

*EL PAPEL DEL ESTADO MEXICANO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA: LA  
INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN DE VIH EN MUJERES*

*Tesis que presenta*

Marián Gulías Ogando

*Para obtener el grado de*

Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública

*Directora*

Teresa Ordorika Sacristán

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM

México, D. F., agosto 2012



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 todas las mujeres que con su vida y su esfuerzo  
hicieron posible que hoy esté aquí;  
a todas las que todavía no tienen la oportunidad.

## AGRADECIMIENTOS

Teresa Ordorika: Gracias por aceptar ser mi directora de tesis y ofrecerme tus recomendaciones y críticas. Mucho más importante, gracias a ti y a Leonardo Olivos Santoyo por sus materias. Sin saberlo, fueron una contribución fundamental para definir mi vida académico-profesional y le dieron solidez a mis luchas personales.

Rosa María Lince Campillo: Gracias por el apoyo constante durante los seminarios de tesis y el proceso de titulación. Gracias por leer tantas veces los componentes de este trabajo y, sobretodo, gracias por confiar en mí.

Profesores Noé Pérez Bello, Guillermo Alejandro Farfán Mendoza y Ana Joaquina Ruiz Guerra muchas gracias por aceptar revisar la tesis. Agradezco el tiempo dedicado, los comentarios y precisiones que mejoraron este trabajo.

Agradezco especialmente al profesor David Pantoja quien, a lo largo de todas las materias que me impartió, me enseñó muchísimo. Su compromiso, rigor académico y ética profesional son inigualables dentro de esta facultad. Gracias por sus recomendaciones de lecturas para la parte legal de esta tesis, aunque no se vean reflejadas completamente en la bibliografía.

Por último, pero igual de importante, mi agradecimiento infinito a la Escuela Moderna Americana, a El Colegio de México y a la planta docente de ambas instituciones porque gran parte de esta tesis no hubiera sido posible sin los conocimientos, habilidades, pensamiento crítico y rigor académico que ahí aprendí.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES GENERALES DEL VIH Y EL SIDA .....	5
1. CONCEPTOS GENERALES .....	5
1.1 LOS VIRUS .....	5
1.2 SISTEMA INMUNOLÓGICO .....	6
1.3 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: ¿CÓMO EVOLUCIONA A SIDA? .....	7
1.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN .....	10
1.5 DETECCIÓN DEL VIH .....	15
2. CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA APARICIÓN DEL SIDA .....	16
2.1 APARICIÓN DEL SIDA: PRIMEROS CASOS REPORTADOS .....	16
2.2 DEFINICIÓN DEL SIDA .....	19
3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL SIDA .....	23
3.1 EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES .....	25
3.2 IMPLICACIONES DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL SIDA .....	31
4. EL SIDA COMO UN PROBLEMA POLÍTICO .....	33
CAPÍTULO II: PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DE VIH PARA MUJERES .....	36
1. PERSPECTIVA DE GÉNERO .....	36
1.1 DEFINICIÓN .....	36
1.2 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD .....	40
2. VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES .....	42
2.1 RIESGO Y VULNERABILIDAD: DEFINICIONES .....	42
2.2 VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES FRENTE AL VIH .....	44
CAPÍTULO III: EL VIH/SIDA EN MÉXICO .....	62
1. ANTECEDENTES .....	62
1.1 APARICIÓN DEL SIDA EN MÉXICO .....	62
1.2 PRIMEROS CASOS DE MUJERES .....	65
2. RESPUESTA DEL ESTADO MEXICANO FRENTE AL VIH Y EL SIDA .....	70

3. PANORAMA ACTUAL DE LA EPIDEMIA .....	80
4. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE VIH PARA MUJERES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN .....	88
4.1 ESFUERZOS DE PREVENCIÓN .....	89
4.2 ¿CÓMO SE PRESENTAN A LAS MUJERES EN LOS MENSAJES PREVENTIVOS?.....	92
5. SITUACIONES PARTICULARES EN LAS MUJERES MEXICANAS .....	104
5.1 ADOLESCENTES .....	104
5.2 ADULTAS MAYORES .....	107
5.3 INDÍGENAS .....	107
5.4 MIGRANTES Y PAREJAS DE MIGRANTES .....	110
5.5 MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES Y MUJERES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES .....	113
5.6 PAREJAS SERODISCORDANTES .....	114
5.7 TRABAJADORAS SEXUALES .....	115
5.8 MUJERES TRANSGÉNERO .....	117
5.9 TRANSMISIÓN PERINATAL .....	118
6. MUJERES: IGUALES, PERO DIFERENTES .....	118
 CAPÍTULO IV: ¿CÓMO DISEÑAR POLÍTICAS PÚBLICAS EFICACES PARA PREVENIR DE VIH A LAS MUJERES? .....	120
1. ENFOQUES PARA ABORDAR EL VIH/SIDA A PARTIR DEL GÉNERO .....	120
2. MI PROPUESTA .....	122
2.1 ENFOQUE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA TRANSFORMAR .....	122
2.2 NECESIDADES ESPECÍFICAS .....	125
2.3 CONSIDERACIONES IMPORTANTES QUE DEBEN INCORPORARSE EN PREVENCIÓN ....	127
2.4 ACCIONES CONJUNTAS PARA HACER LA PREVENCIÓN MÁS EFICAZ .....	130
 CONCLUSIONES .....	132
 BIBLIOGRAFÍA .....	137

## INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de lo que hoy denominamos sida se registraron por primera vez en Estados Unidos en 1979. A partir de esa fecha, la enfermedad apareció en otros estados de ese país y en la mayor parte de los países en el mundo. Actualmente, el continente africano y el Caribe son las zonas más afectadas por la epidemia.<sup>1</sup>

Los datos disponibles más recientes indican que en Latinoamérica, los rangos de prevalencia van de 0.1% en Cuba a 0.8% en El Salvador, Guatemala y Honduras. México, junto con Costa Rica y Paraguay, tienen una prevalencia de VIH de 0.3%. En términos absolutos, México el país de la región con mayor cantidad de personas (de todas las edades) viviendo con VIH y Cuba el menor.<sup>2</sup>

Los primeros casos de sida en México se registraron en 1983. Desde entonces y hasta finales del 2011, se han acumulado 153,109 casos, de los cuales 82% corresponden a hombres y 18% a mujeres.<sup>3</sup> En términos absolutos, ha habido muchos más hombres con sida que mujeres, no obstante, cada vez hay mas casos de mujeres.<sup>4</sup> Esto significa que la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado entre las mujeres, respecto a los primeros años de la epidemia. ¿Por qué ha ocurrido esto y cómo ha respondido el gobierno ante este fenómeno?

En la tesis, parto de una premisa básica: el Estado mexicano tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la protección de la salud a todos y todas

---

<sup>1</sup> *Epidemiological Status*, <<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>>, 23 de octubre de 2012.

<sup>2</sup> *Global Health Observatory Data Repository*, <<http://apps.who.int/gho/data/#>>, 23 de octubre de 2012.

<sup>3</sup> *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México*, Registro Nacional de casos de Sida, actualización al 31 de diciembre de 2011, <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih\\_sidapub31dic2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf)>, 9 de abril de 2012. (En adelante, "Vigilancia epidemiológica".)

<sup>4</sup> Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García, Cecilia Gayet Serrano, Pilar Rivera Reyes, Marcelo de Luca, *El VIH y el sida en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*, México, CENSIDA, 2008, p. 60. (En adelante, Magis, "Hallazgos".)

sus habitantes. Por eso, uno de los ejes en materia de salud del que debe ocuparse es la prevención de enfermedades y el control epidemiológico.

Como parte de la responsabilidad del gobierno en la promoción de la salud, prevenir la transmisión de VIH debe ocupar un lugar fundamental, aunque se asuma que es un virus que no afecta a todas las personas. Hay que enfatizar que cualquier persona puede tener el virus (tiene el riesgo de contraerlo), pero aunque no fuera así, es un tema que concierne a la sociedad entera. Quienes tienen VIH o sida no son una amenaza externa, sino parte de la misma comunidad social y política; en la medida que se garantice su derecho a tener una vida digna se consolidan las condiciones para que otras personas también ejerzan plenamente sus derechos.<sup>5</sup>

Argumento también que las enfermedades no deben ser tratadas exclusivamente desde las ciencias médicas y biológicas. El VIH/sida es

un problema social que rebasa las prácticas individuales y los sistemas de salud. Los recientes desarrollos conceptuales requieren de la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y género, los cuales expresan alguna clase de condición estructural o situación coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del VIH/sida. Esta complejidad debe ser indagada y especificada desde un trabajo interdisciplinario que amplíe el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidas a controlar la epidemia.<sup>6</sup>

Por lo tanto, la epidemia de VIH/sida debe ser estudiada desde la Ciencia Política y la Administración Pública para diseñar soluciones eficaces y efectivas.

En ese sentido, considero que las políticas públicas que el gobierno mexicano ha diseñado e implementado para prevenir la transmisión del VIH no han sido eficaces para reducir los nuevos casos en mujeres. Por eso, el objetivo principal de mi tesis es señalar que la perspectiva de género debe convertirse en el punto nodal de las estrategias de prevención de VIH en mujeres.

---

<sup>5</sup> Rosa María Lince Campillo, "La política o el arte de generar y mantener el espacio dialógico. Consideraciones para mejorar la calidad democrática en México", *Estudios Políticos*, 27 (2012), pp. 76, 89.

<sup>6</sup> Carlos Magis Rodríguez, Mauricio Hernández Ávila, "Epidemiología del sida en México", en José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León, José Luis Valdespino (Eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, p. 106. (En adelante, "Epidemiología.")

Reiterando lo anterior, la hipótesis central de la tesis es que el aumento de casos de VIH entre mujeres se debe a una política pública de prevención de VIH deficiente e insuficiente y que esto debe corregirse desde las ciencias sociales, aplicando la perspectiva de género. Por un lado, las ciencias sociales permiten entender que una enfermedad está influida por condiciones sociales; por el otro, la perspectiva de género pone el énfasis en la situación sociocultural de las mujeres para comprender por qué y cómo tienen una vulnerabilidad específica al VIH. De esta forma, basándome en la Ciencia Política y utilizando la perspectiva de género propongo lineamientos que considero fundamentales retomar para diseñar una política pública de prevención de VIH en mujeres mexicanas.

Dividí mi tesis en cuatro capítulos para facilitar la exposición de los temas. En el primer capítulo, “Antecedentes generales del VIH y el sida”, definiré los conceptos básicos para entender el virus y la enfermedad desde una perspectiva biológica. También reseñaré cómo aparecieron los primeros casos de sida, cómo se supo que era una enfermedad distinta y cuál es su definición. En la última sección de este capítulo argumento cómo por la definición de la enfermedad se estigmatizó a algunos grupos, mientras que se omitieron otros. Las mujeres, en cuanto a su condición de género, no estuvieron en el centro del abordaje del sida. No obstante, las trabajadoras sexuales se discriminaron considerándose transmisoras de la enfermedad, provocando que otras mujeres no se percibieran en riesgo. Lo anterior provocó que las estrategias de prevención se enfocaran en los grupos de riesgo, poblaciones estigmatizadas, y se invirtiera poco esfuerzo en prevenir a otros sectores. Entonces, explicaré que el hecho de definir una enfermedad tiene consecuencias sociales y políticas importantes.

En el segundo capítulo, “Perspectiva de género en la prevención de VIH para mujeres”, definiré esta herramienta metodológica y cómo se ha aplicado a la salud. Esto permitirá entender por qué las mujeres tienen una vulnerabilidad específica frente al VIH que debe tomarse en cuenta para comprender el fenómeno. También describiré cuáles son las principales vulnerabilidades de las mujeres ante la transmisión del virus. La descripción servirá de base para justificar por qué la perspectiva de género debe usarse para diseñar las políticas públicas de prevención.

En el tercer capítulo, “El VIH/sida en México”, reseñaré cuál ha sido la evolución de la epidemia de sida en México, en general. Después, detallaré los mensajes de prevención que ha difundido el gobierno en medios masivos de comunicación y se dirigen a las mujeres. Analizaré, a la luz de la vulnerabilidad de las mujeres, explicada en el capítulo anterior, cuáles son los aciertos y fallas de estos mensajes. Finalmente, describiré las particularidades de las mujeres mexicanas y argumentaré que deben tomarse en cuenta para hacer más eficaces los esfuerzos de prevención.

En el cuarto capítulo, “¿Cómo diseñar políticas públicas eficaces para prevenir de VIH a las mujeres?”, retomaré mi análisis anterior para reforzar las razones por las cuales considero que debe usarse la perspectiva de género para la prevención del virus. Entonces, delinearé los puntos básicos que considero que cualquier política pública para prevención del virus entre mujeres debe contener. Finalmente, agregaré cuáles aspectos deben tomarse en cuenta para perfeccionar las campañas de prevención y describiré algunas acciones complementarias que también deben procurarse para controlar la transmisión del VIH entre las mujeres mexicanas y reducir su vulnerabilidad ante ésta.

## CAPÍTULO I: ANTECEDENTES GENERALES DEL VIH Y EL SIDA

### 1. CONCEPTOS GENERALES

Para poder comprender la magnitud de una infección como el VIH es básico definirla desde un enfoque biológico y médico. Si bien este es un trabajo desde la Ciencia Política es fundamental comprender el funcionamiento del VIH, por qué vías se transmite, cómo puede evolucionar a sida y, finalmente, cómo se detecta. Explicar estos conceptos contribuye a enfatizar que, como argumentaré, las enfermedades tienen un componente biológico básico, pero se insertan en estructuras sociales y políticas. Disociar estos componentes entre sí es una visión reduccionista que no permite entender, ni analizar el fenómeno de manera integral.

Una vez explicados estos términos, reseñaré cómo aparecieron los primeros casos de sida en el mundo y de qué forma se construyó una definición de la enfermedad. A partir de esto, explicaré cómo esta construcción ha tenido repercusiones sociales y ahondaré en qué ha significado esto para las mujeres. Finalmente, uniré estos elementos para argumentar por qué el VIH/sida es un problema con tintes políticos y que, por lo tanto, aunque pareciera ser objeto exclusivo de la medicina requiere un abordaje también desde la Ciencia Política.

#### 1.1 LOS VIRUS

Todos los virus tienen una característica en común: necesitan de una célula para vivir. Usan a la célula para obtener energía metabólica y para sintetizar tanto proteínas como ácidos nucleicos. Esto significa que se apropian de los mecanismos de la célula para poder realizar sus funciones. Por eso, se sostiene que “los virus no tienen vida autónoma, sin embargo, están “vivos”, puesto que expresan su “vida”, la reproducción controlada de sí mismos, mediante el uso de un aparato celular extraño. Son parásitos absolutos”.<sup>7</sup> Si no hay una célula a la que puedan entrar, los virus no pueden vivir.

---

<sup>7</sup> Mirko Grmek, *Historia del sida*, Trad. Stella Mastrangel, México, Siglo Veintiuno, 2004, p. 87.

Todos los virus se componen de material genético y estructuras que lo protegen.<sup>8</sup> Cada especie de virus contiene partículas virales que son muy parecidas, aunque no idénticas, que se llaman viriones y constituyen la unidad elemental de un virus. Todos los viriones tienen una cubierta hecha de proteínas llamada cápside; cada una de éstas contiene un solo tipo de ácido nucleico.<sup>9</sup> Los ácidos nucleicos son moléculas que dictan las estructuras de todas las proteínas que se encuentran en los organismos. Un ácido nucleico se compone de nucleótidos que pueden ser ribosa o desoxirribosa. La primera forma el ácido ribonucleico (ARN), mientras que la segunda, el ácido desoxirribonucleico (ADN). Esta distinción es muy importante porque el ADN es el elemento primario que constituye los cromosomas de las células, es decir, porta el mensaje genético. Por su parte, el ARN transcribe el mensaje genético y lo traduce en proteínas.<sup>10</sup> Ambos juegan un papel importante en la infección por el VIH, que explicaré más adelante.

## 1.2 SISTEMA INMUNOLÓGICO

El sistema inmunológico protege al cuerpo de distintos agentes: virus, bacterias, protozoarios, *fungi* y parásitos.<sup>11</sup> La sangre es un componente fundamental del sistema inmunológico porque contiene dos tipos de células de ese sistema: rojas (eritrocitos) o blancas (leucocitos). Dentro de los leucocitos están las distintas células que constituyen la defensa del cuerpo. De éstas, hay células que responden a un agente específico (linfocitos) y otras (fagocitos, mastocitos, eosinófilos y células destructoras [*killer*]) que atacan amenazas generales al cuerpo.<sup>12</sup> Los linfocitos, a su vez, se dividen en linfocitos B y linfocitos T. Los primeros secretan proteínas llamadas anticuerpos, los segundos hacen proteínas llamadas receptoras.<sup>13</sup>

---

<sup>8</sup> Hun Y. Fan, Ross F. Conner, Luis P. Villarreal, *AIDS. Science and Society*, Estados Unidos, Jones and Bartlett, 2011, p. 43.

<sup>9</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *El SIDA*, Trad. María Guadalupe Benítez Toriello, México, Gandhi, 2002, p. 16, 95.

<sup>10</sup> Helena Curtis, N. Sue Barnes, *Et. Al., Biología*, España, Editorial Médica Panamericana, 2001, pp. 94 – 94.

<sup>11</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 18.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 23.

Todos los linfocitos tienen un proceso de diferenciación que determina su capacidad de sintetizar diferentes glucoproteínas de membrana, lo que hace que cada linfocito tenga diferente función y la capacidad para reconocer un antígeno específico. Una forma de glucoproteína es la CD4<sup>14</sup>, que, como se explicará, es fundamental para entender cómo opera el VIH.

### 1.3 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: ¿CÓMO EVOLUCIONA A SIDA?

El VIH pertenece a la familia de virus denominada retrovirus cuyo material genético es el ARN. Dentro de los retrovirus, el VIH pertenece a los lentivirus. Su característica particular es que son virus lentos, es decir, que tardan mucho tiempo en causar una enfermedad.<sup>15</sup>

Las partículas víricas del VIH tienen la “forma de pequeñas esferas y cada una lleva unas ochenta puntas pequeñas y redondeadas en forma de gancho. Cada gancho contiene varias moléculas de una gran proteína, la GP120.”<sup>16</sup> Esta proteína tiene mucha afinidad con los receptores específicos, CD4, de los linfocitos T4. Decir que tienen afinidad significa que el VIH se une fácilmente a los receptores CD4 de los linfocitos<sup>17</sup> ayudado por la GP120.<sup>18</sup>

Cuando el VIH se une a la célula en los receptores CD4, logra entrar al cuerpo; lo infecta insertándose a las células y reproduciéndose a costa de ellas. Ataca principalmente a los linfocitos T4, a los macrófagos y, en algunas ocasiones, a células de ganglios y del cerebro. El virión de VIH penetra a la célula, su cápside se desprende y se activa la enzima llamada transcriptasa inversa que convierte el ARN

---

<sup>14</sup> Helena Curtis, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 1190.

<sup>15</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 52.

<sup>16</sup> Luc Montagnier, *De los virus y de los hombres*, Trad. César Vidal Manzanares, México, Gandhi, 2002, p. 17.

<sup>17</sup> Los CD4 están presentes sobre todo en los linfocitos T, pero también en los macrófagos y las células dendríticas; casi ninguna otra célula del cuerpo tiene la proteína CD4.

<sup>18</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 52.

viral en ADN viral.<sup>19</sup> El ADN viral se integra al ADN de la célula y hace copias del ARN viral.<sup>20</sup> Así, cuando el linfocito se reproduzca, en realidad, estará reproduciendo el mensaje genético (ADN) del VIH, no del linfocito.

Cuando ocurre el proceso de transcripción del ADN viral es común que existan “errores”, es decir, que se formen moléculas de ARN parcialmente distintas del ARN original. A esto se le llama mutación de un virus y dificulta mucho eliminar o combatir las infecciones, debido a que el virus siempre está cambiando. Éste es el caso del VIH que tiene constantes mutaciones obstaculizando la creación de vacunas o medicamentos que lo curen.

Lo que logra el virión del VIH con la transcripción del ADN es que el linfocito empiece a trabajar para él; todas las funciones celulares del linfocito se realizarán en beneficio del VIH. Entonces ese virión sale del linfocito y repite el proceso en otros linfocitos T4 o en macrófagos. Lo más peligroso de este virus es que ataca a las células del sistema inmunológico, es decir, a las células del cuerpo que tienen como función protegerlo de agentes infecciosos.<sup>21</sup> Por lo tanto, está imposibilitando y destruyendo la respuesta inmunológica del organismo.

Además, cuando un linfocito t4 está infectado ocurre un hecho que aún no se ha podido explicar cabalmente. Otros linfocitos sanos, no infectados con VIH, utilizan una de sus enzimas para cortar su ADN y se “suicidan”, proceso que se conoce como apoptosis celular.<sup>22</sup> De esta manera, el sistema inmunológico queda gravemente afectado e incapaz de combatir al VIH y a cualquier otra infección. Esto sucede durante el periodo de incubación que generalmente dura entre seis y ocho semanas, aunque puede alargarse.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> Normalmente, en una célula el ADN se transcribe en ARN (este proceso se conoce como el dogma central de la información genética), como los retrovirus hacen el proceso inverso se les llama de esa manera.

<sup>20</sup> Luis Enrique Soto Ramírez, “Genética del VIH en México”, en Donato Alarcón Segovia, Samuel Ponce de León Rosales (Comps.), *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*, México, El Colegio Nacional, 2003, pp. 105 – 109.

<sup>21</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *Op. Cit.*, pp. 26 -27.

<sup>22</sup> *Ibid.*, pp. 28 -29.

<sup>23</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.* p.149.

Tras el periodo de incubación del VIH empieza la primera etapa de la infección, la primoinfección. La mayor parte de esta etapa es asintomática, es decir, quienes tienen el virus no presentan síntomas. Incluso, las pruebas de detección de VIH no lo reconocen en este momento.

Cuando transcurren de dos a seis semanas aparecen síntomas leves como fatiga, fiebre ligera, adenopatías (hinchazón de los ganglios) y diarreas fugaces, que normalmente se asocian con una gripe común.<sup>24</sup> Entonces ocurre la segunda etapa, la seroconversión: “alguien es seropositivo cuando el resultado de los tests serológicos de identificación es positivo”.<sup>25</sup> Aunque la prueba de positivo para VIH, quienes lo tienen siguen sin presentar síntomas. Esta etapa también es predominantemente asintomática y puede durar menos de un año o hasta diez años. El periodo es muy largo y muy variable en cada persona.<sup>26</sup>

La tercera etapa es la que se conoce propiamente como sida. Al principio, aparecen tres clases de síntomas: pérdida de peso acompañada de fiebres, adenopatía persistente y daños neurológicos (por ejemplo, demencia, depresión, daño a la espina dorsal expresado en debilitamiento o parálisis, daños a los nervios periféricos, entre otros).<sup>27</sup>

A pesar de los síntomas iniciales, el aviso más explícito del sida clínico es la aparición de las enfermedades oportunistas. Éstas son infecciones que se presentan en una persona porque su defensa inmunológica está mermada, situación que es aprovechada por muchos agentes infecciosos.<sup>28</sup> A diferencia de una persona sana, quien tiene VIH presenta un sistema inmunológico deteriorado que no puede defenderse ante infecciones, incluidas las más débiles. Las enfermedades oportunistas son muchas, pero basta señalar las más comunes: candidiasis (en las

---

<sup>24</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *Op. Cit.* p. 29.

<sup>25</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.* p.139.

<sup>26</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 72.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>28</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *Op. Cit.* p. 93.

mujeres, la candidiasis vaginal es muy recurrente), herpes, leucoplasia<sup>29</sup> y tuberculosis, sobre todo, en variantes muy resistentes a los antibióticos tradicionales.<sup>30</sup> Cuando se presenta alguna de estas enfermedades puede confirmarse que la persona con VIH ha desarrollado sida.

Conforme la enfermedad sigue avanzando, el sistema inmunológico se sigue deteriorando, lo que genera que aparezcan infecciones o cánceres que ponen en grave riesgo la vida. Las infecciones más comunes son las siguientes:<sup>31</sup> neumonía por *pneumocystis*; micosis;<sup>32</sup> gastroenteritis (que causa diarreas prolongadas, cólicos abdominales y una pérdida de peso pronunciada); toxoplasmosis (que puede invadir distintos órganos, pero en los pacientes con sida afecta al cerebro causando encefalitis); mononucleosis; herpes y hepatitis. Los cánceres más comunes son el sarcoma de Kaposi;<sup>33</sup> los linfomas; y el cáncer cérvico-uterino, que se presenta con mucha frecuencia entre mujeres con sida y está causado por algunas cepas del virus del papiloma humano.

#### 1.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN

Hay tres vías por las que puede ocurrir la transmisión del VIH, por vía sanguínea, con secreciones sexuales o con leche materna contaminada. Aunque el VIH puede encontrarse en muchos otros líquidos del cuerpo (orina, saliva, lágrimas, sudor etc...) no hay la cantidad suficiente de virus como para transmitirlo a otra

---

<sup>29</sup> La leucoplasia son placas blancas aparecen en la lengua como resultado de un crecimiento anormal de las papilas gustativas y que son exclusivas de enfermos (as) de sida.

<sup>30</sup> Para ver una descripción más detallada de las enfermedades oportunistas, véase Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, pp. 74 - 77.

<sup>31</sup> Para ver una descripción más detallada de las infecciones y cánceres más comunes, véase *Ibid.*, pp. 77 - 86.

<sup>32</sup> Formaciones de hongo que causan infecciones sistémicas, muy masivas y que se esparcen ampliamente.

<sup>33</sup> El sarcoma de Kaposi es un tumor de los vasos sanguíneos que se manifiestan como lesiones en la piel, normalmente en brazos y piernas, pero se esparcen ampliamente. Si se extienden a los pulmones son muy difíciles de controlar.

persona. Esto significa que el contacto casual (abrazos, compartir utensilios o toallas, usar el mismo baño, el mismo teléfono, saludar de beso, entre muchas otras) con individuos que tienen VIH o sida no genera riesgos de transmisión.<sup>34</sup> La infección ocurre únicamente cuando hay contacto directo entre un fluido contaminado y una célula susceptible, normalmente células sanguíneas. Fuera del cuerpo humano, el VIH es muy débil. Como se explicó, necesita de una célula para reproducirse, pero, además, en contacto con el aire, la luz, el agua y el jabón se inactiva rápidamente.<sup>35</sup>

#### A) VÍA SEXUAL

La transmisión del VIH por contacto sexual es la vía más frecuente de contagio. El sexo vaginal y el anal son las prácticas sexuales más riesgosas. El contagio puede ser de semen infectado a las mucosas del ano o la vagina, especialmente, cuando hay sangre por heridas (aunque sean microlesiones) o bien de fluidos cervico-vaginales o sangre menstrual infectada hacia membranas en los hombres<sup>36</sup> o mucosas de otra mujer.

Como se mencionó, la saliva, aunque esté infectada, no contiene la carga viral necesaria para transmitir el VIH por un beso. “Hasta ahora, no se conoce ningún caso absolutamente seguro de infección por el beso, ni siquiera por mordida. Parecería que el contacto boca a boca, por placer o para la respiración artificial, puede practicarse sin riesgo.”<sup>37</sup>

El sexo oral (entre hombres, entre mujeres o entre hombre y mujer) es una práctica que es potencialmente riesgosa, sin embargo, hay muy pocos casos reportados sobre infecciones por esta vía. El riesgo potencial está en que el semen infectado podría tener contacto con células sanguíneas en la boca, pero

---

<sup>34</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 125.

<sup>35</sup> *Ibid.*, pp. 124 – 125.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 130.

<sup>37</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, p. 145.

epidemiológicamente no está demostrado que haya muchos casos por este tipo de práctica.<sup>38</sup>

También en las inseminaciones artificiales realizadas con donadores de esperma puede haber transmisión de VIH.<sup>39</sup> Si una mujer se insemina con semen infectado puede contraer el virus. Este es un riesgo que comúnmente no se menciona y que puede ser potencialmente muy alto si no se someten las donaciones a pruebas rigurosas para detectar el VIH.

Dentro de la vía de transmisión sexual es fundamental abordar la transmisión de VIH entre mujeres. Muchas autoras señalan que es un riesgo ignorado porque no se reconoce que las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)<sup>40</sup> pueden contraer VIH, lo que se refuerza por la falta de datos estadísticos. No obstante, hay casos reportados en la literatura sobre el tema.<sup>41</sup>

Normalmente, se piensa que como entre mujeres no tienen penetración vaginal con un pene están exentas de riesgo. Esto demuestra que existe una visión predominante de la sexualidad que equipara al sexo con insertar el pene en la vagina, lo cual desdibuja muchas otras prácticas sexuales.<sup>42</sup> Sin embargo, hay quienes consideran que el contacto entre dos genitales femeninos es muy riesgoso porque hay mucho intercambio de fluidos, que no hay manera de contener y porque la vagina es un lugar propicio para que los virus se reproduzcan. Además, las mujeres, aun sin VIH, tienen tasas altas de candidiasis lo que facilita la transmisión del VIH; y la

---

<sup>38</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 131.

<sup>39</sup> Veáse *Loc. Cit.*; Diane Richardson, "Lesbians, HIV and AIDS", en Lesley Doyal, Jennie Naidoo, Tamsin Wilton (Ed.), *AIDS, Setting a Feminist Agenda*, Londres, Taylor & Francis, 1994, p. 160.

<sup>40</sup> Me refiero a MSM y no a lesbianas porque cada mujer se autodefine de manera distinta y acotar la categoría en el término lesbiana podría dejar fuera a otras MSM.

<sup>41</sup> Diane Richardson, *Op. Cit.*, p. 161; *HIV Risk for Lesbians, Bisexuals and Other Women who have Sex with Women*, Women's Institute GMHC, Nueva York, 2009, p. 2. (En adelante, *HIV Risk*.)

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 163.

fricción entre genitales puede causar abrasiones microscópicas exponiendo células sanguíneas al contagio.<sup>43</sup>

Para evitar la transmisión sexual existen métodos de barrera que han resultado muy eficaces. El más conocido es el condón masculino, pero existe también el condón femenino. Cualquiera que se use previene la transmisión de VIH cuando se realiza penetración vaginal o anal y también en el sexo oral hacia hombres. Existen, además, barreras de látex para sexo oral hacia mujeres o contacto oral-anal y dedos que protegen en penetraciones manuales. Finalmente, el uso de lubricantes es un complemento que da mayor seguridad al reducir la fricción y, por lo tanto, posibles rompimientos del condón o la barrera de látex. De esta manera, los contactos sexuales pueden realizarse sin riesgo de transmisión de VIH, lo que se ha denominado sexo seguro.

#### B) VÍA SANGUÍNEA POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

La transmisión por vía sanguínea ocurre cuando una persona recibe sangre, productos sanguíneos (plasma, plaquetas, etc...) u órganos de una persona con VIH. Quien dona tiene riesgo de contraer VIH si la aguja está infectada.

Al principio de la epidemia, muchos casos de sida, tanto en hombres como en mujeres, tuvieron su origen en la transmisión sanguínea. La venta de productos hemáticos era común y no se realizaban pruebas que determinaran las condiciones de éstos. Actualmente, en muchos países se revisan sistemáticamente todos los productos sanguíneos antes de pasar al receptor. Con esto se ha eliminado, casi por completo, el riesgo de infectarse por esta vía. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que las pruebas pueden no detectar el virus si éste fue contraído poco tiempo antes de la donación.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Laura J. Ramos "Diversity in the Los Angeles Latina Community", en Nancy Goldstein, Jennifer L. Manlowe, *The gender politics of HIV/AIDS in women: perspectives on the pandemic in the United States*, Nueva York, New York University, 1997, pp. 143 – 144.

<sup>44</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 127.

### C) VÍA SANGUÍNEA POR JERINGAS CONTAMINADAS O ACCIDENTES OCUPACIONALES

Este tipo de transmisión puede ocurrir tanto en el caso de usuarios de drogas inyectables, como en el personal médico y de enfermería. En ambos casos, el contagio es por sangre infectada que se queda en la jeringa después de haberse usado en alguien con VIH. La transmisión sólo ocurre si la jeringa infectada se usa casi inmediatamente, si pasa más tiempo, el virus no sobrevive.

Quien es usuario (a) de drogas inyectables (UDI) necesita extraer un poco de sangre para asegurarse que la aguja está dentro de una vena. Al hacer esto, la sangre se mezcla con la droga. Si esa misma aguja se comparte y la sangre está infectada, quien la use después puede adquirir el VIH. El virus sobrevive porque está dentro de la jeringa y porque, normalmente, el uso de la jeringa infectada ocurre casi inmediatamente; así, el VIH no pierde su capacidad de infección.<sup>45</sup> Para evitar esto, es necesario evitar compartir jeringas o desinfectarlas con una solución con cloro.<sup>46</sup>

Respecto al personal de salud y enfermería, el riesgo mayor está en picarse con una aguja infectada, lo que se conoce como riesgo ocupacional. Sin embargo, la incidencia de estos accidentes es muy baja: 0.5%; de éstos, el porcentaje que sí desarrolló VIH es tan sólo 0.01%.<sup>47</sup> Aún así, hay medidas de prevención que pueden tomarse. En primer lugar, es indispensable el uso de guantes; incluso, hay autores que recomiendan usar doble guante.<sup>48</sup> En segundo lugar, se promueve que quienes manejen jeringas las desechen sin taparlas, evitando picarse accidentalmente. En tercer lugar, cuando hay un piquete accidental con sangre potencialmente infecciosa se puede administrar tratamiento antirretroviral para evitar que el VIH se desarrolle (profilaxis post-exposición) lo que prácticamente elimina el riesgo de transmisión.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 129.

<sup>46</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *Op. Cit.*, p. 39.

<sup>47</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al.*, *Op. Cit.*, p. 130.

<sup>48</sup> Raymond Daudel, Luc Montagnier, *Op. Cit.*, p. 39.

<sup>49</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al.*, *Op. Cit.*, p. 130.

## D) VÍA PERINATAL

La transmisión de madre a hijo (a) se llama perinatal porque puede ocurrir en distintos momentos alrededor del parto. Antes y durante el parto, el VIH se puede contagiar cuando la sangre del feto tiene contacto con la sangre infectada de la madre y, después del parto, cuando se recibe leche materna contaminada. Es importante aclarar, entonces, que la transmisión del VIH no es hereditaria,<sup>50</sup> ocurre sólo si hay contacto con sangre o leche contaminada. Durante el tercer trimestre del embarazo es común que se produzcan pequeñas abrasiones en la placenta que permiten el contacto de células sanguíneas maternas con la sangre del feto. Es durante el parto cuando hay más riesgo de transmisión porque el feto entra en contacto directo con sangre y secreciones cérvico-vaginales.<sup>51</sup> Finalmente, también con la leche materna, el (la) bebé pueden contraer VIH. No obstante, cuando las mujeres embarazadas con VIH se someten a tratamiento y sus bebés también, la probabilidad de transmisión se reduce a 2%.<sup>52</sup>

### 1.5 DETECCIÓN DEL VIH<sup>53</sup>

La prueba más sencilla y difundida para detectar la infección por VIH es la *Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay* (ELISA). Cuando el resultado es negativo se descarta la infección, pero cuando el resultado es positivo es indispensable confirmarlo con una segunda prueba, la *Western Blot*.<sup>54</sup> Para que las pruebas

---

<sup>50</sup> Luc Montagnier, *Op. Cit.*, p. 114.

<sup>51</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al.*, *Op. Cit.*, p. 126.

<sup>52</sup> *Loc. Cit.*

<sup>53</sup> En 1985, las pruebas que detectaban el virus causante del sida estuvieron disponibles para su comercialización en Estados Unidos.

<sup>54</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, p.138.

detecten eficazmente la presencia o ausencia de la infección es necesario dejar pasar un lapso aproximadamente de seis meses desde la última práctica de riesgo.<sup>55</sup>

Cuando una persona entra en contacto con VIH no siempre se contagia porque, a veces, el sistema inmunológico es capaz de eliminar el virus.<sup>56</sup> Dos o tres meses después del contacto con el VIH, el sistema inmunológico empieza a fabricar anticuerpos contra él. Pasados seis meses del contacto, si las pruebas siguen resultando negativas y no se ha experimentado otra situación de riesgo, se puede descartar la infección.<sup>57</sup>

## 2. CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA APARICIÓN DEL SIDA

### 2.1 APARICIÓN DEL SIDA: PRIMEROS CASOS REPORTADOS

Desde 1979, en Los Ángeles (Estados Unidos) se registraron los primeros casos de lo que, en la actualidad, podemos identificar como sida. El médico Joel Weisman observó en algunos de sus pacientes casos de mononucleosis,<sup>58</sup> fiebres, adelgazamiento e hinchazón de ganglios, que indicaba fallas del sistema inmunológico. Paralelamente, el médico Michael Gottlieb, también en Los Ángeles, detectó un paciente con síntomas similares, cuyos resultados de laboratorio indicaban una desaparición casi total de linfocitos. Con las observaciones médicas de estos pacientes, la agencia epidemiológica federal *Centers for Disease Control* (CDC), con sede en Atlanta, publicó el cinco de junio de 1981 la descripción de cinco casos graves de neumonía, que se registraron entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales distintos de Los Ángeles. Las características comunes que

---

<sup>55</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 60.

<sup>56</sup> Luc Montagnier, *Op. Cit.*, pp. 102 – 103.

<sup>57</sup> Hun Y. Fan, *Et. Al., Op. Cit.*, p. 68.

<sup>58</sup> Enfermedad causada por el virus Epstein – Barr perteneciente a la familia de las herpes. Sus síntomas son fiebre, garganta reseca e hinchazón de ganglios linfáticos. CDC, “Epstein- ‘Barr Virus and Infectious Mononucleosis”, <<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>>, 25 de octubre de 2011.

observaban en los cinco pacientes es que eran hombres jóvenes y homosexuales activos, además, todos sufrían de candidiasis<sup>59</sup> e inhalaban *poppers*.<sup>60</sup>

También en Nueva York empezaron a observarse casos similares. Los enfermos más graves de neumonía *pneumocystis carinii*<sup>61</sup> se registraron a partir de 1980. Otro signo de alerta fue la aparición de enfermos de sarcoma de Kaposi, cáncer poco común y que tradicionalmente aparecía en hombres de mayor edad que la de estos nuevos pacientes. Estos casos generaron que en los CDC de Atlanta se formara un equipo, *Sarcoma and Opportunistic Infections Task Force*, para realizar investigaciones médicas, bajo la dirección de James Curran, jefe del *Venereal Disease Research Department*. El cuatro de julio de 1981, la agencia epidemiológica generó un segundo reporte informando la existencia de veinte casos de sarcoma de Kaposi en Nueva York y seis más en California.<sup>62</sup>

El 28 de agosto de 1981, los CDC anunciaron el aumento de casos registrados, entre los cuales contaban a una mujer. A partir de este momento, empezaron a publicarse muchos artículos médicos sobre estos raros padecimientos y se consideraba la hipótesis de que la causa podía ser un agente sexualmente transmisible. Nuevos casos de hombres homosexuales aparecieron en quince estados de ese país, pero se registraron casos también entre heterosexuales y UDI, incluida una mujer. Como la enfermedad no permaneció sólo en hombres homosexuales, los CDC concluyeron que el agente causal de la enfermedad se transmitía sexualmente, sin embargo, no dieron todavía un nombre a la enfermedad. Ante la falta de definición oficial, en la prensa se empezó a designar el padecimiento siempre con referencia a los homosexuales: neumonía gay, cáncer gay, peste gay e incluso, un nombre aparentemente más científico, *gay related immune deficiency*

---

<sup>59</sup> Enfermedad causada por hongos que da en distintas partes del cuerpo como boca y genitales.

<sup>60</sup> Nitrito de amilo o de butilo en ampollas que hacen ruido al romperse. Sirven como vasodilatadores y se considera que aumentan la intensidad de los orgasmos. Mirko Grmek, *Op. Cit.*, pp. 25 – 27, 42.

<sup>61</sup> Tipo de neumonía causada por el germen del mismo nombre, que no hace enfermar a las personas cuyo sistema inmunológico está sano, designada con las siglas PCP. CDC, “You Can Prevent PCP”, <<http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/pcpb.htm>>, 21 octubre 2011.

<sup>62</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, pp. 29 – 31.

(GRID).<sup>63</sup> Así, se consideró que el factor común de los padecimientos, que más tarde se denominarían sida, estaba ligado directamente a la pertenencia a un grupo particular, los homosexuales.

En Europa también empezaron a registrarse casos similares. En 1980, hubo un primer muerto con los mismos síntomas. Al año siguiente, cuatro enfermos en Copenhague presentaron los síntomas de la enfermedad; todos eran hombres que habían tenido contacto sexual directo o indirecto con algún homosexual neoyorquino. Primero los casos aparecieron en Londres, Ginebra y París, pero pronto se registraron en muchos países del continente. Aunque los primeros casos europeos se registraron en hombres, en 1983 se pudo identificar que en 1977 una mujer de Copenhague había muerto tras presentar los mismos síntomas que los enfermos homosexuales. El diagnóstico correcto de la mujer se pudo realizar después de su muerte porque en Estados Unidos ya habían publicado que la enfermedad podía transmitirse heterosexualmente.<sup>64</sup>

A partir de 1982, el sida se extendió en Estados Unidos de manera exponencial, mientras que en Europa avanzaba más lentamente. En octubre de 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que había 267 casos de sida en quince países de Europa. Otra diferencia entre los casos de Estados Unidos y Europa es que 22% de los enfermos europeos eran de origen africano.<sup>65</sup>

En otras latitudes también se registraron casos de sida. En 1983 se diagnosticaron los primeros casos de sida en Japón y Australia.<sup>66</sup> A pesar de que médicos belgas y franceses detectaron casos de sida en África, las autoridades africanas tardaron mucho tiempo en admitir que el continente sufría una epidemia de esta enfermedad. Fue hasta finales de 1986 cuando se reveló la gravedad de la situación en ese continente.<sup>67</sup>

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, pp. 34 – 35.

<sup>64</sup> *Ibid.*, pp. 49 – 52.

<sup>65</sup> *Ibid.*, pp. 77 – 79.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 80.

<sup>67</sup> *Ibid.*, pp. 257 - 260.

## 2.2 DEFINICIÓN DEL SIDA

El 24 de septiembre de 1982, los CDC, en su revista, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, publicaron la primera definición de la enfermedad. La denominaron *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*, enfermedad moderadamente predictiva que consiste en un defecto de la inmunidad que le ocurre a una persona que no tiene una causa conocida de disminución en su resistencia a combatir enfermedades como sarcoma de Kaposi, PCP y casos serios de infecciones oportunistas.<sup>68</sup> A pesar de haber presentado una definición, señalaron que ésta podía no contener todo el espectro de las manifestaciones de la enfermedad porque podían haber personas asintomáticas; o presentar síntomas de dos tipos: no específicos (fiebre, pérdida de peso linfoadenopatías permanentes); o específicos (tuberculosis, candidiasis oral y herpes zoster); o incluso tener neoplasmas malignos.<sup>69</sup> Por último, especificaron que a falta de una prueba específica para detectar el sida, la definición era lo único que podía servir para diagnosticar a un paciente y exhortaron a que reportaran estos casos a los CDC.<sup>70</sup>

En el mismo artículo, señalaron que entre el primero de junio de 1981 y el quince de septiembre de 1982 se registraron 593 casos en Estados Unidos de los cuales 21% (243 personas) habían muerto. Casi 80% del total de casos se concentraban en seis áreas metropolitanas, tanto de la costa este como oeste; pero también tenían conocimiento de 41 casos en 10 países más. Del total, 75% correspondían a hombres homosexuales o bisexuales de los cuales 12% reportaba

---

<sup>68</sup> Las definiciones establecidas por los CDC importan puesto que son las que se incorporaron a la OMS y de ahí, a todos los sistemas de salud del mundo. Esto significa que los CDC marcaban la pauta sobre la información “oficial” de la enfermedad. No obstante, en 1986, la OMS desarrolló por primera vez una definición provisional del sida clínico. La definición fue modificada en 1989 y en 1993 para ajustarla a los criterios de los CDC tanto de Estados Unidos, como Europa. Para información muy detallada sobre las definiciones y criterios de la OMS para registrar infecciones por VIH, casos de sida y las etapas de la enfermedad, ver *World Health Organization (WHO) Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV – related Disease in Adults and Children*, Francia, WHO, 2007.

<sup>69</sup> Crecimiento anormal de células.

<sup>70</sup> CDC, “Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States”, <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>>, 21 de octubre de 2011.

uso de drogas inyectables. Había 20% de casos, hombres y mujeres, transmitidos heterosexualmente, de los cuales 60% se inyectaba drogas. Los haitianos residentes en Estados Unidos constituían 6.1% de los casos totales; 50% de éstos negaban haber tenido relaciones homosexuales o ser UDI. A partir de estos datos, los CDC consideraron que los casos se podían clasificar con base en de los factores de riesgo: hombres con actividad homosexual o bisexual; UDI sin actividad homosexual; haitianos sin actividad homosexual, ni uso de drogas intravenosas; y personas hemofílicas no haitianas, sin actividades homosexuales, ni ser UDI. El resto de los casos, 5%, eran personas que no cumplían ninguno de los factores de riesgo anteriores.<sup>71</sup>

Ésta fue la primera definición oficial de la enfermedad AIDS. En Francia y en los países de habla hispana se creó la sigla SIDA que significaba síndrome de inmunodepresión adquirida. La sigla evolucionó de S. I. D. A., a SIDA, a Sida hasta convertirse sólo en una palabra: sida.<sup>72</sup>

En 1985 se hizo una revisión de la definición. Los CDC señalaron que cuando no se presentaran infecciones oportunistas, cualquiera de las siguientes enfermedades marcaban también la existencia de sida, siempre y cuando existiera seropositividad: a) histoplasmosis diseminada<sup>73</sup>, b) isosporiasis<sup>74</sup>, c) candidiasis bronquial o pulmonar, d) linfomas no Hodgkin<sup>75</sup> o e) sarcoma de Kaposi en pacientes de mayores de sesenta años.<sup>76</sup> Ninguna de las enfermedades añadidas son específicas de mujeres.

---

<sup>71</sup> *Loc. Cit.*

<sup>72</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, pp. 65 - 66.

<sup>73</sup> Causada por un hongo y normalmente afecta a los pulmones. Cuando es diseminada, es decir, al extenderse a otros órganos puede ser fatal. CDC, "Histoplasmosis", <<http://www.cdc.gov/nczved/divisions/dfbmd/diseases/histoplasmosis/>>, 25 de octubre de 2011.

<sup>74</sup> Infección intestinal causada por un parásito que causa diarreas crónicas. CDC, "Cystoisosporiasis", <<http://www.cdc.gov/parasites/cystoisospora/index.html> >, 3 de diciembre de 2011.

<sup>75</sup> Cáncer del tejido linfóide que abarca ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos del sistema inmune. National Institutes of Health, "Non hodgkin lymphoma", <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000581.htm> >, 3 de diciembre 2011.

<sup>76</sup> CDC, "Current Trends Revision of the Case Definition of Acquired Immunodeficiency Syndrome for National Reporting--United States", <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000567.htm>>, 25 de octubre de 2011.

En ese año, los casos de sida reportados a los CDC fueron de 8062 hombres y 569 mujeres. Algo muy importante es que se observó que las mujeres generalmente morían el mismo mes que se les diagnosticaba de sida, mientras que los hombres vivían más tiempo.<sup>77</sup> Estos datos generaron interrogantes muy importantes que no estaban siendo atendidas: ¿las mujeres morían más rápido porque tenían menos acceso a los servicios de salud? ¿O era porque las mujeres se diagnosticaban más tarde que los hombres? ¿O era porque la enfermedad afecta diferenciadamente a hombres y mujeres?<sup>78</sup>

En 1987 se hizo una precisión sobre los casos de sida reportados. Los CDC consideraron que cuando una persona presentaba enfermedades indicativas de sida debía reportarse, incluso si no se contaba con la confirmación, mediante pruebas médicas, de que se tratara de un caso de sida.<sup>79</sup> En esta revisión, tampoco se agregó ningún padecimiento o síntoma exclusivo de mujeres, sin embargo, como la definición se amplió, más mujeres encajaron en la definición. Entonces, la proporción de mujeres con sida aumentó a 39%. No cambiaba la enfermedad, cambiaba únicamente la forma en que se clasificaba la información sobre la enfermedad. Incluso había médicas que estaban seguras que si la definición de sida fuera aún más precisa, el número de mujeres con esta enfermedad que estaban registradas aumentaría.<sup>80</sup>

En enero de 1993 entró en vigor una definición ampliada del sida. En un reporte de los CDC de diciembre de 1992 se afirmó que el agente etiológico que causaba el sida era el VIH.<sup>81</sup> Se determinó que el espectro de manifestaciones de la

---

<sup>77</sup> Gena Corea, *The Invisible Epidemic. The Story of Women and AIDS*, Nueva York, Harper Collins, 1992, p. 42.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 221.

<sup>79</sup> CDC, "Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome – United States", <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000948.htm>>, 25 de octubre de 2011.

<sup>80</sup> Corea, *Op. Cit.*, p. 76.

<sup>81</sup> En 1983, se descubrió el primer retrovirus del sida que fue designado como LAV. El equipo que logró este descubrimiento estaba liderado por Luc Montagnier del Instituto Pasteur de Francia. Unos años antes Robert Gallo, había aislado el virus Human T - Cell Lymphoma Virus (HTLV), virus específicamente humano, Al seguir experimentando, Gallo consideraba que el agente del sida tendría que ser idéntico al HTLV. Esto generó una discusión académica muy importante que se resolvió en mayo de 1985 cuando una Comisión de nomenclatura virológica adoptó la sigla Human

enfermedad era muy amplio: desde la infección asintomática hasta condiciones que ponían en riesgo la vida, pasando por enfermedades oportunistas y cánceres. Se enfatizó la necesidad de considerar infectadas con VIH a todas las personas cuyo nivel de linfocitos T fuera menor a 200 por litro o su porcentaje de linfocitos T menor a 14%. Además, a la lista de las condiciones clínicas<sup>82</sup> que denotaban el sida se añadió tuberculosis pulmonar, neumonías recurrentes y cáncer cérvico uterino invasivo.<sup>83</sup>

Es fundamental notar que en la definición de 1993 se añadió por primera vez este cáncer que únicamente presentaban las mujeres. Antes de esta definición, las anormalidades ginecológicas no se consideraban.<sup>84</sup> También es muy importante enfatizar que los CDC tardaron mucho incorporar este cambio y que, en buena medida, fue propiciado por la enorme presión que ejercieron grupos de feministas que sistemáticamente denunciaron la poca atención que los CDC y los servicios de salud, en general, le otorgaban a las mujeres.<sup>85</sup> Como el sida era una enfermedad considerada de homosexuales, heroinómanos o “prostitutas”, las mujeres que también enfermaban de sida no eran bien diagnosticadas. Además, en los estudios científicos que se hacían sobre la enfermedad no se registraban datos sobre mujeres, lo que se sabía sobre sida en mujeres provenía exclusivamente de las pacientes enfermas.

---

Immunodeficiency Virus (HIV). También hubo una controversia en relación a las patentes y a intereses políticos. En marzo de 1987, “los franceses renunciaban a la demanda judicial y a cualquier compensación por los derechos ya percibidos por la parte contraria; los norteamericanos aceptaban que en la patente se agregara el nombre de Montagnier al de Gallo, que el test serológico fuera presentado como una invención común y que ambas partes se repartieran los derechos por partes iguales”. Mirko Grmek, *Op. Cit.*, pp. 102 – 136.

<sup>82</sup> En este mismo artículo se publicó un apéndice con la lista de todas las condiciones que, en ese momento, formaban parte de la definición del sida.

<sup>83</sup> CDC, “1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults”, <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>>, 21 de octubre de 2011.

<sup>84</sup> Cindy Patton, *Last Served? Gendering the HIV Pandemic*, Gran Bretaña, Taylor & Francis, 1994, p. 13.

<sup>85</sup> Para información detallada sobre la lucha de las feministas contra los CDC y otras instituciones de salud de Estados Unidos, véase Corea, *Op. Cit.*

Precisar la definición permitió diagnosticar mejor a las personas, registrar con mayor exactitud el número de casos y ver las tendencias en la epidemia. El mismo reporte de 1993 señaló que el cambio en la definición seguramente cambiaría el número de casos reportados de la enfermedad. Esto era fundamental, pues los recursos que se destinaban para tratar el sida estaban ligados al número de casos reportados de la enfermedad. Por lo tanto, que los CDC revisaran la definición del sida permitió que se registrara con mayor exactitud el número de casos, conocer las tendencias de la epidemia y que se repartieran de manera más precisa los recursos para enfrentar la enfermedad.<sup>86</sup>

Actualmente, los CDC definen que “el sida es la etapa avanzada de la infección por el VIH, cuando el sistema inmunitario de una persona está gravemente dañado y tiene problemas para combatir las enfermedades y algunos cánceres”.<sup>87</sup> Al VIH lo definen simplemente como el virus que puede producir el sida.

### 3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL SIDA

Como se mencionó, los primeros casos de sida aparecieron en la comunidad homosexual masculina, provocando una primera estigmatización en la epidemia, pero muy pronto otros sectores también se vieron involucrados. Desde 1982, en Miami se descubrieron personas con los mismos síntomas que los primeros casos, pero no eran homosexuales, ni UDI; el rasgo común era su origen haitiano.<sup>88</sup> No era posible determinar causas de por qué los síntomas aparecían en este grupo, pero también en Haití se registraron muchos casos similares. Esto fue suficiente para estigmatizar a los haitianos como un grupo de riesgo. “Los norteamericanos acusaban pues a los haitianos, especialmente a los inmigrantes ilegales, de llevar la nueva peste de un país de condiciones higiénicas desastrosas a un país limpio y bien organizado, actitud acorde con las enseñanzas de la epidemiología tradicional, pero

---

<sup>86</sup> Douglas A. Feldman, Julia Wang Miller, *The AIDS Crisis. A Documentary History*, Estados Unidos, Greenwood Press, 1998, p. 21.

<sup>87</sup> CDC, “Información básica sobre el VIH y el sida”, <<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/topics/basic/index.htm#hiv>>, 21 de octubre de 2011.

<sup>88</sup> Randy Shilts, *And the Band Played On*, Estados Unidos, St. Martin's Press, 1987, p. 167.

que en el caso concreto era un grave prejuicio científico y moral.<sup>89</sup> Debido a esta asociación con la enfermedad, la población haitiana fue altamente discriminada en Estados Unidos.<sup>90</sup>

En enero de 1982 se registró el primer caso de un hemofílico que presentaba los mismos síntomas que los pacientes homosexuales.<sup>91</sup> Al año siguiente se registraron 21 casos más de hemofílicos en Estados Unidos, todos habían recibido transfusiones sanguíneas hechas a partir de los plasmas de miles de donantes.<sup>92</sup> Esto permitió teorizar sobre el carácter viral de la infección y, para algunos, fue claramente una advertencia del potencial expansivo de la infección. “Desde el momento en que se supo que era infecciosa se temió que desbordara el círculo restringido de los homosexuales”.<sup>93</sup> No obstante, la mayor parte de la comunidad médica y medios de comunicación hicieron caso omiso de este riesgo de expansión y siguieron abordando la enfermedad como si fuera relevante sólo para pocas personas que correspondían a grupos de riesgo, es decir, que pertenecían a ciertos sectores marginados.

“Se considera (*sic*) que el mal no pone (*sic*) en peligro a la “gente decente”, sino solamente a personas estigmatizadas de antemano por su comportamiento, por su origen étnico o por una tara.”<sup>94</sup> Para señalar con “precisión” a estos grupos se estableció la caracterización de las 4H, los grupos de riesgo: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos; algunos agregaban una quinta H, las “prostitutas” (en inglés, *hooker*).

En junio de 1983, la esposa de un hemofílico fue diagnosticada. En ese momento, no estaba bien documentado cómo ocurría la transmisión, pues las mujeres se infectaban con mayor facilidad, pero había menos mujeres enfermas que

---

<sup>89</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, p. 67- 68.

<sup>90</sup> Para conocer algunas de las explicaciones de que el sida se presentara en la población haitiana, ver *Ibid.*, pp. 69 – 70.

<sup>91</sup> Shilts, *Op. Cit.*, p. 168.

<sup>92</sup> Mirko Grmek, *Op. Cit.*, p. 71.

<sup>93</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>94</sup> *Loc. Cit.*

hombres.<sup>95</sup> Sin embargo, para 1985 era claro que el sida podía transmitirse por contactos sexuales entre hombre y mujer. A principios de ese año, Thomas C Quinn escribió en el *Journal of the American Medical Association* que era muy posible que el sida rebasara los grupos de riesgo.<sup>96</sup>

### 3.1 EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES EN EL TEMA DE VIH Y SIDA

Aunque los primeros afectados por el sida fueron hombres, muy pronto se registraron casos de mujeres. Aún así, las mujeres fueron (y, en muchos casos, siguen siendo) desplazadas fuera del discurso de esta enfermedad o estigmatizadas como transmisoras; pocas veces se reconoce que ellas pueden sufrir la enfermedad.

El primer caso registrado de una mujer con sida en Estados Unidos ocurrió en Nueva York en 1981, pero, durante ese año, no hubo más casos reportados de mujeres. No obstante, sí hubo muchas mujeres que murieron por infecciones respiratorias en lugares donde había muchos hombres con los síntomas que después se clasificaron como sida.<sup>97</sup> Esto permite suponer que muchas de las mujeres que murieron tenían los mismos síntomas que los primeros casos de hombres con sida, pero no fueron diagnosticadas correctamente y, por lo tanto, reportadas a los CDC. Así, conforme avanzaba la enfermedad, los casos de mujeres no eran reportados porque no estaban bien diagnosticados. Como se creía que los síntomas sólo aparecían en hombres homosexuales, no se consideraba nunca que las mujeres podían enfermar de lo mismo.

En 1982, la médica Joyce Wallace, al advertir que la enfermedad se transmitía sexualmente y que se asociaba con la promiscuidad, fue capaz de discernir que entonces las trabajadoras sexuales podían estar en riesgo. Realizó un estudio entre trabajadoras sexuales en Nueva York y comprobó que muchas de ellas habían desarrollado el síndrome.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>96</sup> Feldman, Wang Miller, *Op. Cit.*, p. 20.

<sup>97</sup> Corea, *Op. Cit.*, pp. 5- 6.

<sup>98</sup> *Ibid.*, p. 9.

Otras mujeres advirtieron rápidamente que si la enfermedad podía transmitirse sexualmente, cualquier mujer estaba en riesgo. Zena Stein y Robin Flam elaboraron argumentos al respecto y pidieron financiamiento a los *National Institutes of Health* (NIH) para estudiar el tema, el cual fue rechazado inmediatamente.<sup>99</sup> Otra médica de Nueva York, Wendy Chavkin, informó a los CDC que muchas mujeres presentaban adenopatías y candidiasis, mismos síntomas que los hombres. Aunque personal de los CDC sí fue a revisar a las pacientes, no hicieron mucho caso de las observaciones generales de Chavkin; se enfocaron en las trabajadoras sexuales sólo como fuentes de infección y transmisión, sin considerar que cualquier mujeres podía contraer la enfermedad puesto que se transmitía sexualmente.<sup>100</sup>

De los primeros 800 casos que se reportaron a los CDC, menos de 100 eran mujeres. De aquellas mujeres con sida, se creía que 12% se habían contagiado por vía heterosexual.<sup>101</sup> Sin embargo, como se describió antes, la primera definición de sida dada por los CDC no establecía la transmisión heterosexual como factor de riesgo para contraer la infección. Las omisiones iban más allá; al no considerarse que los hombres podían tener prácticas bisexuales se descartaba a posibilidad de que un hombre, con VIH por vía homosexual, contagiara a una mujer en una relación heterosexual. Hasta ese momento, el sexo anal se consideraba la principal vía de transmisión de la enfermedad, pero no reconocían que ésta era una práctica que podía practicarse no sólo entre hombres homosexuales, sino también en relaciones heterosexuales, constituyendo una práctica sexual peligrosa también para las mujeres.

Por último, otra vía de transmisión eran las jeringas usadas para inyectarse drogas. En primer lugar, si se negaba que las mujeres podían infectarse, se negaba también que había mujeres UDI, lo cual era falso.<sup>102</sup> En segundo lugar, se negaba que las mujeres podían contagiarse heterosexualmente si tenían parejas UDI. En ambos casos se desdibujaban los factores de riesgo para las mujeres.

---

<sup>99</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>100</sup> *Ibid.*, pp. 13 – 14.

<sup>101</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 23.

En 1982, en el Hospital Montefiore de Nueva York, se atendía a Gladys Thompson. Ella fue el primer caso registrado de mujer que había contraído sida por vía heterosexual.<sup>103</sup> Si bien esto marcó el inicio del reconocimiento de que las mujeres podían enfermar de sida, a partir de este momento fueron abordadas y atendidas únicamente en términos de su papel de madres o de trabajadoras sexuales. Se consideraba que las madres irresponsables transmitían la enfermedad a sus hijos e hijas y las trabajadoras sexuales lo contagiaban a hombres inocentes, sus clientes, pero también a mujeres inocentes, las esposas de sus clientes.<sup>104</sup>

En la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, la médica Hortensia Amaro recolectó reportes y estudios sobre mujeres y bebés con sida. Pronto se dio cuenta que el interés principal al abordar la enfermedad no estaba en las mujeres, sino en los riesgos que las mujeres con sida presentaban para sus hijos. En la prevención, el eje rector para el estudio y el tratamiento del sida en mujeres era la salud reproductiva; las mujeres se definían a partir de su capacidad reproductora y no importaba su salud más que en función de sus hijos (as).<sup>105</sup> Esto provocó prácticas o ideas que restringían los derechos reproductivos de las mujeres embarazadas: mientras que a algunas se les obligaba a abortar, a otras no se les permitía.<sup>106</sup>

Desde 1985, algunas médicas sospechaban que había una relación entre el VIH y la displasia cervical, que es una condición anormal de las células del cérvix (cuello de la matriz o útero) que puede evolucionar en cáncer. No obstante, la falta de exámenes ginecológicos de rutina no permitía el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino, ni establecer o descartar el vínculo entre esa enfermedad y el VIH.<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>104</sup> *Ibid.*, pp. 29 – 30.

<sup>105</sup> *Ibid.*, pp. 45 – 46.

<sup>106</sup> Para más detalles, véase Corea, *Op. Cit.*, pp. 47 – 51; Nan D. Hunter, “Complications of Gender: Women, AIDS and the Law”, en Beth E. Schneider, Nancy E. Stoller, *Women Resisting AIDS. Feminist Strategies of Empowerment*, Filadelfia, Temple University Press, 1995.

<sup>107</sup> Corea, *Op. Cit.*, pp. 140 – 144.

Otro ejemplo de cómo se omitía a las mujeres ocurría en los estudios clínicos. En 1986, el medicamento AZT<sup>108</sup> empezó a mostrar éxito en el tratamiento de sida en hombres. Para encontrar cualquier medicamento eficaz se necesitan estudios de cómo afecta a las personas. No obstante, los estudios se hacían únicamente con hombres por lo que no se conocían los efectos específicos que tenían en las mujeres.<sup>109</sup>

En septiembre de 1987, el *National Institute of Mental Health* (NIMH) y el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) dieron financiamiento para que se estableciera el *HIV Center for Clinical and Behavioral Studies* en Nueva York. El centro quedó a cargo de las médicas Anke Ehrhardt y Zena Stein. Quienes participaron en el estudio fueron hombres homosexuales, UDI y, como novedad, mujeres. Sin embargo, muchos médicos consideraron innecesario incluir a mujeres en las pruebas.<sup>110</sup>

La médica epidemióloga, Sally Zierler, se percató de otra gran omisión en la construcción de la información sobre el sida: el abuso sexual hacia las mujeres. Ella observaba que a pesar de que millones de mujeres habían sufrido abuso sexual, las consecuencias que esto tenía a la salud, física y mental, nunca eran tomadas en cuenta. Entonces, en una de sus clases en la Escuela de Salud Pública de Harvard se atrevió a denunciar que la violación era un problema muy grande de salud pública. En 1987, al diseñar un estudio sobre la transmisión heterosexual de VIH añadió a sus encuestas la pregunta de si alguna vez, la mujer en cuestión había sido violada o forzada a tener una relación sexual.<sup>111</sup> Este factor comúnmente ignorado podría explicar un gran número de casos de sida entre mujeres. Años después, realizó un estudio con mujeres de Nueva Inglaterra donde constató que las mujeres que habían sido abusadas sexualmente de niñas tenían el doble de probabilidades de tener VIH que las mujeres que no habían sido abusadas.<sup>112</sup> A pesar de la importancia del

---

<sup>108</sup> El ácido-3'-deoxi-3'-timid'ina (AZT) es el primer medicamento parcialmente eficaz para tratar el sida. Su acción es incrementar los linfocitos T, reducir las enfermedades oportunistas y conseguir que el paciente gane peso. Daudel, Montagnier, *Op. Cit.*, p. 68.

<sup>109</sup> Corea, *Op. Cit.*, p. 61.

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 104.

<sup>111</sup> *Ibid.*, pp. 117 – 120.

<sup>112</sup> *Ibid.*, p. 219.

resultado del estudio, nunca se publicó. El *New England Journal of Medicine*, la revista médica más prestigiosa y más leída de Estados Unidos, lo rechazó.

También en 1987 aparecieron los primeros resultados de estudios realizados a bebés de Nueva York. De cada 60 bebés, uno (a) uno tenía VIH. En dicho estado, desde 1986 era obligatorio que las pruebas de sangre en bebés detectaran VIH, sin saber que en realidad, los anticuerpos eran de las madres. Para la médica Helen Rodriguez - Trias era asombroso ver que, a pesar de la prevalencia de VIH en los bebés, nadie advertía que eso significaba que las madres tenían también el virus.<sup>113</sup>

En 1988, en Estados Unidos, los exámenes médicos de rutina no incluían realizar exámenes pélvicos a las mujeres. Así, los órganos genitales y reproductores de las mujeres no importaban, a excepción, de cuando estaba embarazada o dando a luz.<sup>114</sup> Este abordaje de la salud de las mujeres hizo muy difícil que se pudieran considerar y estudiar las enfermedades específicas de las mujeres. Esto no sólo tenía efectos en su salud general, sino que también era un obstáculo para precisar la definición del sida.

En 1989, se sabía que los condones masculinos eran eficaces contra la transmisión del VIH. Sin embargo, desde entonces, algunas mujeres y médicas se dieron cuenta que era un medio insuficiente para proteger a todas las mujeres. Se advirtió muy pronto que si bien el condón era eficaz para impedir el contagio, también obstruía la reproducción, lo cual era incompatible con la vida de algunas mujeres debido a sus deseos de maternidad o la presión social y económica que sentían para reproducirse. Además, el uso del condón masculino dependía de que los hombres quisieran usarlo. Las médicas Stein y Ehrhardt estaban convencidas que debía haber un método efectivo que pudiera ser controlado por las mujeres.<sup>115</sup>

El mismo año, durante la Quinta Conferencia Internacional de sida en Montreal, Canadá, la organización *Aids Coalition To Unleash Power (ACT UP)*<sup>116</sup> logró participar

---

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>114</sup> *Ibid.*, p. 136.

<sup>115</sup> *Ibid.*, pp. 188 – 189.

<sup>116</sup> Act Up es un grupo formado principalmente por hombres homosexuales, blancos, de clases medias – altas. Se constituyeron en marzo de 1987 para hacer responsable al gobierno del genocidio perpetrado en su comunidad y otras. Afirmaban esto en relación al sida y a las constantes

en las conferencias donde expusieron que si bien todas las mujeres estaban relegadas en el discurso del sida, las lesbianas eran las más invisibles de todas. Como se consideraba que no se podían embarazar, ni podían contagiar a hombres no se les ponía atención en relación al VIH y el sida. Esto demostraba que las mujeres importaban sólo porque eran madres potenciales. Además, el grupo denunció que las investigaciones presuponían que todas las mujeres eran heterosexuales.<sup>117</sup>

Al mes siguiente, ACT UP organizó un foro sobre sexo seguro para lesbianas. Ahí advirtieron que los CDC tenían reportes de al menos 164 mujeres con la enfermedad que describían haber tenido sexo con mujeres. De éstas, la mitad decía haber tenido sexo exclusivamente con mujeres. Sin embargo, este número no era preciso porque rutinariamente los CDC no preguntaban la identificación sexual de las mujeres, creando un sub-registro de mujeres lesbianas y bisexuales con la enfermedad.<sup>118</sup>

En 1990 cuando se probó el AZT en mujeres embarazadas para ver si podía prevenir la transmisión perinatal. El nombre del estudio era ACTG 076. En el equipo de investigadores (as) no había ginecólogos (as), únicamente obstetras y pediatras que lograron demostrar que el tratamiento era benéfico para los fetos.<sup>119</sup> Cuando las mujeres, que participaron en el estudio, daban a la luz se les dejaba de proporcionar el tratamiento, es decir, una vez eliminado el riesgo para el/la bebé, no se le seguía administrando medicamento a las mujeres con VIH.

A mediados de 1990, la Academia Nacional de Ciencia empezó a preparar el tercer reporte sobre el sida, *AIDS: The Second Decade*. Para esto, le encargaron a un grupo de médicas expertas en el tema que elaboraran un capítulo sobre las mujeres y el sida. Ellas escribieron el capítulo, pero, al final, la Academia decidió que incorporar al reporte un capítulo completo sobre mujeres era innecesario. En cambio, hubo un capítulo entero sobre la prostitución. Cuando el libro se publicó, las médicas escribieron un artículo para la revista *Science* criticando la composición del libro y

---

omisiones del Estado hacia el tratamiento adecuado de la enfermedad y la constante estigmatización. Corea, *Op. Cit.*

<sup>117</sup> *Ibid.*, pp. 194 – 195.

<sup>118</sup> *Ibid.*, p. 195.

<sup>119</sup> *Ibid.*, pp. 205- 206.

declarando que la omisión de las mujeres en el libro no era una simple negación, sino una cuestión de vida o muerte.<sup>120</sup>

Estos acontecimientos fueron la antesala que empujó a los grupos feministas a manifestarse contra las instituciones de salud norteamericanas. Sin embargo, como mencioné anteriormente, no fue hasta 1993 cuando los CDC incluyeron en la definición del sida padecimientos ginecológicos. Como se abordará más adelante, en la actualidad las mujeres siguen rezagadas en el discurso sobre el sida y altamente discriminadas cuando son tratadas médicamente.

### 3.2 IMPLICACIONES DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL SIDA

La manera en que se estudió y dio a conocer el sida tuvo y sigue teniendo implicaciones muy importantes para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Por un lado, ha brindado información errónea e incompleta que dificulta que cada persona perciba su riesgo y vulnerabilidad ante la infección; por otro, ocasiona que quienes padecen la enfermedad sean fuertemente discriminados.

En primer lugar, la enfermedad se concibió, por muchos sectores, como un castigo. “La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno mismo se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión, en particular porque se entiende que el sida es una enfermedad debida no sólo al exceso sexual, sino a la perversión sexual.”<sup>121</sup> Esto dio pie a fuertes discriminaciones entre quienes tenían VIH, por ejemplo, no se les daba atención médica digna porque consideraban que esas personas tenían la culpa de su enfermedad.

En segundo lugar, la enfermedad estigmatizó a algunos grupos. El sida reprodujo prejuicios contra homosexuales, haitianos y algunas mujeres. Por eso, el discurso del sida era –y sigue siendo– homofóbico, racista y sexista.<sup>122</sup> Las ideas homofóbicas argumentan que los homosexuales contienen y esparcen gérmenes y

---

<sup>120</sup> *Ibid.*, p. 227 – 229.

<sup>121</sup> Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Trad. Mario Muchnik, España, De Bolsillo, 2008, p. 130.

<sup>122</sup> Corea, *Op. Cit.*, p. 4.

que su estilo de vida genera condiciones que debilitan sus cuerpos. Las racistas argumentan que la gente africana o haitiana es primitiva ya sea porque son demasiado naturales (salvajes) o incapaces de adaptarse al rigor y disciplina de la vida moderna. Finalmente, las ideas sexistas reproducen la dicotomía madre (inocente)/puta (transmisora)<sup>123</sup> porque consideran que algunas mujeres son víctimas no de los hombres, sino de un grupo de mujeres hiper-sexualizadas (trabajadoras sexuales).<sup>124</sup>

En tercer lugar, las mujeres, quedan, por un lado, estigmatizadas, por otro lado, invisibilizadas. En términos epidemiológicos se define a las mujeres como vectores de la enfermedad, es decir, transmisoras del virus. Cuando se entiende la enfermedad con esta perspectiva, las madres tienen un doble papel: transmisoras y víctimas; transmisoras del VIH a sus hijos, pero víctimas porque fueron contagiadas. A las trabajadoras sexuales se les culpa considerando que por su actividad laboral transmiten el virus no sólo a sus clientes, sino a las parejas de ellos. Esto significa que aparentemente los hombres no tienen responsabilidad en transmitir el VIH a sus parejas, sino que es la hiper-sexualidad de algunas mujeres (las trabajadoras sexuales) las culpables de que las otras mujeres (madres) se infecten. Si se considera importante reconocer que esas mujeres, consideradas inocentes, están enfermas no es por atender su salud, sino por el daño que pueden causar en sus hijos.<sup>125</sup> La salud de las mujeres no importa por sí misma, sólo en función de si contagian a alguien más, sus clientes o sus hijos.

Por último, dentro de las mujeres hay un grupo aún más ausente: las MSM y las mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres (MSMH).<sup>126</sup> Así, no se reconoce ni su existencia, ni su riesgo frente al VIH, ni las condiciones de vida que las vuelve vulnerables a la transmisión del virus.

Las mujeres, entonces, no han tenido importancia central en las discusiones y abordaje del sida cuando no entran en la clasificación de transmisoras (trabajadoras

---

<sup>123</sup> Patton, *Op. Cit.*, p. 107.

<sup>124</sup> *Ibid.*, p. 9

<sup>125</sup> *Loc. Cit.*

<sup>126</sup> Laura J. Ramos, *Op. Cit.*, p. 142.

sexuales o embarazadas) o víctimas de la transmisión de otra mujer vía su pareja masculina. Esta construcción social del sida es fundamental porque es la base sobre la cual se decide si es un problema de salud público y cómo se atiende. De esta manera, las bases para diseñar políticas de prevención, protocolos de atención, tratamientos médicos y asignación de recursos se hicieron a partir de la concepción de que el sida no era un problema de la mayoría de las mujeres y sí lo era de los hombres homosexuales y de trabajadoras sexuales.

#### 4. EL SIDA COMO UN PROBLEMA POLÍTICO

La construcción social de una enfermedad importa porque tiene consecuencias trascendentales. Dependiendo de la concepción que se tenga de una enfermedad y de quienes la padecen se diseñarán e implementarán las políticas públicas para atenderla y erradicarla. Si, como explicaré adelante, se reconoce que la salud es un problema que trasciende los límites de la medicina, las ciencias sociales cobran un papel determinante en la construcción de programas de prevención y atención. “El gran papel de las ciencias sociales en la salud hoy en día es el de intervenir en la producción de conocimientos y en el diseño de intervenciones en salud.”<sup>127</sup>

Es importante ver cuáles son los componentes sociales que influyen en la enfermedad y, sobre todo, en cómo ésta afecta diferenciadamente a cada persona. También es necesario analizar cómo desde la política se pueden y deben tomar decisiones que mejorarán la calidad de vida de quienes tienen VIH y/o sida. Como explicaré a continuación, “el sida nos da la posibilidad de intervenir desde la sociedad en el espacio de lo político.”<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> Rosmel del Valle Orfila Vilera, “Una mirada al proceso de salud enfermedad a través de las ciencias sociales”, *Observatorio Laboral*, (2009) 3, p. 112.

<sup>128</sup> Alejandro Brito, “Respuesta de la comunidad a las recomendaciones para la prevención del sida”, en Alarcón Segovia, *Op. Cit.*, p. 286.

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”<sup>129</sup> Para lograr que una persona goce de salud plena se necesita atender muchos factores, algunos individuales, algunos sociales; estos últimos, obligación de cualquier Estado. De esta forma se constituye el derecho a la protección de la salud. Es fundamental aclarar que la expresión correcta es derecho a la protección de la salud y no derecho a la salud. Como la salud es una condición derivada de la suma de diversos factores, no todos en control del Estado, esta institución únicamente puede garantizar el derecho a la protección de la salud, no la salud como tal. Así, el Estado es responsable de garantizar el derecho del goce de bienes, facilidades, servicios y condiciones necesarias para lograr el grado más alto posible de salud física, mental y social.<sup>130</sup>

En la normativa internacional, el derecho a la protección de la salud se reconoció en 1946 como un derecho humano sin importar la raza, religión, ideología o clase social.<sup>131</sup> Posteriormente, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos también reconoció a la salud como una parte del derecho a condiciones de vida adecuadas. En 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteró que la salud es un derecho humano.<sup>132</sup>

Estos tres documentos constituyen el inicio del derecho a la protección a la salud en el ámbito internacional. A partir de entonces, se ha consagrado en tratados tanto internacionales, como regionales y se fue incorporando a las constituciones nacionales.<sup>133</sup> Las normas internacionales y locales en torno a la salud tienen un elemento básico en común: responsabilizan al Estado de consolidar instituciones que

---

<sup>129</sup> OMS, “¿Cómo define la OMS la salud?”, <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>, 2 de agosto de 2012.

<sup>130</sup> *The Right to Health. Fact Sheet* No. 31, OMS – Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, s. a., p. 9. (En adelante, *The Right to Health*.)

<sup>131</sup> Es importante notar que en ese documento no se estableció el sexo como criterio de discriminación.

<sup>132</sup> *The Right to Health*, p. 1.

<sup>133</sup> Para ver más información sobre tratados internacionales y regionales relevantes para el tema de salud, véase Helena Nygren-Krug, *25 Questions & Answers on Health & Human Rights*, OMS, Ginebra, 2002, pp. 31 – 33.

faciliten el acceso a bienes y servicios que permitan a su población gozar de una vida saludable.

En México, el derecho a la protección de la salud se incorporó a la Constitución en 1983.<sup>134</sup> La Carta Magna establece en su artículo cuarto que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.”<sup>135</sup>

Para garantizar el cumplimiento de estos artículos constitucionales se realizó la Ley General de Salud, publicada el siete de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación. En el documento se establece que una de las materias de salubridad general es el Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/sida e ITS.<sup>136</sup> Esto constituye la obligación legal que tiene el Estado mexicano de ocuparse de la epidemia, lo que significa que son los actores e instituciones gubernamentales quienes tomarán las decisiones correspondientes y delinearán las políticas públicas que prevengan, atiendan y controlen el VIH/sida.

“Al considerar la aparición de la enfermedad no como un fenómeno biológico exclusivamente, sino condicionado en sus múltiples facetas por las características de la formación social presente, entran a desempeñar un papel decisivo tanto los componentes de la estructura económica, como los de la ideológica y de la jurídico-política.”<sup>137</sup> Lo anterior refuerza que el VIH/sida debe ser estudiado desde la Ciencia Política y la Administración Pública porque a esas disciplinas corresponden el abordaje de la salud pública, así como el diseño y la ejecución de programas para promoverla.

---

<sup>134</sup> Pedro Isabel Morales Aché, “Aspectos legales del VIH/sida”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.*, p. 261.

<sup>135</sup> *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Porrúa, 2007, p. 16.

<sup>136</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Ley General de Salud, <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>>, 15 de febrero de 2012.

<sup>137</sup> Elvira Ramos García, Antonio Sánchez-Moreno, “Investigación, acción, participación (IAP) en la promoción de salud de las mujeres”, *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud: I Congreso Nacional*, (2002) 37, p. 215.

## CAPÍTULO II: PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DE VIH PARA MUJERES

## 1. PERSPECTIVA DE GÉNERO

A lo largo de la tesis usaré la perspectiva de género tanto para analizar lo que se ha hecho hasta el momento en materia de prevención de VIH, como para establecer mi propuesta para combatir la transmisión entre las mujeres mexicanas. Para eso, en este capítulo explicaré qué es el concepto de género, cómo se define la perspectiva de género y cómo se ha empleado para abordar la salud de las mujeres. Además, mediante la descripción de las vulnerabilidades de las mujeres, justificaré por qué es importante utilizar la perspectiva de género para tratar la prevención de la transmisión de VIH.

## 1.1. DEFINICIÓN

Simone de Beauvoir fue la primera en teorizar sobre las diferencias entre los rasgos físicos y los culturales. Ella fue capaz de percibir que las características sexuales de los seres humanos tienen asignaciones culturales distintas. En *El segundo sexo* (1949) escribió “el hecho es que el sexo de un individuo está determinado por su genotipo, sin embargo, puede estar profundamente afectado por el ambiente en donde se desarrolla.”<sup>138</sup> Así, hace una diferencia entre las características físicas sexuales y lo que, a partir de éstas, se entiende como hombre o mujer. Así, es profundamente injusto determinar a un individuo por su cuerpo. Si se toma en cuenta el papel de la educación se demuestra que tanto hombres y mujeres se hacen, no nacen.<sup>139</sup>

Aunque Beauvoir, no define conceptualmente esta diferencia, el feminismo retomó sus ideas para problematizar lo que se considera femenino y masculino.

Marta Lamas argumenta que las feministas académicas anglosajonas promovieron el uso del concepto de género durante los años setenta del siglo veinte. Con esto pretendían distinguir las características biológicas de las construcciones

---

<sup>138</sup> Simone de Beauvoir, *The Second Sex*, <<http://www.marxists.org/reference/subject/ethics/de-beauvoir/2nd-sex/ch03.htm>>, 22 de julio 2012.

<sup>139</sup> *Loc. Cit.*

culturales (diferenciando sexo de género) y que esto sirviera para apoyar la igualdad de las mujeres.

Casi cuatro décadas después, Gayle Rubin publicó “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”. Ahí construyó el concepto de sistema del sexo/género que definió como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas.”<sup>140</sup> Rubin explicó que cada sociedad asigna valores y nociones a cada sexo, haciendo que hombres y mujeres cumplan un papel determinado. Esto significa que las características sexuales que dividen a los seres humanos en hombres y mujeres adquieren una valoración distinta, a partir de lo que la sociedad identifique como masculino y femenino. Los papeles diferenciados que ejecutan hombres y mujeres no son productos de su biología – sexo–, sino de la sociedad –género–.

El mismo año en que se publicó el artículo de Rubin, Joan W. Scott publicó “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. Ahí, ella definió al género como un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos”.<sup>141</sup> A partir del sexo –características físicas–, los seres humanos construyen una primera identificación que los divide en hombres y mujeres colocándolos en una relación de poder. Aunque para ella, hay otras relaciones de poder que se establecen entre los seres humanos, el género constituye una forma primaria de relaciones significantes de poder.<sup>142</sup> En ese sentido, entendió al género como un concepto relacional, pues no puede ocuparse sólo de mujeres o sólo de hombres, sino de la relación que existe entre ambos. Esta relación está fundamentada en la desigualdad; las mujeres están subordinadas a los hombres en

---

<sup>140</sup> Gayle Rubin, “El tráfico de mujeres: notas sobre la económica política del sexo”, *Nueva Antropología*, (1986) 8, p. 97.

<sup>141</sup> Joan W. Scott, “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Marta Lamas (Comp.), *El género: la construcción de la diferencia sexual*, México, Programa Universitario de Estudios de Género – Miguel Ángel Porrúa, 2000, p. 289.

<sup>142</sup> *Ibid.*, p. 292.

los ámbitos individual y social. Así, considera que “el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder”.<sup>143</sup>

El concepto de género permitió desarrollar la perspectiva de género. Dentro de la epistemología feminista, Norma Blazquez Graf define esta perspectiva como

un elemento con la potencialidad de unir las concepciones históricas, sociales y filosóficas de la ciencia. Constituye un cambio significativo sobre la visión de las ciencias, pues permite explorar si en la producción del conocimiento científico intervienen elementos como los valores y esquemas socioculturales de género, y amplía el espectro de factores biológicos, psicosociales y culturales que pueden contribuir a entender y redefinir los propósitos y metas de la ciencia, obteniendo así nuevos elementos de análisis y métodos diferentes para entender la realidad.<sup>144</sup>

De esta manera, lo primero que se propone es reconocer que el sujeto (a) cognoscente, es decir, quien va a conocer o aprender algo, está moldeado (a) socialmente por distintos determinantes, siendo uno de ellos, el género. El conocimiento se forma a través de los ojos de quien lo genera. La teoría feminista no es la única que señala esta característica del conocimiento; hay otras perspectivas teóricas que critican la forma en la que se ha pretendido que el conocimiento científico es universal y objetivo, cuando en realidad tiene sesgos importantes (de raza, clase, nacionalidad, orientación sexual, etc...). Así, “es en relación con la condición de género del sujeto cognoscente que encontramos la especificidad feminista respecto a otras posturas epistemológicas críticas de las pretensiones de objetividad, neutralidad y universalidad con las que se constituyó la ciencia.”<sup>145</sup> A diferencia de otras posturas, para las feministas, el género es la categoría fundamental de análisis donde lo primero que se reconoce es que “el sujeto cognoscente es concreto e histórico, contando con un referente de constitución primario que es el cuerpo y el conjunto de experiencias que se desprenden de él, atravesándolo debido a la desigualdad de poderes que da sentido a posiciones

---

<sup>143</sup> Marta Lamas, “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, en Marta Lamas, *Cuerpo, diferencia sexual y género*, México, Taurus, p. 331. (En adelante, Lamas, “Usos”).

<sup>144</sup> Norma Blazquez Graf, *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*, México, CEIICH – UNAM, 2008 p. 12, cit. por Martha Patricia Castañeda, *Metodología de la investigación feminista*, Guatemala, CEIICH – UNAM, 2008, p. 29.

<sup>145</sup> Castañeda, *Op. Cit.*, p. 34.

sociales segregadas y jerárquicas a las cuales la organización científica no es ajena.”<sup>146</sup>

Que el conocimiento y la ciencia se hayan constituido así se constata en la explicación que desarrollé sobre cómo se construyó la información y el debate en torno al VIH y el sida. Reconocer este hecho es fundamental para analizar el fenómeno actual con perspectiva de género e ir delineando las directrices de las políticas públicas para paliar la epidemia.

No sólo hace falta saber que quien investiga está influido por el género, sino que los fenómenos son distintos si se miran incorporando esta categoría de análisis. El feminismo, por lo tanto, usa la perspectiva de género como “una herramienta teórica y metodológica que permite plantear una crítica a las áreas del conocimiento tradicionales, mostrando la necesidad de una mayor profundidad de examen de conceptos y supuestos que todavía existen en los distintos campos del saber.”<sup>147</sup> Usar la perspectiva de género permite vislumbrar cómo un fenómeno es distinto para hombres y mujeres porque éstos se encuentran en diferentes posiciones sociales y la relación entre ambos lleva implícita un diferencial de poder.

No obstante, “reducir la complejidad de la problemática que viven los seres humanos a una interpretación parcial que habla sólo de la opresión de las mujeres no sólo es reduccionista, sino que conduce al victimismo y al mujerismo que tan frecuentemente tiñen muchos análisis y discursos feministas. Requerimos utilizar la perspectiva de género para describir cómo opera la simbolización de la diferencia sexual en las prácticas, discursos y representaciones culturales sexistas y homófobas.”<sup>148</sup> La perspectiva de género permite mirar a las mujeres, pero también a los hombres: el género es la construcción social de lo femenino y de lo masculino. Así, una definición más sencilla es que “el enfoque o la perspectiva de género se

---

<sup>146</sup> *Ibid.*, p. 39.

<sup>147</sup> Blazquez Graf, *Op. Cit.*, p. 11, cit. por Castañeda, *Op. Cit.* p. 35.

<sup>148</sup> Lamas, “Usos”, p. 362.

refiere a tener en cuenta el lugar y el significado que las sociedades dan al hombre y a la mujer en su carácter de seres masculinos o femeninos”<sup>149</sup>

Generar conocimiento y analizar fenómenos sociales con perspectiva de género no es suficiente para transformar la realidad. Para poder trascender el ámbito académico y concretarlo en la práctica se utiliza la transversalización de la perspectiva de género, ésta se constituye como el “proceso que permite garantizar la incorporación de la perspectiva de género con el objetivo de valorar las implicaciones que tiene para las mujeres y los hombres cualquier acción que se programe, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas.”<sup>150</sup> Esto significa que la perspectiva de género se aplica en todas las leyes y políticas públicas sin importar qué institución la diseña y ejecuta.

La transversalización de género debe ser una obligación de los Estados para asegurar la igualdad (“imperativo de carácter jurídico que pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres”<sup>151</sup>) y la equidad de género (“imperativo de carácter ético basado en el principio de justicia social que busca compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos entre mujeres y hombres”<sup>152</sup>). Sólo de esta manera puede contribuirse a equilibrar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado.

## 1.2 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

Como parte del proceso de transversalización, un ámbito al que se le ha incorporado la perspectiva de género es la salud pública. Con esto se busca “reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan

---

<sup>149</sup> Yuriria Rodríguez Martínez, Cecilia Robledo Vera, Teresa Pedroso Zulueta, *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2010, p. 17.

<sup>150</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>151</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>152</sup> *Loc. Cit.*

diferencialmente la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud.”<sup>153</sup> La epidemia de VIH/sida debe insertarse en el esfuerzo por incorporar la perspectiva de género en la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que la equidad de género significa “que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustos y evitables.”<sup>154</sup> La misma organización categoriza en tres los tipos de desajuste que causan inequidad entre hombres y mujeres. Primero, cuando existe desajuste entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud. Segundo, cuando no hay equilibrio entre las necesidades de salud y el acceso a los recursos. Tercero, cuando hay disparidad entre las responsabilidades y el poder en el trabajo en áreas de salud.<sup>155</sup>

Tener en cuenta que existe una relación entre la salud y el género implica referirse a las condiciones en las que viven hombres y mujeres, pues “el estudio de los determinantes sociales es esencial para entender las desigualdades sociales en salud según el género.”<sup>156</sup>

En general, las mujeres están en desventaja respecto a los hombres debido a la inequidad de género. “Como punto de partida cabe señalar que los sujetos femeninos viven condiciones y situaciones de salud menos favorables por estar inmersos en una sociedad donde la reproducción, la sexualidad y, en general, la salud han estado dominadas por el saber médico hegemónico masculino.”<sup>157</sup> Esto incide en la salud de las mujeres, pero hay padecimientos en donde las diferencias se acentúan más que en otros. A continuación explicaré cuáles son las condiciones

---

<sup>153</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>154</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Equidad de género”, <<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf>>, 25 de julio de 2012.

<sup>155</sup> *Loc. Cit.*

<sup>156</sup> Carme Borrel, María del Mar García-Calvente, José V. Martí-Bosca, “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”, *Gaceta Sanitaria*, (2004) 18, p. 2.

<sup>157</sup> Soledad González Montes (Comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México-Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995, p. 203.

sociales a las que están expuestas las mujeres y que las vuelven vulnerables ante la transmisión de VIH.

## 2. VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES FRENTE AL VIH

Cuando se usa la perspectiva de género para analizar el VIH en mujeres se reconoce que ellas tienen vulnerabilidad específica frente al virus. Esto significa que hay condiciones sociales que viven las mujeres, diferentes a las que viven los hombres, que las hacen propensas a adquirir el VIH. Para entender esto a cabalidad, explicaré la diferencia entre los conceptos de riesgo y vulnerabilidad. Después, ahondaré en cuáles son las vulnerabilidades de las mujeres ante el VIH.

### 2.1 RIESGO Y VULNERABILIDAD: DEFINICIONES

Es fundamental distinguir entre los conceptos de riesgo y vulnerabilidad. Esta diferencia permite entender mejor la epidemia de VIH/sida y eliminar estereotipos y prejuicios. Conocer qué significan riesgo y vulnerabilidad es necesario para construir una estrategia eficaz para prevenir la transmisión del virus.

Cualquier persona puede estar en riesgo de contraer VIH; el riesgo es un componente individual, es decir, está estrechamente relacionado con una conducta determinada. Sin embargo, las personas tienen distinta vulnerabilidad ante la infección porque se encuentran más o menos expuestas por su entorno social.<sup>158</sup> “La vulnerabilidad es el concepto que refiere mayor probabilidad de daño en unas personas sobre otras a causa de sus condiciones sociales.”<sup>159</sup> Que alguien sea más vulnerable que otro (a) implica necesariamente la existencia de desigualdades sociales entre unos grupos de población y otros, a pesar de que compartan el mismo riesgo. En ese sentido, “el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura

---

<sup>158</sup> Mario Bronfman, René Leyva Flores, “Migración y SIDA en México”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.*, p. 243. (En adelante, Bronfman, “Migración”.)

<sup>159</sup> Tamil Kendall, Hilda Pérez Vázquez, *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*, México, Colectivo Sol, 2004, p. 12

que hace que algunos sectores sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, que adquieran mayor probabilidad de infectarse por el VIH.”<sup>160</sup>

Tradicionalmente, el VIH y el sida se entendían a partir de grupos de riesgo. Éstos se definieron considerando los grupos de población que, por sus prácticas, estaban más propensos a adquirir el virus. Esta idea aparentemente se reforzaba porque estadísticamente las personas de esos grupos eran los más afectados numéricamente. Así, los grupos de riesgo se construyeron a partir del concepto de riesgo individual y no se tomó en cuenta la vulnerabilidad. Los grupos de riesgo se clasificaron en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales y UDI. Esta división estigmatizó a estos grupos, mientras que dejó a mucha población fuera del espectro de análisis, por ejemplo, las mujeres. De esta manera, la prevención se concentró únicamente en dichos grupos y el objetivo era incidir en su conducta individual.

La respuesta inicial a la epidemia consistió en la tentativa de influir en esos comportamientos; se creyó que si las personas conocían el peligro de los mismos y se disponía de servicios básicos, como los de distribución de preservativos y tratamiento de las [*infecciones de transmisión sexual*] ITS modificarían ese comportamiento. Sin embargo, los comportamientos de riesgo están, a su vez, configurados por una serie de determinantes mucho más amplios y menos claros. Las condiciones económicas, la estructura de la sociedad y las normas culturales pueden influir en el comportamiento de las personas en distintas circunstancias e incluso dictar ese comportamiento.<sup>161</sup>

En este sentido, el abordaje de la epidemia de VIH/sida centrado en grupos de riesgo ha sido muy perjudicial para las mujeres porque no les permite saber que pueden ser vulnerables a la infección.

En varios países se ha documentado que una alta proporción de mujeres que se infectaban por VIH no habían identificado el riesgo, ya que se consideraban fieles, tenían una pareja estable, desconocían el comportamiento sexual del compañero fuera de la relación o no usaban drogas inyectables, por lo cual frecuentemente no se realizaban la prueba de detección de VIH de manera espontánea. Asimismo, existen informes de que ofrecer la prueba sólo a las mujeres con factores de riesgo aparentes puede llevar a la pérdida de oportunidades, ya que 50 a 75% de quienes

---

<sup>160</sup> Magis, “Epidemiología”, p. 106.

<sup>161</sup> Kendall, *Op. Cit.*, pp. 12 – 13.

resultaron positivas a la prueba, no habían informado inicialmente de prácticas de riesgo de ellas o sus parejas,<sup>162</sup> lo cual se refuerza ante los estereotipos y percepciones de los propios profesionales de la salud, quienes con base en su criterio frecuentemente no ofertan la prueba a mujeres que perciben fuera de riesgo y mucho menos si se encuentran embarazadas con una pareja estable.<sup>163</sup>

Los programas y acciones para prevenir el VIH que no tomen en cuenta la vulnerabilidad de las personas están destinados a fracasar porque no se están atacando las causas de las conductas de riesgo. Por eso, es indispensable que las estrategias de prevención de VIH en mujeres incluyan “factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y de género, los cuales expresa alguna clase de condición estructural o situación coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición de VIH/sida”.<sup>164</sup> Por eso, en el siguiente apartado describiré cuáles son las causas que hacen que las mujeres, como grupo, sean vulnerables para adquirir el virus.

## 2.2 VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES FRENTE AL VIH

Como describí en el primer capítulo, la transmisión de VIH puede ocurrir por vía sanguínea, sexual y perinatal. Esto hace que todas las personas estén en riesgo de contraer el virus, sin embargo, las mujeres por su condición de mujer tienen una vulnerabilidad específica que radica en tres ámbitos: biológico, epidemiológico y sociocultural.

### A) VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

La vulnerabilidad se explica por las condiciones biológicas de las mujeres que las vuelven más propensas a contraer el VIH. Se considera que en una relación

---

<sup>162</sup> CDC. “Prevention of HIV Transmission from Mother to Infant”, *MMWR* 1994; 43:285-288, cit. por Patricia Uribe Zúñiga, Federico Javier Ortiz Ibarra, Griselda Hernández Tepichín, “La prevención de la transmisión perinatal”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.*, p. 79. (En adelante, Uribe, “La transmisión perinatal”.)

<sup>163</sup> Uribe Zúñiga, *Op. Cit.*, p. 79.

<sup>164</sup> Magis, “Epidemiología”, p. 106.

heterosexual, las mujeres tienen de dos a cuatro veces más probabilidad de infectarse que los hombres.<sup>165</sup> Esto se explica por dos factores principales. En primer lugar, la vagina tiene una superficie más amplia que queda expuesta al VIH en comparación con el pene. En segundo lugar, el semen infectado contiene mayor concentración del virus que las secreciones sexuales de las mujeres. Esto puede agravarse si la mujer es muy joven porque sus mucosas vaginales son más frágiles y cualquier lesión facilita la entrada del virus.<sup>166</sup> Así, las mujeres adolescentes tienen mayor vulnerabilidad.

Es necesario desmitificar la creencia que no hay sexo anal entre parejas heterosexuales. Es una práctica sexual recurrente por muchas razones: “el sexo anal puede ser introducido en el repertorio sexual de una cultura no solamente por placer o por placer mutuo, sino por motivos como conservar la virginidad femenina, evitar el embarazo o porque durante la menstruación, la sangre se considera sucia.”<sup>167</sup> La importancia de reconocer la existencia del sexo anal en parejas heterosexuales radica en que es una de las prácticas sexuales con mayor riesgo de transmisión de VIH. Como ya establecí, el semen infectado tiene una carga viral alta y el recto tiene una superficie muy amplia para entrar en contacto con el VIH. Además, es frecuente que ocurran microlesiones que incrementan la posibilidad de transmisión.

La relación entre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental. Una persona que padece una ITS no sólo tiene más probabilidades de contagiarse de VIH, sino de transmitir más eficazmente VIH. “En los individuos que padecen alguna ITS y además son VIH positivos existen más probabilidades de transmitir el VIH a otras personas dado que en sus secreciones genitales se han encontrado mayores cargas virales que las de aquellos individuos que no tienen una ITS.”<sup>168</sup> Si bien esto ocurre independientemente del sexo, se agrava en el caso de las mujeres, pues en ellas, las ITS muchas veces son asintomáticas, lo que las vuelve

---

<sup>165</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>166</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 19.

<sup>167</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>168</sup> María del Pilar Torres Pereda (Ed.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el sida. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*, México, CENSIDA, INMUJERES, INSP, 2010, p. 82.

difícil de detectar.”<sup>169</sup> De esa forma, prevenir y tratar cualquier ITS sirve para prevenir la transmisión de VIH porque reduce las posibilidades de adquirirlo.

Las prácticas sexuales entre mujeres están muy poco estudiadas, de manera que es difícil determinar el riesgo de transmisión de VIH que implican. No obstante, se sabe que el frotamiento de genitales, el uso de juguetes sexuales y la estimulación de la zona genital/anal con manos y boca implican el intercambio de secreciones vaginales y, en algunos casos, sangre menstrual.<sup>170</sup> También el sexo oral, incluso entre mujeres, es una práctica de riesgo aunque, como ya mencioné, hay pocos registros de incidencia de estos casos. Es indispensable realizar estudios para determinar en qué medida ocurre la transmisión de VIH durante ese tipo de contactos cuando intervienen dos mujeres.

## B) VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA

La vulnerabilidad epidemiológica de las mujeres frente al VIH está determinada por tendencias en las condiciones en las que ocurren las relaciones heterosexuales. En primer lugar, las mujeres suelen vincularse, sexual y/o afectivamente, con hombres mayores que ellas.<sup>171</sup> Estadísticamente, estos hombres por ser mayores tendrán niveles de prevalencia de VIH y otras ITS más altos que los hombres jóvenes. Al ser así y tener sexo desprotegido facilitan la transmisión a las mujeres.<sup>172</sup>

En segundo lugar, estadísticamente las mujeres recurren a una mayor cantidad de transfusiones sanguíneas que los hombres debido a intervenciones gineco-obstétricas.<sup>173</sup> Aun cuando esta vía de transmisión se ha eliminado casi por

---

<sup>169</sup> *Loc. Cit.*

<sup>170</sup> *HIV Risk*, p. 4.

<sup>171</sup> Cecilia Garibi González, *La introducción de la perspectiva de género en los programas de prevención de sida de Jalisco: la ausencia de las mujeres*, Tesis de Maestría, México, El Colegio de México, 2010, p. 47. (En adelante, Garibi, *La introducción*.)

<sup>172</sup> *Loc. Cit.*

<sup>173</sup> Cecilia Garibi González, “La compleja relación violencia de género-sida. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH.”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 3 (2009), p. 90. (En adelante, Garibi, “La compleja”.)

completo, gracias a los controles de productos hemáticos, no podemos descartar totalmente la posibilidad.

### C) VULNERABILIDAD SOCIOCULTURAL

Para entender la vulnerabilidad a la que se enfrentan las mujeres es indispensable tomar en cuenta el marco cultural, social y económico en el que viven. Cuando estos factores no se toman en cuenta, se asume que las mujeres pueden protegerse porque actuarán racionalmente una vez que cuenten con la información adecuada. La realidad demuestra que las mujeres no siempre son capaces de decidir, ni negociar prácticas sexuales seguras ya sea por los roles de género, la falta de información o por coerción de parte de su pareja. En ese sentido, el comportamiento sexual de las mujeres es el resultado de una variedad compleja de cálculos internos y negociaciones interpersonales que no pueden entenderse fuera de su contexto cultural, social y económico.<sup>174</sup> Entonces, para incidir positivamente en cambios de comportamiento individual es indispensable abordar estas características.

Los factores socioculturales de vulnerabilidad al VIH que tienen las mujeres son muchos y muy diversos. Al hacer una revisión de la literatura sobre el tema, encontré siete ámbitos principales de los cuales se desprenden estos factores. La clasificación que hago de los temas es para facilitar su exposición, pero no pretendo que se entienda como una categorización rígida; al contrario, estos ámbitos están interconectados y en muchos casos unos alimentan a otros.

#### 1) Omisión de las mujeres

La construcción social del sida, enraizada en estigmatizaciones hacia los hombres homosexuales, las trabajadoras sexuales y UDI, obstaculizó que otras personas accedieran a la información y prevención por no considerar que estaban en riesgo frente al VIH. “La vinculación del virus con grupos y comportamientos estigmatizados

---

<sup>174</sup> Lesley Doyal, *What Makes Women Sick*, Nueva Jersey, Rutgers University, 1995, p. 80. (En adelante, Doyal, *What Makes*.)

apoya la construcción del VIH como problema de otros y disminuye la conciencia del posible riesgo.”<sup>175</sup>

Las mujeres son un grupo gravemente afectado por este abordaje de la epidemia. En un principio, las mujeres con VIH fueron diagnosticadas muy tardíamente debido a que nadie, ni siquiera ellas mismas, consideraban la posibilidad de tener el virus; sus síntomas nunca se analizaban tomando en cuenta el sida. Como expliqué en el primer capítulo, grupos de mujeres activistas incidieron para que los centros de investigación y de atención médica estudiaran de qué manera el VIH/sida afectaba a las mujeres.

A pesar del tiempo transcurrido, se puede constatar la omisión o cuando menos la escasa atención sobre las mujeres dentro del discurso de la epidemia. Esta invisibilización empieza desde la recolección de datos y el diagnóstico.<sup>176</sup> Esto propicia imprecisión en los datos estadísticos sobre mujeres y VIH/sida lo que se traduce en atención médica y programas de prevención deficientes.

Otra de las consecuencias de la forma en la que se abordó el sida es que las mujeres, al no percibirse en riesgo de contraer VIH, no consideran necesaria ninguna medida de prevención y mucho menos realizarse una prueba de detección de VIH. Cambiar esto constituye un reto fundamental para la salud pública porque “aún cuando la prueba de VIH esté disponible, no todas las mujeres la aceptan.”<sup>177</sup>

Si los datos sobre mujeres y VIH/sida son escasos, no se puede abordar el problema de manera correcta. De esta manera, no se pueden diseñar programas de prevención, ni atención adecuados para mujeres, lo que a su vez, es probable que se traduzca en una atención médica y psicológica deficiente. Así, las necesidades específicas de las mujeres respecto al virus y la enfermedad estarán ausentes en la implementación de políticas públicas, lo cual daña su salud y calidad de vida.

## 2) Roles de género

“Los roles de género conforman el deber ser de las personas según pertenezcan al sexo femenino o masculino. [...] Podemos considerarlos como ciertas actividades,

---

<sup>175</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 142.

<sup>176</sup> Hunter, *Op. Cit.*, p. 35.

<sup>177</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 83.

conductas, prácticas y costumbres que se han establecido como las que debe cumplir una mujer o un hombre.”<sup>178</sup> Los roles de género son distintos en cada sociedad y momento histórico, pero tienen dos rasgos en común. Primero, que los roles de género existen en todas las sociedades. Segundo, que, en la mayoría de los casos, las características asociadas a lo masculino tienen una jerarquía social mayor que aquellas asociadas a lo femenino, esto es, contemplan una jerarquía de género.

Los roles de género dictan todas las actitudes, prácticas y comportamientos que norman la sexualidad. En ese sentido, los roles de género implican heteronormatividad, es decir, a todas las personas se les asigna una orientación heterosexual. Según esta norma social, a los hombres sólo se pueden sentir atraídos hacia las mujeres y viceversa.

Los roles de género son tan fuertes y abarcan tantos ámbitos de la vida cotidiana que es indispensable abordarlos cuando se habla de VIH/sida. En este caso, explicaré cómo algunos roles de género influyen directamente en la capacidad de las mujeres para protegerse del VIH.

### Mujeres como cuidadoras

Debido a la construcción del rol femenino, se asume que las mujeres son las cuidadoras, no sólo de su pareja, sino de su familia y, en términos generales, de la sociedad.<sup>179</sup> Esto provoca que las mujeres tiendan a dejar sus necesidades en último lugar, anteponiendo las de los demás, especialmente la de su pareja, hijos (as) y miembros mayores de la familia. En el plano de la salud esto es grave porque las mujeres no suelen acudir a los servicios de salud como medida de prevención, sino como último recurso al enfermarse. “En el sistema médico, la interiorización de la jerarquía de género que valora a las mujeres como seres para otros y no para ellas mismas representa un peligro para su salud cuando éstas no buscan atención y privilegian el cuidado de otros antes que el cuidado personal.”<sup>180</sup>

---

<sup>178</sup> Rodríguez, *Op. Cit.*, p. 12.

<sup>179</sup> Rosa María Martina, “Sida: el riesgo de ignorar”, en *Mujer y sida*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer-Colmex, 1994, pp. 51 – 54.

<sup>180</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 139.

Aunque el objetivo de esta tesis es la prevención del VIH y no el tratamiento del sida es importante resaltar que este rol es aun más dañino cuando es la mujer quien desarrolla la enfermedad. Sus obligaciones por “ser mujer” no se eliminan cuando tiene sida y son ellas mismas quienes se tienen que cuidar o depender, aunque sean adultas, de su madre, lo cual puede regresarlas a un estado infantil.<sup>181</sup>

### Roles en la sexualidad: activo, pasiva

En la sexualidad también se refuerza la diferenciación entre el rol femenino y masculino. Las “buenas” mujeres deben ser ignorantes y pasivas en la sexualidad.<sup>182</sup> Esto dificulta que las mujeres hablen de su sexualidad, conozcan su cuerpo, busquen información y mucho menos que desarrollen la capacidad de negociar sexo seguro. Al no poder hacerlo no pueden protegerse frente a ninguna ITS, incluido el VIH.

Aunque existe la creencia misógina que la sexualidad de las mujeres es poderosa y peligrosa para los hombres, en la práctica, se traduce en un poder pasivo. Las mujeres únicamente son deseadas; son los hombres quienes tienen el papel de iniciar el contacto sexual.<sup>183</sup> Según su rol social, las mujeres no deben empezar un contacto sexual, ni ser activas en éste porque corren el riesgo de ser consideradas promiscuas.

Los papeles asignados socialmente a hombres y mujeres hacen que las mujeres sean muy vulnerables a las ITS, incluyendo VIH. No sólo dificultan el acceso a la información, sino que aun en los casos en que ellas tienen la información adecuada acerca del VIH, transmisión y protección, “ciertas reglas culturales [*roles sexuales*] pueden dificultar que hablen abiertamente de sexo si no desean despertar suspicacias que las tache de ser una mala mujer.”<sup>184</sup>

---

<sup>181</sup> *Ibid.*, pp. 109 – 121.

<sup>182</sup> Geeta Rao Gupta, “Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the What, the Why, and the Now”, *Siecus Report*, 29 (2001), p. 7. (En adelante, Gupta, “Gender, Sexuality”).

<sup>183</sup> Kathryn Quina, Lisa L. Harlow, *Et. Al.*, “Interpersonal Power and Women’s HIV Risk”, en Goldstein, *Op. Cit.*, p. 188.

<sup>184</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 23.

Las mujeres no pueden hablar de su sexualidad, conocer su cuerpo, ni tener un rol activo en sus encuentros sexuales, pero además, el método más eficaz y accesible de protección contra ITS es el condón masculino. Esto las vuelve aún más vulnerables ante el VIH porque el uso del preservativo depende de la aceptación del hombre. Si las mujeres no pueden ser activas, ni hablar de sexualidad, exigir o siquiera negociar el uso del condón a su pareja se vuelve un objetivo imposible para muchas.<sup>185</sup> La falta de difusión y acceso a otras medidas de protección como los condones femeninos, barreras y dedales de látex obstaculizan también que las mujeres puedan controlar la forma en que ejercen su vida sexual.

Dentro de la sexualidad femenina la virginidad tiene un papel fundamental. La virginidad se define únicamente a partir de la penetración vaginal y mantenerla se entiende como un atributo de valor de las mujeres. Muchas, entonces, con tal de conservar la virginidad realizan otras prácticas sexuales, como el sexo anal, que sin la protección adecuada, las expone a contraer VIH más fácilmente.<sup>186</sup>

Si sumamos estos factores, el panorama de las mujeres es muy desalentador. Como no pueden ejercer abiertamente su sexualidad, ni hablar de ella y deben conservar la virginidad o aparentarla, no obtienen información, pero tampoco recurren a servicios de salud cuando tienen alguna ITS.<sup>187</sup> Así, como el sexo seguro confronta las nociones básicas de feminidad y masculinidad<sup>188</sup> se vuelve un objetivo que logran muy pocas parejas.

Por último, como ya expliqué, la sexualidad tiene un carácter heteronormativo. Entonces, es necesario enfatizar que las dificultades que implica para las personas apegarse a los roles de feminidad y masculinidad se incrementan cuando sus deseos sexuales no se apegan a la “norma” heterosexual. Si una mujer tiene relaciones sexuales con otra mujer es más vulnerable al VIH porque la información sobre cómo protegerse es prácticamente inexistente.

---

<sup>185</sup> Quina, *Op. Cit.*, p. 189.

<sup>186</sup> Rao Gupta, “Gender, Sexuality”, p. 7.

<sup>187</sup> *Loc. Cit.*

<sup>188</sup> Mónica Gogna, Silvina Ramos, “Gender Stereotypes and Power Relations. Unacknowledge Risks for STDS in Argentina”, en Richard Parker, Regina Maria Barbosa, Peter Aggleton (Eds.), *Framing the Sexual Subject: the Politics of Gender, Sexuality and Power*, California, Berkley, 2000, p. 128.

### Conductas de riesgo de las parejas masculinas de las mujeres

Como mencioné, las mujeres no suelen percibirse en riesgo de contraer VIH especialmente si están casadas o se encuentran en relaciones de pareja que consideran estables. Quienes están en este tipo de relaciones consideran la fidelidad, masculina y femenina, como un valor importante y como una forma de protegerse frente a las ITS.<sup>189</sup> “Los ideales culturales sobre fidelidad sexual y monogamia vuelven difícil en las mujeres el reconocer la posibilidad o probabilidad de que su relación no sea congruente con estos ideales, aun cuando existan evidencias o sospechas de lo contrario, con la consecuencia de no tomar medidas de prevención que confirmen a la relación como no conforme con los ideales dominantes.”<sup>190</sup> Para muchas mujeres emplear métodos de prevención significa desconfiar de su pareja; algunas no quieren reconocer la infidelidad, otras aunque lo sospechen, no se sienten capaces de negociar sexo seguro con sus parejas.

Las prácticas bisexuales en hombres es otro hecho no reconocido socialmente, aunque existe y representa un factor más de vulnerabilidad para las mujeres respecto al VIH. “La homofobia y la bifobia dificultan que las mujeres reconozcan o acepten comportamientos bisexuales en sus parejas masculinas y que los hombres que sostienen estos comportamientos los reconozcan y asuman conductas de prevención.”<sup>191</sup>

Todo esto contribuye a que las mujeres estén en una vulnerabilidad muy grave frente al virus no por sus prácticas directamente, sino por las de sus parejas sexuales.

Las historias de las mujeres con el virus indican que la falta de percepción de riesgo contribuye a su vulnerabilidad. En la mayoría de los casos, estas mujeres no se infectaron involucrándose en comportamientos señalados como de mayor riesgo. [...] Un gran número de estas mujeres se infectaron en el contexto de la construcción dominante de heterosexualidad, a saber, que los hombres deciden cuándo, dónde y cómo se ejecuta la actividad sexual; la fidelidad femenina es sobrevalorada y se le otorgan poderes protectivos sin analizar de cerca las prácticas sexuales de la pareja; el uso del condón es rechazado y los comportamientos bisexuales y de

---

<sup>189</sup> Garibi, “La compleja”, p. 89.

<sup>190</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 25.

<sup>191</sup> *Ibid.*, p. 142.

uso de drogas se mantienen como un secreto.<sup>192</sup>

Cuando un hombre tiene varias parejas al mismo tiempo pone en riesgo a todas. Además, puede haber mayor riesgo de transmisión de VIH. “Se sabe que cuando una persona ha sido recientemente infectada sus niveles de carga viral en la sangre son altos y, por lo tanto, el riesgo de transmitirlo a otros es mayor que con las personas que tienen más tiempo de haber sido infectados o con aquellos que siguen adecuadamente un tratamiento antirretroviral.”<sup>193</sup>

Por último, hay que mencionar explícitamente el peligro de las reinfecciones. Generalmente no se dice que una persona con VIH puede volver a adquirir el virus. Esto es particularmente grave para las mujeres que tienen una pareja con VIH y están expuestas a constantes relaciones sexuales sin protección.<sup>194</sup>

### 3) Heteronormatividad

He hablado de la invisibilidad de las mujeres en el abordaje del VIH/sida, pero falta enfatizar que incluso dentro de los estudios que tratan a las mujeres hay una omisión muy importante: las MSM y las MSMH.

No darle espacio a estas mujeres implica negar su existencia, síntoma de la heteronormatividad que permea el discurso de sida y mujeres. Es grave no reconocer identidades sexuales distintas porque dificulta que se respeten sus derechos y, en términos de prevenir una infección de VIH, borrar estas identidades obstaculiza que cada mujer pueda medir con precisión su riesgo.<sup>195</sup>

La construcción social que se ha hecho de la sexualidad se fundamenta en la penetración pene-vagina. Por eso, pareciera que si ocurre una relación sexual entre

---

<sup>192</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>193</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 72

<sup>194</sup> Emilio De Benito, “Reinfecciones y resistencias en el sida”, *El País*, Madrid, España, 17 de diciembre de 2002.

<sup>195</sup> Shari L. Dworkin, “Who is Epidemiologically Fathomable in the HIV/AIDS Epidemic Gender, Sexuality and Intersectionality in Public Health”, *Culture, Health & Sexuality*, 7 (2005), p. 619.

mujeres, al no haber una penetración, no hay sexo. Por lo tanto, se considera que no tienen riesgo de contraer VIH.<sup>196</sup>

Si no se reconocen plenamente la existencia de MSM, ni sus prácticas sexuales pareciera que no hay necesidad de estudiar a profundidad los riesgos de transmisión de ITS a los que se enfrentan. Por eso, la única manera de determinar en qué medida ocurre la transmisión de VIH entre MSM es que se realice una recolección de datos y estudios médicos adecuados y a profundidad. Es fundamental e impostergable estudiar las prácticas sexuales de las mujeres y cómo se encuentra distribuido el VIH en sangre menstrual, secreciones cervicales y vaginales.<sup>197</sup>

#### 4) Violencia

La violencia contra las mujeres incide directa e indirectamente en las condiciones de salud tanto física como emocional. Aunque es difícil cuantificar cuál es la magnitud del daño, el bienestar individual de las mujeres se ve mermado con la violencia, situación que se agrava cuando hay pobreza. Se ha demostrado que existe una relación entre bajos ingresos familiares, violencia y transmisión de VIH.<sup>198</sup> Sin embargo, esto no significa que la violencia únicamente ocurra y afecte a las mujeres de clases sociales bajas.<sup>199</sup> Las mujeres de cualquier estrato económico, en todos los países del mundo, están expuestas a la violencia.<sup>200</sup>

En 1993, la violencia de género fue definida por la ONU como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada. Ello

---

<sup>196</sup> Zoe Leonard, "Lesbians in the AIDS Crisis", en Marion Banzhaf, Cynthia Chris (Eds.), *Women, AIDS and Activism*, Nueva York, South Press, 1990, p. 113.

<sup>197</sup> Michael L. Rekart, "HIV Transmission by Artificial Insemination", *Abstract #4026, IV International Conference on AIDS*, Stockholm, Sweden, June 12 – 16, 1988. Cit. por Banzhaf, *Op. Cit.*, p. 116.

<sup>198</sup> María Antonia Remenyi, "Exploring the Economic and Social Implications of Violence against Women and HIV", en *The Multiple Faces of the Intersections between HIV/AIDS and Violence Against Women*, Washington, UNIFEM, PANHO, Inter-American Commission of Women and the Latin American and Caribbean Women's Health Network, 2008, p. 12.

<sup>199</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>200</sup> Diane Monti – Catania, "Women, Violence, and HIV/AIDS", en Goldstein, *Op. Cit.*, p. 244.

llevó a que la OPS y la OMS reconocieran que incluye prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas al marido, la explotación; violencia física, sexual y psicológica en la comunidad, incluidas las violaciones, abusos sexuales, hostigamiento, intimidación en el trabajo, la escuela u otros sitios, tráfico de mujeres, la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el estado, donde quiera que ocurra.<sup>201</sup>

La violencia de género tiene distintas manifestaciones como describiré a continuación. Sin embargo, aunque se pueda categorizar no se debe olvidar que, en muchos casos, varias formas de violencia confluyen sobre la misma mujer. Además, aunque la mayoría de la información contenga datos de violencia en parejas heterosexuales, las MSM también la sufren. Las MSM, especialmente aquellas que abiertamente se identifican como lesbianas o bisexuales, sufren también discriminación por su orientación sexual agregada a cualquier forma de violencia que padezcan por su condición de mujeres.

### Violencia doméstica

La violencia doméstica se define como un comportamiento de un miembro de la pareja hacia el otro con el fin de controlarlo, empleando comportamientos físicos, sexuales o emocionales o una combinación de éstos. Un aspecto de la violencia entre parejas sexuales, que constantemente no es reconocido, es que la violencia sobre las mujeres también ocurre en las relaciones homosexuales. Hay mujeres que ejercen violencia sobre otra mujer durante sus relaciones sexuales y/o sentimentales.<sup>202</sup>

Una de las manifestaciones de la violencia doméstica que suele pasar desapercibida es la violencia sexual. Muchas mujeres están sometidas a abuso sexual y coerción de parte de sus parejas para realizar prácticas sexuales que no desean. Socialmente se tolera e incluso se promueve porque se acepta como

---

<sup>201</sup> Garibi, "La compleja", p. 91.

<sup>202</sup> Nizarindandi Picasso, "Reinterpreting Violence from the Perspective of Women Living with hiv/aids", en *The Multiple Faces of the Intersections between HIV/AIDS and Violence Against Women*, Washington, UNIFEM, PANHO, Inter-American Commission of Women and the Latin American and Caribbean Women's Health Network, 2008, p. 24. (En adelante, *The Multiple*.)

“natural” que las mujeres estén obligadas a tener relaciones sexuales con sus esposos, novios o parejas. De esta manera, muchas mujeres acaban teniendo relaciones sexuales cuando no quieren y/o con hombres que no desean.<sup>203</sup> Un testimonio, recogido en un estudio de mujeres con VIH, ejemplifica la crudeza de la situación: “Mi marido me dice cuándo y en qué momento debo tener sexo con él. A mí me da mucho miedo porque él quiere tener el sexo sin condón y si no acepto se enoja y me insulta.”<sup>204</sup> Para otras mujeres, la violencia no para en insultos, sino que llega a abusos físicos y sexuales.

En términos de prevención de VIH, la coerción dentro de las parejas hace que las mujeres carezcan de habilidades para negociar sexo seguro. Además, hay que enfatizar que dentro de los matrimonios hay casos de violaciones (violación conyugal) que normalmente son difíciles de identificar y pocas veces se denuncian.<sup>205</sup>

La violencia sexual trasciende el momento en el que ocurre. La coerción para tener actividad sexual incide en cómo una mujer se vinculará con sus parejas futuras.<sup>206</sup> Así, una sola experiencia reduce los recursos que una mujer tiene para ejercer su vida sexual futura de forma autónoma.

Otra manifestación de la violencia doméstica ocurre en el ámbito económico

Algunas mujeres no tienen seguridad económica y dependen completamente de el sustento que su pareja les brinda. Esto hace que muchas de ellas tengan que permanecer con su pareja para poder sobrevivir y/o para asegurar la protección económica de sus hijos (as). Ser económicamente dependiente puede frenar a muchas mujeres a dejar a su pareja incluso en situaciones de violencia.

La violencia económica está muy ligada a la violencia sexual. Cuando el hombre cumple con su rol socialmente asignado de proveedor económico se siente con el derecho de acceder al cuerpo de la mujer, incluso cuando ella no tiene ganas.<sup>207</sup> Como expuse, esta supuesta obligación de las mujeres respecto a sus

---

<sup>203</sup> Doyal, *What Makes*, p. 65.

<sup>204</sup> *Guía de salud sexual y reproductiva para mujeres con el VIH*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009, p. 12.

<sup>205</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 70.

<sup>206</sup> Quina, *Op. Cit.*, en , p. 196.

<sup>207</sup> Doyal, *What Makes* p. 78.

parejas no sólo es tolerada, sino que en, muchas sociedades, está públicamente codificada.<sup>208</sup>

### Violencia sexual fuera del ámbito doméstico

La violencia sexual también ocurre fuera del ámbito doméstico. Cuando una mujer es violada, además del daño físico y psicológico, se enfrenta a dos temores principales, el primero, quedar embarazada y, el segundo, haber sido contagiada con una ITS.<sup>209</sup> De esta forma, cualquier mujer violada debe tener atención médica y psicológica inmediata dentro de las cuales tiene derecho a conocer las alternativas disponibles para evitar un embarazo (anticoncepción de emergencia) y/o VIH (profilaxis post exposición).

### Institucional

La violencia institucional es “aquella que está presente en los sistemas políticos, económicos y sociales que mantienen la opresión de determinadas personas a las que se les niegan beneficios sociales, políticos y económicos, haciéndolas más vulnerables al sufrimiento y a la muerte. (Larrain, et. al., 1993:202).”<sup>210</sup> Este tipo de violencia se ejerce muy frecuentemente hacia individuos pertenecientes a grupos vulnerables, lo que resulta en condiciones de vida aun más precaria.

De manera abstracta, la violencia institucional puede manifestarse en la imposición de una agenda política determinada. Esto sucede con frecuencia en las políticas públicas de VIH/sida debido a “las presiones que distintos grupos conservadores ejercen sobre los gobiernos para que promuevan la abstinencia sexual y fidelidad conyugal como políticas de prevención y excluyan las basadas en el uso del condón y de jeringuillas descartables (para los UDI) que han demostrado ser

---

<sup>208</sup> *Ibid.*, p. 65.

<sup>209</sup> Doyal, *What Makes*, pp. 62 – 71.

<sup>210</sup> Garibi, “La compleja”, p. 85.

medidas eficientes de control de la epidemia”.<sup>211</sup> El diseño de estas agendas suele ser ineficaz, discriminatorio y, en la mayoría de los casos, reproduce las inequidades en vez de combatirlas.

Las campañas de prevención de sida que refuerzan estereotipos de género y la inacción del Estado frente a la vulnerabilidad de las mujeres ante el sida constituyen formas de violencia institucional de género al negar posibilidades de acción de las mujeres ante una posible transmisión del VIH y por generar mecanismos reales y simbólicos que perpetúan la dominación masculina, constituyendo así un daño en la salud de éstas al sumarse como uno de los factores de vulnerabilidad ante el VIH.<sup>212</sup>

La violencia institucional también se experimenta de forma directa en la vida cotidiana cuando las personas acceden a servicios. Las mujeres son tratadas como infantes que no pueden entender su estado de salud y, por lo tanto, tampoco discutir sobre las alternativas de tratamiento. Esta relación jerárquica tan acentuada causa con frecuencia que las pacientes mujeres no hablen a detalle sobre sus padecimientos o dudas, lo que necesariamente obstaculiza la atención médica adecuada.

#### Discriminación por seropositividad

La discriminación por seropositividad no sólo afecta a quienes viven con VIH, sino que puede generar un desincentivo para determinar el riesgo de cada persona hacia el VIH y realizarse pruebas de detección oportuna. En ese sentido, combatirla es indispensable para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y como estrategia para promover la detección del virus.

La “discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que de lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer o se perciba que pertenece a un grupo particular.”<sup>213</sup> Esta conducta está íntimamente vinculada al estigma que es “un medio poderoso de control social que se aplica a través de la marginación, exclusión y ejercicio del poder sobre individuos que exhiben

---

<sup>211</sup> *Ibid.*, p. 88.

<sup>212</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>213</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 11.

determinados rasgos”.<sup>214</sup> Las personas con VIH o con sida están estigmatizadas y son discriminadas frecuentemente.

Estas prácticas discriminatorias son realizadas tanto por las instituciones (incluidas las de salud) como por las personas en el trato cotidiano. Es deber del Estado sancionar a quien discrimina, pero principalmente promover en sus servicios el respeto y la no estigmatización de pacientes con VIH. A estas personas, muchas veces, se le niegan derechos basándose en falsas creencias sobre el virus.

Sumado a estos tratos discriminatorios e injustos, para las mujeres, el estigma principal al tener VIH es la creencia de que han sido “promiscuas”. “La idea de que las mujeres VIH positivas son “prostitutas” o “mujeres perdidas” impide que reconozcan su vulnerabilidad a la infección por VIH, puesto que no cumplen con este perfil y constituyen una idea de protección en torno a vivir con una pareja estable; además, es una barrera para que las mujeres se enteren de su diagnóstico y lo compartan.”<sup>215</sup> Esto constituye un problema de salud pública muy importante porque la detección oportuna del virus posibilita alternativas de tratamiento, mejora las condiciones de vida de la persona con VIH y reduce la transmisión.

La discriminación por seropositividad está interrelacionada con la violencia. Cuando una mujer conoce por primera vez que tiene VIH se vuelve más vulnerable frente a la violencia. En primer lugar, pueden ser agredidas tanto por su pareja como por sus familias. En segundo, muchas mujeres ejercen violencia contra ellas mismas, ejecutando comportamientos autodestructivos. En tercer lugar, se enfrentan a la violencia institucional, por ejemplo, que no haya una adecuada comunicación de los resultados, ni ayuda psicológica, rehusarse a tratarlas si están embarazadas u obligarlas a practicarse abortos o a usar métodos anticonceptivos sin informarlas sobre sus opciones.<sup>216</sup> Finalmente, muchas mujeres pierden el trabajo al revelarse su

---

<sup>214</sup> *Loc. Cit.*

<sup>215</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>216</sup> Mario Bronfman, Cristina Herrera, “El vih/sida: una perspectiva multidimensional”, en Silvina Ramos, María Alicia Gutiérrez (Eds.), *Nuevos desafíos de la responsabilidad política: violencia sobre la mujer, VIH/sida, embarazo no deseado*, Brasil, Secretaría del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, 2002, p. 85.

estado.<sup>217</sup> Lo más grave de estos tratos es que muchas mujeres que los sufren no lo consideran violatorio a sus derechos, es decir, introyectan que los maltratos que reciben son justificables debido a su infección.<sup>218</sup> Esto plantea un enorme reto a las instituciones de salud que atienden a los y las enfermas, no sólo a reducir la discriminación institucional, sino a informar y ayudar a las personas con VIH a no permitir maltratos.

#### 5) Drogas y sus efectos

En la información sobre VIH/sida se aborda siempre la relación entre la transmisión del virus y las drogas inyectables. Como expliqué en el primer capítulo, cuando una persona se inyecta una droga y comparte la jeringa puede transmitir VIH, por vía sanguínea, pero el consumo de drogas tiene otras implicaciones.

El consumo de cualquier droga puede inhibir la habilidad para negociar sexo seguro. Aquí es importante decir que el abuso del alcohol también puede disminuir la capacidad tomar medidas para tener prácticas sexuales protegidas. Por esto, el abuso de sustancias puede considerarse como un cofactor de la transmisión de VIH.<sup>219</sup>

Además de esto, el uso de drogas lleva implícita tanto discriminación como estigmatización. Entonces, “se considera que la población de UDI es altamente vulnerable porque, además de que sus prácticas colocan a estas personas frente a un riesgo constante de adquirir el VIH, el estigma y la discriminación que rodean el uso de drogas pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud.”<sup>220</sup>

#### 6) Obstáculos para revelar el *status* serológico

Todas las situaciones que he abordado y los contextos en donde se desenvuelven las mujeres dificultan que una mujer con VIH sea capaz de revelar su estado a otras personas. Esto tiene implicaciones importantes no sólo en la vida de esa mujer, sino

---

<sup>217</sup> Picasso, *Op. Cit.*, pp. 23 – 25.

<sup>218</sup> Ana Luisa Liguori, “Más que un número”, en *Mujer y sida*, México, PIEM-COLMEX, 1994, p. 81.

<sup>219</sup> Catherine Saalfeld, “Intravenous Drug Use, Women, and HIV”, en Banzhaf, *Op. Cit.*, p. 123.

<sup>220</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 64.

en términos de prevención. Como tema de salud pública, que una persona revele su seropositividad tiene dos consecuencias. Primero, puede motivar a las parejas sexuales a realizarse pruebas, a cambiar su comportamiento y, por lo tanto, a disminuir la transmisión de VIH. Segundo, puede facilitar otros comportamientos saludables que mejoran el tratamiento de la infección.<sup>221</sup>

Individualmente, una mujer que puede comunicarle a su (s) pareja (s) sexual (es) que tiene VIH podría tener mayor apoyo emocional, más acceso a tratamiento médico y psicológico y mayores oportunidades de prevenir la transmisión entre su (s) pareja (s). A pesar de esos incentivos, hay obstáculos muy importantes para que no revele su seropositividad: pérdida de apoyo económico, miedo al abandono, discriminación, culpa o miedo a abusos físicos y emocionales.<sup>222</sup> Cualquier institución de salud que realice pruebas de detección debe abordar estos temas en las consejerías que brindan a las mujeres.

---

<sup>221</sup> *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes*, WHO, 2003, Suiza, p. 1.

<sup>222</sup> *Ibid.*, p. 3.

### CAPÍTULO III: EL VIH/SIDA EN MÉXICO

#### 1. ANTECEDENTES

En este capítulo describiré brevemente cuándo se registraron los primeros casos con sida y cómo han cambiado las tendencias de la epidemia en México hasta la actualidad. Esto es fundamental para ver cómo el VIH y el sida han afectado a las mujeres y por qué es importante realizar campañas de prevención específicas para ellas. Sintetizaré cuáles han sido las acciones principales que ha implementado el gobierno mexicano en relación al VIH y al sida. Finalmente, reseñaré y analizaré qué mensajes preventivos para mujeres se han difundido.

Es importante hacer una precisión. Me concentro en las acciones gubernamentales porque la propuesta de lineamientos que justifico en mi tesis se basa en la premisa de que el Estado es responsable de la protección de la salud de su población y es la institución que debe dirigir y coordinar los esfuerzos de prevención. En ese sentido, aunque existan otros actores que han participado como grupos de presión en la epidemia del VIH/sida no los mencionaré por no ser actores gubernamentales.

Al final de este capítulo expondré cuáles son algunas de las situaciones particulares más importantes de las mujeres mexicanas. Esta división permite tomar en cuenta distintas necesidades que forzosamente deben abordarse para diseñar una política pública de prevención de VIH.

##### 1.1 APARICIÓN DEL SIDA EN MÉXICO

En 1983 se registró el primer caso de sida en México.<sup>223</sup> Para septiembre de ese año había catorce hombres reportados que padecían sida. De éstos, cinco

---

<sup>223</sup> Samuel Ponce de León Rosales, José Luis López Zaragoza, “25 años de sida en México: el tiempo en movimiento”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.* (En adelante, Ponce de León, “25 años de sida”.)

fueron notificados por el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ); de éstos, cuatro se habían contagiado por vía homosexual y uno por vía heterosexual.<sup>224</sup>

En México, como en el resto de América Latina, el VIH llegó desde Estados Unidos. “Los primeros casos conocidos en nuestro país fueron de varones de elevado nivel profesional que habían residido en los EUA.”<sup>225</sup> Aunque los primeros casos fueron hombres pronto se registraron las primeras mujeres mexicanas enfermas. En 1985 se registraron casos de mujeres con sida cuyo modo de transmisión fue la vía sanguínea. “Se trataba de una epidemia secundaria, desencadenada por el uso de transfusiones cuando aún no existía la posibilidad de saber si la sangre estaba contaminada, que se presentó en mujeres en situaciones clínicas asociadas con partos.”<sup>226</sup>

A partir de 1985 se realizaron estudios para conocer cuáles eran los factores de riesgo de VIH en la población mexicana. El factor de riesgo principal lo constituían los (as) donadores pagados en bancos de plasma. Otro riesgo importante era el contacto sexual con extranjeros de parte de homosexuales mexicanos. “El análisis de los factores de riesgo en homosexuales entre 1987 y 1989 indicó que el antecedente de ITS, el elevado número de parejas sexuales, el coito anal y las duchas rectales se asociaban a la infección por este virus.”<sup>227</sup> Se identificó que las mujeres en áreas rurales tenían un factor de riesgo adicional porque muchas de sus parejas sexuales migraban a Estados Unidos. “Los migrantes mexicanos iniciaron lo que se denominó la ruralización de la epidemia, a través de la infección de la pareja o parejas a las que visitaban esporádicamente en las pocas oportunidades que tienen de volver por una breve temporada o a su retorno.”<sup>228</sup>

---

<sup>224</sup> Donato Alarcón Segovia, “Primeras descripciones e investigaciones sobre el sida en México”, en Alarcón, *Op. Cit.*, p. 13.

<sup>225</sup> Samuel Ponce de León Rosales, Antonio Lazcano Araujo, “La evolución del sida: una suma de epidemias”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.*, p. 19. (En adelante, Ponce de León, “La evolución”).

<sup>226</sup> *Loc. Cit.*

<sup>227</sup> José Luis Valdespino, María de Lourdes García García, Manuel Palacios Martínez, “El diagnóstico epidemiológico 1981 – 1985 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990 – 1994”, en Córdova Villalobos, *Op. Cit.*, p. 32. (En adelante, Valdespino, “El diagnóstico”).

<sup>228</sup> Ponce de León, “La evolución”, p. 19.

En los primeros diez años de la epidemia, los casos diagnosticados con VIH eran los siguientes:

Cuadro1<sup>229</sup>:

AÑO DE DIAGNÓSTICO	CASOS DE VIH	CASOS DE SIDA ACUMULADOS
1983	/	66
1984	/	193
1985	3	366
1986	5	709
1987	18	1,595
1988	38	2,195
1989	96	2,847
1990	178	3,714
1991	212	3,883
1992	299	4,367
1993	302	4,517

Aparentemente son pocos casos, pero las cifras pueden ser engañosas. Como en muchos países, en México las notificaciones eran pocas y, en muchos casos, estaban retrasadas. A partir de los casos registrados de VIH y siguiendo el modelo epidemiológico propuesto por la OMS se estimó que para 1995 había<sup>230</sup>:

- 120 000 con VIH acumulados desde el primer caso registrado
- 86 000 con VIH, pero asintomáticos
- 13 000 enfermos vivos
- 21 000 fallecidos

Entre 1983 y 1985 la curva de morbilidad<sup>231</sup> asociada al sida tuvo un crecimiento lento. Después, entre 1986 y 1990 la curva de morbilidad tuvo un crecimiento rápido, que volvió a descender, a partir de 1991. Por su parte, “la tasa

---

<sup>229</sup> Elaboración propia con información del *Registro nacional de casos de sida*. <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih\\_sidapub31dic2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf)>, 23 de febrero de 2012.

<sup>230</sup> Valdespino, “El diagnóstico”, p. 32.

<sup>231</sup> La morbilidad es la proporción de personas que mueren de aquellas que están enfermas con determinado padecimiento.

de mortalidad<sup>232</sup> por sida era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990 y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.6 muertes”.<sup>233</sup>

## 1. 2 PRIMEROS CASOS DE MUJERES

En la primera década de la epidemia, las cifras de mujeres con sida eran las siguientes:

Cuadro 2<sup>234</sup>:

AÑO DE DIAGNÓSTICO	SEXO		RAZÓN
	MUJERES	HOMBRES	
1983	0	65	1.0
1984	27	166	6.1
1985	31	336	10.8
1986	81	624	7.7
1987	225	1380	6.1
1988	364	1836	5.0
1989	421	2419	5.7
1990	520	3196	6.1
1991	541	3328	6.2
1992	660	3692	5.6
1993	648	3854	5.9

Durante los primeros diez años de la epidemia, las transfusiones sanguíneas fueron la principal vía de transmisión de VIH en mujeres. Aunque la sangre contaminada podía ser recibida por cualquier persona<sup>235</sup>, las mujeres fueron las más afectadas por esta vía de transmisión.<sup>236</sup> En México, un gran número de transfusiones sanguíneas se realizaban para atender emergencias durante

<sup>232</sup> La mortalidad se refiere a la proporción de personas que mueren de un padecimiento respecto al total de la población del país.

<sup>233</sup> Magis, “Epidemiología”, p. 111.

<sup>234</sup> Magis, “Hallazgos”, p. 60.

<sup>235</sup> Dentro de la transmisión del VIH por vía sanguínea, el caso de los hemofílicos también es importante. Los hombres que padecían esta enfermedad recibían transfusión de hemoderivados de manera constante lo cual propagó el VIH en esta población. “Desde el inicio de la epidemia de sida en México y hasta el 1º de julio de 1994 se habían presentado un total de 227 casos de sida en pacientes hemofílicos, sin ningún otro factor de riesgo.” Valdespino, “El diagnóstico”, p. 43.

<sup>236</sup> *Ibid.*, p. 41.

procedimientos gineco-obstetricios. Así, muchas mujeres en edad reproductiva adquirieron el virus.<sup>237</sup>

En 1985 se reportaron dos casos de sida en mujeres; las dos contrajeron el virus mediante transfusiones de sangre contaminada. La situación era un reto mayúsculo, pues, en ese momento, las pruebas para detectar el virus causante del sida no estaban disponibles.<sup>238</sup> “Al año siguiente, los casos crecieron exponencialmente y para 1989 constituyeron 16.8% de los casos notificados en el país y uno de los porcentajes de sida por transfusión más alto informados en el mundo.”<sup>239</sup> Esto constituía una situación particular, respecto a los otros países. “El fenómeno que parece ser determinante en la dinámica de la epidemia de México fue un brote epidémico por un agente viral transmitido por sangre en donadores de plasma en centros de plasmaféresis (centros de extracción de plasma) comercial que sucedió a mediados de la década de los ochenta.”<sup>240</sup>

México tenía, en ese momento, un programa de sangre mixto lo que significa que la sangre disponible para transfusiones provenía, por un lado, de la donación pagada y, por otro, de la donación familiar o voluntaria. No sólo se vendía la sangre, también existía la venta de plasma. El proceso se realizaba con material desechable no estéril, las jeringas se compartían y era común que quienes donaban fueran inyectados para producir vacunas y sueros.<sup>241</sup> Esto permitía la transmisión de muchas infecciones, incluido el VIH.<sup>242</sup>

Generalmente, quienes donaban por dinero provenían de clases sociales bajas que usaban la venta de sangre como sustento económico. Por esa razón, los centros de plasmaféresis se situaban estratégicamente en las zonas marginales donde captaban a muchas personas que provenían de sectores rurales.

---

<sup>237</sup> Patricia Volkow, “La transmisión de VIH/sida por sangre. La otra epidemia”, en Donato Alarcón Segovia, *Op. Cit.*, p. 55. (En adelante, Volkow, “La transmisión”.)

<sup>238</sup> Volkow, “La prevención”, p. 60.

<sup>239</sup> Volkow, “La transmisión”, p. 49.

<sup>240</sup> Jaime Sepúlveda, Et. Al, “The Epidemiology of HIV Transmission Among Paid Donors, Mexico City”, *AIDS*, 1989, número 3, pp. 631 – 633. Cit. por *Ibid.*, p. 50.

<sup>241</sup> Para mayores detalles sobre el procedimiento de donación de plasma, ver Volkow, “La transmisión”, p. 61.

<sup>242</sup> *Ibid.*, pp. 50 – 51.

Normalmente, la misma persona vendía sangre una o dos veces al mes, pero plasma varias veces.<sup>243</sup> La sangre servía para las transfusiones en México, pero el plasma se exportaba a Estados Unidos y Europa.<sup>244</sup>

“En 1986, en un estudio de prevalencia de infección en 25 786 donadores (9 100 remunerados, 12 343, familiares y 4 343 altruistas), se detectaron diferenciales muy importantes entre los donadores altruistas (0.092%) y familiares (0.032%) con respecto a los de paga (7.2%).”<sup>245</sup> Quienes vendían su plasma eran mucho más propensos a contagiarse de sida, que quienes donaban voluntariamente. Las condiciones en las cuales se realizaba el proceso de venta de sangre y la cantidad de veces que una misma persona vendía su sangre incrementaba mucho su riesgo de contraer VIH. “Estos resultados sirvieron de base para instrumentar la proscripción del comercio de la sangre, como parte de la estrategia para la prevención de la transmisión del VIH por sangre y hemoderivados,”<sup>246</sup> que se logró en mayo de 1987.

Que el inicio de la epidemia en México estuviera directamente vinculado a las transfusiones de sangre y plasma contaminados implicó la diseminación de los casos de sida que, posteriormente por vía sexual, se propagó en sectores más amplios de la población. En primer lugar, potencializó la transmisión heterosexual. En segundo lugar, permitió la feminización del sida, que en esos años se debió principalmente a las transfusiones. En tercer lugar, propició la regionalización del sida. En ocho entidades federativas había centros de plasmaféresis lo que concentraba un alto número de casos en esos estados. Adicionalmente, en esas entidades, la razón de mujeres con sida por número de hombres era más alta.<sup>247</sup>

Cuando se entendió el riesgo que constituía la donación de sangre y hemoderivados se tomaron medidas para contrarrestarlo, que se explicarán más adelante. Fue así que la transmisión por vía sanguínea disminuyó, reduciéndose el número de mujeres que adquirieron el virus por esta vía.

---

<sup>243</sup> *Ibid.*, pp. 60 – 61.

<sup>244</sup> Para más información sobre la industria fraccionadora de plasma, ver *Ibid.*, pp. 65 – 71.

<sup>245</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>246</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>247</sup> *Ibid.*, pp. 57 - 61.

Al reducir drásticamente la transmisión del VIH en mujeres por transfusiones sanguíneas se consideró que prácticamente quedaban exentas del virus desatendiendo la posibilidad de la transmisión sexual. Entonces, el número de casos de sida por vía heterosexual fue aumentando entre mujeres. “La tendencia de los casos de sida en mujeres por transmisión heterosexual se incrementó desde comienzos de los noventa y desde 1993 representó más de 60%.”<sup>248</sup> Las mujeres, en la mayoría de los casos, empezaron a adquirir el virus por sus parejas. “En México, generalmente son las parejas varones de las mujeres quienes tienen prácticas de mayor riesgo a la infección, y que ellas son vulnerables primordialmente por el comportamiento de su pareja.”<sup>249</sup>

De los casos reportados de sida en mujeres de 1986 a marzo de 1995, 542 de 1068 tenían parejas sexuales “permanentes” con VIH o sida o que habían tenido prácticas de riesgo; esto representa 50.74% de los casos.<sup>250</sup> Es desde esta etapa inicial de la epidemia que “se pudo detectar un número creciente de mujeres casadas cuyo único factor de riesgo era la vida sexual de su cónyuge.”<sup>251</sup> Esto no supone que las mujeres no tienen relaciones fuera de su noviazgo o matrimonio, pero las tendencias marcaban claramente que mayoritariamente los hombres tenían prácticas de riesgo, adquirirían VIH y lo transmitirían a su pareja.

Cuando los casos de mujeres con sida aumentaron, los reflectores se pusieron sobre las trabajadoras sexuales, presuponiendo que tendrían prevalencia muy alta de la enfermedad. Por eso, se hicieron distintos estudios en esta población. “La seroprevalencia en mujeres, que se consideraba<sup>252</sup> en alto riesgo de estar infectadas por vía sexual era de 4.9%, con rangos de 2 a 10% (en 4 051 estudiadas). Las tasas más elevadas se observaron en el Distrito Federal, Guadalajara y en los

---

<sup>248</sup> Valdespino, “El diagnóstico”, p. 36.

<sup>249</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 94.

<sup>250</sup> *Loc. Cit.*, p. 36.

<sup>251</sup> Ponce de León, “La evolución”, p. 20.

<sup>252</sup> En el texto no se explicita quién consideraba esta población como de alto riesgo: ellas mismas, las autoridades o quienes formularon el estudio.

municipios del Estado de México conurbados al Distrito Federal.”<sup>253</sup> Contrario a lo que se esperaba, “la tasa de infección por VIH en mujeres que no se consideraban en alto riesgo de infección fue siete veces mayor que en las prostitutas que, obviamente, tenían múltiples parejas.”<sup>254</sup> Estos resultados enfatizaban la necesidad de atender y prevenir la transmisión entre mujeres percibidas como de bajo riesgo por tener una pareja sexual estable. Sin embargo, se siguió considerando que sólo las mujeres con múltiples parejas sexuales estaban en riesgo de contraer la enfermedad.

Los casos de sida en mujeres implican necesariamente analizar los contagios por vía perinatal.<sup>255</sup> Las estadísticas de transmisión madre a hijo (a) de los primeros años de la epidemia son las siguientes:

Cuadro3<sup>256</sup>:

AÑO DE DIAGNÓSTICO	CASOS DE VIH Y SIDA
1989	40
1990	42
1991	53
1992	52
1993	75
1994	71
1995	74
1996	83
1997	97
1998	80

Finalmente, aunque existe la transmisión de VIH por drogas inyectables no hay muchas personas en riesgo por esta vía en el país. El primer caso registrado de un hombre UDI ocurrió en 1986.<sup>257</sup> Aunque, el número de contagios por esta vía ha crecido, nunca ha representado una incidencia muy elevada en los casos de sida. Hasta 1994, se habían reportado 355 casos, de los cuales sólo 146 tenían

---

<sup>253</sup> Aurora Del Río, Et. Al., “Is there a trend to ruralization of AIDS cases in Mexico”, en Abstract book, no. 2 VIII International Conference on AIDS / IISTD World Congress, Amsterdam, 1992, Cit. por Valdespino, “El diagnóstico”, p. 36.

<sup>254</sup> Loc. Cit.

<sup>255</sup> Volkow, “La transmisión”, p. 55.

<sup>256</sup> Uribe, “La transmisión perinatal”, p. 77.

<sup>257</sup> Magis, “Epidemiología”, p. 108.

únicamente a las drogas inyectables como vía de contagio, mientras que 195 habían tenido también prácticas homosexuales. Las entidades federativas donde se concentraban estos casos eran Baja California, Guadalajara, Sonora, Distrito Federal y Michoacán. Sin embargo, del total de casos sólo catorce mujeres usuarias de drogas se habían registrado con sida.<sup>258</sup> También se realizaron encuestas entre las trabajadoras sexuales, pero de 20 320 encuestadas sólo 171 (0.8%) eran UDI y de éstas, únicamente una estaba tenía VIH, lo que representaba una incidencia muy baja.<sup>259</sup>

## 2. RESPUESTA DEL ESTADO MEXICANO FRENTE AL VIH/SIDA

Ante los primeros casos de sida registrados en el país desde 1983, el Estado mexicano tuvo que organizarse para atender a la población y controlar la diseminación de la enfermedad. Por esa razón, desde 1984, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) organizó clínicas para atender el sida en hospitales regionales y generales.<sup>260</sup> Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció desde 1986 módulos de detección de VIH en todas sus delegaciones, pero fue hasta 1989 cuando se empezaron a establecer las clínicas de atención.<sup>261</sup>

En 1986 se creó el Comité Nacional para la Prevención del Sida (CONASIDA), el cual formuló y difundió las políticas nacionales en materia de atención y control tanto de VIH/sida como de otras infecciones de transmisión sexual.<sup>262</sup> Mediante CONASIDA se dotó a algunas organizaciones de la sociedad civil con los primeros materiales impresos, así como condones para distribuir en sus actividades.<sup>263</sup>

Como describí, los datos sobre la incidencia de personas enfermas debido a transfusiones hizo imprescindible prohibir la comercialización de la sangre y

---

<sup>258</sup> Valdespino, "El diagnóstico", p. 44.

<sup>259</sup> *Loc. Cit.*

<sup>260</sup> Patricia Uribe Zúñiga, Carlos Magis Rodríguez, Guillermo Egremy Mendívil, Luis Manuel Arellano Delgado, Griselda Hernández Tepichín, "Respuesta institucional al VIH/sida. 20 años de historia", en Segovia, *Op. Cit.*, p. 247. (En adelante, Uribe, "Respuesta".)

<sup>261</sup> *Loc. Cit.*

<sup>262</sup> Ponce de León, "25 años de sida", p. 182.

<sup>263</sup> Brito, *Op. Cit.*, p. 273.

hemoderivados. Por lo tanto, en mayo de 1986 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la norma que obligaba a la detección de VIH a todos los donadores de sangre incluyendo a quienes donaban sangre para la producción de derivados de plasma.<sup>264</sup> La reforma a la Ley General de Salud, avalando dicha decisión, pudo concretarse rápidamente, de manera que el decreto se expidió en mayo de 1987.<sup>265</sup> Desde ese momento, las donaciones serían únicamente familiares o voluntarias. Además, todos los centros de plasmaféresis fueron cerrados. La decisión de prohibir la comercialización de la sangre logró que la prevalencia de infección en donadores descendiera de 2.6% a 0.7% en 1988.<sup>266</sup>

Todas las instituciones de seguridad social y los hospitales privados tuvieron que consolidar laboratorios para efectuar los análisis de sangre. Para regular y verificar el cumplimiento de las nuevas normas se estableció el Centro Nacional para la Transfusión Sanguínea (CNTS)<sup>267</sup> como organismo descentralizado de la Secretaría de Salud (SSA).<sup>268</sup> Además, en cada entidad federativa se creó un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.<sup>269</sup> En esta etapa también se hizo obligatoria la notificación de los casos de sida<sup>270</sup> a partir de un formato único.

Para difundir la situación de la epidemia, desde el primero de marzo de 1987, el sector salud publicó un boletín epidemiológico de sida de manera mensual.<sup>271</sup> Además, en abril de 1987 se abrió el primer centro de información sobre sida que daba atención al público en la Ciudad de México. El segundo centro se inauguró en septiembre de 1988. En abril de ese mismo año, se creó con apoyo de la OPS, el Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida (CRIDIS).

---

<sup>264</sup> Valdespino, "El diagnóstico", pp. 48 - 49.

<sup>265</sup> Volkow, "La prevención", p. 62.

<sup>266</sup> Valdespino, "El diagnóstico", pp. 48 - 49.

<sup>267</sup> El modelo de fraccionamiento de sangre en el país se suspendió durante el sexenio de Vicente Fox cuando el CNTS dejó de tener el control regulatorio de los bancos de sangre, que pasó a la Comisión Federal para la Protección contra los Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). *Ibid.*, p. 64.

<sup>268</sup> Volkow, "La prevención", p. 62.

<sup>269</sup> Valdespino, "El diagnóstico", p. 49.

<sup>270</sup> Volkow, "La prevención", p. 62.

<sup>271</sup> El boletín se publicó hasta 1994.

Este centro empezó a publicar el Boletín biblio-hemerográfico mensual, así como la gaceta CONASIDA.<sup>272</sup>

Para poder orientar a la población, en julio de 1988 se instaló una primera línea de atención telefónica para dar información sobre la enfermedad, TELSIDA.<sup>273</sup> “El modelo utilizado implica dar intervención en crisis, referencia a servicios relativos al tema y principalmente a responder a la demanda de servicios de las y los usuarios, no sólo concretándose en proporcionar información, sino yendo un paso más allá ofreciendo orientación.”<sup>274</sup>

En agosto de 1988, el CONASIDA cambió de ser un comité a ser un consejo. De esta forma se le otorgó personalidad jurídica al organismo y acceso a fondos federales de manera programada y regular. Un año después se estableció un área dentro de CONASIDA que estuvo encargada de regionalizar los programas de prevención y control de sida y, para lograrlo, creó los Consejos Estatales de Prevención y Control de VIH/sida (COESIDAS). Estos consejos tuvieron su primera reunión nacional en 1989, aunque, para 1990 sólo había 21 entidades federativas con su respectivo COESIDA.<sup>275</sup>

En 1990 se creó el primer Programa Nacional de Prevención y Control del Sida 1990 – 1994, que iba de acuerdo con las recomendaciones emitidas por la OMS.<sup>276</sup> Sus objetivos principales fueron:

- 1) Prevenir la transmisión de VIH en México.
- 2) Reducir el impacto de la infección por VIH.
- 3) Reducir la morbilidad y mortalidad asociada al VIH.
- 4) Unificar, coordinar y evaluar los esfuerzos en el combate del VIH/sida.
- 5) Reforzar las infraestructuras clave.
- 6) Motivar la movilización social, su descentralización e incorporación en los servicios de atención primaria en las acciones de prevención de la transmisión del VIH.<sup>277</sup>

---

<sup>272</sup> Uribe, “Respuesta”, p. 205.

<sup>273</sup> *Ibid.*, p. 206.

<sup>274</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>275</sup> *Ibid.*, p. 208.

<sup>276</sup> *Ibid.*, pp. 207 - 209.

CONASIDA, como organismo dedicado a dirigir las estrategias contra la epidemia, requirió coordinar y servirse de otras instituciones. Entonces estableció una estrecha vinculación con los organismos del sistema de salud, de otras instituciones gubernamentales como la Secretaría de Educación Pública (SEP) y de organizaciones no gubernamentales como la Cruz Roja Mexicana.

En 1990 comenzaron acciones para prevenir la transmisión perinatal mediante el Programa Institucional de Atención Integral a la Mujer Embarazada Seropositiva en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPER), en la Ciudad de México. “La experiencia en el INPER ha demostrado la posibilidad de disminuir el riesgo de transmisión perinatal a menos de 2%, estableciendo un manejo integral totalmente protocolizado.”<sup>278</sup>

En 1991, México tuvo disponibilidad al medicamento AZT, pero su acceso estaba restringido a pacientes que ingresaban a protocolos clínicos.<sup>279</sup> Antes de esta fecha, la atención a quienes tenían sida se limitaba a orientar psicológicamente y tratar las infecciones oportunistas y neoplasias.<sup>280</sup>

A partir de 1992, el CNTS comenzó a recolectar todas las donaciones de sangre voluntarias o familiares y se mandaba a fraccionar (separar sus componentes) a una planta de Probifasa. “Fraccionar localmente, a nivel país, el plasma de donadores voluntarios que han sido tamizados, permite garantizar la materia prima y ofrecer un valor añadido de seguridad en los productos que de éste se obtienen, independientemente de los métodos de inactivación que utiliza la industria.”<sup>281</sup>

También en 1992 se organizó el Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos para atender las quejas por discriminación y demandas de apoyo social. “Las principales quejas por violación de derechos humanos se relacionaban con detección del VIH obligatoria, negación de la atención médica,

---

<sup>277</sup> Valdespino, “El diagnóstico”, p. 52.

<sup>278</sup> Uribe, “La transmisión perinatal”, p. 75.

<sup>279</sup> C. Rio Chiriboga, “Tratamiento para el sida y padecimientos asociados: costo y efectividad”, *Gaceta Médica Mexicana*, 1996, núm. 1, pp. 77 – 82. Cit. por Uribe “Respuesta”, p. 248.

<sup>280</sup> *El VIH/sida en México 2009*, México, Censida, 2009, p. 24. Disponible en línea en <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>>, 22 de febrero de 2012. (En adelante, *El VIH/sida en México 2009*.)

<sup>281</sup> Volkow, “La prevención”, p. 64.

despido por seropositividad, atención inadecuada, maltrato o alta injustificada y violación de la confidencialidad.”<sup>282</sup> Por eso, “desde 1992 se promovió por CONASIDA ofrecer servicios de salud y sociales ligados a los mensajes de información y un sistema de apoyo social para disminuir el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos asociados al VIH/sida como aspectos fundamentales de la prevención.”<sup>283</sup>

En 1993 se publicó la norma oficial mexicana de sangre (NOM-003-SSA2-1993)<sup>284</sup> para “uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.”<sup>285</sup>

En 1994, cuando concluyó el primer programa para el control de la epidemia, la SSA pidió a la OPS que evaluara la actuación de México para enfrentar el sida.

Este grupo revisor reconoció los logros excepcionales de la SSA a través de CONASIDA, 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. En esta evaluación, se realizaron diversas recomendaciones que incluían 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.<sup>286</sup>

Basándose en las recomendaciones de la OPS, el CONASIDA se reestructuró. En 1995 se estrechó la coordinación con la SEP, institución que se integró al consejo de CONASIDA. Por medio de esta vinculación se elaboraron materiales educativos como la Guía para el servicio militar y el Manual de capacitación en educación sexual para maestros. El logro más importante de este acercamiento institucional fue la

---

<sup>282</sup> *Ibid.*, pp. 252 – 253.

<sup>283</sup> Jaime Sepúlveda, H. Fineberg, J. Mann, *Aids Prevention Through Education: a World View*, Oxford University Press, 1992, Cit. por Uribe, “Respuesta”, p. 221.

<sup>284</sup> *Ibid.*, pp. 246.

<sup>285</sup> NOM-003-SSA2-1993, Disponible en línea en: <<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-003-SSA2-1993%20Sangre%20humana%20y%20sus.pdf>>, 23 de febrero de 2012.

<sup>286</sup> Uribe, “Respuesta”, pp. 210 – 211.

incorporación de información sobre sida en el libro de texto gratuito para sexto de primaria.<sup>287</sup>

En enero de 1995 se publicó la Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-1993)<sup>288</sup> para la prevención y control de la infección por VIH.<sup>289</sup> En esta norma se establecen todas las definiciones de los conceptos sobre el tema, además de las medidas de prevención y de control de la enfermedad.<sup>290</sup>

En 1996, la OPS otorgó un reconocimiento a las diez mejores organizaciones del continente americano dedicadas a la lucha contra el VIH/sida. El CONASIDA obtuvo el primer lugar de los reconocimientos.<sup>291</sup> Además, México se convirtió en un miembro de la junta de gobierno del Programa Mundial de Naciones Unidas en VIH/sida (ONUSIDA). Dos años después ocupó la vicepresidencia y tres años después, la presidencia, convirtiéndose en el primer país latinoamericano en obtenerlo.<sup>292</sup> Desde ese año, México es parte del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) que está conformado por 21 países latinoamericanos y del Caribe.<sup>293</sup>

El año de 1996 es fundamental para la historia de la epidemia porque se descubrió otro tipo de medicamentos para contrarrestar el sida. Este medicamento era mucho más eficaz que el AZT. El nuevo tratamiento era una mezcla de los inhibidores de proteasa (IP),<sup>294</sup> recién descubiertos, con AZT. Este *cocktail*, como fue nombrado, era mucho más eficaz para retrasar el daño que ocasiona el VIH al sistema inmunológico. Esta combinación de medicamentos estuvo disponible en México, pero únicamente en las instituciones de seguridad social. Esto generó grandes

---

<sup>287</sup> *Ibid.*, p. 211.

<sup>288</sup> NOM-010-SSA2-1993, Disponible en línea: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>>, 15 de marzo de 2012. (En adelante, NOM-010-SSA2-1993).

<sup>289</sup> Uribe, "Respuesta", p. 212.

<sup>290</sup> NOM-010-SSA2-1993.

<sup>291</sup> Uribe, "Respuesta", p. 212.

<sup>292</sup> *Ibid.*, p. 218.

<sup>293</sup> *Ibid.*, p. 219.

<sup>294</sup> La proteasa es una enzima presente en el VIH que es necesaria para la maduración del virus. Sin esta enzima el virus permanece inmaduro y no es infeccioso. Los inhibidores de proteasa, por lo tanto, no permiten que el VIH madure obstaculizando su capacidad de infección. Hun Y. Fan, *Op. Cit.*, pp. 64 – 65.

problemas ya que 48% de quienes requerían el tratamiento no lo estaban recibiendo. Usando la información del Registro Nacional de casos de sida se estimó que aproximadamente 6000 personas no tenían acceso al tratamiento antirretroviral a pesar de necesitarlo.<sup>295</sup>

Las restricciones a los medicamentos provocaron que en 1997 se organizaran manifestaciones públicas anónimas (quienes participaban se cubrían el rostro) para exigir el acceso a la terapia anti-retrovírica (TAR) a quien lo necesitara. A finales de ese año se iniciaron acuerdos con el IMSS para asegurar el abasto de los medicamentos.<sup>296</sup>

Para paliar las carencias en el acceso a las medicinas, a finales de 1997, se inició el proyecto FONSIDA, aunque funcionó hasta el año siguiente. “El FONSIDA A. C. es una alternativa de apoyo a las personas con sida que cumplen con los criterios establecidos para la administración de antirretrovirales y que no cuentan con seguridad social o con recursos suficientes para cubrir el costo de los mismos.”<sup>297</sup> En este proyecto participaron CONSASIDA, los Sistemas Estatales de Salud (SESA), investigadores de la Secretaría de Salud y de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), organizaciones no gubernamentales y representantes de personas que viven con VIH/sida.

En el programa de fortalecimiento para la prevención y control de VIH/sida y otras ETS 1997 – 2000 apareció por primera vez la meta de disminuir 50% los casos de transmisión perinatal.<sup>298</sup> A partir de 1998 fue posible otorgar TAR gratuito a mujeres embarazadas, así como asegurar tratamiento post – parto y suspender la lactancia materna.<sup>299</sup>

En 1997 se ejecutaron cambios en el sector salud que afectaron el programa nacional de prevención y control de VIH/sida.

---

<sup>295</sup> Uribe, “Respuesta”, pp. 248 – 249.

<sup>296</sup> Magis, “Hallazgos”, p. 81.

<sup>297</sup> “¿Qué es el FONSIDA y cómo operará a partir de 1998?”, CENSIDA, <<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/1998/enero.html>>, 7 de febrero de 2012.

<sup>298</sup> Para este momento, ya se sabía que la administración de profilaxis antirretroviral a mujeres embarazadas con VIH/sida disminuía la probabilidad de transmisión perinatal. Uribe, “Respuesta”, p. 242.

<sup>299</sup> *Loc. Cit.*

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. [...] Parte fundamental de esta reforma fue 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. [...] El CONASIDA consolidó su función normativa, de asesoría y coordinación, modificándose su estructura en este periodo de acuerdo con estas funciones e integrándose oficialmente a la estructura de la SSA, como un órgano desconcentrado dependiente de la subsecretaría de Prevención y control de enfermedades.” “En 1997, el programa de rendición y control del VIH/sida/ITS se definió como uno de los doce programas sustantivos en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y se fusionó con la de prevención y control de otras ITS.<sup>300</sup>

También en 1997 se buscó descentralizar la atención de personas con VIH/sida. Para lograrlo, se establecieron servicios especializados, dependientes de la SSA, en toda la república. El modelo de atención utilizado fue recomendado por expertos nacionales.<sup>301</sup>

Otra forma que emplearon para descentralizar la información y la atención a la epidemia fueron los eventos organizados por el día internacional del sida. En 1988, la OMS había declarado que cada primero de diciembre se celebraría el día mundial de lucha contra el sida. El propósito era difundir información sobre la enfermedad, fomentar la solidaridad hacia quien tiene VIH/sida e impulsar los esfuerzos emprendidos por los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil. En México, se celebra el día mundial del sida cada primero de diciembre y, a partir del 2002, el evento conmemorativo organizado por CENSIDA se ha realizado en diferentes lugares de la República mexicana.<sup>302</sup>

En 1998 inició la operación de FONSIDA. Los primeros recursos con los que contó fueron 30 millones de pesos etiquetados por la SSA. “Inicialmente se ofreció el tratamiento a menores de 18 años y mujeres embarazadas infectadas”.<sup>303</sup> No obstante, muy pocas usuarias y menores accedieron a los tratamientos. “El bajo número de pacientes ingresados al programa evidenció la existencia de problemas

---

<sup>300</sup> *Ibid.*, p. 213.

<sup>301</sup> *Loc. Cit.*

<sup>302</sup> *Ibid.*, p. 227.

<sup>303</sup> *Ibid.*, p. 250.

importantes, tales como el desconocimiento de la existencia del programa, la falta de organización de servicios especializados para la atención de personas con VIH/sida y la inexperiencia de los médicos encargados del diagnóstico y tratamiento. Por ello, se desarrolló simultáneamente un programa de capacitación y actualización permanente dirigido a los médicos responsables de la atención, mismo que continúa vigente.”<sup>304</sup>

En julio del 2001, se decretó una reforma en CONSASIDA por la cual se convirtió en el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA). El nombre de CONASIDA se conservó para designar sólo al órgano colegiado de coordinación que era antes Consejo del CONASIDA. A éste se incorporaron cuatro representantes de organizaciones de la sociedad civil (en el 2002, el número de representantes se elevó a ocho) y cuatro secretarios de salud estatales que irían rotando cada dos años.<sup>305</sup>

En enero del 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la ley NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Ésta se elaboró para “establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud para la prevención y el control de las ITS.”<sup>306</sup> Esta norma es importante porque, por primera vez, definió el concepto de vulnerabilidad: “desprotección que presenta una persona o grupo de personas por factores de género, económicos, sociales y legales”.<sup>307</sup>

Ese mismo año empezó la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del Sida e ITS (CAPASITS).<sup>308</sup> Estos centros son una unidad médica que da consulta externa que ofrecen farmacia y atención psicológica. “Los CAPASITS se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/sida e ITS en el país, que ofrece promoción de

---

<sup>304</sup> *Loc. Cit.*

<sup>305</sup> Uribe, “Respuesta”, p. 217.

<sup>306</sup> NOM-010-SSA2-1993.

<sup>307</sup> *Programa de Acción Específico 2007 – 2012 en Respuesta al VIH/sida e ITS*, Secretaría de Salud, México, 2008. Disponible en línea: <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/ProgAc2007-2012.pdf>>, 29 de marzo 2012. (En adelante, *Programa de acción específico*.)

<sup>308</sup> *El VIH/sida en México 2009*, p. 24.

salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/sida e ITS, que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos.”<sup>309</sup>

En el Programa Nacional de Salud vigente (2007 – 2012) se establece: “La lucha contra el VIH/sida debe 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.”<sup>310</sup> Según este plan, “el Programa de VIH/sida e ITS ha tenido un fuerte componente preventivo que ha estado basado en las mejores prácticas recomendadas internacionalmente, sustentadas en evidencias científicas, dentro de las que se incluyen la distribución gratuita y focalizada de condones y la detección de sífilis en mujeres embarazadas.”<sup>311</sup> En congruencia con estos objetivos, la SSA, mediante el Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en salud, garantiza comprar medicamentos antirretrovirales para distribuirlos gratuitamente a quienes lo necesiten y no estén afiliados a la seguridad social. Además, con este fondo se financiaría cuatrimestralmente las pruebas de carga viral y linfocitos CD4.<sup>312</sup>

Este programa también contempla el funcionamiento de el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Medicamentos Antirretrovirales (SALVAR). Éste sirve para controlar la información de todos los procesos relacionados a la gestión de los antirretrovirales.<sup>313</sup>

Paralelamente al Programa Nacional de Salud, se elaboró el Programa de Acción Específico 2007 – 2012 en respuesta al VIH/sida e ITS. En éste se establece que el objetivo general es “disminuir el crecimiento y los efectos de la epidemia del

---

<sup>309</sup> *Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e ITS (CAPASITS)*, CENSIDA, Disponible en línea en <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man\\_org\\_capasits.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf)>, 26 de marzo de 2012.

<sup>310</sup> *Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, México, 2007, p. 46. Disponible en línea: <[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf)>, 22 de febrero de 2012.

<sup>311</sup> *Ibid.*, pp. 70 - 71.

<sup>312</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>313</sup> *Loc. Cit.*

VIH/sida y otras ITS en el país, a través del fortalecimiento de la respuesta y la experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones clave, a servicios de prevención y atención, para incrementar sus capacidades en el autocuidado de la salud sexual.<sup>314</sup> Para lograr dicho objetivo, se plantean seis estrategias:<sup>315</sup>

- 1) Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia de sida
- 2) Prevenir y controlar las ITS.
- 3) Prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH.
- 4) Fortalecer las acciones de promoción de la salud sexual.
- 5) Impulsar políticas para la disminución del estigma, discriminación, violaciones a derechos humanos y homofobia en poblaciones clave.
- 6) Fortalecer la coparticipación multisectorial, social y ciudadana en la formulación de políticas en VIH/sida.

### 3. PANORAMA ACTUAL DE LA EPIDEMIA

Para aproximarnos al estado actual de la epidemia de VIH/sida en México es necesario conocer cómo se ha propagado. Respecto a los casos detectados de VIH por año, los datos son los siguientes:<sup>316</sup>

Tabla 1.

Casos de VIH detectados por año (1985 - 2011) <sup>317</sup>	
Año	# casos
1985	3
1986	5
1987	18

<sup>314</sup> *Programa de Acción Específico*, p. 38.

<sup>315</sup> *Ibid.*, pp. 38 – 41.

<sup>316</sup> En la información más actualizada de CENSIDA no está disponible una tabla paralela a la anterior que establezca los casos de sida por año.

<sup>317</sup> *Vigilancia Epidemiológica*.

1988	38
1989	96
1990	98
1991	178
1992	212
1993	299
1994	302
1995	551
1996	339
1997	482
1998	1,169
1999	648
2000	1,108
2001	1,831
2002	1,926
2003	1,821
2004	2,504
2005	2,494
2006	3,224
2007	3,146
2008	3,533
2009	3,687
2010	4,061
2011	4,255
Total	38,028

Para seguir delineando el panorama de la epidemia, presentaré los datos sobre los casos acumulados tanto de VIH y de sida, desagregados por sexo.

Tabla 2.

Casos acumulados de VIH (1985 - 2011) <sup>318</sup>			
Hombres		Mujeres	
27,709	73%	10,320	27%
Total: 38,209 <sup>319</sup>			

<sup>318</sup> *Loc. Cit.*

<sup>319</sup> Este dato, a pesar de provenir de la misma fuente que el total de casos de VIH que resulta de la tabla número 1, tiene una diferencia de un caso.

Tabla 3.

Casos acumulados de sida (1983 - 2011) <sup>320</sup>			
Hombres		Mujeres	
125,783	82%	27,326	18%
Total: 153,109			

Al observar estas tablas, sabemos que en México se estiman 38,209 casos totales de VIH y 153,109 de sida.<sup>321</sup> De estos casos, la mayor parte están concentrados en hombres. Esto es un dato en términos absolutos, pero es necesario analizar si la razón hombre/mujer en los casos de VIH y de sida ha cambiado a lo largo de los años.

En un texto del 2008 se presenta la siguiente tabla<sup>322</sup>:

Tabla 4.

Razón hombres/mujeres de casos de sida por año (1983 - 2007)			
Año de diagnóstico	Sexo		Razón
	Mujeres	Hombres	
1983	0	65	/
1984	27	166	6.148
1985	31	336	10.839
1986	81	624	7.704
1987	225	1380	6.133
1988	364	1836	5.044
1989	421	2419	5.746
1990	520	3196	6.146
1991	541	3328	6.152
1992	660	3692	5.594
1993	648	3854	5.948
1994	698	4357	6.242
1995	727	4811	6.618
1996	964	4924	5.108
1997	968	5103	5.272
1998	1135	5528	4.870

<sup>320</sup> *Loc. Cit.*

<sup>321</sup> Lo cual no significa que todos esos casos sean debidamente atendidos.

<sup>322</sup> Magis, "Hallazgos", p. 60.

1999	1460	7308	5.005
2000	1511	7020	4.646
2001	1541	6850	4.445
2002	1557	6666	4.281
2003	1380	5426	3.932
2004	1329	5209	3.919
2005	1326	5122	3.863
2006	1224	4326	3.534
2007	1113	3918	3.520

Para explicar la tabla, tomemos los datos de 1984. En ese año se diagnosticaron con sida 27 mujeres y 166 hombres; la razón es 6.148, lo cual significa que por cada mujer enferma había 6.148 hombres enfermos, es decir, 1 a 6. Entre más grande es la razón, más son los hombres enfermos respecto a las mujeres enfermas, entre más pequeña es la razón, hay más mujeres respecto a los hombres.

Una vez explicado el significado de la razón se deriva que la tendencia es que cada vez haya más mujeres con sida respecto al número de hombres. Aunado a los datos de las tablas anteriores esto nos permite una conclusión clara: si bien, en números totales los hombres siguen padeciendo sida en mayor cantidad, hubo una tendencia clara de aumento de casos entre las mujeres. No obstante, los datos del 2002 al 2007 presentan cambios que apuntan a una reducción de los casos. Es fundamental tener presente que el número de casos de sida no sólo es resultado de la transmisión del VIH, sino de no atender el virus evitando que se transforme en sida.

La siguiente tabla resulta de un cuadro realizado por CENSIDA en diciembre de 2011 y sirve para ver los cambios de la razón hombre/mujer en los últimos años:

Tabla 5

Casos nuevos de sida por sexo (1983 - 2011) <sup>323</sup>												
Años	2007		2008		2009		2010		2011		Total (1983 - 2011)	
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	6,078	1,620	5,526	1,466	4,997	1,260	4,685	1,127	3,241	723	125,783	27,326
Razón	3.752		3.769		3.966		4.157		4.483		4.603	

<sup>323</sup> *Vigilancia Epidemiológica.*

Lo primero que hay que notar es que la razón del 2007 no coincide; en la segunda tabla es .232 mayor que en la primera. Como la primera tabla no tiene datos más actualizados, el cambio en las tendencias sólo se puede ver en la segunda. En los últimos cinco años, la razón ha ido creciendo paulatinamente, lo que significa que están presentándose más casos de sida en hombres respecto al total de casos en mujeres.

Hay que hacer énfasis en que las tablas muestran los casos de sida y no de VIH (no existen datos correspondientes para infecciones de VIH). La precondition necesaria para que una persona desarrolle sida es haberse infectado de VIH. Sin embargo, la situación de cada una influirá en que desarrolle o no sida. Por lo tanto, que disminuyan los casos de sida en mujeres podría implicar que aquéllas con VIH no están desarrollando sida, que están tardando más en desarrollarlo o que mueran sin la detección pertinente y no necesariamente que los casos de mujeres con VIH estén disminuyendo.

Todo esto nos permite hacer algunas conclusiones, pero sobre todo demuestra que la información disponible no es suficientemente profunda. No hay tablas que establezcan el número de mujeres y hombres que se infectan de VIH cada año. Existe información sobre los nuevos casos, pero no están desagregados. Por lo tanto, no se puede saber cuál es la razón hombre/mujer de casos de VIH, lo que dificulta analizar si las campañas de prevención son eficaces y en qué grupo lo son más. Además, al no poder comparar la razón hombre/mujer de casos de VIH con la de casos de sida no podemos determinar qué es más eficaz la prevención, es decir, menores nuevos casos de VIH o el tratamiento, es decir, menos casos de VIH desarrollan sida.

Es necesario distribuir los casos de VIH y sida de acuerdo a la edad para determinar cuáles son los grupos más afectados y por lo tanto focalizar la prevención en esos sectores, pero aún más importante es conocer cuáles son las formas de transmisión más frecuentes para prevenirlas. Las siguientes tablas presentan datos de acuerdo a grupos de edad y tipo de transmisión.

Tabla 6.

Casos acumulados de VIH por edad y categoría de transmisión (1985 - 2011) <sup>324</sup>							
Edad	Transmisión sexual	Transmisión sanguínea	HSH <sup>325</sup> - UDI	Perinatal	Se desconoce	Total	%
0 - 4	3	0	0	579	21	603	1.43%
5 - 9	7	2	0	180	18	207	0.49%
10 - 15	45	3	0	37	8	93	0.22%
15 - 19	2,163	36	0	0	54	2,253	5.33%
20 - 24	7,694	89	2	0	195	7,980	18.87%
25 - 29	8,525	87	3	0	211	8,826	20.87%
30 - 34	7,285	120	5	0	198	7,608	17.99%
35 - 39	5,278	79	8	0	148	5,513	13.04%
40 - 44	3,568	27	4	0	95	3,694	8.74%
45 - 49	2,232	22	1	0	65	2,320	5.49%
50 - 54	1,353	5	0	0	29	1,387	3.28%
55 - 59	722	5	0	0	16	743	1.76%
60 - 64	398	2	0	0	7	407	0.96%
65 y más	397	0	0	0	18	415	0.98%
Desc.	63	2	0	6	163	234	0.55%
Total	39,733	479	23	802	1,246	42,283	100.00%
%	93.97%	1.13%	0.05%	1.90%	2.95%	100.00%	

A partir de esta tabla, observamos que hay un porcentaje muy elevado de casos de VIH transmitidos sexualmente. Siendo tan alta esta categoría es una omisión grave no encontrar información desagregada. En primer lugar, tendríamos que saber cuántos y cuántas se infectan por sexo, pero además, es necesario diferenciar cuántas de esas transmisiones son homosexuales (separando hombre-hombre de mujer-mujer) y cuántas heterosexuales. Sólo de esa manera podrían diseñarse campañas de prevención específicas para atender la necesidad de información de cada individuo de acuerdo a las prácticas que tiene.

<sup>324</sup> Tabla elaborada con datos de *Vigilancia Epidemiológica*.

<sup>325</sup> Hombres que tienen sexo con hombres.

El grupo de edad que más casos aporta a la categoría de transmisión sexual de VIH es la de 25 a 29 años (21.46%), seguida de la de 15 a 19 (19.36%) y posteriormente de la de 30 a 34 (18.33%). Esto revela la importancia de que los mensajes de prevención se enfoquen en la población adolescente y joven.

En términos generales, los grupos de edad que más casos de VIH presentan son el de 25 a 29 años (16.93%), seguidos por 30 a 34 (15.89%) y 20 a 24 (15.65%). Esto enfatiza de nuevo que los que más se infectan son los y las jóvenes y, por lo tanto, las campañas de prevención deben manejar a este grupo como prioridad.

Otro aspecto relevante derivado de la tabla 6 es que el total de casos con categoría de transmisión desconocida es aparentemente bajo (2.95%). Sin embargo, al contrastarlo con las otras categorías se revela que es bastante significativo, pues la suma de los casos totales de transmisión sanguínea HSH-UDI y perinatal son menores al total de casos cuya transmisión es desconocida. Esto implica que la información conocida sobre la persona que está siendo diagnosticada con VIH es insuficiente para tener una clasificación que permita precisar el panorama de la infección. Las categorías de transmisión que se usan en estas tablas, que provienen de datos oficiales de CENSIDA, no son las adecuadas para describir cómo se comportan las infecciones en la población mexicana.

La existencia de la categoría HSH-UDI abona al argumento anterior. La incidencia de casos de este tipo en nuestro país es muy bajo (0.05%), el más bajo de todas las categorías. Si el total de estos casos es tan pequeño, el hecho que se siga presentando como una categoría en la información oficial revela cómo las estigmatizaciones de la epidemia VIH/sida prevalecen. Según estos datos, en México la combinación de ser HSH y UDI es muy poco relevante en términos de contagios de VIH. No obstante, esta combinación tiene una categoría por sí sola. Esto es inaceptable si el Estado realmente busca que la información oficial de la enfermedad esté libre de prejuicios, discriminaciones y permita evaluar la realidad de la epidemia para saber cómo enfrentarla.

Por último, vale la pena evaluar los datos sobre transmisión sanguínea. Del total de infecciones de VIH, 1.13% corresponden a vía sanguínea, que aunque es una cifra pequeña, no debe servir para relajar los criterios bajo los cuales se realiza el

intercambio de productos hemáticos, ni donaciones de órganos. El esfuerzo para eliminar esa categoría de transmisión debe permanecer como una prioridad del sector salud.

La siguiente tabla muestra los mismos datos que la anterior, pero para casos de sida.

Tabla 7

Casos acumulados de sida por edad y categoría de transmisión (1983 - 2011) <sup>326</sup>							
Edad	Transmisión sexual	Transmisión sanguínea	HSH - UDI	Perinatal	Se desconoce	Total	%
0 - 4	13	59	0	1770	529	2371	1.51%
5 - 9	17	83	0	417	182	699	0.45%
10 - 14	79	95	0	126	153	453	0.29%
15 - 19	2132	113	7	0	661	2913	1.85%
20 - 24	11081	401	33	0	3985	15500	9.87%
25 - 29	19413	778	80	0	8064	28335	18.04%
30 - 34	20600	829	68	0	9301	30798	19.61%
35 - 39	16726	667	46	0	8084	25523	16.25%
40 - 44	12165	483	21	0	5842	18511	11.78%
45 - 49	8002	277	14	0	3925	12218	7.78%
50 - 54	5117	201	8	0	2635	7961	5.07%
55 - 59	3182	112	2	0	1709	5005	3.19%
60 - 64	1705	64	2	0	1163	2934	1.87%
65 y más	1600	81	0	0	1159	2840	1.81%
Desc.	393	36	7	4	572	1012	0.64%
Total	102225	4279	288	2317	47964	157073	100%
%	65.08%	2.72%	0.18%	1.48%	30.54%	100%	

Nuevamente, vemos que la categoría de transmisión sexual es la predominante, aunque en este caso, es menor que en infecciones de VIH. Como las tablas están realizadas de la misma manera, tampoco aquí está dividida la categoría de transmisión.

El grupo de edad más afectado por esta vía de transmisión de la enfermedad es 30 a 34 años (20.15%), seguido por 25 a 29 (18.99%) y 35 a 39 (16.36%). Los

<sup>326</sup> Tabla elaborada con datos de *Vigilancia Epidemiológica*.

grupos de edad predominantes en esta categoría corresponden a población ligeramente mayor que donde se presentan las infecciones de 3, pero es lógico que sea así por el curso de la enfermedad. Las personas se infectan jóvenes y tardan en desarrollar sida.

En términos generales, los grupos de edad que presentan la mayor cantidad de casos de sida son 30 a 34 años (19.61%), 25 a 29 (18.04%) y 35 a 39 (16.25%). Estos grupos de edad corresponden exactamente a los grupos con más casos de sida transmisión sexual, lo que también es más elevado que los grupos de edad con más casos de VIH por vía sexual.

En esta tabla, el porcentaje de casos cuya transmisión es desconocida es demasiado alta. Esto vuelve a demostrar que la información sobre las personas con VIH y/o con sida no está siendo recabada de manera útil para realizar un diagnóstico de la situación de la epidemia en el país.

#### 4. ESFUERZOS DE PREVENCIÓN

La prevención de las ITS, incluido el VIH, consta de distintas aristas porque “deben elaborarse teniendo en cuenta la fisiología humana, las modalidades del comportamiento humano y las influencias socioculturales”<sup>327</sup> y se ejerce en dos niveles, primaria y secundaria. La prevención primaria del VIH busca promover cambios de comportamiento que impidan la transmisión. Algunas actividades relacionadas con la prevención primaria son las campañas de información, promover uso de condones y asesorías personalizadas para medir el riesgo de las prácticas. La secundaria se enfoca en atender y tratar a las personas con VIH. Este tipo de prevención requiere la prestación de servicios de salud accesibles, oportunos y de calidad, así como consejerías y apoyo.<sup>328</sup>

---

<sup>327</sup> *Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia*, OMS – ONUSIDA, 1999, p. 11.

<sup>328</sup> *Loc. Cit.*

#### 4.1 MENSAJES DE PREVENCIÓN DE VIH EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Debido a que la prevención tiene distintas modalidades me enfocaré en analizar sólo una parte de ésta, los mensajes preventivos en los medios masivos de comunicación. Considero que esta línea de acción dentro de la prevención es muy importante porque llega a toda la población. Si bien, requiere de otros programas dirigidos más específicamente, los mensajes en medios de comunicación masivo serán, para muchas personas, el primer contacto con la información y, en algunos casos, el único. De esta manera, es muy importante tanto el contenido como la forma de estos mensajes. En esta sección entonces, resumiré los tipos de mensajes para, más adelante, detallar y analizar las que se dirigían a mujeres.

La primera campaña educativa sobre el sida en México se empezó a difundir en el segundo semestre de 1987 a través de los medios de comunicación.<sup>329</sup> El lema de la campaña era “Disfruta el amor. Hazlo con responsabilidad.”<sup>330</sup> Estos anuncios iban dirigidos al público en general.

En 1989 se creó una nueva campaña con tres mensajes distintos: 1) “¿No cree que debería informarse?”, 2) “¿Y tú, qué estás haciendo” y 3) “El sida no es cuestión de suerte.”<sup>331</sup> Algunos de estos anuncios se dirigieron al público en general, pero otros iban dirigidos a grupos específicos.

Durante 1990, la campaña informativa estuvo dirigida a la mujer y el sida. El año siguiente se buscó crear conciencia en los padres y madres de familia para informarse correctamente sobre VIH/sida y así transmitir conocimientos sobre la enfermedad a sus hijos (as).<sup>332</sup>

En 1992, CENSIDA desarrolló un plan de medios de comunicación con la intención de ejecutarlo desde ese año y hasta 1994. Los mensajes se dirigieron tanto a la población general como a grupos específicos. El nombre de esa campaña fue “Manos y objetos”.

---

<sup>329</sup> Valdespino, “El diagnóstico”, p. 50.

<sup>330</sup> Sector Salud, *Boletín Mensual de Sida*, año 1, núm. 1, 1987, cit. por Uribe, “Respuesta”, p. 206.

<sup>331</sup> Uribe, “Respuesta”, pp. 207 - 208.

<sup>332</sup> *Ibid.*, p. 209

Posteriormente, durante 1995 se transmitieron los siguientes spots en radio y televisión:<sup>333</sup> sida y derechos humanos; sida y familia; sala de espera; el examen/trabajo; sida y trabajo; empresario; empleado/sindicato; compadres; sexualidad y sida; jóvenes/educación; libro/sexualidad; *super látex*; mujer y sida.

Entre 1996 y 2000 se transmitió una campaña dirigida a la población adolescente. Sus objetivos fueron múltiples:

a) Sensibilizar y concientizar adolescentes sobre su responsabilidad individual, además de cambiar paulatinamente su conducta para que buscaran información sobre la enfermedad y practicasen su sexualidad de manera segura. Por eso, se promovió el uso del condón para disminuir la transmisión y contagio de VIH y otras ITS.<sup>334</sup>

b) Sensibilizar a padres, madres y docentes sobre su responsabilidad en la educación sexual. La campaña partía del supuesto de que madres, padres y personal docente eran un apoyo indispensable en la educación sexual.<sup>335</sup>

c) Incluir la perspectiva de género (No establecen cómo van a incluirla.).

d) Redefinir el perfil de las y los adolescentes, que comprendería aquellas personas entre 15 y 19 años, estudiantes de preparatoria y con una vida sexual activa o por iniciar.<sup>336</sup>

En 1998 inició el programa Lazo Rojo promovido por CONASIDA, ONUSIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en coordinación con la Cámara Nacional de la Industria de la Estética y Belleza y la Asociación Nacional de Farmacias de México, A. C. El programa se dirigía al público en general y buscaba que los salones de belleza, estéticas, peluquerías y farmacias fueran centros de información sobre VIH y sida. Para fortalecer la campaña, en el 2003 se transmitieron anuncios que daban continuidad al programa y pretendían atacar el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH o sida.<sup>337</sup>

---

<sup>333</sup> *Ibid.*, p. 222.

<sup>334</sup> *Ibid.*, p. 223.

<sup>335</sup> *Loc. Cit.*

<sup>336</sup> *Loc. Cit.*

<sup>337</sup> *Ibid.*, p. 226.

Posteriormente, se elaboró otro plan de prevención que estuvo vigente del 2002 al 2006. La primera fase promovió el uso del condón como una de las formas más eficaces de prevenir las ITS, además, de enfatizar la importancia de la comunicación familiar en torno a la sexualidad y el VIH/sida.<sup>338</sup>

En el 2009 se realizó la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/sida 2009 que consistió en dos versiones. La primera tuvo como título “la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/sida” y se difundió entre el 16 de marzo y el 18 de abril de ese año. Su público objetivo fueron las mujeres jóvenes y en edad reproductiva. La segunda se titulaba “el estigma, la discriminación y la homofobia asociados al VIH/sida obstaculizan su prevención y atención” y se transmitió durante todo el mes de diciembre de 2009. Esta versión estaba dirigida a muchos sectores: madres, padres, personal médico, docentes, empleadores, dueños de empresas, cuerpos de seguridad pública, líderes de opinión, periodistas, representantes de medios de difusión y servidores públicos. Adicionalmente, se dirigió a aquellas personas que viven con sida para informarles que podían acudir a los CAPASITS.<sup>339</sup>

En la segunda versión, aprovechando el día mundial de lucha contra la homofobia, el gobierno federal publicitó el lema “hacernos uno contra la homofobia” con el objetivo de evitar la discriminación en todos los ámbitos. Con la cooperación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y el censida se emitió un boletín de prensa que fue distribuido. Además, se diseñó una campaña llamada “la homofobia está *out*” con el objetivo de usarla en las marchas por la diversidad del Distrito Federal, Cuernavaca y Cuautla.<sup>340</sup>

Durante el 2011 se empezaron a transmitir spots en radio y televisión para prevenir la transmisión perinatal.<sup>341</sup> Versiones nuevas de este anuncio, pero que presentan el mismo contenido se han seguido transmitiendo en lo que va del 2012.

---

<sup>338</sup> *Ibid.*, p. 225.

<sup>339</sup> *El VIH/sida en México 2009*, pp. 22 – 23. .

<sup>340</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>341</sup>

“Transmisión perinatal”,

<[http://www.youtube.com/watch?v=8Q\\_dCoKJWsg&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=8Q_dCoKJWsg&feature=youtu.be)>, 12 de abril de 2012.

El objetivo es fomentar las pruebas de diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas para dar tratamiento a quienes tenga el virus y evitar la transmisión a los bebés.

#### 4.2 ¿CÓMO SE PRESENTAN A LAS MUJERES EN LOS MENSAJES PREVENTIVOS?

Para analizar cómo aparecen las mujeres en las campañas de prevención de VIH seleccioné los anuncios disponibles hechos por CONASIDA y CENSIDA que se difundieron en medios masivos de comunicación. De éstos, usé los que están directamente enfocados a las mujeres o, en algunos casos, a hombres en relación con las mujeres.

Como expuse anteriormente, con la creación de CONASIDA empezaron a formularse los primeros materiales informativos y las campañas de difusión en medios de comunicación. Uno de los primeros anuncios transmitidos informaba sobre las formas de transmisión de la enfermedad y concluía con tres recomendaciones básicas: a) exigir agujas desechables para inyectarse, b) hacer el amor sólo con la pareja y c) usar condón para contactos sexuales con otras personas fuera de la pareja.<sup>342</sup> La parte inicial del mensaje presentaba información correcta sobre la enfermedad enlistando los tipos de contacto personal seguros. Además, establecía que no es una enfermedad exclusiva de los homosexuales, afirmación muy importante para combatir estereotipos.

Las tres recomendaciones básicas que se hacían para concluir el mensaje hacen demasiado hincapié en la fidelidad entre parejas y el uso del condón únicamente con personas desconocidas. Es ingenuo pensar que se puede fomentar la fidelidad absoluta entre parejas y, como consecuencia, es erróneo no informar que dentro de la pareja es posible infectarte. “Los primeros mensajes insistían en desalentar la promiscuidad sexual y alentar la fidelidad (‘sólo con tu pareja’) cuando la excesiva confianza y respeto por la pareja se revelarían más tarde en factores de

---

<sup>342</sup>

“Formas de contagio”, <<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4539a1d5d71?autorId=6661&search=autor>>, 12 de abril de 2012.

mucho riesgo, como lo demuestra el número creciente de infecciones entre las amas de casa”.<sup>343</sup>

Uno de los primeros anuncios de la serie “¿No cree que debería informarse? Información es prevención” hacía énfasis en el crecimiento de casos de sida entre las mujeres. El mensaje decía “a la mujer también le da sida y en México el número de casos está aumentando más rápidamente que en cualquier otro grupo.”<sup>344</sup> Es una primera alerta para las mujeres, pero no profundiza en la información. No diferenciaban los tipos de transmisión (sexual [heterosexual, homosexual, bisexual], ni transmisión sanguínea por procedimientos médicos o drogas inyectables), ni comunicaban las formas de prevención adecuadas, mucho menos se enfocaban en la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección.

En 1989 salió una serie de mensajes preventivos con el lema “El sida no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte.” Uno fue específico para mujeres. En el anuncio aparecían cinco mujeres jugando lotería. La voz principal decía: “Sí, también a las mujeres les puede dar sida; tanto a la dama como a la trabajadora. No permitas que se propague en la juventud porque los casos entre mujeres aumentan dramáticamente. Nunca sabes cuándo aparece una mala jugada, toma cartas en el asunto. El sida no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte.”<sup>345</sup> Al final, una de las cartas de lotería mostraba un condón, mientras que una voz secundaria gritaba “el salvavidas”.<sup>346</sup> En este anuncio había una intención clara en mostrar que el sida se transmite en cualquier clase social. Aunque las mujeres que aparecían eran de distinta edad, se hacía énfasis en la importancia de que no se propagara el sida entre las jóvenes. Lo anterior fue positivo, pero siendo que este fue el primer anuncio de sida específicamente sobre mujeres tuvo omisiones importantes. No había un mensaje contundente para contrarrestar el estereotipo de que las trabajadoras

---

<sup>343</sup> Brito, *Op. Cit.*, p. 274.

<sup>344</sup> “¿No cree que debería informarse?”, <<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45396b95d69?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

<sup>345</sup> “El sida no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte”, Minuto 0:00 a 0:35, <<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45397635d6b?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

<sup>346</sup> *Loc. Cit.*

sexuales eran las más afectadas, ni que las mujeres en relaciones de pareja consideradas estables –noviazgo y matrimonio– estaban también en riesgo. Aunque, al final del anuncio, aparecía la carta de lotería con un condón, no se mencionaba directamente, ni se explicaba su uso. Al no hacer énfasis que las mujeres en relaciones de pareja estables también están en riesgo y no explicar abiertamente cómo debe ser el uso del condón no se atiende una problemática mayor: el condón, para mujeres que quieren tener hijos (as), sirve para no infectarse de VIH, pero también es un anticonceptivo. Este tema, que puede ser muy delicado, pasaba desapercibido. No había tampoco ninguna referencia a la transmisión perinatal del sida.

De la misma serie, un segundo anuncio mostraba a cuatro hombres jugando lotería, al lado de una sirena. La voz principal decía “el sida se contagia principalmente por contacto sexual. Es irresponsable pensar que no te puede tocar. Una solución puede ser la abstinencia, pero si no la practicas, cambia de juego, hazlo seguro. El sida no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte.”<sup>347</sup> Este era un anuncio dirigido a hombres, sin embargo, aparecía una figura femenina, la sirena. Este es un símbolo discriminatorio porque la sirena está jugando el papel de una trabajadora sexual o una mujer considerada “promiscua”. Esto reforzaba el estereotipo de que hay mujeres que transmiten la infección y otras son víctimas.<sup>348</sup> Además, negaba el riesgo al que están expuestas todas las mujeres independientemente de su profesión o estilo de vida sexual. Era discriminatorio también porque en el anuncio anterior, dedicado a mujeres, no aparecía ninguna figura de un hombre y aquí, en el dedicado a hombres, sintieron la necesidad de poner una figura femenina. Esto no es un abordaje correcto de cómo ocurre la transmisión sexual del VIH porque en vez de responsabilizar a ambos sexos, está señalando como transmisoras a un grupo dentro de las mujeres.

Además, en este anuncio explícitamente se reconocía que no todos los hombres practican la abstinencia. No obstante, una de las recomendaciones que emitían era la abstinencia. De esa manera, no se abordaba que hay riesgo de

---

<sup>347</sup> *Loc. Cit.*, (Minuto 0:37 a 1:10).

<sup>348</sup> Esta división alude a la dicotomía madre/“puta” que abordé en el capítulo anterior.

transmisión incluso dentro de un matrimonio porque hay relaciones sexuales. Al igual que en los otros anuncios de la serie, la referencia a la protección era vaga y el condón no se mencionaba expresamente. La presencia de la sirena como figura femenina indicaba que el anuncio iba dirigido a hombres heterosexuales, lo cual servía para eliminar el estigma de los hombres homosexuales, pero no reforzaba la idea de que el condón protege contra el sida, independientemente de la orientación sexual del individuo. Aunque el objetivo era eliminar los prejuicios se debería dar información completa a todos los hombres.

Un tercer anuncio de la serie también estaba dirigido a hombres. Representaban otro juego de lotería donde sólo participan hombres. Casi todos de la misma edad, excepto un niño. El mismo actor salía de dos personajes distintos que figuraban ser de clases sociales distintas. El último personaje era un hombre de ascendencia africana. El mensaje decía “Sí, también a los valientes les da sida. Todos están expuestos, no importa la edad, el color o la clase social. No juegues al valiente, afectas vidas inocentes. Cambia de juego, hazlo seguro.”<sup>349</sup> Había referencia explícita a que el sida se transmite sin importar la edad, la clase social o la raza, lo cual también permitía combatir estereotipos. Cuando se escuchaba “no juegues al valiente, afectas vidas inocentes”, la toma se enfocaba el niño. Esto era un manejo muy deficiente de la transmisión perinatal. En primer lugar, a los únicos que se quiere proteger como inocentes es a los niños (tanto la representación de un niño varón como el lenguaje no incluyente es inadecuado) y no se mencionaba a las mujeres parejas de estos hombres. Esto escondía el riesgo que enfrentan las mujeres de infectarse vía sus parejas, aun cuando consideran estable y monógama a su relación. Además, quitaba la responsabilidad que tienen los hombres de cuidarse no sólo por su salud, por la de sus hijos (as), sino por las mujeres con quienes tienen contactos sexuales. En segundo lugar, tampoco explicaba la transmisión perinatal, ni la manera de prevenirlo. En tercer lugar, al no tratar esta vía de infección implicaba que es un asunto del cual los hombres no tienen que preocuparse, lo que ocasiona mayor responsabilidad de las mujeres respecto a la transmisión en sus hijos (as).

---

<sup>349</sup> *Loc. Cit.*, (Minuto 1:12 a 1:46).

En 1990 se realizó una serie de anuncios llamada “La mujer y el sida”. Uno de ellos es un video de 1:42 minutos de duración en donde aparecían distintas mujeres hablando sobre el tema.<sup>350</sup> El video decía

Adriana Perez Cañedo, conductora de radio y televisión: El sida ya llegó a los niños no sólo de otros países del mundo, sino de nuestro México.

Ana Luisa Liguori, antropóloga: Yo como madre y yo que he entrevistado a madres con hijos con sida, yo creo que esto es de las cosas más dramáticas que pueden suceder: ver a un hijo morir de sida.

Esperanza Sodreos, integrante del grupo Hevia: porque esa enfermedad es muy triste. A todo mundo lo rechazan, le dicen sidosos.

Mónica Mayer, pintora: hace falta que la gente cambie sus actitudes para entender que es un problema real, un problema de salud que enfrentamos, un problema moral.

Patricia de la Chica: estudiante de secundaria, nosotros queremos, los alumnos, que los profesores nos den más información sobre qué es la enfermedad. También, nuestros padres, que son muy callados, pero les vamos a preguntar.

Patricia Berumen, periodista: debemos hacer del sida un tema cotidiano en la mesa familiar. Hablar de ello claramente, sin telarañas, ni moralinas, ni nada. Marta Lamas, periodista<sup>351</sup>: yo creo que una realidad que las mujeres mexicanas tienen que reconocer es que no conocen la vida sexual de sus maridos.

Bertha Morales, líder de costureras: yo pienso que el hombre el que debe ir dejando ese machismo mexicano y ya ir pensando en su compañera.

Cristina Pacheco, periodista: son muy pocas las veces en que las madres de familia o los maestros abordan el tema de lo que podría ser no solamente el sida, sino simplemente la más elemental información sexual.

Angélica Luna Parra, dirigente de UNE: por eso proponemos que los padres de familia y los maestros nos aboquemos a una importante tarea que es la de dialogar con los jóvenes.<sup>352</sup>

El mensaje que transmitía este spot es muy deficiente porque no daba información, sino opiniones de mujeres que pueden ser conocidas por algunos sectores de la población. Lo más grave es que las primeras dos opiniones tenían que ver con el sida y los niños, no con las mujeres. Así, aun cuando el tema de la

---

<sup>350</sup> Por la duración del video parece poco probable que se haya transmitido en radio y televisión, aunque no encontré suficiente información al respecto.

<sup>351</sup> Si bien el anuncio señala que Marta Lamas es periodista hay que resaltar que es una antropóloga feminista.

<sup>352</sup> “Mujer y sida”, <[http://www.youtube.com/watch?v=gWx0pKLi\\_CM](http://www.youtube.com/watch?v=gWx0pKLi_CM)>, 23 de abril de 2012.

transmisión perinatal era importante y debía abordarse, pasaba a primera plana, cuando el objetivo de la campaña era la mujer y el sida. No todas las mujeres son madres, no todas lo serán algún día. La salud de las mujeres importa porque son mujeres, porque son personas, y, por eso, debe estar primero que la salud de sus hijos, cuando el objetivo de la campaña es hablar sobre las mujeres. Pareciera con el anuncio que la salud de las mujeres es relevante únicamente cuando va a tener consecuencias sobre los hijos (as). La transmisión perinatal debe ser abordada, pero como una parte de la salud de las mujeres y también como una parte de la salud de los hombres.

También el anuncio hacía énfasis en la necesidad de educar a la juventud. Si bien es cierto que la prevención era fundamental para los y las jóvenes, esto no implicaba la certeza de que padres, madres y profesores (as) sabían del tema y mucho menos que tenían las herramientas necesarias para transmitir ese conocimiento. En este sentido, no se trataba de responsabilizar a padres, madres y escuelas, sino de garantizar que a este sector también iba a recibir una capacitación adecuada para poder hablar del tema con precisión y sin prejuicios.

En general, había una mezcla de temas relacionados con las mujeres y el VIH/sida (discriminación, infidelidad, transmisión perinatal, educación, juventud, desigualdades de género), pero ninguno fue abordado directamente, ni con la información necesaria.. A pesar de que el anuncio presentaba variedad de mujeres, en cuanto a profesión y edad, la supuesta “diversidad” de mujeres era muy escasa porque no había diferencias evidentes entre clases sociales, ni en orientación sexual. Por lo tanto, la información era incompleta y poco o nada eficaz para que las mujeres tuvieran conocimientos y herramientas para poder decidir sobre su vida sexual. Este tipo de mensajes no son eficaces para que cada persona, en este caso, cada mujer asuma por qué tiene riesgo y/o vulnerabilidad frente al virus. No funciona tampoco para que quien se sienta en riesgo tenga la información para necesaria sobre cómo protegerse

Un anuncio de 1990, estaba protagonizado por una mujer que habla de su pareja actual. “Ahora con lo del sida más vale cuidarse. Él es Carlos, me encanta, es inteligente, simpático; con él se puede hablar de todo, en privado y hasta con los

amigos. Es divertido y muy amoroso; me da confianza. Desde la primera vez estuvo de acuerdo en que la relación fuera segura. Asegúrate, habla de sida con tu pareja.”<sup>353</sup> Este anuncio tenía varios problemas. En primer lugar, las formas de prevención no se mencionaban de manera explícita. La referencia era “relación segura”, pero no se establecía de qué manera se puede lograr. En segundo lugar, que es lo más peligroso, omitía el riesgo que representa para muchas mujeres hablar sobre protegerse, es decir, negociar el uso del condón con sus parejas. En tercer lugar, resaltaban, sin decirlo directamente, la importancia de una relación de pareja monógama. No mencionaban el riesgo que derivado de tener contactos sexuales desprotegidos con otras personas. En ese sentido, el objetivo de la prevención no debía ser fomentar la monogamia como valor moral, sino promover la protección de las personas en cualquier encuentro sexual independientemente de sus relaciones personales.

Otro anuncio se componía por distintas opiniones emitidas por jóvenes; únicamente la tercera en voz de un hombre, las demás eran expresadas por mujeres. “- Mi chavo y yo llevamos poco tiempo y nos cuidamos. Es mejor, ¿no? / Yo no sé ni qué onda, sé que debo cuidarme, pero ¿cómo le hago? / Ahora con lo del sida yo me cuido. Tenemos que ser más responsables. / Yo quiero que la primera vez sea algo mágico, algo especial. Por eso, mejor me espero. / Cada quien es como es, la decisión es tuya.”<sup>354</sup> Un primer aspecto muy positivo de este anuncio era que estaba protagonizado por jóvenes y dirigido a ese sector tan vulnerable frente al VIH/sida. Sin embargo, si el anuncio pretendía presentar la diferencia de actitudes y opiniones, faltaban más testimonios de hombres, especialmente para resaltar que ambos tienen responsabilidad en cuidarse sexualmente. El anuncio tenía una omisión grave: no se consideraba la existencia de relaciones homosexuales y bisexuales, ni entre hombres, ni entre mujeres. Entonces, el panorama de diversidad que pretendían presentar era muy limitado. Tampoco había ninguna referencia explícita a qué significaba cuidarse,

---

<sup>353</sup> “CONASIDA”, Minuto 1:00 a 1:32. <[http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45398135d6d?autorId=6661&search=autor](http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45398135d6d?autorId=6661&search=autorhttp://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45398135d6d?autorId=6661&search=autor)>, 17 de abril de 2012.

<sup>354</sup> *Loc. Cit.*, (Minuto 1:32 a 1:59).

ni cómo hacerlo. Esto es particularmente importante y grave siendo que en el segundo testimonio la joven abordaba justamente esta problemática: sé que tengo que cuidarme, pero no sé cómo. En todos los anuncios que he revisado, hasta esta fecha, ninguno explicaba directamente que el condón era un medio muy eficaz para cuidarse, ni describían cómo debe usarse; mucho menos trataban la problemática de la negociación del uso del condón y que al ser también un método anticonceptivo podía ser un obstáculo para la prevención del VIH al usarse entre parejas con deseos de procrear. Al no referirse explícitamente al condón, ni protecciones para sexo oral, pero sí poner un testimonio de alguien que practica la abstinencia, parecería que la recomendación principal es que todos (as) sigan la abstinencia. Como ya he explicado, esto es una medida poco eficaz porque no se ajusta a la realidad de la vida sexual de muchas personas, particularmente de las parejas casadas. Tampoco en este anuncio se abordaba la problemática que implica discutir tener contactos sexuales seguros, pues la sexualidad está envuelta en prejuicios.

En 1993 se transmitió la serie *Manos y Objetos*. Uno de los anuncios de ésta informaba: “Al terminar este mensaje habrá dos nuevos infectados con el virus del sida en el mundo.”<sup>355</sup> Después había un diálogo entre dos personas: “- En todos lados el sida está tremendo. – Pues en México no estamos en la gloria. Somos el tercer país de América en casos de sida. - ¿En serio? ¿Cómo sabes? – Es que... una amiga murió de sida. Desde entonces trato de saber lo más posible. – De veras, hay que usar protección. – Hombres y mujeres por igual.”<sup>356</sup>

Este anuncio iba un paso más allá que los anteriores y en vez de referirse a cuidarse, dice “hay que usar protección”. Esto era una referencia más directa sobre métodos de barrera, pero de todas maneras, no se dice expresamente. Además, había un rasgo positivo, se responsabilizaba tanto a hombres y mujeres del cuidado de la vida sexual.

En 1998 y 1999 apareció un spot con el lema “el sida no tiene cura y no se ve hasta que te da”. Incluyo éste porque mencionaba explícitamente al condón y lo promovía como la medida de protección frente al VIH. Durante el anuncio aparecían

---

<sup>355</sup> *Loc. Cit.*, (Minuto 1:17 a 1:47).

<sup>356</sup> *Loc. Cit.*

símbolos que aludían a femenino y masculino para expresar que el VIH se contagia por vía sexual. Los símbolos se movían acercándose y alejándose entre sí. En primer plano aparecía un símbolo de lo femenino y uno de lo masculino, pero atrás había cinco figuras: dos masculinas, seguidas por dos femeninas y una masculina. Al moverse, los símbolos se juntaban implicando que las relaciones pueden ser homosexuales, tanto hombre con hombre, como mujer con mujer, heterosexuales y bisexuales. No había una referencia explícita, ni era la parte más importante y visible del anuncio, sin embargo, aparecía y es un rasgo positivo, aunque hubiera sido mejor que se nombrara directamente la existencia de estos contactos sexuales.

Tiempo después<sup>357</sup> se transmitió una serie que promociona el uso del condón entre los hombres.<sup>358</sup> El énfasis estaba puesto en que los hombres eran quienes principalmente transmitían la enfermedad y por lo tanto, al cuidarse, cuidaban a todas las personas, hombres y mujeres. Un rasgo muy positivo del anuncio era el uso de lenguaje incluyente. También es muy bueno que en todos se mencionaba explícitamente al condón como medio de protección frente al VIH. Uno de estos mensajes era una promoción exclusiva del condón donde se intentaba visibilizar que hay mucha variedad, incluyendo, que hay condones para hombres y para mujeres. Esto es muy importante porque se mencionaba que hay condón femenino, lo cual no aparecía en otros anuncios. Aquí el condón se veía como una estrategia generalizada de prevención y ya no se promovían medidas como la abstinencia o la fidelidad.

De esta misma serie había un anuncio que buscaba fomentar el uso del condón masculino, promoviendo que las mujeres lo exigieran. En la voz de un hombre se escuchaba “Apúrate, mujer. Ponte éste. Y a ella una ensalada. ¿Qué estás viendo? ¿Qué me ponga qué?” Después, una mujer dice: “tú puedes tomar tus propias decisiones. Exige el uso del condón.”<sup>359</sup> El anuncio abordaba una temática novedosa respecto a los anteriores: se reconocía que el uso del condón masculino no depende de la mujer, sino que es un medio de protección que controlan los

---

<sup>357</sup> No encontré el año de transmisión del anuncio, pero como está hecho por CONASIDA tiene que ser antes del 2001, cuando esta institución se convirtió en CENSIDA.

<sup>358</sup> “Usa condón”, Minuto 0:00 a 1:39 y 2:39 a 3:01<<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb452a9455c77?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

<sup>359</sup> *Loc. Cit.*, (Minuto 3:01 a 3:33).

hombres. Se reconocía, por lo tanto, que no todos los hombres estaban dispuestos a usarlo, poniendo en peligro a las mujeres. Las frases que decía el hombre durante el anuncio reflejan diferentes maneras de ejercer violencia dentro de una relación de pareja heterosexual. Si bien esto es positivo, no mencionaban explícitamente que esas actitudes son violentas, el asunto es tratado simplemente como si el hombre tomara decisiones por la mujer. Que una mujer no pueda decidir sobre su vida es muy grave, pero no sólo depende de ella que pueda y esté dispuesta a decidir. Al final, el anuncio incitaba a las mujeres a decidir, lo cual, es deseable, pero en ese punto el anuncio estaba muy limitado. Como no hacía referencia directamente de que esas actitudes son ejemplos de violencia, no reconocía que una mujer se puede encontrar imposibilitada para tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su salud por el tipo de relación en la que se encuentra. Un mensaje con estos tintes puede ser muy peligroso porque si las mujeres no cuentan con las habilidades adecuadas para exigir el uso del condón, pueden verse envueltas en formas de violencia más extremas, como la violencia física y la violencia sexual.

En 2009, CENSIDA elaboró un mensaje para hacer explícita la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/sida.<sup>360</sup> El spot empezaba con ejemplos de situaciones en donde una mujer toma decisiones. Posteriormente, la voz decía “tú decides por otros todos los días. ¿Cuándo vas a tomar decisiones importantes para ti? Hoy dos de cada diez personas con VIH/sida son mujeres. Protégete, usa siempre condón.” Al final, otra voz de una mujer dice “yo decidí cuidarme, ¿y tú?”<sup>361</sup> Aquí tampoco se abordaba el tema de la violencia de género. Es verdad que cada persona tiene capacidad de acción, pero también está inserta en una situación que aumenta o disminuye sus posibilidades de acción.

Muchas mujeres mexicanas están sometidas a diferentes tipos de violencia lo que no les permite decidir sobre su vida sexual, ni su salud. Por lo tanto, la

---

<sup>360</sup> Existe también un documental mucho más extenso sobre la vulnerabilidad en las mujeres disponible en internet, pero que no se transmitió en medios masivos de comunicación. <<http://www.youtube.com/watch?v=11hdRtvccFI>>, <<http://www.youtube.com/watch?v=006WoaSmE7w>>.

<sup>361</sup> “Tú decides”, <[http://www.youtube.com/watch?v=H0rpqG6ObR4&feature=plcp&context=C4522ca4VPvjVQa1PpcFNeAozvgyVxW\\_QkvSu2YMD4JqzPOXrboC4=>](http://www.youtube.com/watch?v=H0rpqG6ObR4&feature=plcp&context=C4522ca4VPvjVQa1PpcFNeAozvgyVxW_QkvSu2YMD4JqzPOXrboC4=>)>, 23 de abril de 2012.

información de este anuncio era incompleta porque no incentivaba a que las mujeres obtuvieran las habilidades suficientes para negociar el uso del condón, pero también porque sólo las cargaba a ellas con toda la responsabilidad. Que las mujeres no puedan decidir sobre sus cuerpos no es sólo un asunto femenino, hace falta sensibilizar a los hombres en que ellos tienen parte de la responsabilidad. Finalmente, tampoco se mostraba la diferencia entre condón femenino y masculino, ni hay información sobre cómo deben usarse.

En 2011 se empezó a transmitir un spot en radio y televisión donde aparece una pareja heterosexual y dice lo siguiente: “Si estás embarazada, háganse la prueba del VIH/sida. Si la prueba es positiva, con un tratamiento a tiempo, su bebé tiene la oportunidad de nacer libre de VIH. La prueba es segura y confidencial. Si necesitan tratamiento, acudan a su centro de salud.”<sup>362</sup> Hay otra versión muy similar:

He tenido una vida sexual muy responsable y ahora que decidí embarazarme, mi responsabilidad vale por dos. Platicué con mi doctora y me realicé la prueba del virus de inmunodeficiencia humana para cuidar a mi bebé y cuidarme yo. Si estás embarazada o has tenido una vida sexual activa es muy importante que te realices la prueba del VIH. Háztela y exige consejería. Es rápida, segura, gratuita y confidencial y además, te ayuda a detectarlo a tiempo. Si la prueba resulta positiva, no estás sola; con un tratamiento oportuno y supervisión médica puedes evitar la transmisión a tu bebé para que nazca libre del VIH. Ven, acércate y platica con tu médico sobre las ventajas de atenderte a tiempo. Verlo crecer y llevar una vida plena será tu mejor recompensa.<sup>363</sup>

En este spot, la salud de las mujeres tiene un papel secundario. El anuncio claramente busca prevenir la transmisión perinatal, lo cual es un objetivo deseable y posible. Es un tema que debe abordarse, pero la manera de hacerlo es incorrecta. En ningún momento se menciona la responsabilidad del hombre en el tema. La decisión de un embarazo corresponde tanto al hombre como a la mujer, por lo tanto, la responsabilidad de cuidar de un (a) bebé es de ambos miembros de la pareja. Además, se trata de una ITS, por lo cual si la madre tiene VIH es probable que el

---

<sup>362</sup> “Transmisión perinatal 2”, <[http://www.youtube.com/watch?v=OaYWNIPLo4&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=OaYWNIPLo4&feature=player_embedded)>, 17 de abril de 2012.

<sup>363</sup> Video “Transmisión perinatal”, *Loc. Cit.*

padre también y, en muchos casos, él puede haber sido quien transmitió el VIH a la mujer. En este sentido, también el hombre tiene responsabilidad de la transmisión.

Para que cada mujer evalúe si debe hacerse la prueba del VIH, el anuncio recomienda “si estás embarazada o has tenido una vida sexual activa”. Este lenguaje es confuso y hasta podría ser contradictorio. Un embarazo resulta de una vida sexual activa, en el sentido de varios contactos sexuales, aunque pueda haber embarazos producto de una sola relación sexual. Sería importante especificar qué consideran como vida sexual activa, pero como es algo largo de explicar en un spot tan corto, tendría que encontrarse otra forma para que cada mujer distinguiera si ha tenido prácticas de riesgo o no y si su pareja las ha tenido o no. Comúnmente, se entiende por “vida sexual activa” mujeres que tienen o han tenido muchas parejas sexuales. Al ver el spot, mujeres en relaciones de pareja monógamas, o que ellas piensan que son monógamas, pueden no sentir la necesidad de hacerse la prueba, aunque puedan estar en riesgo.

Un aspecto fundamental que es muy negativo en el anuncio es que no explica qué sucede para las mujeres si la prueba resulta positiva. El spot dice que se puede administrar tratamiento para que el/la bebé no se infecten, pero no se menciona si la mujer recibe algún tratamiento o consejería para su salud, no sólo para la salud de su bebé. El único incentivo que se le da a la mujer es que el/la bebé no se va a contagiar, si la mujer tiene VIH y recibe tratamiento. No resto importancia a evitar y eliminar la transmisión perinatal, pero muchas mujeres al no saber con qué opciones cuentan si ellas tienen VIH pueden negarse a la prueba con tal de no enfrentarse a un resultado adverso y sus consecuencias. Frente a una prueba de VIH que resulta positiva, las mujeres pueden sentir amenazada no sólo su salud, sino su reputación, su vida en pareja y hasta su carrera profesional. Es muy peligroso no abordar las consecuencias que puede sufrir alguien que recibe este diagnóstico.

Finalmente, tampoco es un anuncio que aborda todos los temas de la transmisión perinatal. En primer lugar, se da por hecho que una mujer embarazada que recién conoce su estado seropositivo va a continuar con su embarazo. No hay ninguna referencia a los derechos reproductivos que tienen las mujeres. En ningún momento se menciona que en algunas entidades federativas del país es legal

interrumpir el embarazo. En segundo lugar, no hay referencia a que la infección también puede ocurrir al momento del parto y, por lo tanto, es importante consultar las condiciones seguras del alumbramiento. En tercer lugar, no se menciona que la leche materna es otra de las formas en las que el o la bebé puede infectarse. De esta manera, el anuncio omite información fundamental dando una perspectiva incompleta y errónea de la transmisión perinatal.

Los mensajes que expuse tienen deficiencias graves, a pesar, de presentar algunos avances respecto a los primeros que se emitieron. Es necesario tomar en cuenta tanto aciertos como errores para sentar las bases de nuevas campañas de prevención que sean más eficaces. Además, hace falta revisar cuáles son las especificidades que caracterizan a las mujeres mexicanas porque éstas dictarán qué tipo de campañas, contenidos y lenguaje serán los mejores para abordar la prevención del VIH.

## 5. SITUACIONES PARTICULARES EN LAS MUJERES EN MÉXICO

### 5.1 ADOLESCENTES

En México, el INEGI establece que en el 2010 había 11,026,112 personas entre 15 y 19 años, de los cuales 5,520,121 son hombres y 5,505,991 mujeres.<sup>364</sup> Las mujeres en este rango de edad constituyen el grupo poblacional más grande y los hombres, de este mismo rango, son el más grande junto con el rango de edad de 10 a 14.<sup>365</sup> Conocer estos datos es fundamental para la prevención de VIH porque si los y las adolescentes son un grupo muy vulnerable a la transmisión, que sean el mayor grupo poblacional refuerza la necesidad de diseñar campañas de prevención específica para este sector.

Las adolescentes tienen mayor vulnerabilidad al VIH no sólo biológica, como expliqué en el primer capítulo, sino sociocultural. Por su edad tienen menor información, capacidad y habilidades para poder decidir sobre su cuerpo, su

---

<sup>364</sup> INEGI, “Grupos de edad según sexo, 1950 a 2010”, <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

<sup>365</sup> INEGI, “Pirámides de población 2005 y 2010”, <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

sexualidad y sus vidas. En todo el mundo, las niñas y adolescentes son víctimas de violencia sexual, doméstica, violencia durante el cortejo, trata de personas, explotación sexual, violaciones en conflictos armados y prácticas culturales como la mutilación genital; todo esto les agrega vulnerabilidad ante el VIH.<sup>366</sup>

En muchos contextos, las niñas y adolescentes son obligadas a casarse. Una vez en matrimonio, deben tener relaciones sexuales con sus esposos, lo que les genera problemas de salud, mayor propensión a la violencia, menor información sobre transmisión de ITS y menos habilidades para negociar prácticas de sexo seguro.<sup>367</sup> Para las adolescentes, la violencia doméstica es el principal ámbito donde padecen manifestaciones de violencia, incluidas el abuso sexual y las violaciones.

Aunque no es una práctica recurrente en México, en otras latitudes, la mutilación genital femenina es muy común. La OMS la define como todos aquellos procedimientos que intencionalmente y sin razones médicas alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.<sup>368</sup> Se estima que 135 millones de niñas y mujeres han sufrido de mutilación genital, en 28 países.<sup>369</sup> Aunque, generalmente, se asocia a la religión islámica, se practica también por católicos y protestantes, aunque ningún texto religioso lo recomiende explícitamente.<sup>370</sup>

Sería muy importante una investigación profunda de qué tan difundida se encuentra la mutilación genital femenina en nuestro país. En el mundo, hay poca información sobre las consecuencias que la mutilación genital tiene sobre las niñas, pues los casos no suelen llegar a los hospitales y las muertes por esta causa se esconden.<sup>371</sup> Lo que sí se sabe es que cualquiera de las formas<sup>372</sup> por las que se

---

<sup>366</sup> Florencia Aranda, "Intersections between HIV and Violence against Adolescent and Young Women", en *The Multiple*, p. 28

<sup>367</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>368</sup> OMS, "Mutilación genital femenina", <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>>, 22 de julio de 2012.

<sup>369</sup> Florencia Aranda, "Intersections between HIV and Violence against Adolescent and Young Women", en *The Multiple*, p. 31.

<sup>370</sup> Doyal niega que la mutilación genital pueda ser equiparada con circuncisión femenina. Véase, Doyal, *What Makes*, p. 88.

<sup>371</sup> *Ibid.*, pp. 88 – 90; Florencia Aranda, *Op. Cit.*, p. 31. Para mayor información: *The Female Genital Cutting Education and Networking Project*, <<http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintr.php>>, 24 de mayo de 2012.

hace la mutilación se ejecuta sin anestesia, usando el mismo instrumento (que puede estar contaminado) para muchas niñas, exponiéndolas a contraer infecciones, incrementando su riesgo a contraer VIH.

Otra vulnerabilidad a la que se enfrentan las adolescentes es la falta de información. Generalmente, las campañas de prevención para este sector se imparten en contextos escolares, lo cual es útil únicamente para la población adolescente que asiste a clases. Así, parte de los y las adolescentes quedan fuera de estas campañas, lo que se agrava en el caso de las mujeres porque tienen más probabilidad de dejar la escuela que los hombres.<sup>373</sup>

Finalmente, el mercado laboral en México conlleva una vulnerabilidad adicional al VIH por parte de las adolescentes.

En años recientes ha ocurrido en el país una transformación de los mercados de trabajo para mujeres jóvenes de bajos recursos. Se ha observado la proliferación de los trabajos en los que el cuerpo embellecido es una característica importante de esta fuerza de trabajo. Ejemplo de ello son los *table dance*, el trabajo en bares, de edecanes, de ficheras, de *escorts* o damas de compañía y, en algunos casos, el trabajo de meseras, en donde existe la posibilidad de que las mujeres hagan también trabajo sexual. [...] Se requiere investigar más sobre cómo los diferentes nichos laborales influyen en la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y adolescentes antes VIH/sida y qué tipo de esfuerzos de prevención serían efectivos con ellas.<sup>374</sup>

Obviamente esto representa un reto mayúsculo para las campañas de prevención y, junto con el tema anterior, subrayan la necesidad de extender la información más allá del ámbito escolar.

---

<sup>372</sup> La mutilación genital femenina tiene cuatro formas principales, dependiendo del grado: clitoridectomía (remover el clítoris), la excisión (remoción parcial o total del clítoris y labios menores, con o sin excisión de los labios mayores), la infibulación (estrechamiento de la abertura vaginal, con o sin extracción del clítoris) y todos los demás procedimientos de los genitales externos como perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital. OMS, "Mutilación genital femenina", <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>>, 22 de julio de 2012.

<sup>373</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 68.

<sup>374</sup> *Loc. Cit.*

## 5.2 ADULTAS MAYORES

El grupo poblacional de adultas mayores frecuentemente está ausente de las discusiones sobre mujeres y VIH/sida. Esto genera que en los servicios médicos nunca se tome en cuenta la posibilidad de infección por VIH.<sup>375</sup>

Hay muchos motivos por los cuales las adultas mayores tienen vulnerabilidad a la transmisión de VIH. En primer lugar, no hay información al respecto dirigida a este grupo, lo cual alimenta las demás condiciones de vulnerabilidad. En segundo lugar, como expliqué en el segundo capítulo, después de la menopausia los cambios corporales facilitan la entrada del virus. En tercer lugar, después de la menopausia, al no necesitar uso de anticonceptivos, se considera que no es necesario usar protección durante las prácticas sexuales. En cuarto lugar, no se aborda abiertamente ni la sexualidad, ni la violencia sexual de estas mujeres. Finalmente, en este grupo también es importante considerar la transmisión de VIH mediante el uso compartido de jeringas.<sup>376</sup>

En México no hay información con relación a las mujeres adultas y el VIH/sida. En el 2010, el INEGI registró 10,063,509<sup>377</sup> mujeres de más de 50 años, lo que corresponde a 9.1%<sup>378</sup> de la población total del país. Es imprescindible recolectar información que permita describir la situación de estas mujeres para diseñar información y recursos particulares que prevengan la transmisión del VIH en este grupo poblacional.

## 5.3 INDÍGENAS

En México, 6% de la población habla una lengua indígena.<sup>379</sup> La mayoría “comparte un perfil demográfico, es decir, son pobres y mantenidos al margen de los

---

<sup>375</sup> Liliana Bilevich de Gastrón, “HIV/AIDS and Violence: Implications for Older Women”, *The Multiple*, p. 46.

<sup>376</sup> *Ibid.*, pp. 46 – 47.

<sup>377</sup> INEGI, “Grupos de edad según sexo, 1950 a 2010”, <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

<sup>378</sup> INEGI, “Pirámides de población 2005 y 2010”, <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

<sup>379</sup> INEGI, “Población hablante de lengua indígena 1895 a 2010”, <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=21702>>, 24 de mayo de 2012.

beneficios del desarrollo económico, por ello son más propensos a la marginación política y legal, a poseer bajos índices de alfabetización y educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, empleos y a los conocimientos sobre la salud reproductiva y sexual.<sup>380</sup> Esto permite suponer que la población indígena puede ser sumamente vulnerable a la transmisión de VIH, sin embargo, “en ningún país latinoamericano encontramos información, ni cifras sobre el impacto del VIH/sida al interior de este grupo de la población. No obstante, los servidores públicos del sector salud suponen que la prevalencia es muy baja. Así, los pueblos indios de nuestro continente, en la práctica, han sido ignorados en el contexto de la epidemia porque de antemano no existen en la cabeza de los que deciden la política pública en la materia.”<sup>381</sup>

Un estudio realizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios (CDI) en conjunto con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social arroja resultados muy graves. Al 85% de la población indígena de México nunca se le ha ofrecido realizarse la prueba oportuna de detección de VIH y 56%, porcentaje de quienes pertenecen al programa Oportunidades, afirma que nunca ha recibido una plática sobre VIH/sida. La información sobre la epidemia es escasa e incorrecta. Sólo 30% identifican que el VIH se transmite sexualmente, prevaleciendo las falsas creencias de que se transmite por contacto casual o picadura de un mosquito.

Respecto al estigma y discriminación de las personas con VIH, los resultados del estudio tampoco son alentadores. Mientras que 52% consideran que una persona con VIH o sida no tienen derecho a tener relaciones sexuales, ni procrear, 50% encuentra un vínculo entre la promiscuidad y el uso de condones.<sup>382</sup> Estas concepciones sobre la sexualidad y la información incorrecta sobre el VIH demuestran que la población indígena ha estado rezagada en las campañas informativas y el acceso a prevención.

---

<sup>380</sup> Patricia Ponce Jiménez, “Pueblos indios y VIH/sida: nuevas miradas epidemiológicas, socioculturales y políticas públicas”, en Patricia Ponce Jiménez, Ricardo Hernández Forcada, Juan Alfonso Torres, Ana Luz Rascón Moreno, *El VIH y los pueblos indígenas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, p. 7.

<sup>381</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>382</sup> Ponce, *Op. Cit.*, pp. 13 – 15.

Hay datos sobre las comunidades indígenas (es indispensable particularizar estos datos en la diversidad étnica del país) que evidencian inequidad de género muy pronunciada. Por ejemplo, “25% de las indígenas entre 15 y 19 años están casadas frente a un 10% masculino. Casi la mitad de las embarazadas y en periodo de lactancia están anémicas y sólo una de cada cuatro mujeres tiene acceso a anticonceptivos a pesar de desearlo.”<sup>383</sup> Lo anterior representa para las mujeres una “triple desventaja en su capacidad de decisión al ser pobres, indígenas y mujeres.”<sup>384</sup>

Para poder hacer un diagnóstico de la relación entre el VIH/sida y mujeres indígenas primero es necesario recabar información sobre los valores y las concepciones sobre la sexualidad en cada comunidad.<sup>385</sup> Esto permite saber cuáles rasgos podrían ayudar a la prevención de VIH y cuáles la obstaculizan. Dichos datos son necesarios para determinar con precisión cuál es la situación de vulnerabilidad de las mujeres indígenas frente al VIH y diseñar medidas preventivas adecuadas.

Como la información sobre VIH/sida y comunidades indígenas es tan escasa, se toman como parámetro los datos sobre las zonas rurales. “Desde la aparición de los primeros casos de VIH en zonas rurales en 1986, el número de casos rurales de sida ha presentado un aumento sostenido. (Maier 2007; Magis Rodríguez, Bravo García, Et. Al., 2006) Ante la ausencia de un registro de datos epidemiológicos sobre el impacto de la epidemia entre la población indígena, este incremento de casos rurales se ha tomado como indicador de la forma en que el VIH afecta a este sector de la población”.<sup>386</sup>

Lo anterior es grave por varias razones. Primero porque la falta de datos específicos demuestra el poco reconocimiento e interés que representa este sector para el gobierno mexicano y sus instituciones. Segundo porque, “el aumento de casos de VIH/sida en zonas rurales de México ha sido acompañado por un mayor porcentaje de casos de transmisión heterosexual y un incremento en la razón de casos hombre/mujer respecto de los casos urbanos.”<sup>387</sup> Esto implica una alerta sobre

---

<sup>383</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>384</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>385</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 76.

<sup>386</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>387</sup> *Loc. Cit.*

las condiciones de vulnerabilidad que tienen las mujeres indígenas que, de no controlarse a tiempo, pueden significar una merma importante en su salud y en la expansión de la epidemia. Tercero, porque no toda la población que vive en zonas rurales es indígena y también hay indígenas en zonas urbanas. No se puede, entonces, extrapolar datos suponiendo que población rural es sinónimo de indígenas. Finalmente, también es importante diferenciar entre zona rural, comunidad indígena y personas migrantes. “Muchos investigadores (as) creen que al desarrollar pesquisas y programas para los migrantes o población rural se está tomando en cuenta a los pueblos indios, pero esto no es así porque se ignora su especificidad sociocultural en un país marcado por la discriminación y el racismo.”<sup>388</sup> Si bien hay quienes que cumplen las tres características: viven en zona rural, son indígenas y migrantes, no sucede lo mismo con todas las personas. Si estas diferencias no se toman en cuenta, las campañas de prevención no serán exitosas porque no abordarán de manera precisa el tema.

#### 5.4 MIGRANTES Y PAREJAS DE MIGRANTES

Actualmente, las mujeres se enfrentan al fenómeno migratorio, no sólo como esposas de migrantes, sino que ellas también salen de sus comunidades de origen. En ambos planos, su calidad de migrantes las hace vulnerables al VIH.

Cuando las mujeres emigran recorren un camino muy difícil donde las prácticas sexuales son una constante. Éstas se realizan en diversas modalidades: “se enfrentan a violaciones, abusos sexuales, intercambio de sexo por protección o por ayuda para avanzar en el camino hacia los lugares de destino. Muchas veces también en la necesidad de realizar trabajo sexual de forma temporal y, en ocasiones, son víctimas de redes delictivas dedicadas a la trata de personas.”<sup>389</sup> En estas condiciones, las mujeres migrantes presentan una vulnerabilidad muy pronunciada a ITS, incluido el VIH. No se trata sólo de las prácticas sexuales, sino de la falta de recursos, acceso a servicios y el abuso a sus derechos. “La representación social de la mujer migrante corresponde a una mujer disponible y dispuesta a tener relaciones

---

<sup>388</sup> Ponce, *Op. Cit.*, p. 11.

<sup>389</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 68.

sexuales; pues al viajar de forma indocumentada y con escasos recursos económicos y sociales, se asume que el sexo puede ser su único recurso disponible para su supervivencia, para facilitar el tránsito, pero también como parte de un comportamiento social esperado.”<sup>390</sup> De esta forma, las mujeres que migran tienen muy poca capacidad de tener prácticas sexuales seguras o negarse a tener actividad sexual.

También las mujeres que son parejas de hombres que emigran tienen vulnerabilidad al VIH. Sin importar cuánto tiempo pasan fuera de la comunidad los migrantes, las parejas se siguen sintiendo comprometidas entre sí, es decir, no consideran que su estado civil cambia. “Desde la perspectiva de las mujeres, la relación de pareja en situación de migración se sostiene porque hay buenos esposos y/o buenas esposas. [...] La buena esposa es la que atiende al compañero, hace la comida, tiene la ropa lista, asea la casa y cuida a los niños en ausencia y presencia del compañero, pero también es quien es fiel a su esposo.”<sup>391</sup> En esto se ve cómo los roles de género se mantienen siendo el hombre el proveedor económico y la mujer quien se ocupa del trabajo doméstico. Sin embargo, es cierto que una vez que las mujeres se quedan solas tienen que asumir decisiones y responsabilidades que tradicionalmente compartían con sus parejas, lo cual les otorga cierto grado de autonomía que siempre tiene un carácter temporal, es decir, dura mientras el migrante esté fuera. “No se puede hablar de que la mujer en ausencia del esposo se ha empoderado porque cuando regresa, se reacomodan los papeles, y además ella no reivindica el rol de cuidado pleno que ella tiene en ausencia del compañero, sino que acata esa redistribución de una forma u otra.”<sup>392</sup>

Aunque la ausencia del migrante sea una oportunidad para el empoderamiento de su pareja, las mujeres no consiguen una modificación a los roles tradicionales de género, lo que las coloca ante la vulnerabilidad al VIH que experimentan la mayoría de las mujeres heterosexuales. No obstante, la particularidad entre ellas es que la

---

<sup>390</sup> René Leyva, Marta Caballero, *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/sida en mujeres compañeras de migrantes*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009, p. 25.

<sup>391</sup> *Ibid.*, pp. 61 - 62.

<sup>392</sup> *Ibid.*, p. 63.

situación de sus parejas al emigrar y sus comportamientos agravan la vulnerabilidad al VIH de las mujeres compañeras de migrantes.

Muchos de los hombres que emigran tienen prácticas sexuales en su estancia en el extranjero, pero frecuentemente lo niegan. Cuando regresan a sus comunidades de origen exponen a sus compañeras a la transmisión de ITS. Muchas mujeres tienen confianza hacia su pareja, por lo que no se perciben en riesgo.<sup>393</sup> “La confianza en la pareja se construye culturalmente como un atributo femenino y representa un valor importante en la interacción hombre-mujer, especialmente en contextos donde las mujeres tienen escaso acceso a recursos de apoyo social y económico.”<sup>394</sup>

Quienes sí aceptan estar en riesgo de contraer VIH u otras ITS consideran que cuidarse durante las relaciones sexuales implicaría aceptar la posibilidad de infidelidad por parte de su pareja (lo que representa el desmoronamiento de la idea de “buen esposo”) y negociar medidas de protección que generalmente no son aceptadas por los hombres. Sugerir el uso del condón como medida preventiva para evitar ITS supone para el migrante que su pareja no confía en él por lo que no lo acepta, aunque sí se use como método anticonceptivo. De hecho, son pocas las mujeres que reportan haberlo usado.<sup>395</sup>

La situación a la que se enfrentan las mujeres parejas de migrantes implica vulnerabilidad al VIH, pero también indica que ellas han logrado avanzar, aunque sea mínimamente, hacia una relación de pareja más equitativa y menos anclada en los roles tradicionales de género.

La inequidad en las relaciones de género tiene una clara muestra en la forma de preservar la relación de pareja subordinada a lo que diga el varón, quien sí puede tener relaciones con otras parejas en EUA, mientras que esto es una situación impensable para algunas mujeres que se quedan en la comunidad. El cuestionamiento de la mujer al comportamiento sexual de su pareja de todas maneras expresa cierta capacidad para enfrentar situaciones que para ella representan malestar y que son valoradas como situaciones de riesgo a su salud, sobre todo ante la posibilidad de transmisión de VIH. A pesar de que esta búsqueda de información y este inicio de diálogo no prosperaron,

---

<sup>393</sup> *Ibid.*, p. 74.

<sup>394</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>395</sup> *Ibid.*, pp. 74, 76.

se puede considerar como una búsqueda de cambio en las relaciones de pareja que en otras condiciones sociales no emerge.<sup>396</sup>

Sin duda, esto debe aprovecharse como un área de oportunidad de empoderamiento de las mujeres que permita, entre otras cosas, que sus encuentros sexuales sean seguros y eviten la transmisión de VIH y otras ITS.

#### 5.5 MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES; MUJERES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES

Como ya he explicado, las construcciones de la feminidad y la masculinidad se basan en la heteronormatividad y esto ha permeado el abordaje del tema de VIH y mujeres. Por esta razón, hay muy poca información sobre la relación entre las MSM, las MSHM y el VIH/sida y menos aún esfuerzos de prevención.

En Estados Unidos, los sistemas de clasificación de datos no permiten una correcta categorización de los casos de transmisión de VIH. Cuando una mujer tiene contacto sexual con un hombre inmediatamente se clasifica dentro de la categoría de heterosexual sin importar cuántos contactos sexuales haya tenido con mujeres, ni cuál sea su identidad sexual. Estos errores en la clasificación de información perpetúan la invisibilidad de las MSM y del riesgo que tienen de contraer VIH.<sup>397</sup>

Las MSM y las MSHM son discriminadas por sus preferencias sexuales, lo que contribuye a su vulnerabilidad social que incide en su vulnerabilidad al VIH. En primer lugar, hay muchas mujeres, especialmente jóvenes, que tienen sexo con hombres para convencer a sus familias de que son heterosexuales, cuando no lo son.<sup>398</sup> En ese sentido, se enfrentan a la vulnerabilidad que tienen las mujeres heterosexuales. En segundo lugar, aun cuando abiertamente reconozcan tener prácticas sexuales con mujeres, son víctimas de violencia (estigma, estrés, suicidios, etc...) y discriminación en los servicios, sobre todo los de salud.<sup>399</sup> No hay datos en México, al respecto, pero en Estados Unidos se observa que en comparación con las mujeres heterosexuales, las MSM están en menor medida aseguradas y tienen menos

---

<sup>396</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>397</sup> *HIV Risk.*, pp. 11 – 12.

<sup>398</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>399</sup> *Loc. Cit.*

posibilidades de pagar servicios de salud y de acceder a medicina preventiva.<sup>400</sup> Al ser un grupo altamente estigmatizado e invisibilizado enfrentan necesidades muy particulares que se deben abordar en todos los temas, incluida la prevención del VIH.

Es impostergable hacer investigaciones sobre el tema en México. No existen datos que reflejen la situación en la que viven las MSM y las MSHM en el país; tampoco están contempladas en las estadísticas de CENSIDA. Esto es una omisión muy grave que perpetúa la exclusión y vulnerabilidad de estas mujeres.

## 5.6 PAREJAS SERODISCORDANTES

Una pareja serodiscordante significa que uno de los miembros tiene VIH y el otro miembro no. Aunque es una situación que ocurre con mucha frecuencia, generalmente el término se utiliza cuando ambas personas saben su status serológico. La existencia de estas personas implica retos importantes para la prevención del VIH en dos sentidos principalmente: primero, el contar con información y habilidades eficaces para tener prácticas sexuales seguras y, segundo, el respeto a los derechos de las personas con VIH, especialmente sus derechos sexuales y reproductivos.

En México, hay muy pocos datos sobre las personas que forman parte de una pareja serodiscordante, lo que conlleva a una falta de información y servicios adecuados. Algunas mujeres reportan una carencia importante de servicios de salud sexual para parejas serodiscordantes.<sup>401</sup> Esto obstaculiza la prevención si las personas no cuentan con los recursos necesarios para protegerse, lo cual merma su salud, la de sus parejas y facilita la transmisión de VIH. También puede reforzar la discriminación al no combatirse las falsas creencias alrededor de la sexualidad y el VIH, lo que, en muchas ocasiones, puede traducirse en violaciones a los derechos de las personas con VIH y sus parejas.

Es necesario enfatizar la importancia de defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Ellas deben tener la libertad de “decidir sobre su fertilidad con base en información actualizada y a la atención médica necesaria para

---

<sup>400</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>401</sup> Kendall, *Op Cit.*, p. 105.

llevar a cabo estas decisiones con el menor riesgo posible a su salud, la de su pareja y la de un futuro hijo.”<sup>402</sup>

Además, se necesita que los servicios de salud y consejería atiendan a la persona seropositiva, pero, al mismo tiempo, tomen en cuenta las necesidades específicas de la pareja. En este sentido, no se han incorporado acciones para que las mujeres accedan a servicios cuando es el hombre quien tiene VIH. “En las parejas donde la mujer no tiene VIH/sida, los servicios de salud se centran en atender a los varones y es probable que no le ofrezcan a las mujeres información y servicios relacionados con el ejercicio de una sexualidad sana, incluyendo acceso a condones.”<sup>403</sup> Las estrategias deben ser conjuntas para quien tiene el virus y para quien no.

## 5.7 TRABAJADORAS SEXUALES<sup>404</sup>

Las trabajadoras sexuales fueron uno de los primeros grupos que se estigmatizó cuando empezó la epidemia del sida. Si ya eran socialmente marginadas, la aparición de la enfermedad sirvió para reforzar la discriminación, por lo que se convirtieron en uno de los mal llamados grupos de riesgo. A pesar del paso del tiempo, las trabajadoras sexuales siguen siendo víctimas de abusos y maltratos que les impiden gozar de derechos afectando directamente su calidad de vida y, por ende, su salud.

Para prevenir la transmisión de VIH entre trabajadoras sexuales se plantean como medidas viables la erradicación del trabajo sexual o la reducción de la demanda. No obstante, por un lado, erradicar el trabajo sexual no es apropiado, ni posible para los programas de salud pública; por otro, no hay evidencia de que las políticas para terminar la demanda reduzcan la transmisión de VIH, ni mejore las condiciones de vida de las trabajadoras sexuales.<sup>405</sup>

Para poder prevenir eficazmente la transmisión de VIH en su contexto laboral, las trabajadoras sexuales necesitan dejar de ser víctimas de discriminación, el respeto

---

<sup>402</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 90.

<sup>403</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>404</sup> Cualquier programa diseñado para abordar las necesidades de las trabajadoras sexuales debe reconocer la diferencia entre trabajo sexual voluntario y trata de personas. Véase *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, Suiza, 2011, pp. 17 – 21. (En adelante, *The Report.*)

<sup>405</sup> *Ibid.*, p. 10.

pleno a sus derechos, acceso a servicios de salud, a información, a condones y lubricantes. Sin embargo, en México, “las políticas públicas dirigidas a mejorar sus condiciones de trabajo y de vida siguen siendo una asignatura pendiente.”<sup>406</sup>

También hay que enmarcar el trabajo sexual dentro de dinámicas de poder. Si bien la responsabilidad de concertar una práctica sexual protegida es de ambas partes, los clientes tienen más poder que las trabajadoras sexuales.<sup>407</sup> Esto debe modificarse para que estas mujeres puedan exigir el uso del condón, ejercer su profesión sin riesgos y acceder a derechos. Además, deben eliminarse las redadas policíacas donde la posesión de condones se toma como muestra de trabajo sexual y, por ende, las mujeres que los tienen son arrestadas.<sup>408</sup>

Un hecho que pocas veces se toma en cuenta es que las trabajadoras sexuales también tienen prácticas sexuales en su vida privada. “Al igual que las otras mujeres que no realizan trabajo sexual, las trabajadoras sexuales comparten la vulnerabilidad de género dentro de las relaciones con sus parejas estables.”<sup>409</sup> Esto significa que, en muchos casos, las mujeres no pueden negociar, ni exigir sexo seguro, por lo tanto, su vulnerabilidad al VIH proviene tanto de las condiciones de su ocupación, como de sus relaciones personales. Al ser un tema poco tratado, es imposible distinguir en qué ámbito tienen mayor vulnerabilidad, sin embargo, hay datos que apuntan que sus relaciones personales las dejan más expuestas al VIH. “Los significados relacionados con la confianza, el amor y la compenetración dentro de la relación de pareja duradera implican una barrera para el uso del condón, especialmente con las parejas afectivas o personales de las mujeres que se dedican al trabajo sexual.”<sup>410</sup> Queda de manifiesto, entonces, que sin importar la profesión, las mujeres tienen vulnerabilidad al VIH muy pronunciada que debe combatirse.

---

<sup>406</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 61.

<sup>407</sup> *The Report*, p. 12.

<sup>408</sup> *Ibid.* p. 10.

<sup>409</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 62.

<sup>410</sup> *Loc. Cit.*

## 5.8 TRANSGÉNERO

Las mujeres transgénero son una realidad ignorada y discriminada, lo cual dificulta el acceso a servicios y la garantía de sus derechos. Independientemente de su identidad genérica, “lo primordial en el caso de las mujeres transgénero es que ellas presentan la misma vulnerabilidad de las demás mujeres, ya que precisamente es en el plano social donde ellas se viven como mujeres. Por otra parte, las mujeres transgénero tienen vulnerabilidad de las personas que son receptoras en el acto sexual anal con un hombre y, a veces, también vaginal, cuando han optado por la cirugía.”<sup>411</sup>

Al ser un tema tan complejo, el diseño de campañas de prevención requiere de información sobre esta población, así como de sus necesidades. Tampoco existen en México estudios profundos sobre las mujeres transgénero que permitan describir un panorama de su situación. Lo que sí se puede saber es que se enfrentan a discriminaciones constantes, exclusión familiar y laboral, agravios recurrentes de parte de cuerpos policíacos y la ausencia de servicios médicos específicos para sus necesidades.<sup>412</sup>

Otro tema importante para las mujeres transgénero que debe atenderse inmediatamente es la relación entre el uso de antirretrovirales y de tratamientos hormonales. “Se sabe poco sobre el posible riesgo que las mujeres transgénero que viven con VIH/sida podrían enfrentar en cuanto a problemas en la compatibilidad de los tratamientos antirretrovirales y el uso de hormonas para la feminización del cuerpo. Asimismo, las mujeres transgénero que viven con VIH podrían tender a una menor adherencia a los regímenes antirretrovirales debido a creencias relacionadas con la posibilidad de lipodistrofia.”<sup>413</sup> Sin estudios al respecto, es imposible proveer a las mujeres transgénero de la información, capacitación y servicios adecuados a sus necesidades.

---

<sup>411</sup> *Ibid.*, p. 78.

<sup>412</sup> *Loc. Cit.*

<sup>413</sup> *Loc. Cit.*

## 5.9 TRANSMISIÓN PERINATAL

Comúnmente se considera que la salud de las mujeres es equivalente a la salud materna, pues una característica del rol femenino que se ha construido socialmente es que las mujeres deben ser madres. Esto es discriminatorio para las mujeres porque la maternidad debe ser una decisión libre y porque la salud de quienes voluntariamente se convierten en madres no debe subordinarse a la salud materna.

Muchas mujeres se enteran de su status serológico cuando están embarazadas.<sup>414</sup> Esto pone en riesgo su salud y la de su bebé dejándolas muy vulnerables a discriminaciones. En primer lugar, la mujer embarazada con VIH debe poder acceder a información y consejería que le permita decidir si continuar o no con su embarazo (debe existir la posibilidad de aborto seguro y legal), los tratamientos disponibles para ella así como las acciones necesarias para evitar la transmisión a su bebé (antirretrovirales, formas de parto, alternativas a la leche materna, etc...). En segundo lugar, para aquellas que deciden continuar con su embarazo, la salud de la madre debe ser la prioridad y después evitar la transmisión de VIH al feto.

## 6. MUJERES: IGUALES, PERO DIFERENTES

Al listar y describir situaciones particulares de las mujeres mexicanas no agoté todas las posibilidades. En primer lugar, faltan tanto las mujeres reclusas<sup>415</sup> como las UDI. La omisión se debe a la carencia absoluta de información sobre ellas. En segundo lugar, una categorización de esta naturaleza nunca debe traducirse en pensar que una mujer sólo puede estar colocada en un grupo. Hice dicha clasificación para facilitar la exposición de la información y su comprensión, pero enfatizo que una misma mujer puede encontrarse en dos o más de las situaciones que presento. En este sentido, considero que el sistema estadístico prevaleciente es impreciso porque no considera este traslape de situaciones particulares y encasilla a

---

<sup>414</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 102.

<sup>415</sup> “Durante los años noventa, el grupo de mujeres mexicanas con la prevalencia de VIH más alta eran las reclusas (1.4%).” Betania Allen Leigh, Pilar Torres Pereda, “Género, poder y VIH/sida en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias”, en Córdova, *Op. Cit.*, p. 276.

las mujeres en categorías estáticas, lo que desdibuja la verdadera situación de la epidemia de VIH/sida.

También es necesario aclarar que la clasificación de grupos en las que pueden dividirse las mujeres no implica regresar al enfoque de grupos de riesgo. Lo que demostré es que cada situación merece información y tratamiento particular de manera que una mujer pueda ver todas las formas en las que puede ser vulnerable al VIH, percibiendo cuál es su grado de riesgo ante la infección. Además, para el gobierno es indispensable considerar estas necesidades específicas para lograr programas de prevención verdaderamente eficaces.

Finalmente, otra aclaración es pertinente, reitero que las mujeres no son un grupo homogéneo. Como establecí, sus necesidades frente a la prevención de VIH, son distintas, pero también el acceso a recursos, servicios y el nivel de empoderamiento varían enormemente. Además de la vulnerabilidad por ser mujeres, cada mujer enfrenta una vulnerabilidad específica de acuerdo a otras condiciones estructurales que la pueden poner en mayor desigualdad.<sup>416</sup> Esto es un hecho que tampoco debe ignorarse en la elaboración de políticas públicas de prevención; para eso sirve aplicar la perspectiva de género porque conlleva entender y reconocer la vulnerabilidad que tienen las mujeres ante el VIH, pero reconociendo que entre ellas tienen diferencias y necesidades particulares que también deben ser incluidas.

---

<sup>416</sup> Garibi, *La introducción*, pp. 46 – 48.

## CAPÍTULO IV: ¿CÓMO DISEÑAR POLÍTICAS PÚBLICAS EFICACES PARA PREVENIR DE VIH A MUJERES?

En este capítulo retomo el análisis e investigación que hice a lo largo de la tesis para sustentar mi propuesta. Explico y argumento cuál es el enfoque de perspectiva de género que considero más útil para la prevención de VIH en mujeres mexicanas. Además, propongo algunos elementos que considero elementales para las políticas públicas en este sentido. Finalmente, describo algunas acciones que deben ejecutarse a la par de las estrategias de prevención para lograr el objetivo deseado.

### 1. ENFOQUES PARA ABORDAR EL VIH/SIDA A PARTIR DEL GÉNERO

A partir de la perspectiva de género, las organizaciones de la sociedad civil, programas de gobierno y políticas públicas han utilizado distintos enfoques para enmarcar las acciones preventivas de VIH. Desafortunadamente, aun cuando algunos de estos programas incorporen la categoría de género no todos han resultado benéficos o, en el peor de los casos, han sido dañinos.

Geeta Rao Gupta <sup>417</sup> reconoce que en las relaciones heterosexuales hay desigualdad de poder que favorece a los hombres. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres tienen vulnerabilidades específicas frente al VIH debido a su socialización como entes masculinos y femeninos, respectivamente. Como generalmente no se reconoce la vulnerabilidad de cada sexo, muchos de los esfuerzos para contrarrestar la epidemia han contribuido a generar una imagen del hombre violento e irresponsable en contraste con una mujer víctima sin ningún poder.<sup>418</sup>

---

<sup>417</sup> Geeta Rao Gupta es una ciudadana norteamericana de origen hindú y doctora en Psicología Social. Actualmente, es la Directora Ejecutiva Adjunta del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Entre 1996 y 2010 fue la directora del Centro Internacional de Investigación sobre las Mujeres (ICRW), donde ha trabajado desde 1988. Es experta en la vulnerabilidad de las mujeres frente al sida.

<sup>418</sup> Gupta, "Gender, Sexuality", p. 9.

La autora hizo una clasificación entre los diferentes programas para prevenir y tratar VIH y sida.<sup>419</sup> Una primera perspectiva ocurre en el ámbito de la salud pública. Se reconoce que el género tiene un papel importante en la epidemia, pero únicamente hablan del sexo seguro, sin incorporar nociones como salud sexual, placer y derechos. La autora juzga esta perspectiva como nociva. La segunda perspectiva es la neutral al género, que se considera que no hace daño porque no incluye conceptos que refuerzan los roles de género. Sin embargo, falla en dirigir sus esfuerzos de manera diferenciada entre los sexos. La tercera perspectiva es la sensible al género que reconoce que hay que dirigirse de manera distinta a hombres y mujeres porque tienen distintas vulnerabilidades. Esta perspectiva toma en cuenta que el condón masculino depende de que el hombre quiera usarlo, por eso, promueve el uso del condón femenino. La falla de este tipo de enfoques está en que prácticamente no hacen nada para promover cambios en las condiciones que causan las desigualdades entre hombres y mujeres.<sup>420</sup> La cuarta perspectiva es la transformativa que busca cambiar los roles de género para fomentar relaciones de género igualitarias. Trabajan tanto con hombres como con mujeres porque reconocen que ambos son parte fundamental y necesaria para enfrentar la epidemia.<sup>421</sup> Normalmente, trabajan con hombres jóvenes para promover en ellos actitudes y comportamientos de mayor igualdad respecto a las mujeres. También hay programas de este tipo que trabajan con parejas, en vez, de separar hombres y mujeres. Finalmente, la quinta perspectiva, empoderamiento, busca liberar a mujeres y hombres de los roles de género. Se enfoca en brindar información, herramientas, servicios y tecnología a las mujeres, pero también en fomentar entre ellas la participación en la toma de decisiones y que se identifiquen en un grupo que les sirva como fuente de poder.<sup>422</sup>

Aunque entre los enfoques hay diferencias, las últimas tres no son mutuamente excluyentes. Tomar en cuenta elementos de éstas puede servir para armar un

---

<sup>419</sup> *Ibid.*, pp. 9 - 11.

<sup>420</sup> Geeta Rao Gupta, Daniel Whelan, Keera Allendorf, *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes. A Review Paper*, Suiza, WHO, 2003, p. 33. (En adelante, Gupta, "Integrating".)

<sup>421</sup> *Loc. Cit.*

<sup>422</sup> Gupta, "Gender, Sexuality", pp. 9 - 11.

programa de prevención, apoyo y tratamiento más exitoso, no sólo contra el VIH, sino para alterar la desigualdad de poder entre los sexos.<sup>423</sup>

## 2. MI PROPUESTA

La clasificación anterior es muy útil para saber qué tipo de enfoque de perspectiva de género se le imprimirá a las políticas públicas de salud. Considero que los enfoques más útiles y eficaces para la prevención del VIH entre mujeres mexicanas son el transformativo y el de empoderamiento. Es indispensable eliminar de raíz la desigualdad que existe entre las condiciones de vida de las mujeres y los hombres provocando un cambio en las relaciones en sendos grupos. Esta transformación necesariamente implica el empoderamiento de las mujeres de manera que la relación de poder que subordina lo femenino a lo masculino se elimine. Aunque, en la tesis argumento que la aplicación de este enfoque de perspectiva de género es necesaria para hacer más eficaz la prevención de VIH entre mujeres, el uso de esta herramienta de análisis, aplicada al caso de los hombres, serviría también para mejorar la estrategia de prevención entre ellos.

### 2.1 ENFOQUE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA TRANSFORMAR

Sostengo que para poder combatir la transmisión del VIH entre mujeres es fundamental eliminar la idea de que la prevención tienen que dirigirse únicamente hacia el cambio de comportamientos individuales. Esta idea ha prevalecido en las campañas de prevención de VIH que ha elaborado el gobierno mexicano desde el principio de la epidemia, aunque se ha revelado incapaz de frenar las nuevas infecciones tanto en hombres, como en mujeres. Por eso, un abordaje eficaz para la prevención de VIH debe tomar en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres y cómo ésta incide en que sus prácticas sexuales no sean seguras.

Reconocer que las mujeres tienen esta vulnerabilidad es fundamental, pero sólo es el primer paso. Quienes se estancan en esta idea, destinan a las mujeres un

---

<sup>423</sup> *Loc. Cit.*

papel de víctimas sin capacidad de acción, mientras que a los hombres se les encasilla como culpables.<sup>424</sup> La división no es simple, ni todos los hombres son opresores, ni todas las mujeres son víctimas.<sup>425</sup> Esta idea no ayuda a combatir la transmisión de VIH, ni a cambiar la desigualdad existente entre hombres y mujeres, además de borrar la existencia de otras estructuras sociales que distribuyen inequitativamente el poder y el acceso a recursos.<sup>426</sup>

Lo que se busca entonces es empoderar a las mujeres, es decir, dotarlas de recursos y habilidades que les permitan equilibrarse respecto a los hombres, lo cual significa transformar las relaciones de género. Esto no debe interpretarse como una carga extra de responsabilidad a las mujeres, para lograr que hombres y mujeres se relacionen con igualdad, ambas partes deben responsabilizarse. El empoderamiento es relacional, es decir, uno se empodera en relación a otro. Por lo tanto, es indispensable incorporar a los hombres en el proceso de empoderar a las mujeres.<sup>427</sup>

Por eso, reitero que mi propuesta es aplicar en la prevención de VIH en mujeres un enfoque con perspectiva de género que busque empoderar a las mujeres y transformar las relaciones entre hombres y mujeres. Esto es útil para frenar la transmisión de VIH porque busca combatir la raíz del problema –la vulnerabilidad sociocultural de las mujeres– para que pueda lograrse el cambio de comportamientos individuales de riesgo tanto en hombres como en mujeres. No hay que olvidar que al tratarse de una ITS, hay dos partes involucradas: hombres y mujeres. Independientemente de su orientación sexual, si no se busca que ambos

---

<sup>424</sup> Jenny A. Higin, Susie Hoffman y Shari L. Dworkin afirman que reconocer que las mujeres tienen vulnerabilidad biológica y social frente al VIH ha creado el denominado paradigma de la vulnerabilidad. Si bien reconocer esto ha sido benéfico, consideran el paradigma se equivoca en no señalar que también los hombres tienen una vulnerabilidad particular frente al VIH. Jenny A. Higin, Susie Hoffman, Shari L. Dworkin, "Rethinking Gender, Heterosexual Men, and Women's Vulnerability to HIV/AIDS", *American Journal of Public Health*, 100 (2010), p. 435.

<sup>425</sup> Higin, *Op. Cit.*, p. 441.

<sup>426</sup> *Ibid.*, p. 437.

<sup>427</sup> Anda Samson, "Lack of Empowerment: A driving force behind the HIV and Violence Against Women Epidemics", *The Multiple*, p. 19.

grupos tengan la capacidad de responsabilizarse sobre su salud y la de su pareja o parejas sexuales, no se va a frenar la transmisión del VIH.

Si bien las mujeres como grupo están des-empoderadas frente a los hombres, no podemos hablar de una homogeneidad entre las mujeres (ni entre los hombres<sup>428</sup>). El hecho de “ser sujeto implica estar sujetado a construcciones culturales, históricas, económicas y políticas.”<sup>429</sup> Las mujeres viven en condiciones distintas y esa diversidad proviene de la clase social, etnia, orientación sexual, nivel educativo, lugar de origen, edad, etc... Estas características constituyen estructuras de poder que se suman a la de género. La manera en que las distintas estructuras atraviesen a una mujer expandirá o limitará sus prácticas sociales<sup>430</sup> y posibilidades de acción. La consecuencia lógica de este hecho es que hay mujeres más vulnerables que otras e incluso hombres más vulnerables que algunas mujeres. De esta manera, habrá mujeres que más fácilmente puedan cambiar su comportamiento individual para prevenirse del VIH y otras que no.

Tomar en cuenta las diferencias entre las mujeres implica que las políticas públicas que se diseñen e implementen deben ser culturalmente apropiadas. El entorno cultural influye fuertemente en las personas, aunque cada quien traduce esa influencia de forma distinta.<sup>431</sup> Reconocer que existen contextos distintos es de vital importancia para lograr la eficacia de las acciones de prevención de VIH. Hay que tomar en cuenta las ideas y valores que los grupos manifiesten alrededor del VIH

---

<sup>428</sup> Para poder cambiar la imagen de las mujeres como víctimas y evolucionar a mujeres con capacidad de acción es necesario que se trascienda de únicamente culpar a los hombres y analizar el papel de las estructuras sociales que controlan a las mujeres y también oprimen, aunque de distinta manera, a los hombres. V. Magar, G. Storer, “Sexing development and relocating gender: An organisational case study”, *Global Public Health*, 4 (2009), p. 435.

<sup>429</sup> Víctor Manuel Aguirre, “Biopoder: SIDA y VIH-olencia contra las mujeres”, en Ana María Tepichin, Karine Tinat, Luzelena Gutiérrez de Velasco (Coord.), *Los grandes problemas de México. Relaciones de Género*, México, El Colegio de México, 2010, p. 202.

<sup>430</sup> Dworkin, *Art. Cit.*, p. 618.

<sup>431</sup> Marcela Rafaelli, Mariana Suárez-Al-Adam, “Reconsidering the hiv/aids Prevention Needs of Latino Women”, en Nancy L. Roth, Linda K. Fuller (Ed.), *Women and AIDS: negotiating safer practices, care and representations*, Nueva York, Harrington Park, 1998, p. 10.

porque éstas condicionan la viabilidad de los esfuerzos preventivos.<sup>432</sup> No se trata de pensar que estas particularidades socioculturales siempre limitan los resultados, sino que más que verse como obstáculos, las normas, valores y actitudes culturales deben usarse como facilitadoras para que los programas de prevención sean más efectivos.<sup>433</sup>

Por eso, es importante que las políticas públicas se diseñen y ejecuten con la participación directa de personal multicultural que logre alcanzar el espectro amplio de la población mexicana y desarrollar materiales educativos eficaces para esos grupos. Para el proceso de elaboración de materiales se necesita que la población objetivo exprese qué cree que se necesita y en qué forma, que participe en el desarrollo de materiales y que sea en esa misma población donde se prueben los materiales antes de distribuirlos.<sup>434</sup>

## 2.2 NECESIDADES ESPECÍFICAS

Una vez logrado el reconocimiento de la vulnerabilidad de las mujeres, sin victimizarlas, y que entre ellas existen diferencias hay que atender las necesidades específicas: cómo abordar la prevención de VIH para adolescentes, adultas mayores, embarazadas, indígenas, migrantes, parejas de migrantes, MSM, MSHM, mujeres con otras ITS, mujeres víctimas de violencia (incluyendo violaciones sexuales), parejas serodiscordantes, reclusas, trabajadoras sexuales, transgénero, UDI y cualquier otra situación particular que pueda presentarse. No tomar en cuenta la diversidad de situaciones es muy grave: “una de las formas más comunes que adopta la discriminación contra las mujeres consiste en hacer invisibles sus necesidades particulares.”<sup>435</sup>

---

<sup>432</sup> Barbara G. Sosnowitz, “AIDS Prevention, Minority Women, and Gender Assertiveness”, en Schneider, *Op. Cit.*, p. 139.

<sup>433</sup> Rafaelli, *Op. Cit.*, p. 32.

<sup>434</sup> Yannick Durand, “Cultural Sensitivity in practice”, en Banzhaf, *Op. Cit.*, p. 89.

<sup>435</sup> Uribe, “La transmisión perinatal”, en Córdova, *Op. Cit.*, p. 79.

En este sentido, hace falta denunciar omisiones graves en la literatura del tema hacia algunos grupos de mujeres. No hay información sobre la población de mujeres recluida en cárceles, de MSM y MSHM, de mujeres transgénero, ni de UDI; la información sobre mujeres indígenas y trabajadoras sexuales es insuficiente. Hace falta abordar estos temas profundamente. El Estado como la institución que dirige las políticas de salud debería recopilar, organizar, sistematizar y publicar toda la información pertinente para hacerle frente a la epidemia.

Otro asunto pendiente es abordar los casos múltiples de transmisión, es decir, hay mujeres que pueden enfrentarse a dos o más tipos de vulnerabilidad al VIH. Están aumentando el número de mujeres que están relacionadas al VIH por distintas vías, pero no hay protocolos para atender casos de múltiple vinculación, ni siquiera para clasificarlos en las estadísticas sobre la epidemia.<sup>436</sup> Sólo mejorando esto se pueden delinear las estrategias de prevención adecuadas que aborden la incidencia de varias fuentes de vulnerabilidad al mismo tiempo.

También es fundamental que desde los programas de prevención de VIH en mujeres se combata la violencia de género que obstaculiza que puedan tener prácticas sexuales protegidas, así como acceder a recursos y servicios médicos. Algunos mensajes de prevención son muy irresponsables en promover cambios individuales de comportamiento sin tomar en cuenta la violencia que puede generar hacia las mujeres que intentan dichos cambios. Por eso, abordar el tema de la violencia es prioritario.

Un tema totalmente ausente de las campañas de prevención son las violaciones sexuales. No hay mensajes que señalen los derechos que tienen las mujeres en estos casos, ni las obligaciones del Estado para proteger su salud. Es indispensable generar consejerías que informen y acompañen emocionalmente a las mujeres que han sufrido violaciones para que puedan acceder a recursos como anticoncepción de emergencia y tratamiento antirretroviral (profilaxis post-exposición) evitando embarazos e ITS.

Cualquier política pública dirigida a prevenir la transmisión del VIH entre mujeres debe tener como premisa básica que la salud de las mujeres importa por sí

---

<sup>436</sup> Aguirre, *Op. Cit.*, p. 220.

misma. Generalmente, se hace mucho énfasis en la salud materna y se considera que ésta y salud de las mujeres son equivalentes. Esto conlleva la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, aspecto que debe ser combatido. En este sentido, evitar la transmisión perinatal del VIH es un objetivo deseable, pero es uno de muchos aspectos de la prevención del virus entre mujeres. En estos casos, la salud de las mujeres debe ser la prioridad y no sólo tratarlo en función del bebé. Para esto es indispensable brindar información y consejería para que las mujeres embarazadas tomen decisiones libres. Además, la consejería debe extenderse durante el periodo de embarazo y la lactancia.<sup>437</sup>

### 2.3 CONSIDERACIONES IMPORTANTES QUE DEBEN INCORPORARSE EN LA PREVENCIÓN

En primer lugar, deben desecharse los mensajes preventivos de corte moral como la abstinencia, la reducción de parejas sexuales y la fidelidad porque son recomendaciones basadas en juicios de valor. Estadísticamente, la abstinencia y la reducción de parejas sexuales necesariamente reducen la transmisión del VIH, pero no es un enfoque adecuado porque le imprime un carácter negativo a la sexualidad y la reduce a la reproducción. Promover la fidelidad ha resultado ser una medida muy dañina para las mujeres: quienes se apegan a la recomendación, no usan medidas de protección, pensando que sus parejas también serán monógamos, hecho que no sucede siempre.

En segundo lugar, las campañas de prevención de VIH requieren tratar a la sexualidad no sólo como un asunto médico, ni infundir temor debido a las ITS; es necesario reivindicar el papel del placer dentro de las prácticas sexuales. Muchas organizaciones y estrategias de prevención dejan de lado el placer y se centran en la enfermedad y el peligro. El discurso biomédico del VIH des-sexualiza la información y excluye acciones que promuevan los derechos de las personas y la justicia social.<sup>438</sup> La sexualidad es una parte importante de la vida de las personas que debe entenderse más allá de la lógica de la medicina. Retomar esta cara de las prácticas

---

<sup>437</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 105.

<sup>438</sup> V. Magar, *Op. Cit.*, p. 443.

sexuales es indispensable para hacer más atractivo el uso de las medidas de protección.

En tercer lugar, el acceso a medidas de protección es un pilar de cualquier estrategia de prevención de VIH. Generalmente, los mensajes se refieren siempre al condón masculino. Es indudable que éste es el método más eficaz para reducir la transmisión de VIH, pero no se hace explícita la existencia de condones femeninos que, aunque sean más caros y menos accesibles, es otra posibilidad que puede ser más fácilmente controlada por las mujeres, en comparación del condón masculino. Directamente ligado con el uso de los condones se encuentran los lubricantes a base de agua. Es necesario promover su utilización porque previenen de micro-lesiones y de rompimientos en el condón que facilitan la inserción del VIH.

Tampoco se menciona que los condones únicamente sirven en penetración vaginal o anal. Existen medidas de protección para otras prácticas sexuales (que pueden ocurrir en relaciones heterosexuales y homosexuales) como son las barreras y dedos de látex que protegen durante el sexo oral y penetraciones manuales ya sean en ano o vagina. Además, hace falta informar la necesidad de un uso responsable de juguetes sexuales para volverlos parte de relaciones sexuales seguras.

En cuarto lugar, es indispensable un combate frontal al estigma y la discriminación de las mujeres con VIH. Esto debe lograrse no sólo entre la población, sino principalmente desde las instituciones. El personal encargado de brindar atención y servicio a mujeres con VIH debe basarse en los derechos humanos atendiéndolas con un trato digno y de calidad.

En quinto lugar, es impostergable incluir en el proceso de diseño de políticas públicas de prevención a mujeres con VIH provenientes de distintos contextos. Incluir las mejora la eficacia de los esfuerzos preventivos porque permite conocer de primera mano las necesidades que tienen y los obstáculos que encuentran para mejorar su calidad de vida. Que haya una verdadera diversidad de involucradas abona para perfeccionar las campañas logrando que abarquen el abanico de ámbitos que debe atenderse.

En sexto lugar, es necesario eliminar el uso de etiquetas de identidad. Las campañas que van dirigidas a lesbianas o bisexuales pueden ser inútiles para un sector de mujeres que, aunque tengan relaciones con mujeres o mujeres y hombres respectivamente, no se identifiquen a sí mismas de esa manera. Por eso, como expliqué, considero mucho más útil hablar de MSM y MSMH que de lesbianas y bisexuales. “El reto es lograr abarcar no sólo a las personas que se han dotado de una identidad definida, sociabilizan en lugares identificados o han establecido vínculos de pertenencia grupal, sino también aquellas de difícil acceso por la situación de vulnerabilidad y aislamiento social en el que viven.”<sup>439</sup>

En séptimo lugar, las campañas de prevención deben, por un lado, erradicar la percepción que el sida equivale a la muerte y, por otro, hacer que esto no desincentive el uso de medidas de protección. Cuando inició la epidemia, el sida era una enfermedad mortal, pero actualmente, mediante los antirretrovirales, el VIH puede nunca desarrollarse en sida, por lo que se considera como un padecimiento crónico. Por eso, “que los médicos comparen el síndrome con la muerte es inhumano, médicamente incorrecto y desanima a las personas que viven con el virus a buscar alternativas para cuidar su salud y mejorar la calidad y tiempo de vida.”<sup>440</sup> Esto debe transformarse, pero sin que por ello, se desvanezca la importancia de tener prácticas sexuales seguras. “Se debe estar alerta para prevenir que esta percepción debilite la eficacia del mensaje preventivo como ha sucedido en otros países”.<sup>441</sup>

Finalmente, es fundamental enfatizar que las mujeres con VIH son ciudadanas con derechos. Aunque esta aseveración parece obvia es pertinente porque en muchos sectores, cuando se trabaja en torno al VIH/sida, se apela más a despertar sentimientos caritativos que a facilitar el acceso a derechos, bienes y servicios a los que tiene derecho la ciudadanía.<sup>442</sup>

---

<sup>439</sup> Brito, *Op. Cit.*, p. 285.

<sup>440</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 73.

<sup>441</sup> Brito, *Op. Cit.*, p. 293.

<sup>442</sup> *Ibid.*, p. 287.

## 2.4 ACCIONES CONJUNTAS PARA HACER LA PREVENCIÓN MÁS EFICAZ

Las políticas públicas de prevención de VIH para mujeres deben ir acompañadas de otras acciones para reforzar su eficacia. Listo las que me parecen imprescindibles:

- A) Se requiere que las mujeres puedan tener acceso a pruebas de detección oportuna de VIH con consejería. Una parte de los esfuerzos de prevención debe dirigirse a promover las pruebas y acercarlas a todas las mujeres del país.

“Las consejerías y pruebas voluntarias de detección del VIH han revelado su eficacia preventiva en múltiples evaluaciones y estudios, cuyos resultados confirman su contribución en la reducción de los riesgos de exposición a infecciones por parte de las personas que acuden a practicárselas [...] En México es restringido el acceso a pruebas voluntarias de detección. Debido a ello se ignora el número real de casos de infección por VIH.”<sup>443</sup>

Entonces, la detección oportuna permite contabilizar mejor los casos de mujeres con VIH, además de favorecer la prevención positiva,<sup>444</sup> que constituye el siguiente punto.

- B) El acceso a retrovirales no sólo ayuda a quienes ya tienen VIH para que no desarrollen sida, sino que baja los porcentajes de transmisión en caso de que una mujer con el virus tenga prácticas sexuales de riesgo. Esto sucede porque el tratamiento con estos medicamentos baja las cargas virales.
- C) Prevenir otras ITS es vital para frenar la transmisión de VIH entre las mujeres. Por eso, la promoción de las pruebas de detección entre quienes padecen una ITS es fundamental.<sup>445</sup>
- D) Mejorar la recolección y clasificación de datos para generar estadísticas más precisas que delineen la situación de las mujeres con VIH y sirvan de referencia para analizar hacia dónde debe dirigirse la prevención. Además, se necesita

---

<sup>443</sup> *Ibid.*, p. 280.

<sup>444</sup> Torres, *Op. Cit.*, p. 60.

<sup>445</sup> Kendall, *Op. Cit.*, p. 143.

una interpretación adecuada de estos datos. “Es importante que se consideren los cambios epidemiológicos desde una perspectiva de género tomando en cuenta los factores socioculturales de las poblaciones y no sólo se basen en factores numéricos, por ejemplo, en México se ha insistido en que las mujeres no son población suficientemente significativa para la prevención al basar estas estimaciones numéricamente.”<sup>446</sup>

- E) Las campañas de prevención de VIH para mujeres deben tener estrecha vinculación con las dirigidas a los hombres. Si no se les imprime la perspectiva de género a ambas, la transmisión de VIH no se podrá combatir, ni extinguir. El cambio en las relaciones de género sólo puede ocurrir involucrando tanto a hombres como a mujeres.
- F) El esfuerzo de prevención necesita estar acompañado de la transversalización de género en todas las áreas del gobierno para que la vulnerabilidad sociocultural de las mujeres se ataque de raíz.
- G) Un aspecto prioritario de la prevención debe ser la educación sexual. En ese sentido, la SEP tiene una responsabilidad mayúscula en lograr que se enseñe una educación sexual de calidad, sin tintes morales y acorde a la edad de los estudiantes. Quien recibe educación oportunamente puede incorporar prácticas sexuales seguras desde el inicio de su vida sexual. “Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la pre-adolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.”<sup>447</sup> La educación sexual no sólo previene de la transmisión del ITS y embarazos, sino de la proliferación de mitos y falsas creencias en torno a la sexualidad y el VIH/sida. Además, permite el ejercicio de una actividad sexual plena y libre.

---

<sup>446</sup> Garibi, “La compleja”, pp. 100.

<sup>447</sup> Uribe, “Respuesta”, p. 219.

## CONCLUSIONES

Desde su aparición, el sida es una enfermedad compleja que ha ocasionado epidemias en muchos países, así como una pandemia. La expansión tanto del virus como de la enfermedad no se debe exclusivamente a la falta de vacunas y tratamientos curativos; trasciende el campo de la medicina y se inserta en las ciencias sociales convirtiéndose en un problema de salud pública.

Los primeros casos de sida ocurrieron en hombres homosexuales y esto determinó la forma de estudiar y tratar la enfermedad. Pronto, el sida se presentó en otras personas, pero como la mayoría pertenecían a otros grupos socialmente marginados (trabajadoras sexuales, UDI, haitianos, hemofílicos), los casos fuera de estos segmentos de población o no se diagnosticaban o se descartaban como excepciones. Esto fue la base para definir qué era la enfermedad, quiénes estaban en riesgo y quiénes no. Las implicaciones de estas clasificaciones han sido muy profundas. Los grupos, que al inicio padecían el mayor número de casos de sida, los llamados grupos de riesgo, se estigmatizaron, lo que provocó que socialmente se volvieran más vulnerables. Pertenecer a esos grupos se entendía como un sinónimo de tener sida, como si todas las personas de esos grupos tuvieran la enfermedad y como si el resto de las personas no estuvieran en riesgo. Así, la población, fuera de estos grupos, tenía una falsa sensación de inmunidad. Lo más grave es que las autoridades médicas y gubernamentales lo asumieron y actuaron en este sentido. Las campañas de prevención se focalizaron, durante muchos años, en los grupos de riesgo agudizando en el resto de la población la idea errónea de que estaban exentos de la transmisión del VIH.

Ante esta construcción social y médica del sida, las mujeres quedaron divididas. Las trabajadoras sexuales constituían un grupo de riesgo, pero el resto de las mujeres no. Conforme han pasado las décadas, en todos los países, ha aumentado dramáticamente el número de mujeres con VIH y con sida. Aunque, poco a poco, se ha transitado de un enfoque de grupos de riesgo a estrategias más generalizadas no se ha logrado que las mujeres se perciban en riesgo de contraer VIH, ni como sujetos vulnerables a la transmisión del virus por su condición de género. En

ese sentido, considero que la falla fundamental de las estrategias de prevención radica precisamente en no reconocer esa vulnerabilidad. Es aquí donde las ciencias sociales adquieren un papel protagónico en el control de las epidemias de sida y, sobre todo, en la prevención de la transmisión del virus.

Incorporar las ciencias sociales a las investigaciones sobre el VIH/sida funciona porque permite entender que quienes están en riesgo frente el virus, quienes viven con VIH y quienes sí desarrollan la enfermedad son personas inmersas en un sistema social, económico y político. El lugar que ocupen dentro de estas estructuras incide directamente en la capacidad y habilidades de las que dispondrán para cambiar sus prácticas sexuales y de salud para eliminar el riesgo de contraer VIH. El grado de exclusión o inclusión social que tengan dictará las posibilidades de adquirir el virus y/o desarrollar la enfermedad.

Como grupo, las mujeres viven en condiciones de desventaja frente a los hombres, volviéndose vulnerables ante el VIH. Este hecho se reconoce cuando se analiza el fenómeno desde la perspectiva de género. La herramienta permite ver cómo el rol asignado socialmente a las mujeres las hace propensas a contraer el virus. No obstante, es fundamental reconocer que las mujeres no son un grupo homogéneo y la estructura de género no es la única que influye en una persona. Cada mujer al estar inserta en un sistema social, económico y político tiene distintas posibilidades, lo que implica que entre las mujeres hay muchas distinciones y, por lo tanto, necesidades más específicas que las dadas por el género. Para esto, también las ciencias sociales son indispensables porque permiten entender y modificar las estructuras en las que se desenvuelven las mujeres.

Partiendo del objetivo de prevenir de VIH a las mujeres mexicanas hace falta explorar a fondo cómo viven. Las mujeres en México tampoco constituyen un grupo homogéneo, entonces, caracterizarlas es el primer paso para profundizar en sus necesidades respecto al VIH/sida. Sólo cuando éstas se identifiquen se abre paso al quehacer político cuya finalidad será diseñar estrategias para eliminar la transmisión del virus. No obstante, el recuento histórico de la epidemia y la evaluación de la respuesta gubernamental son otros dos pasos indispensables para empezar a trazar nuevas políticas públicas.

Hoy en día, la epidemia de sida en México tiene casi tres décadas. Las mujeres mexicanas han adquirido el VIH mediante transfusiones sanguíneas y por contactos sexuales, la transmisión por drogas inyectables ha sido muy poca (aunque va en aumento). Al inicio de la epidemia, las autoridades mexicanas concentraron sus esfuerzos en disminuir las transfusiones sanguíneas contaminadas logrando que esta vía de transmisión fuera controlada y prácticamente eliminada. En la actualidad, hay muy pocos casos de transmisión por esta vía, lo cual aunque es positivo para toda la población, lo es más para las mujeres porque ellas fueron el grupo más afectado por las transfusiones de sangre contaminada.

A medida que este tipo de infecciones fue disminuyendo entre las mujeres, la transmisión por vía sexual fue cada vez más frecuente. En este ámbito, las estrategias implementadas para promover la prevención del VIH han sido ineficaces entre las mujeres, lo que se demuestra con el aumento de nuevos casos en mujeres y con la reducción de la brecha respecto a los nuevos casos de hombres.

A lo largo de la información y el análisis que presenté encontré dos ámbitos principales en los que la estrategia de prevención para las mujeres ha sido deficiente. En primer lugar, las estadísticas disponibles sobre casos de VIH y sida son insuficientes e imprecisas. ¿Cómo se pueden conocer las particularidades y dimensiones de la epidemia si no existen datos desagregados por sexo? Es inaceptable que no se pueda obtener información completa de la situación de las mujeres. La transmisión sexual del VIH es la vía predominante en México. Por lo tanto, que esta categoría no se encuentre dividida entre contactos homosexuales, heterosexuales y bisexuales es una omisión también inadmisible porque no permite establecer una estrategia preventiva eficaz. El no hacer esta diferenciación hace que los mensajes de prevención no sean específicos y, por lo tanto, los esfuerzos son inútiles.

Otro aspecto muy problemático de la clasificación de los datos es la omisión respecto a los casos múltiples. La transmisión puede haber ocurrido por distintas vías. En las estadísticas disponibles sobre la epidemia no hay un reconocimiento a estos casos lo que resta precisión a la información.

En segundo lugar, los mensajes de prevención en medios masivos de comunicación son muy generales. La información que presentan es sobre la enfermedad y las vías de transmisión, pero no ahondan en las formas de tener contactos sexuales seguros. Sólo en los últimos años se menciona explícitamente el condón, pero no detallan cómo se usa, su distinción entre femenino y masculino. Otros métodos de protección, para prácticas distintas a la penetración, están completamente ausentes. Tampoco hay un abordaje sobre las implicaciones de la negociación del sexo seguro; particularmente graves para las mujeres. Además, hay muchos anuncios que centrados en la transmisión perinatal, poniendo en un papel secundario la salud de las mujeres y dándoles toda la responsabilidad del cuidado de sus hijos (as). Por último, un tema de suma importancia y totalmente ausente es la violación sexual. Esto representa una situación de riesgo frente al VIH que se ignora y, por lo tanto, no hay información sobre las alternativas que tiene una mujer que sufrió violencia sexual. Este tema no puede quedar fuera de las estrategias de prevención.

En resumen, las cifras sobre VIH y sida no muestran una tendencia clara sobre el aumento de nuevas infecciones en mujeres, sobre todo, por las variaciones de los años recientes. Las estadísticas existentes tienen deficiencias que no permiten conocer el estado real de la epidemia para las mujeres. Mientras esto continúe no se puede dar una evaluación fidedigna de los resultados de las estrategias de prevención. Si a esto añadimos el análisis sobre los anuncios existentes podemos observar que hay grandes fallas que obstaculizan la reducción de la transmisión del VIH entre las mujeres.

Todo lo anterior demuestra que en México es prioritario cambiar la manera en que se ha conformado la prevención del VIH en mujeres. De ahí se deriva la propuesta de la tesis sobre las directrices que deben guiar la estrategia de prevención. Quienes la orquestarán son distintas instituciones gubernamentales, reforzando que el VIH/sida es un fenómeno complejo que trasciende el campo de la medicina.

Las directrices que planteé provienen de un análisis con perspectiva de género con un enfoque transformativo. Mi propósito es que la estrategia de prevención de VIH logre también debilitar las raíces de la desigualdad de las mujeres, empoderándolas y minando la jerarquía de género. Esto no significa desatender las

necesidades específicas de prevención que tienen los hombres. Los lineamientos que propongo son la base para una estrategia preventiva que debe entenderse como una parte de un programa global de prevención de VIH para toda su población mexicana: mujeres y hombres. En ese sentido, le quedan al Estado mexicano muchos pendientes para garantizar el derecho a la protección de la salud de su población en materia de VIH/sida.

La prevención tiene que dirigirse hacia dos frentes. El primero, donde generalmente se focalizan los esfuerzos, son aquellos grupos más afectados por la epidemia. El segundo, donde casi no se implementan las campañas, son aquellos grupos en donde la transmisión del VIH ha sido tradicionalmente menor a los grupos más afectados, pero que tienen condiciones de vulnerabilidad, especialmente, si las nuevas infecciones han ido en aumento.

En México, el número de mujeres con sida ha aumentado considerablemente, aunque las cifras de los últimos años suben y bajan constantemente. Los datos, sin embargo, no permiten saber si las nuevas infecciones de VIH en mujeres han aumentado. Lo anterior representa un reto mayúsculo para el gobierno en términos de prevención y control epidemiológico. Tener información precisa sobre la transmisión es el punto de partida para realizar un análisis social y político del contexto que permita formular políticas públicas de prevención eficaces y eficientes. De no hacerlo, es probable que la transmisión entre las mujeres mexicanas se agudice o, por lo menos, se disminuya drásticamente. Es responsabilidad del Estado mexicano el control y eliminación de la epidemia para garantizar el derecho a la protección de la salud de las mujeres.

## REFERENCIAS

## BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Víctor Manuel, “Biopoder: SIDA y VIH-olencia contra las mujeres”, en Ana María Tepichin, Karine Tinat, Luzelena Gutiérrez de Velasco (Coord.), *Los grandes problemas de México. Relaciones de Género*, México, El Colegio de México, 2010.

ALARCÓN Segovia, Donato; Ponce de León Rosales, Samuel (Comps.), *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*, México, El Colegio Nacional, 2003.

BANZHAF, Marion; Chris, Cynthia (Eds.), *Women, AIDS and Activism*, Nueva York, South Press, 1990.

BEAUVOUR, Simone de, *The Second Sex*, <<http://www.marxists.org/reference/subject/ethics/de-beauvoir/2nd-sex/ch03.htm>>, 22 de julio 2012.

BORREL, Carme; García-Calvente, María del Mar; Martí-Bosca, José V.; “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”, *Gaceta Sanitaria*, (2004) 18, pp. 2 – 6.

BRONFMAN, Mario; Herrera, Cristina, “El vih/sida: una perspectiva multidimensional”, en Silvina Ramos, María Alicia Gutiérrez (Eds.), *Nuevos desafíos de la responsabilidad política: violencia sobre la mujer, VIH/sida, embarazo no deseado*, Brasil, Secretaría del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, 2002, p. 85.

CASTAÑEDA, Martha Patricia, *Metodología de la investigación feminista*, Guatemala, CEIICH – UNAM, 2008,

CÓRDOVA Villalobos, José Ángel; Ponce de León, Samuel; Valdespino, José Luis (Eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, 2008

COREA, Gena, *The Invisible Epidemic. The Story of Women and AIDS*, Nueva York, Harper Collins, 1992.

CURTIS, Helena; Barnes, N. Sue; *Et. Al.*, *Biología*, España, Editorial Médica Panamericana, 2001.

DAUDEL, Raymond; Luc, Montagnier, *El SIDA*, Trad. María Guadalupe Benítez Toriello, México, Gandhi, 2002.

DEL VALLE Orfila Vilera, Rosmel, “Una mirada al proceso de salud enfermedad a través de las ciencias sociales”, *Observatorio Laboral*, (2009) 3, pp. 105 – 126.

DOYAL, Lesley; Jennie Naidoo, Tamsin Wilton (Ed.), *AIDS, Setting a Feminist Agenda*, Londres, Taylor & Francis, 1994.

DOYAL, Lesley, *What Makes Women Sick*, Nueva Jersey, Rutgers University, 1995.

Dworkin, Shari L., “Who is Epidemiologically Fathomable in the HIV/AIDS Epidemic Gender, Sexuality and Intersectionality in Public Health”, *Culture, Health & Sexuality*, 7 (2005), pp. 114 – 136.

FAN, Hun Y.; Conner, Ross F.; Villarreal, Luis P., *AIDS. Science and Society*, Estados Unidos, Jones and Bartlett, 2011.

FELDMAN, Douglas, A.; Wang Miller, Julia, *The AIDS Crisis. A Documentary History*, Estados Unidos, Greenwood Press, 1998.

GARIBI González, Cecilia, “La compleja relación violencia de género-sida. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 3 (2009), pp. 82 – 105.

GARIBI González, Cecilia, *La introducción de la perspectiva de género en los programas de prevención de SIDA de Jalisco: la ausencia de las mujeres*, Tesis de Maestría, México, El Colegio de México, 2010.

GOGNA, Mónica; Ramos, Silvina, “Gender Stereotypes and Power Relations. Unacknowledge Risks for STDS in Argentina”, en Richard Parker, Regina Maria Barbosa, Peter Aggleton (Eds.), *Framing the Sexual Subject: the Politics of Gender, Sexuality and Power*, California, Berkley, 2000.

GOLDSTEIN, Nancy;. Manlowe, Jennifer L.; *The gender politics of HIV/AIDS in women: perspectives on the pandemic in the United States*, Nueva York, New York University, 1997.

GONZÁLEZ Montes, Soledad (Comp.); *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México-Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.

GRMEK, Mirko, *Historia del sida*, Trad. Stella Mastrangel, México, Siglo Veintiuno, 2004.

HIGINS, Jenny A.; Hoffman, Susie; Dworkin, Shari L.; “Rethinking Gender, Heterosexual Men, and Women’s Vulnerability to HIV/AIDS”, *American Journal of Public Health*, 100 (2010), pp. 435 – 445.

KENDALL, Tamil; Pérez Vázquez, Hilda, *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*, México, Colectivo Sol, 2004.

LAMAS, Marta, “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, en Marta Lamas, *Cuerpo, diferencia sexual y género*, México, Taurus.

LEYVA, René; Caballero, Marta, *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/sida en mujeres compañeras de migrantes*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

LIGUORI, Ana Luisa, “Más que un número”, en *Mujer y sida*, México, PIEM-COLMEX, 1994.

LINCE Campillo, Rosa María, “La política o el arte de generar y mantener el espacio dialógico. Consideraciones para mejorar la calidad democrática en México”, *Estudios Políticos*, 27 (2012), pp. 75 – 100.

MAGAR, V.; Storer, G.; “Sexing Development and Relocating Gender: An Organisational Case Study”, *Global Public Health*, 4 (2009), pp. 433 – 447.

MAGIS Rodríguez, Carlos; Bravo García, Enrique; Gayet Serrano, Cecilia; Rivera Reyes, Pilar; de Luca, Marcelo, *El VIH y el sida en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*, México, CENSIDA, 2008.

MARTINA, Rosa María, “Sida: el riesgo de ignorar”, en *Mujer y sida*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer-Colmex, 1994.

MONTAGNIER, Luc, *De los virus y de los hombres*, Trad. César Vidal Manzanares, México, Gandhi, 2002.

PATTON, Cindy *Last Served? Gendering the HIV Pandemic*, Gran Bretaña, Taylor & Francis, 1994.

PONCE Jiménez, Patricia; Hernández Forcada; Torre, Juan Alfonso; Rascón Moreno, Ana Luz; *El VIH y los pueblos indígenas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011.

RAMOS García, Elvira; Sánchez-Moreno, Antonio, “Investigación, acción, participación (IAP) en la promoción de salud de las mujeres”, *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud: I Congreso Nacional*, (2002) 37, pp. 213 – 220.

RAO Gupta, Geeta, “Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the What, the Why, and the Now”, *Siecus Report*, 29 (2001), pp. 6 – 12.

RAO Gupta, Geeta; Whelan, Daniel; Allendorf, Keera; *Integrating Gender into Hiv/Aids Programmes. A review paper*, Suiza, WHO, 2003.

RODRÍGUEZ Martínez, Yuriria; Robledo Vera, Cecilia; Pedroso Zulueta, Teresa, *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010.

ROTH, Nancy L.; Fuller, Linda K. (Ed.); *Women and AIDS: negotiating safer practices, care and representations*, Nueva York, Harrington Park, 1998.

RUBIN, Gayle, “El tráfico de mujeres: notas sobre la económica política del sexo”, *Nueva Antropología*, (1986) 8, pp. 95 – 145.

SCHNEIDER, Beth E.; Stoller, Nancy E., *Women Resisting AIDS. Feminist Strategies of Empowerment*, Filadelfia, Temple University Press.

SCOTT, Joan W., “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Marta Lamas (Comp.), *El género: la construcción de la diferencia sexual*, México, Programa Universitario de Estudios de Género – Miguel Ángel Porrúa, 2000.

SHILTS, Randy, *And the Band Played On*, Estados Unidos, St. Martin's Press, 1987.

SONTAG, Susan, *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Trad. Mario Muchnik, España, De Bolsillo, 2008.

TORRES Pereda, María del Pilar (Ed.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el sida. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*, México, CENSIDA, INMUJERES, INSP, 2010.

#### HEMEROGRAFÍA

Emilio De Benito, “Reinfecciones y resistencias en el sida”, *El País*, Madrid, España, 17 de diciembre de 2002.

#### INFORMES DE ORGANIZACIONES

CDC, “Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) -- United States”, <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>>, 21 de octubre de 2011.

CDC, “Cystoisosporiasis”, <<http://www.cdc.gov/parasites/cystoisospora/index.html>>, 3 de diciembre de 2011.

CDC, “Epstein-Barr Virus and Infectious Mononucleosis”, <<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>>, 25 de octubre de 2011.

CDC, “Histoplasmosis”, <<http://www.cdc.gov/nczved/divisions/dfbmd/diseases/histoplasmosis/>>, 25 de octubre de 2011.

CDC, “Información básica sobre el VIH y el sida”, <<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/topics/basic/index.htm#hiv>>, 21 de octubre de 2011.

CDC, “You Can Prevent PCP”, <<http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/pcpb.htm> >, 21 octubre 2011.

CDC, “1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults”, <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>>, 21 de octubre de 2011.

*El VIH/sida en México 2009*, México, Censida, 2009, p. 24. Disponible en línea en <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>>, 22 de febrero de 2012.

*Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia*, OMS – ONUSIDA, 1999.

*Epidemiological Status*, <<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>>, 23 de octubre de 2012.

*Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes*, Suiza, WHO, 2003.

*Global Health Observatory Data Repository*, <<http://apps.who.int/gho/data/#>>, 23 de octubre de 2012.

*Guía de salud sexual y reproductiva para mujeres con el VIH*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2009.

*Hiv Risk for Lesbians, Bisexuals and Other Women who have Sex with Women*, Women's Institute GMHC, Nueva York, 2009.

INEGI, "Grupos de edad según sexo, 1950 a 2010", <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

INEGI, "Pirámides de población 2005 y 2010", <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>, 24 de mayo de 2012.

INEGI, "Población hablante de lengua indígena 1895 a 2010", <<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=21702>>, 24 de mayo de 2012.

*Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e ITS (CAPASITS)*, CENSIDA, Disponible en línea en <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man\\_org\\_capasits.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf)>, 26 de marzo de 2012.

National Institutes of Health, "Non hoddgkin lymphoma", <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000581.htm> >, 3 de diciembre 2011.

OMS, "¿Cómo define la oms la salud?", <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>, 2 de agosto de 2012.

OMS, “Mutilación genital femenina”, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>>, 22 de julio de 2012.

OPS, “Equidad de género”, <<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf>>, 25 de julio de 2012.

*Programa de Acción Específico 2007 – 2012 en respuesta al VIH/sida e ITS*, Secretaría de Salud, México, 2008. Disponible en línea: <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/ProgAc2007-2012.pdf>>, 29 de marzo 2012.

*Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, México, 2007. Disponible en línea: <[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf)>, 22 de febrero de 2012.

“¿Qué es el FONSIDA y cómo operará a partir de 1998?”, CENSIDA, <<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/1998/enero.html>>, 7 de febrero de 2012.

*Registro nacional de casos de sida*. <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih\\_sidapub31dic2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf)>, 23 de febrero de 2012.

*The Multiple Faces of the Intersections between HIV/AIDS and Violence Against Women*, Washington, UNIFEM, PANHO, Inter-American Commission of Women and the Latin American and Caribbean Women’s Health Network, 2008.

*The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, Suiza, 2011.

*The Right to Health. Fact Sheet No. 31*, Organización Mundial de la Salud – Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, s. a.

*Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México*, Registro Nacional de casos de sida, actualización al 31 de diciembre de 2011, <[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih\\_sidapub31dic2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf)>.

*WHO Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV – related Disease in Adults and Children*, Francia, World Health Organization, 2007.

#### DOCUMENTOS NORMATIVOS

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Ley General de Salud, <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>>, 15 de febrero de 2012.

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Porrúa, 2007.

NOM-003-SSA2-1993, Disponible en línea en: <<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-003-SSA2-1993%20Sangre%20humana%20y%20sus.pdf>>, 23 de febrero de 2012.

NOM-010-SSA2-1993, Disponible en línea: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>>, 15 de marzo de 2012.

## VIDEOS

“Transmisión perinatal”,

<[http://www.youtube.com/watch?v=8Q\\_dCoKJWsg&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=8Q_dCoKJWsg&feature=youtu.be)>, 12 de abril de 2012.

“Formas de contagio”,

<<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4539a1d5d71?autorId=6661&search=autor>>, 12 de abril de 2012.

“¿No cree que debería informarse?”,

<<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45396b95d69?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

“El sida no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte”,

<<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45397635d6b?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

“Mujer y sida”, <[http://www.youtube.com/watch?v=gWx0pKLi\\_CM](http://www.youtube.com/watch?v=gWx0pKLi_CM)>, 23 de abril de 2012.

“CONASIDA”, <<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45398135d6d?autorId=6661&search=autor>>  
<<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb45398135d6d?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

“Usa

condón”, <<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb452a945c77?autorId=6661&search=autor>>, 17 de abril de 2012.

“Tú decides”,

<[http://www.youtube.com/watch?v=H0rpqG6ObR4&feature=plcp&context=C4522ca4VPvjVQa1PpcFNeAozvgyVxW\\_QkvSu2YMD4JqzPOXrboC4=>](http://www.youtube.com/watch?v=H0rpqG6ObR4&feature=plcp&context=C4522ca4VPvjVQa1PpcFNeAozvgyVxW_QkvSu2YMD4JqzPOXrboC4=>), 23 de abril de 2012.

“Transmisión perinatal 2”, <[http://www.youtube.com/watch?v=OaYWNl-PLo4&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=OaYWNl-PLo4&feature=player_embedded)>, 17 de abril de 2012.