIH en embarazadas 2007: 22.8% 2008: 38.2% 2009: 53.7%</p>	<p>54. Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentado la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención<sup>8</sup>;</p>	<p>Porcentaje de mujeres mexicanas embarazadas que se realizaron la prueba del VIH durante el control prenatal en los servicios públicos de salud<sup>15</sup>.</p> <p>2006: 7.3% 2007: 13.1% 2008: 31.4%</p>

La Prevención del VIH/sida: Un desafío para el CENSIDA

		<p>Meta<sup>5</sup> Al menos 87% de los lactantes que nacerán de madres con VIH/SIDA, no adquirirán el VIH por vía perinatal.</p> <p>Indicador<sup>5</sup> Número de casos nuevos de VIH y SIDA perinatales 2007: 176 2008: 146 2009: 116</p>		
<b>Lineamientos para el parto</b>		<p>En las mujeres que reciben TARAA se han encontrado niveles de transmisión menores de 1.2% cuando la CV es indetectable o &lt;1000 copias. La cesárea electiva pareciera ser que no reporta beneficios adicionales. Cuando no se cumple este objetivo o no se cuenta con una determinación de carga viral al final de la gestación, se recomienda la realización de cesárea electiva o en las primeras cuatro horas de ruptura de membranas<sup>7</sup>.</p>	<p>El riesgo de transmisión puede reducirse mediante el tratamiento con antirretrovirales; mediante el parto por cesárea cuando la carga viral es mayor a 1000 copias<sup>10</sup>.</p> <p>Sin información dentro de los compromisos internacionales</p>	
<b>Provisión de sucedáneos de leche materna</b>		<p>Recomendaciones para la lactancia materna en mujeres infectadas por el VIH<sup>7</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la lactancia materna y usar fórmula. Las instituciones deben asegurar la provisión de fórmula láctea desde el postparto inmediato y durante los primeros seis meses de</li> </ul>	<p>El riesgo de transmisión puede reducirse evitando la lactancia, pero solo si la alimentación de sustitución es aceptable, accesible, sostenible y segura. En caso contrario, se recomienda la lactancia durante los primeros seis meses<sup>10</sup>.</p>	

		<p>vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar lactancia mixta</li> </ul>	<p>54. Intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención<sup>8</sup>;</p>	
--	--	---	--	--

1. Declaración de Felipe Calderón en la inauguración de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. 3 de agosto de 2008.
2. Palabras del Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud. Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el Sida. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1° de diciembre de 2009.
3. Palabras del Dr. Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. XI Congreso Nacional sobre VIH/Sida y otras ITS. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 27 de noviembre de 2009.
4. Palabras del Dr. José Antonio Izazola Licea, Director del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida. XI Congreso Nacional sobre VIH/Sida y otras ITS. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 30 de noviembre de 2009.
5. Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS
6. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
7. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH
8. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA
9. Declaración Ministerial "Prevenir con Educación"
10. ONUSIDA. Información básica para la prevención del VIH/Sida
11. El VIH/SIDA en México 2009
12. CENSIDA/Prevención/Spots <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/spots.html>
13. Informe México UNGASS 2008
14. Convocatorias de Prevención Focalizada 2007-2010 CENSIDA
15. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA (Diciembre 2008).