

# Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida

Orientaciones y referencias prácticas  
para la promoción de la salud  
y la prevención del VIH y el sida

tel@sida  
52074077  
800 7120889



**CENSIDA**  
Centro Nacional para la Prevención  
y el Control del VIH y el sida



# Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida

---

Orientaciones y referencias prácticas  
para la promoción de la salud  
y la prevención del VIH y el sida



**CENSIDA**  
Centro Nacional para la Prevención  
y el Control del VIH y el sida



Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida  
PRIMERA EDICIÓN 2014  
ISBN: en trámite.

México, 2014

Secretaría de Salud

Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (Conasida)

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida)

Herschel N° 119

Col. Anzures

Del. Miguel Hidalgo

México, D.F. C.P 11590

[www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)

---

Impreso y hecho en México / Printed and made in México

Para la reproducción parcial o total de esta Guía será necesario contar con la autorización por escrito de la Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida).

---

DRA. MERCEDES JUAN LÓPEZ  
Secretaria de Salud

DR. PABLO ANTONIO KURI MORALES  
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

LIC. EDUARDO GONZÁLEZ PIER  
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector  
Salud

DR. GUILLERMO MIGUEL RUIZ-PALACIOS Y SANTOS  
Comisionado de los Institutos Nacionales de Salud y  
Hospitales de Alta Especialidad

DR. LUIS GUILLERMO FRANCISCO IBARRA PONCE DE LEÓN  
Titular del Órgano Interno de Control

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ  
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos  
Humanos

LIC. CARLOS SANDOVAL LEYVA  
Director General de Comunicación Social

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA  
Directora General del Centro Nacional para la  
Prevención y el Control del VIH y el sida

# Contenido

Lista de abreviaturas y acrónimos	VIII
Presentación	X
Agradecimientos	XIV

## MÓDULO I ENCUADRE

<b>Presentación del Módulo</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>1</b>
<b>Marco normativo</b>	<b>2</b>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	2
Ley General de Salud	3
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	4
Normas Oficiales Mexicanas	4
Otras normas relacionadas con la prevención del VIH y el sida	6
<b>Justificación</b>	<b>7</b>
<b>Metodología</b>	<b>8</b>
Marco conceptual	9
<b>Población objetivo de la Guía</b>	<b>11</b>
Gobierno	11
Sector salud. Unidades rectoras	11
Servicios de la Secretaría de Salud	14
Instituciones de seguridad social	15
Otros sectores	16
Organizaciones civiles	19
Instituciones privadas de salud	20
Instituciones académicas y de investigación	20
Organismos de cooperación internacional para el desarrollo	20

# MÓDULO II

## EVIDENCIA PARA LA ACCIÓN

<b>Presentación y orientaciones para el uso del Módulo</b>	<b>22</b>
<b>Panorama epidemiológico del VIH</b>	<b>23</b>
Panorama epidemiológico internacional	23
Panorama epidemiológico nacional	26
<b>Conceptos clave</b>	<b>27</b>
Prevalencia	28
Incidencia	28
Riesgo	29
Vulnerabilidad	30
Sexualidad	31
Salud sexual	31
Sexo	31
Género	32
Identidad de género	32
Expresiones de género	32
Rol de género	32
Identidad sexual	34
Orientación sexual	34
Comportamiento sexual	35
Comportamiento sexual responsable	36
Prácticas sexuales	36
<b>Descripción de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad</b>	<b>36</b>
Hombres gay (HG) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	37
Personas transgénero	38
Personas con VIH (PV)	39
Personas que nacieron con VIH y adultos que tienen más de 20 años viviendo con la infección	40

## MÓDULO II

Personas usuarias de drogas inyectables (PUDI)	41
Personas trabajadoras sexuales (PTS)	42
Adolescentes y jóvenes	43
Mujeres	44
Personas privadas de la libertad (PPL)	45
Poblaciones móviles	46
Población indígena	47
Mujeres embarazadas y transmisión perinatal del VIH	48
<b>Principios transversales en la prevención del VIH</b>	<b>49</b>
Derechos humanos	50
Perspectiva de género	52
Reducción del estigma y la discriminación	53
Pertinencia cultural	54
Corresponsabilidad	55
Mayor involucramiento de personas afectadas	56
<b>Perspectivas en el abordaje de la prevención del VIH</b>	<b>57</b>
Promoción de la salud	57
Educación sexual integral	62
Reducción del daño	63
Salud, dignidad y prevención positivas	65
Continuo de la detección-atención	69
Prevención combinada	72

**MÓDULO III**  
**PRINCIPALES**  
**ACCIONES**  
**DE PREVENCIÓN**  
**DEL VIH**

<b>Presentación y orientaciones para el uso del Módulo</b>	<b>74</b>
<b>El enfoque de prevención combinada como eje rector de las principales acciones de prevención del VIH</b>	<b>77</b>
Estrategias estructurales	80
Estrategias comportamentales	89
Estrategias biomédicas	94
Papel de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones	103
<b>Recursos prácticos</b>	<b>108</b>
La importancia del monitoreo y la evaluación	108
<b>Relevancia de la articulación en la respuesta nacional</b>	<b>118</b>

**Anexo 1** ..... **123**

Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional

**Índice de cuadros, diagramas y gráfica**

Cuadro 1. Caracterización de Onusida de los perfiles epidemiológicos	25	Diagrama 11. Cambio de comportamiento en el ámbito comunitario	92
Cuadro 2. Continuo de la orientación sexual	35	Diagrama 12. Promoción del diagnóstico temprano y aplicación de pruebas para la detección del VIH, las ITS y otras co-infecciones	99
Diagrama 1. Perspectivas y principios transversales para la prevención del VIH y el sida	10	Diagrama 13. Diagnóstico temprano del VIH, las ITS y otras co-infecciones	100
Diagrama 2. Determinantes sociales de la salud	58	Diagrama 14. Distribución de insumos de prevención	101
Diagrama 3. Los siete pilares del enfoque de salud, dignidad y prevención positiva	66	Diagrama 15. Prevención del VIH a través del uso de antirretrovirales	102
Diagrama 4. Enfoque de prevención combinada	73	Diagrama 16. Estrategias estructurales para personas con VIH	105
Diagrama 5. Implementación de acciones de prevención del VIH	76	Diagrama 17. Diagnóstico temprano del VIH con énfasis en resultados reactivos	105
Diagrama 6. Integración de las estrategias de prevención combinada	79	Diagrama 18. Enfoque continuo de la detección-atención para personas con VIH	106
Diagrama 7. Incidencia en leyes y políticas públicas	83		
Diagrama 8. Desarrollo comunitario y construcción de capital social	87	Gráfica 1. Cascada de tratamiento antirretroviral México 2012	70
Diagrama 9. Fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	88		
Diagrama 10. Cambio de comportamiento individual	91		

# Lista de abreviaturas y acrónimos

**ARV**

Antirretrovirales

**Capasits**

Centros Ambulatorios de Prevención del Sida e ITS

**CCC**

Comunicación para el cambio del comportamiento

**Cenadic**

Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

**Censia**

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

**Censida**

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida

**CNDH**

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

**CNTS**

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

**Cofepris**

Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios

**Conadic**

Comisión Nacional contra las Adicciones

**Conamed**

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Conapred**

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

**DGPS**

Dirección General de Promoción de la Salud

**Funsalud**

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

**HG**

Hombres gay

**HSH**

Hombres que tienen sexo con hombres

**HTS**

Hombres trabajadores sexuales

**IAP**

Institución de Asistencia Privada

**IFAI**

Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos

**IEC**

Información, educación y comunicación

**IMSS**

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Indesol**

Instituto Nacional de Desarrollo Social

**Inmujeres**

Instituto Nacional de las Mujeres

**INSP**

Instituto Nacional de Salud Pública

**ISSFAM**

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

**ISSSTE**

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

**ITS**

Infecciones de transmisión sexual

**LCID**

Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo

**Mexfam**

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.

**MIPA**

Mayor involucramiento de las personas afectadas

**MTS**

Mujeres trabajadoras sexuales

**OBC**

Organizaciones de base comunitaria

**ONU**

Organización de las Naciones Unidas

**Onusida**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

**OSC**

Organizaciones de la sociedad civil

**PAJ**

Personas adolescentes y jóvenes

**Pemex**

Petróleos Mexicanos

**PPE**

Profilaxis post-exposición

**PPL**

Persona/s privada/s de su libertad

**PT**

Persona/s transgénero

**PTP**

Prevención de la transmisión prenatal

**PTS**

Persona/s trabajadora/s sexual/es

**PUDI**

Persona/s usuaria/s de drogas inyectables

**PV**

Persona/s con VIH

**Redumex**

Red Mexicana de Reducción de Daños

**RNCS**

Registro Nacional de Casos de Sida

**Sai**

Servicios de Atención Integral a Personas con VIH

**Salvar**

Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales

**Sedesol**

Secretaría de Desarrollo Social

**SEP**

Secretaría de Educación Pública

**Sida**

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**TAR**

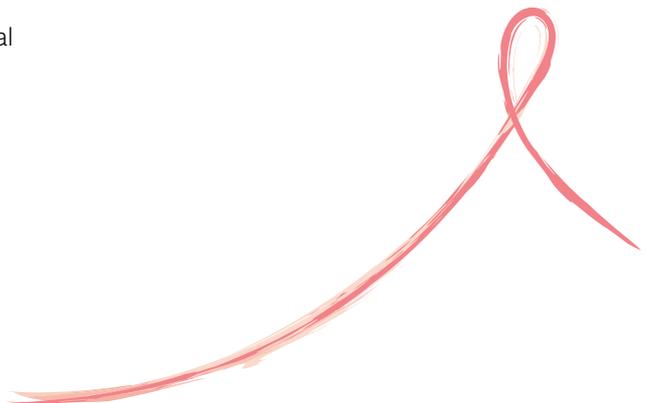
Tratamiento antirretroviral

**Tb**

Tuberculosis

**VIH**

Virus de inmunodeficiencia humana



# Presentación

**A** 30 años del inicio mundial de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), numerosos han sido los esfuerzos por encontrar tratamientos cada vez mejores, brindar atención adecuada a las personas que enfrentan estos padecimientos para incrementar su calidad de vida y desarrollar una vacuna capaz de evitar nuevas infecciones.

De todo el cúmulo de esfuerzos, la prevención sigue siendo una de las principales herramientas al alcance para reducir el impacto que la pandemia tiene todavía a nivel internacional, regional, nacional y local.

Durante este extenso periodo se han revisado, ajustado y mejorado las herramientas con las que se llevan a cabo las acciones preventivas, en la medida en que se dispone de nuevas tecnologías y recursos para identificar aquellas acciones, iniciativas, proyectos y programas que han logrado mayores y mejores resultados.

En México, uno de los sectores más involucrados en las acciones de prevención del VIH y el sida ha sido el de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), las cuales han aportado su talento y compromiso para crear, adaptar o mejorar estrategias e iniciativas diversas. Las OSC han retomado incluso las experiencias surgidas en contextos internacionales como respuesta al VIH, y en los años recientes, apoyadas por agencias de cooperación y financiadoras internacionales, recursos públicos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), el sector académico y de investigación, han ido ajustando y redireccionando dichas estrategias para llegar a iniciativas más confiables para la promoción de la salud y la prevención del VIH y el sida, estando algunas de ellas respaldadas por procesos de monitoreo y evaluación.

En paralelo, el sector salud, a través de sus instancias, institutos, hospitales de especialidad y servicios de atención integral, ha logrado avances significativos en el uso y acceso a tratamiento oportuno y efectivo; a lo anterior se añan esfuerzos continuos por lograr una mejor calidad de la atención, conseguir el apego a los tratamientos y reducir la carga viral de las personas con VIH (PV). Este último aspecto, aún en proceso de consolidación, no sería posible sin la participación de las mismas PV, las OSC y las instancias de derechos humanos que han conseguido que el respeto a tales derechos no se limite al ámbito de los servicios de salud, sino que se extienda a todos los aspectos del desarrollo humano de las PV y las poblaciones en situación de riesgo y vulnerables a la epidemia.

Es probable que dada la complejidad de este proceso, que se experimenta por igual en el ámbito internacional, en México haya transcurrido un tiempo considerable antes de disponer de una **Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida**. El documento que ahora presentamos retoma la experiencia acumulada haciendo un cruce importante entre los procesos considerados independientes previamente, pero que ahora forman parte del continuo prevención–atención–prevención, mismo que debe realizarse en un marco de respeto y garantía de los derechos humanos.

De este modo, la *Guía* toma como ejes para su desarrollo y planteamiento las estrategias de *prevención combinada* y el continuo de la *detección-atención*, que al articularse con otros principios, enfoques y conceptos clave, permiten delinear una propuesta de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida más integral y acorde con las características con las que la epidemia está presente en nuestro país.

La *Guía* está organizada en tres módulos.

El Módulo I, denominado “Encuadre”, aborda el marco normativo de prevención del VIH y el sida en México, los documentos internacionales de los que se desprende la propuesta de prevención que la *Guía* sustenta, la metodología utilizada para su elaboración y los sectores a los que está dirigido su uso y consulta.

El Módulo II, “Evidencias para la acción”, ofrece un panorama epidemiológico internacional y nacional del VIH y el sida; se describen las principales poblaciones a las que se recomienda dirigir las acciones de prevención, así como los principales conceptos, principios y enfoques a tomar en cuenta al momento de planear, poner en marcha y analizar las alternativas de acción para la prevención del virus.

El Módulo III, titulado “Principales acciones de prevención del VIH”, describe a profundidad los enfoques de prevención combinada y el continuo de la detección-atención; incluye diagramas con las principales acciones a desarrollar o tomar en cuenta en cada uno; concluye con un apartado que ofrece recursos prácticos, con una recapitulación de guías y manuales nacionales e internacionales relacionados con la prevención del VIH; ofrece, igualmente, estrategias e iniciativas agrupadas en tres categorías: estrategias evaluadas, prácticas promisorias y estrategias genéricas.

## XII

La *Guía* concluye con un apartado que subraya la relevancia de la articulación en la respuesta nacional, buscando reflexionar sobre la importancia del trabajo multi e intersectorial para poner en marcha las acciones e iniciativas de promoción de la salud y prevención del VIH que ella misma describe.

Es importante resaltar que la *Guía*, elaborada por un equipo multidisciplinario integrado por miembros de OSC, profesionales del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y un representante de las agencias de cooperación internacional, ha sido sometida a distintos procesos de consulta, validación y piloteo, en los cuales participaron más de 90 personas involucradas en diferentes instancias de la respuesta nacional al VIH, destacando el sector salud –incluyendo a personal de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual (capasits), Programas Estatales de Prevención y Control del VIH y sida, Centros Nacionales, entre ellos el Censida, y algunos institutos de seguridad social; el sector educativo, con un representante de la Secretaría de Educación Pública (SEP), organismos de

derechos humanos, OSC y agencias de cooperación internacional. La colaboración, sugerencias y recomendaciones de todos ellos fueron determinantes para que la *Guía* se fuera ajustando hasta llegar a la versión que ahora ofrecemos.

Evidentemente, la *Guía* tendrá que seguir un proceso adicional de adaptación y actualización, una vez revisada y aplicada por un grupo más amplio de personas adscritas a los sectores involucrados en la respuesta nacional. Mientras eso ocurre, podrá brindar pautas más claras y organizadas de lo que es recomendable llevar a cabo para mejorar los resultados de las acciones e iniciativas de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida en México.

Dra. Patricia Uribe Zúñiga  
Directora General del Censida

# Agradecimientos

**E**sta *Guía* es producto de la experiencia colectiva de un numeroso grupo de personas, instancias y organizaciones involucradas en la respuesta nacional al VIH, mención especial merece el trabajo realizado por Cesar A. Coria Mercado\* como coordinador del proyecto y de la publicación, Kenia Lucena Tapia\* apoyo en la coordinación y el equipo de consultores: Francisco J. Arellano,\*\* Anuar Luna Cadena,\*\* Erika E. Atienzo,\*\* Fátima Estrada\*\*\* y Juan Jacobo Hernández,\* agradecemos profundamente el compromiso en la elaboración de este documento rector para fortalecer la respuesta nacional.

Algunas de las personas abajo mencionadas participaron en más de uno de los momentos del proceso.

Ana Karen López, Tamaulipas Diversidad VIHDA Trans A.C.; Blanca Rico, Unidad de Gestión del Proyecto de México a la 9ª ronda del Fondo Mundial, Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (Funsalud); *Carlos García de León*, Dirección de Prevención y Participación Social, Censida; *Carlos Magis*, Dirección de Atención Integral, Censida; *Carlos René González*, capasits, Mérida; David Alberto Murillo, Amigos contra el Sida, A.C.; *Eduardo Elizondo*, Gremio Vita Novus, A.C.; *Enrique Gil*, Enfermedades Crónicas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), México; *Esperanza Guadalupe Gallardo*, División de Vinculación Institucional y Saneamiento Ambiental, Unidad IMSS–Oportunidades; *Gerardo Cabrera*, Red Mexicana de Personas que Viven

---

\* Colectivo Sol, A. C., México D.F.

\*\* Grupo Onusida en México, México D.F.

\*\*\* Consultor Independiente.

\*\*\*\* Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor., México.

con VIH/sida, A.C.; *Guadalupe Muñoz*, Misericordia y Vida, A.C.; *Guillermo A. Egremy*, Consultor independiente; *Héctor Miguel Corral*, Comité Ciudadano por la Reproducción Humana Asistida sin Discriminación; *Hilda Pérez*, Unidad de Gestión del Proyecto de México a la 9ª ronda del Fondo Mundial, Funsalud; *Hortensia Chanes*, Promoción de la Salud Mental, Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud; *Ivon Silva*, Programa Gente Joven, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam); *Jorge Alejandro López*, Subdirección de Ciencias Sociales Primaria, Dirección General de Desarrollo Curricular, SEP; *José Antonio Maldonado*, Centro de Desarrollo e Investigación sobre Juventud, A.C.; *José Luis Centeno*, capasits, Ecatepec; *Juan Zúñiga*, Departamento de Salud Reproductiva, Coordinación de Atención Integral a la Salud, Unidad IMSS–Oportunidades; *Julián Elizalde*, Colectivo Sergay de Aguascalientes, A.C.; *Julián Rojas*, Red Mexicana de Reducción de Daños (Redumex); *Luis Manuel Arellano*, Subdirección de Vinculación del Programa del VIH y sida de la Ciudad de México; *Luis Perelman*, Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. (Femess); *Luz Alejandra Solís*, Programas Integrados de Salud, IMSS; *Mara Sofía Mondragón*, Centro de Apoyo a las Identidades Trans, A.C.; *Marco Antonio Luján*, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia), Secretaria de Salud; *María del Carmen Juan*, Instituto Mexicano de la Juventud; *Mayra Mahogay Torres Chaires*, Censia; *Patricia Uribe*, Dirección General, Censida; *Ricardo Hernández*, Dirección del Programa del VIH, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH); *Ricardo Román*, Population Services International (PSI), México, e Inspira Cambio, A.C.; *Rosember López*, Una Mano Amiga en la Lucha contra el sida, A.C.; *Sandra Peniche*, Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C. (Unasse); *Selene Moreno*, Área de Salud Visual y Enfermedades Transmisibles, Coordinación de Programas Integrados de Salud del IMSS; *Víctor Dante*, Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el sida, A.C. (Checcos); el personal de los capasits de León, Gto., Tapachula, Chis. y Tijuana, B.C., y de las organizaciones civiles: Colectivo SERes, A.C., Guanajuato, Gto.; Una Mano Amiga en la Lucha contra el sida, A.C., Tapachula, Chis., y el Centro de Servicios Ser, A.C., Tijuana, B.C.

A todos/as ellos/as el equipo responsable de la elaboración de la *Guía* expresa su profundo agradecimiento.

# MÓDULO I

ENCUADRE



# Presentación del Módulo

Este Módulo tiene el propósito de explicitar los antecedentes y los marcos normativo, conceptual y metodológico que sustentan las orientaciones y referencias prácticas de la *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida*. Identifica, asimismo, las instancias involucradas en la respuesta nacional al VIH y al sida, a quienes está dirigida la *Guía*, con el fin de orientar su participación y facilitar el diseño y planificación de las acciones que realizan

## Antecedentes

La *Guía* tiene su justificación en las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana (NOM 010-SSA2-2010), para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, que señala:

“ 5.1 La prevención del VIH/sida debe considerarse en el marco de la promoción de la salud como un proceso para evitar la transmisión del VIH/sida en la población, mediante el fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado. El cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable y libre del VIH/sida debe referirse al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a la aplicación de las Guías de Prevención Primaria y Secundaria del Censida...<sup>1</sup> ”

1

Bajo esta premisa, la *Guía* proporciona las orientaciones y recomendaciones generales para las acciones de prevención del VIH y el sida en México, siguiendo los lineamientos del marco normativo de la Constitución Política que nos rige, de normas y leyes.

1. *Diario Oficial de la Federación*, 10 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>.

# Marco normativo

En México, la respuesta a la epidemia del VIH y el sida la integran ejes rectores que enmarcan y orientan sus mandatos de acción específicos, que van desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta otras legislaciones federales, entre ellas la Ley General de Población, la Ley General de Salud y su reglamento interior, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, y la Norma Oficial Mexicana relacionada con la prevención y control del VIH y el sida.

## Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El Artículo 1º de nuestra Constitución establece:

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

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

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

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

A su vez, el tercer párrafo del Artículo 4º Constitucional contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud, y dispone que la ley reglamentaria definirá las bases y modalidades para los servicios de salud estableciendo la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La Secretaría de Salud es el órgano rector

encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a la población para prevenir, atender y controlar enfermedades transmisibles, tales como el VIH, el sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

## Ley General de Salud

Esta Ley desarrolla y reglamenta el derecho a la protección de la salud en los términos que señala el Artículo 4° de la Constitución. El Artículo 2° establece la finalidad del derecho a la protección de la salud, y conforme lo que establece el Artículo 3, fracciones XVII y XXXIV, es materia de salubridad general la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, correspondiendo a la Secretaría de la Salud y a los gobiernos de las entidades federativas realizar, en sus respectivos ámbitos de competencia, actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmisibles, entre las que se encuentran, precisamente, el VIH y el sida. La Ley General de Salud se aplica a toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.

En su actualización más reciente, los siguientes artículos y párrafos de esta Ley subrayan la importancia de la prevención.



### TÍTULO PRIMERO. Disposiciones generales

#### CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 3°. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XI. La educación para la salud;

XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;

### TÍTULO SEGUNDO. Sistema Nacional de Salud

#### CAPÍTULO I. Disposiciones comunes

Artículo 6°. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;

Artículo 7°. La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud correspondiéndole a ésta:

II. Bis. Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integral de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;<sup>2</sup>



## Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

El Artículo 4º de la Ley citada define lo que se entenderá por discriminación y señala, en el Artículo 9º, qué conductas se consideran discriminatorias. La Ley prohíbe todo tipo de discriminación, incluyendo la vinculada con la orientación sexual (aunque la referencia se hace a la frase “preferencias sexuales”) y las condiciones de salud.

“ Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, talla pequeña, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.<sup>3</sup> ”

## Normas Oficiales Mexicanas

### Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana<sup>4</sup>

Su propósito es actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud respecto de las actividades de

2. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. (Última actualización: 15 de enero de 2014).
3. *Diario Oficial de la Federación*, 11 de junio de 2003. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>. (Última actualización: 24 de diciembre de 2013).
4. *Diario Oficial de la Federación*, 10 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>.

prevención y control de la infección por el VIH. Está integrada por once puntos que establecen los aspectos principales para la detección, atención y control del VIH y el sida. Todas las instituciones vinculadas con el sector salud están obligadas a observar esta Norma. Las autoridades responsables de hacerla cumplir de manera directa son el Censida y los programas estatales de prevención y control de estos mismos padecimientos. Establece, del mismo modo, los métodos, principios y criterios de operación de las actividades relacionadas precisamente con su prevención y control, abarcando el diagnóstico temprano y la atención y tratamiento médico oportuno de la infección por el virus que, por su magnitud y trascendencia, representa en México un grave problema de salud pública.

Las disposiciones de esta Norma son de orden público e interés social; de ahí que, como se ha señalado, sean de observancia obligatoria en la totalidad del territorio nacional por parte de todas las instituciones y el personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las PV y sida, incluyendo al personal que realiza acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como al personal adscrito a unidades de salud que incluye a quienes se desempeñan en laboratorios públicos y privados.

La Norma establece, además y específicamente, que:

“Las acciones de prevención con relación al VIH/sida, así como las de promoción de la salud deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas.

*Las medidas para la prevención y el control del VIH/sida nunca serán coercitivas y deben respetar los criterios del numeral 6.3.6.*

*6.3.6 Es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil.* ”

## Otras normas relacionadas con la prevención del VIH y el sida

- NOM 007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.<sup>5</sup>
- NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.<sup>6</sup>
- NOM 039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual.<sup>7</sup>
- NOM 253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos.<sup>8</sup>
- NOM 028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.<sup>9</sup>
- NOM 006-SSA2-2013, para la Prevención y Control de la Tuberculosis.<sup>10</sup>
- NOM 017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.<sup>11</sup>
- NOM 004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.<sup>12</sup>
- NOM 087-ECOL-SSA1. 2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-infecciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.<sup>13</sup>

- 
- 5 *Diario Oficial de la Federación*, 6 de enero de 1995. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
  - 6 *Diario Oficial de la Federación*, 30 de mayo de 1994. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>.
  - 7 *Diario Oficial de la Federación*, 19 de septiembre de 2003. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>.
  - 8 *Diario Oficial de la Federación*, 26 de octubre de 2012. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012)
  - 9 *Diario Oficial de la Federación*, 21 de agosto de 2009. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf).
  - 10 *Diario Oficial de la Federación*, 13 de noviembre de 2013. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5321934&fecha=13/11/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5321934&fecha=13/11/2013).
  - 11 *Diario Oficial de la Federación*, 19 de febrero de 2013. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013).
  - 12 *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012).
  - 13 *Diario Oficial de la Federación*, 17 de febrero de 2003. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>.

# Justificación

A partir del marco normativo anterior y considerando que las acciones de prevención las realizan muy diversos entes públicos y privados –entre ellos instituciones gubernamentales de salud y educación a nivel federal, estatal y local, OSC y otros actores privados tales como laboratorios clínicos, hospitales y clínicas–, la presente *Guía* ofrece un conjunto de orientaciones y recomendaciones prácticas para planificar, implementar y organizar las acciones de prevención del VIH y el sida en México, sin intentar ofrecer procedimientos definitivos y únicos, ni pretender regular las diferentes acciones de prevención – un objetivo atribuible a las Normas Oficiales–. Aún así, la *Guía* provee un marco normativo, metodológico y práctico para facilitar el diseño e implementación de programas, proyectos, estrategias, iniciativas<sup>14</sup> y acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida, delineadas a partir de la función y el marco legal que delimita la participación de cada instancia o persona involucrada en la respuesta nacional a la epidemia.

Considerando que:

- las tres vías de transmisión del VIH son la sanguínea, la perinatal y la sexual;

y que en México:

- el tipo de epidemia es concentrada, siendo la sexual la principal vía de transmisión;
- existen protocolos y procedimientos establecidos para controlar y manejar adecuadamente la sangre y sus derivados, que reducen el riesgo de transmisión sanguínea;<sup>15</sup>
- se dispone de procedimientos establecidos para disminuir los riesgos para la transmisión perinatal del VIH,

14 En este documento, el término “iniciativa” se referirá al conjunto de acciones desarrolladas de manera organizada, dentro de un marco teórico o metodología, a través del cual se busca obtener un resultado o atender una problemática. El término fue propuesto por Onusida en sustitución del concepto “intervención”, por considerarlo menos adecuado al referirse a “hacer algo a alguien o algo” y que, como tal, socava el concepto de respuesta participativa. Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

15 *Diario Oficial de la Federación*, 26 de octubre de 2012. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012).

la *Guía* abordará, en un nivel más amplio, las estrategias, iniciativas y acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida que buscan ejercer un impacto sobre la transmisión sexual principalmente. Las relativas a la transmisión mediante jeringas, objetos punzocortantes y por la vía perinatal se abordarán brevemente en la sección sobre personas usuarias de drogas inyectables (PUDI) y mujeres embarazadas, haciendo referencia a otros documentos y materiales de consulta que exponen estos temas con mayor profundidad.

## Metodología

Como se ha señalado previamente, la *Guía* se ha desarrollado y revisado con la participación de un equipo multidisciplinario de consultores, instituciones, organizaciones y organismos de los ámbitos público y privado, el sector salud, la sociedad civil y la investigación.

La metodología abarcó tareas diversas.

- **Investigación documental**, que consistió en revisar la información relevante y actual relativa a la promoción de la salud y la prevención del VIH y el sida, en los ámbitos internacional y nacional.
- **Integración de un esquema preliminar** para organizar los principales contenidos de la *Guía*.
- **Revisión y ajuste del esquema preliminar** por parte de un grupo focal integrado por expertas/os involucrados en sectores y ámbitos de la respuesta.
- **Desarrollo de un diagnóstico rápido de las estrategias e iniciativas de prevención más usadas en México**, que se realizó en paralelo a la elaboración de la *Guía* y que sirvió para seleccionar algunas de las estrategias e iniciativas sugeridas.
- **Desarrollo de contenidos** con base en el esquema ajustado.
- **Realización de un taller de validación y de seis sesiones de piloteo** con personal del Censida, la CNDH, OSC y los capasis; a partir de ello, se obtuvieron recomendaciones para incorporar ajustes a la versión preliminar, que fueron presentados y ratificados en una sesión final de revisión de la *Guía*.
- **Elaboración de la versión final** con base en las recomendaciones surgidas de los procesos de validación y piloteo y los resultados del diagnóstico rápido.

## Marco conceptual

En sus diferentes apartados, la *Guía* toma como base las recomendaciones generales y directrices en la materia y temas afines de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida).

De las dos primeras se retomaron las recomendaciones y lineamientos relacionados con la promoción de la salud, sintetizados en México en el *Modelo operativo de la promoción de la salud*,<sup>16</sup> e igualmente las recomendaciones relativas a la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva.<sup>17</sup>

Del Onusida se retomaron las recomendaciones y lineamientos derivados de documentos relacionados con la prevención, atención y respuesta internacional al VIH y al sida, mismos que se enlistan a continuación.

- *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida*<sup>18</sup>
- *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*<sup>19</sup>
- *Llegar a cero. Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida para 2011-2015.*<sup>20</sup>

De esta misma instancia se retomó el principio de mayor involucramiento de las personas afectadas (conocido por sus siglas MIPA)<sup>21</sup>, derechos humanos,

16 Secretaría de Salud. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. Recuperado en noviembre de 2013 de: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>.

17 OPS/OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Reunión de Consulta convocada por OPS/OMS/WAS. Antigua, Guatemala, 19-22 de mayo. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf).

18 Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2011). *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida*. Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/aidsdeclaration\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf).

19 Onusida (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practical\\_guidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practical_guidelines_es.pdf).

20 Onusida (2010). *Llegar a cero. Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (Onusida) para 2011-2015*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034unaids\\_strategy\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034unaids_strategy_es.pdf).

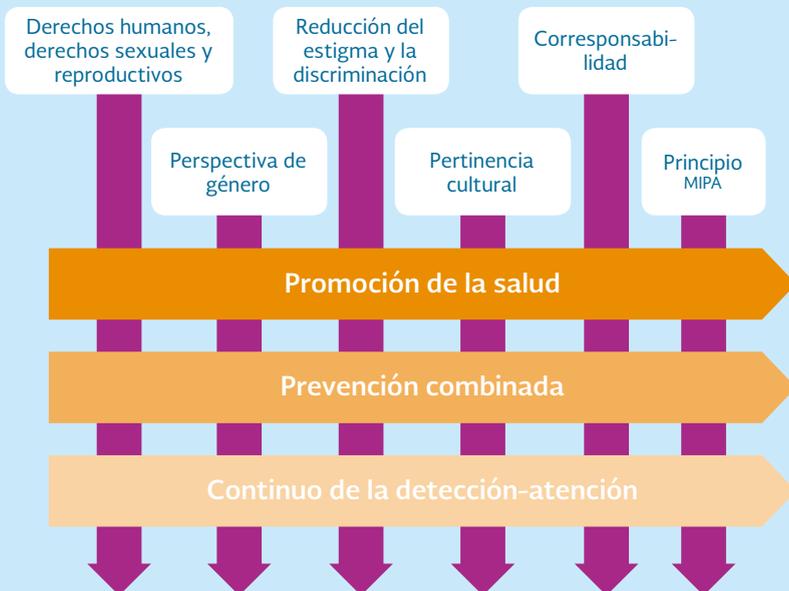
21 Conocido también como enfoque GIPA, por sus siglas en inglés, o como "Mpps" (mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH y el sida). Este principio promueve y determina la participación activa de las poblaciones vulnerables y más afectadas por la epidemia en los momentos del diagnóstico, la planificación, la puesta en marcha, el monitoreo y la evaluación de las estrategias, iniciativas y acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida. Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

así como los enfoques de prevención combinada y salud, dignidad y prevención positivas, que son abordados con mayor precisión en el Módulo II del presente documento.

En este contexto, la *Guía* misma retoma estrategias, iniciativas y acciones de las perspectivas de promoción de la salud, prevención combinada y el continuo de la detección-atención, aplicadas en el marco de los siguientes principios transversales:

- Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos
- Perspectiva de género
- Reducción del estigma y la discriminación
- Pertinencia cultural
- Corresponsabilidad
- Principio MIPA

## Diagrama 1 Perspectivas y principios transversales para la prevención del VIH y el sida



# Población objetivo de la *Guía*

La *Guía* busca ofrecer orientaciones para las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida para el personal de las siguientes instancias.

## Gobierno

### Sector salud. Unidades rectoras

#### **Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida)**

Órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. Promueve la prevención y control de la epidemia del VIH y el sida mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia científica, buscando disminuir la transmisión del VIH y las ITS y mejorar la calidad de vida de las poblaciones afectadas en un marco de respeto a los derechos de toda la población.

#### **Consejos y Programas Estatales de Prevención y Control del VIH y el sida**

Instancias responsables de la planeación, promoción, coordinación, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención y atención del VIH y el sida en el ámbito estatal.

#### **Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular)**

Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa. Se encarga de la provisión de servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. Su misión es promover, coordinar y supervisar las acciones de protección social en salud de los 31 estados de la República y el Distrito Federal. Su creación se propuso para proteger el patrimonio de la población que carecía de seguridad social contra gastos en salud, mediante su incorporación voluntaria y equitativa al Sistema de Protección Social en Salud, dado que una gran parte se encontraba en situación económica desfavorable. En la actualidad, esta Comisión permite a la población que recibe sus beneficios acceder de manera efectiva a servicios

médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a fin de satisfacer sus necesidades sanitarias. A través del Sistema mencionado, se financia la atención y tratamiento para PV que carecen de seguridad social.

### **Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia)**

Órgano administrativo desconcentrado, con autonomía operativa, técnica y administrativa. Tiene a su cargo establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos relativos a la atención a la salud de la infancia y la adolescencia, incluyendo lo concerniente a prevención y tratamiento del cáncer, así como la vacunación de toda la población residente en el país.

### **Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (Cenadic)**

Su labor es fortalecer el trabajo coordinado en los sectores público, social y privado para reducir y controlar las adicciones, ofreciendo una red nacional certificada de servicios integrales de prevención y tratamiento que atiende los problemas ocasionados por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a fin de propiciar una sociedad más informada y participativa en la promoción y prevención contra las adicciones. La labor del Cenadic se relaciona de manera estrecha con la prevención y control de la epidemia del VIH y el sida, pues el consumo de drogas (legales en algunos casos, como lo es el alcohol) disminuye la percepción de riesgo durante las relaciones sexuales propiciando un aumento en la transmisión del VIH, que también se transmite cuando se comparten agujas, como sucede con algunas drogas inyectables (heroína, morfina, cocaína y otras).

### **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

Órgano rector que contribuye a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social y en un marco de participación social y respeto a los derechos humanos. Su tarea respecto del VIH y el sida está íntimamente relacionada con la salud reproductiva, a través de la prevención de la transmisión perinatal del VIH y de acciones dirigidas a mujeres con el virus.

## Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS)

Tiene como objetivo consolidar y mantener un sistema nacional que permita la disponibilidad, accesibilidad, calidad y seguridad de la sangre, los componentes sanguíneos y las células progenitoras con fines terapéuticos, de conformidad con un marco jurídico y político y con estrategias operativas eficaces para fomentar la salud tanto de los donantes como de los receptores. Su relación con la prevención del VIH se enfoca en eliminar los riesgos de transmisión sanguínea de este virus por la utilización de sangre y sus derivados con fines terapéuticos.

## Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (Cofepris)

Esta Comisión está orientada a proteger a la población contra los riesgos para la salud derivados del uso y consumo de bienes y servicios, de insumos para la salud y de su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios. Su relación con la prevención y atención del VIH y el sida radica en que es el órgano encargado de regular el uso de medicamentos relacionados con el VIH (los antirretrovirales, o ARV).

## Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)

Es la institución pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; promueve la prestación de servicios de calidad y contribuye para la seguridad de los pacientes.

## Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)

Área de la Secretaría de Salud cuya misión es establecer políticas saludables, estrategias y servicios efectivos de promoción de la salud, con el propósito de establecer una cultura de corresponsabilidad y auto-cuidado de la población como la plataforma social de la reforma en salud.

## Servicios de la Secretaría de Salud

### **Centros ambulatorios para la prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual (capasits)**

Los capasits son unidades de salud que brindan servicios ambulatorios de prevención y atención especializada a personas con VIH e ITS. Incluyen, como parte fundamental de sus funciones, la prevención y la promoción. Ofrecen, además, apoyo psicológico y de trabajo social para las personas afectadas y sus familiares. Cuando una PV no está cubierta por alguna otra instancia de seguridad social, los capasits están en posibilidad de ofrecer acceso a tratamiento antirretroviral.

### **Servicios de Atención Integral a Personas con VIH (Sai)**

Ubicados al interior de unidades hospitalarias de las instituciones de seguridad social, federal o estatal, son, como su nombre lo indica, las instancias responsables de brindar tratamiento y atención integral a las personas con VIH en todo el país.

### **Otros servicios de la Secretaría de Salud**

Se trata de: i) servicios de salud en el primer nivel de atención; ii) unidades especializadas de atención ambulatoria; iii) hospitales y promotores de la salud; iv) servicios de salud sexual y reproductiva; v) servicios amigables para adolescentes y vi) servicios de atención de adicciones, tuberculosis e ITS. Todos ellos atienden tanto a poblaciones prioritarias para la prevención y atención del VIH como a población general, por lo que su involucramiento en las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida es fundamental.

## Instituciones de seguridad social

### Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y la protección social de los mexicanos. Combina la investigación y la práctica médica con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, quienes trabajan para empresas privadas y son afiliados por ellas brindándoles, a ellos y a sus familias, tranquilidad y estabilidad ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. En el caso del VIH, ofrece atención médica y psicológica, suministra medicamentos antirretrovirales y tratamiento contra las infecciones oportunistas, entre otros servicios.

### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Ofrece asistencia para la salud y prestaciones sociales, culturales y económicas; sus beneficios se extienden a los familiares de los trabajadores del Estado. En el renglón de atención a la salud, cubre los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales, de maternidad, accidentes de trabajo y readaptación de personas con alguna discapacidad física. El ISSSTE atiende también a las PV proporcionando tratamientos. De presentarse el caso, puede llegar a brindar pensiones por incapacidad.

### Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)

Su misión es proporcionar a los miembros de la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina prestaciones de carácter social, económico y de salud, tanto a personal en activo como a quienes se han retirado, a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios, con un alto grado de calidad y observando las normas legales vigentes. En cuanto al VIH, las fuerzas armadas mexicanas reformaron en 2008 la Ley del ISSFAM, a la que se acudía para dar de baja a los miembros del Ejército y la Marina que portaban el virus; dicha disposición resultaba discriminatoria. En su lugar, se contempla ahora que en caso de inhabilitación para el servicio de las armas los militares pueden cambiar de área o de servicio para continuar en activo. Hoy por hoy, la baja sólo se prevé para quien haya tenido infecciones oportunistas o neoplasias en etapa terminal durante más de seis meses continuos.

## **Petróleos Mexicanos (Pemex). Subdirección de Servicios de Salud**

La labor de esta Subdirección está dirigida a preservar, mejorar y restaurar la salud de los trabajadores actuales de la empresa, los jubilados y sus familiares derechohabientes, lo cual contribuye a elevar la productividad de la empresa petrolera más importante del país. Al igual que las instancias anteriores, esta Subdirección atiende en sus servicios a las PV proporcionando tratamiento a quienes son derechohabientes.

### **Otros sectores**

#### **Secretaría de Educación Pública**

Es la autoridad educativa federal responsable de: “Determinar para toda la República los planes y programas de estudio para la educación preescolar, la primaria, la secundaria, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica, a cuyo efecto se considerará la opinión de las autoridades educativas locales y de los diversos sectores sociales involucrados en la educación en los términos del Artículo 48”.<sup>22</sup>

Para actualizar y formular los planes y programas de estudio para la educación normal y la de otro tipo que permita la formación de maestros de educación básica, la SEP debe también considerar el marco de educación de calidad contemplado en el Servicio Profesional Docente, y

también las necesidades detectadas en las evaluaciones realizadas a los componentes del Sistema Educativo Nacional. Su participación en la prevención del VIH y el sida radica en que a través de ella es como se deben impulsar contenidos de educación sexual integral para los adolescentes y jóvenes que se incorporan al Sistema Educativo Nacional.

#### **Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol)**

Esta Secretaría es responsable de diseñar y ejecutar las políticas generales de desarrollo social, para lo cual coordina y promueve la celebración de convenios y acuerdos de desarrollo social. Es responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Desarrollo Social, con

22 Ley General de Educación. (Última actualización: 11 de septiembre de 2013). *Diario Oficial de la Federación*, 13 de julio de 1993. Disponible en: [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley\\_general\\_educacion.htm](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley_general_educacion.htm).

la concurrencia de dependencias, entidades y organismos federales de los gobiernos municipales, las entidades federativas y las organizaciones. A través de ella se impulsan acciones de desarrollo social en beneficio de las poblaciones afectadas por el VIH y el sida tomando en cuenta que según la Ley General de Desarrollo Social: “Son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”<sup>23</sup>

### **Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol)**

Instancia dependiente de la Sedesol. Su misión es vincular, fortalecer y construir alianzas con OSC, gobiernos locales e instituciones académicas para dar sustento a la política social a través de coinversiones, asesorías, capacitación e investigación, propiciando la participación comunitaria y la corresponsabilidad ciudadana para el desarrollo integral y equitativo de la sociedad. Su participación en la promoción de la salud y la prevención del VIH y del sida ha ocurrido principalmente a través

de los proyectos de coinversión social con los que se articula, brindando igualmente seguimiento y apoyo a las OSC que impulsan proyectos de asistencia o desarrollo social para las poblaciones afectadas por la epidemia.

### **Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres)**

Institución gubernamental, de carácter federal, que trabaja para crear una cultura de igualdad libre de violencia y discriminación capaz de propiciar el desarrollo integral de todas las mujeres mexicanas y permitir, a hombres y mujeres por igual, ejercer plenamente todos sus derechos, así como participar equitativamente en la vida política, cultural, económica y social del país. Dentro de sus programas y acciones con otras dependencias, y de apoyo y articulación con las OSC, contemplan el tema de mujeres y VIH.

### **Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred)**

Organismo descentralizado del Estado, creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. El Conapred es la institución rectora para promover políticas y

23 Ley General de Desarrollo Social. (Última actualización: 7 de noviembre de 2013). *Diario Oficial de la Federación*, 20 de enero de 2004. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyeeBiblio/pdf/264.pdf>.

medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social, avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad. El Consejo se encarga también de recibir y resolver las reclamaciones y quejas por presuntos actos discriminatorios cometidos por particulares o por autoridades federales en el ejercicio de sus funciones. El Conapred trabaja también para proteger, en el territorio nacional, a toda persona que sea distinguida o excluida con base en su origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, situación de salud, por embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de sus derechos y la igualdad real de oportunidades (Artículo 4º de la Ley Federal para Prevenir la Discriminación). Son de incumbencia de este organismo todas las violaciones a los derechos humanos que hayan hecho particulares a terceros a causa de vivir con el VIH o el sida, o formar parte de alguna de las poblaciones afectadas por la epidemia.

### **Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)**

Organismo público autónomo, cuyo objetivo esencial es la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos

amparados por el orden jurídico mexicano. En cuanto al VIH y al sida, la Comisión los ha reconocido como tema de derechos humanos, dadas las constantes violaciones y la discriminación de que son objeto tanto las personas con VIH y sida como las poblaciones en situaciones de riesgo y vulnerabilidad a la epidemia. La Comisión tiene un programa de promoción de los derechos humanos de las PV y atiende quejas por la violación que de ellos pudieran llegar a hacer autoridades federales. En el caso de las violaciones cometidas por autoridades estatales, existen los organismos defensores de derechos humanos de las entidades federativas.

### **Junta Federal de Conciliación y Arbitraje**

La función primordial de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje es impartir justicia promoviendo la paz social y la armonía en las relaciones laborales mediante la conciliación y el arbitraje. La Junta busca también garantizar a trabajadores y patrones o empleadores de las ramas industriales y empresas de jurisdicción federal, respeto a la Ley, transparencia, certeza y seguridad jurídica en la resolución de los conflictos laborales. Atiende los conflictos laborales que pudieran suscitarse como resultado de la epidemia del VIH y el sida.

### **Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI)**

Organismo descentralizado, no sectorizado, con responsabilidad jurídica y patrimonio propio. Su función es garantizar el derecho de los ciudadanos a la información pública gubernamental y a la privacidad de sus datos personales, y promover en la sociedad y en el gobierno la

cultura de acceso a la información, la rendición de cuentas y el derecho a la privacidad. Su participación en la respuesta a la epidemia del VIH y el sida tiene que ver con las solicitudes de transparencia respecto de los recursos que se asignan a la prevención y atención de la epidemia. Asimismo, es responsable de apoyar las acciones que garantizan la confidencialidad de las PV que son atendidas en el Sistema Nacional de Salud.

## Organizaciones civiles

### **Organizaciones de la sociedad civil (osc)**

Abarcan a las organizaciones con personalidad jurídica –como son las Asociaciones Civiles (AC) o las Instituciones de Asistencia Privada (IAP), reguladas por la Ley de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil– que realizan acciones de promoción de la salud, prevención del VIH y el sida, prestación de servicios, acceso a atención y tratamiento, y acciones de incidencia política y defensa de los derechos humanos de las poblaciones afectadas por la epidemia.

### **Organizaciones de base comunitaria (OBC)**

Son los colectivos y grupos que integran las personas provenientes de las poblaciones afectadas y que aun careciendo de personalidad jurídica realizan acciones similares a las realizadas por las osc.

## Instituciones privadas de salud

Son aquellos hospitales, clínicas e instituciones que proporcionan insumos, tratamiento y atención a la salud vendiendo sus servicios. Estas instituciones forman parte también del Sistema Nacional de Salud; de ahí que estén obligadas a cumplir con la normatividad en la materia y a participar en las acciones de monitoreo y control del VIH y el sida.

Parte integral de este sector son los laboratorios de análisis clínicos, que ofrecen servicios privados de análisis y detección de infecciones y enfermedades, incluyendo el VIH, y otros análisis de monitoreo y seguimiento del estado de salud de las personas con el virus. En este contexto, están obligados a cumplir con la normatividad en materia de detección, respeto a la confidencialidad y resguardo de la información de las PV.

## Instituciones académicas y de investigación

Son todas aquellas universidades, institutos y centros que realizan investigación en materia del VIH y el sida. Su aportación principal radica en generar estudios relacionados con diferentes aspectos de la epidemia del VIH y el sida en México. En la actualidad, en materia de prevención del virus, su involucramiento en el desarrollo y evaluación de las intervenciones de prevención representa una tarea prioritaria.

## Organismos de cooperación internacional para el desarrollo

Los organismos de cooperación internacional para el desarrollo que tienen representación en México promueven la realización de actividades y proyectos encaminados a complementar las acciones estratégicas gubernamentales y de las OSC, la academia, los institutos de investigación y otras entidades, en

temas de atención prioritaria y siempre en el marco de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID). La salud en general, y la respuesta nacional al VIH en particular, han sido objeto en México de un conjunto importante de programas y mecanismos de colaboración de tales organismos, representados, entre otros, por el Sistema de las Naciones Unidas a través de sus agencias y programas,<sup>24</sup> la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), el Banco Mundial (BM) y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

---

24 Las agencias y programas vinculados con el tema de esta *Guía* son: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef); Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (*Undoc*); Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (*Unesco*); Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); ONU Mujeres; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida); Programa Conjunto de Migrantes Vulnerables en Tránsito y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

# MÓDULO II

## EVIDENCIA PARA LA ACCIÓN

### Presentación y orientaciones para el uso del Módulo

Este Módulo ofrece un marco contextual y teórico para dar sustento a las acciones de prevención del VIH que se realicen en México proponiendo, al mismo tiempo, un lenguaje común a tales acciones. Lo integran cinco apartados.

El primero ofrece el panorama epidemiológico, internacional y nacional, que enmarca la situación de la epidemia en el país. En el segundo se mencionan conceptos clave relacionados con el VIH y el sida y con aspectos de la sexualidad y el género para permitir un marco de referencia común. El tercer apartado contiene una descripción general de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el país. El cuarto describe los temas transversales y los principios clave que deben considerarse en cualquier acción o iniciativa de prevención del virus. El quinto y último apartado de esta sección describe las perspectivas y enfoques más importantes en el abordaje preventivo del VIH.

# Panorama epidemiológico del VIH

## Panorama epidemiológico internacional<sup>25,26</sup>

Se estima que en la actualidad 35.3 millones de personas viven con el VIH. Desde los inicios de la epidemia, cerca de 75 millones de individuos han contraído la infección. En el año 2012, aproximadamente 2.3 millones de personas adquirieron el virus.

La respuesta a la epidemia está en una fase crucial, pues por primera vez desde su aparición la tasa de nuevos casos de infección va a la baja, mientras el acceso al tratamiento antirretroviral ha ido en aumento progresivamente, habiéndose constatado avances importantes en la reducción de la transmisión perinatal. Entre 2001 y 2012, las nuevas infecciones por el VIH en adultos y jóvenes descendieron cerca de 50% en 26 países, al tiempo que disminuía también el número de muertes relacionadas con el sida. La cobertura mundial de servicios de prevención de la transmisión materno-infantil superó por primera vez el 50%.

Las terapias ARV pueden retrasar drásticamente la aparición de enfermedades y contribuir a incrementar la calidad de vida de las PV. Es debido a este tratamiento y a la atención integral que las pérdidas de vidas relacionadas con el sida han disminuido 30% desde el máximo alcanzado en el año 2005.

A partir de la aparición del VIH y del sida en el mundo, hace más de tres décadas, son innegables los avances científicos y sociales que, de la mano del compromiso político, han

25 Unaid. Michel Sidibé, Executive Director of Unaid. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2013/november/20131126wad2013/>.

26 Unfpa. World AIDS Day 2013, Statement by Unfpa Executive Director, Dr. Babatunde Osotimehin. Zeroing in on the Needs of Women and Young People. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/15848>.

permitido que en nuestros días las PV en fase de tratamiento puedan tener una esperanza de vida más larga y saludable, al tiempo que protegen a sus parejas de la infección y evitan que sus hijos adquieran el virus. No obstante, al VIH y al sida se les sigue considerando, en todo el mundo, una epidemia<sup>27</sup> con características de pandemia.<sup>28</sup>

Con fines de vigilancia epidemiológica, el Onusida y la OMS han clasificado la epidemia del VIH en los países de forma genérica, como “de bajo nivel”, “concentrada” o “generalizada”. La tipología se basa en la prevalencia de la infección por el virus y su propagación al conjunto de la población (“población general”), y en el nivel del VIH en poblaciones específicas que son más vulnerables y corren el riesgo de estar expuestas al virus y de transmitirlo.

- En un escenario epidémico de “bajo nivel”, el VIH no se ha propagado de forma significativa a ninguna población en específico. Este contexto sugiere que las redes de riesgo son difusas, con niveles reducidos de cambio de parejas o uso de equipos de inyección no esterilizados; o bien, que el virus se ha introducido en fecha reciente.
- En un escenario “concentrado”, la prevalencia del VIH es suficientemente alta en una o más poblaciones específicas (como pudieran ser los hombres que tienen sexo con hombres [HSH], las PUDI o las PTS y sus clientes), pero no entre la población general.
- Una epidemia “generalizada”, mostraría una prevalencia en adultos superior a 5% y ninguna persona sexualmente activa se consideraría de “bajo riesgo”. Este es el caso de países que reportan con regularidad una prevalencia del VIH de 1% a 5% en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales, lo que indica que la presencia del VIH en la población general es lo suficientemente alta.<sup>29</sup>

27 “Una epidemia es la aparición en una comunidad o región (un área geográfica dada, una comunidad o unidad poblacional similar, o en todas las personas de una cierta edad o sexo, como niños o mujeres de una región), y durante un periodo dado, de casos de una enfermedad o comportamiento específicos relacionados con la salud en un número claramente superior al previsto en circunstancias normales.” Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

28 “La epidemia que se extiende por países, continentes o el mundo entero suele recibir el nombre de «pandemia»; sin embargo, este término no es del todo preciso. Utilícese preferiblemente el adjetivo «epidémico», especificando el alcance del que se esté hablando: local, nacional, regional, mundial, etc.” Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

29 Onusida (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practical\\_guidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practical_guidelines_es.pdf).

## Cuadro 1 Caracterización de Onusida de los perfiles epidemiológicos<sup>30</sup>

Alta prevalencia en poblaciones en mayor riesgo (HSH, MTS, HTS, PUDI)			Regiones OMS
Nivel bajo	< 5%	< 1%	Medio Oriente y Norte de África
Concentrada *	> 5%	< 1%	Sur de Asia, Este de Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Europa y Centro de Asia
Generalizada baja	= >5%	1–10%	África Sub-Sahariana
Generalizada alta	= >5%	= > 10%	África Sub-Sahariana

\* Incluye tres tipos de epidemia dependiendo de las poblaciones en mayor riesgo: trabajadoras y trabajadores sexuales (MTS y HTS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o usuarias de drogas inyectables (UDI)

30 Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

Siendo así, queda aún mucho camino por recorrer. De las 6,300 personas que día a día se infectan en el mundo, 16% son niñas y niños y casi 40% son jóvenes de 15 a 24 años de edad, mujeres en su mayoría. El VIH es también la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva y contribuye a un mínimo de 20% de las muertes maternas. Por otra parte, una tendencia de la epidemia, cada vez más notable, es el considerable aumento de personas mayores de 50 años contagiadas con el VIH; de este hecho surge una estimación reciente que considera que, en el mundo, 3.6 millones de personas mayores de 50 años viven con el virus.<sup>31</sup>

Además, en contraste con los avances señalados previamente, el estigma, la discriminación, la homofobia y la transfobia persisten aún y exponen de manera importante a poblaciones como los HSH, las mujeres transgénero (particularmente aquéllas que realizan trabajo sexual), las PUDI y las/os trabajadores sexuales, entre otros grupos poblacionales. En grupos poblacionales específicos –incluyendo las/os jóvenes, y las mujeres–, las desigualdades, la exclusión social, la estigmatización, al igual que la discriminación, siguen obstaculizando su acceso a los servicios y productos básicos de prevención.

A lo anterior se agrega la disminución de los recursos monetarios internacionales para la asistencia relacionada con el VIH, que ocurrió por primera vez en el 2009 y que ha continuado descendiendo desde entonces. Al avanzar la epidemia a un ritmo más acelerado que la respuesta, surge la necesidad de redoblar los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones.

### Panorama epidemiológico nacional

En México, la epidemia de VIH es concentrada; es decir, su prevalencia es de más de 5% en poblaciones en mayor riesgo y de menos de 1% en la población general. La vía de transmisión es principalmente la sexual (94% del total de casos desde el inicio de la epidemia).

En la actualidad se presenta mayor prevalencia del virus en HG y HSH, en personas transgénero (principalmente mujeres), en PUDI y, en menor medida, en personas que realizan trabajo sexual. Aunque en términos generales existe una importante carencia de estadísticas y datos cuantitativos sobre la prevalencia del VIH en estas poblaciones, algunos estudios permiten tener una idea del impacto de la epidemia en estos grupos.

Según el Registro Nacional de Casos de Sida (RNCS) se estima que en México hay 170,000 PV (150,000 – 210,000), con una prevalencia de 0.24% (15 a 49 años de edad). En el 2001, la prevalencia era de 0.3% y el número estimado de casos era de 150,000 personas, lo cual muestra que la epidemia en el país está estable.

Sin embargo, y aun cuando los datos epidemiológicos pueden consultarse en la página del Censida,<sup>32</sup> –lo que hace posible conocer el panorama evolutivo de la epidemia en el país–, es primordial que quienes realizan acciones de prevención a nivel nacional, regional, estatal o local, conozcan los factores de riesgo y vulnerabilidad que impactan a las poblaciones afectadas por la epidemia, así como los determinantes sociales que dificultan que esas mismas poblaciones tengan acceso a servicios e insumos de prevención, diagnóstico temprano y atención oportuna e integral.

## Conceptos clave

Dos son los conceptos epidemiológicos esenciales para entender la forma como la epidemia del VIH y el sida se distribuye; ellos son la prevalencia y la incidencia. Los cambios que en ellos puedan ocurrir en un periodo determinado son capaces de informar si las intervenciones de prevención han sido exitosas. Otros dos conceptos importantes son el riesgo y la vulnerabilidad, pues a partir de ellos se delimitan las razones por las que se debe trabajar con determinada población. En una epidemia de VIH y sida concentrada, donde el contacto sexual es la principal vía de transmisión, es indispensable especificar también algunos conceptos relacionados con la sexualidad humana y el género, porque a partir de ellos es más fácil entender cuáles son los factores de riesgo y vulnerabilidad a los que se enfrentan las poblaciones afectadas.

32 Censida. *Registro Nacional de Casos de Sida*. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>.

## Prevalencia

En relación con una enfermedad, característica o factor de riesgo, la prevalencia es la proporción o porcentaje de individuos en una población que manifiestan dicha enfermedad o característica en un punto específico en el tiempo. La prevalencia representa una “fotografía” de la situación en determinado momento, mostrando la magnitud general de determinado problema.

En el caso del VIH, la prevalencia es una estimación del porcentaje de adultos (15-49 años) que viven con el virus.

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Núm. de personas (15-49 años) con VIH}}{\text{Población total de 15 a 49 años}}$$

## Incidencia

En una enfermedad, la incidencia representa el número de casos nuevos que se producen en una población definida durante un tiempo específico. La prevalencia incluye infecciones recientes y anteriores –sin distinguir entre personas recientemente infectadas y las infectadas años atrás–; pero no logra mostrar las tendencias de la epidemia. La incidencia, en cambio, mide las infecciones nuevas; por ello, resulta útil para saber en nuestros días la rapidez con la que el virus se contrae.

En el caso del VIH, la incidencia se refiere al número de personas de 15-49 años que se infectaron en un año determinado:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Núm. de personas (15-49 años) que se infectaron con VIH en un año}}{\text{Población total (15-49 años) en ese año}}$$

## Riesgo

Es la probabilidad de sufrir un daño en la salud derivado de factores biológicos, conductuales y culturales.

En el contexto del VIH, el riesgo se define como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por este virus.

Son varios los comportamientos a destacar que crean, aumentan o perpetúan el riesgo de transmisión del VIH:

- Tener relaciones sexuales con penetración sin protección.
- Tener relaciones sexuales sin protección bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
- Tener varias parejas sexuales simultáneas o secuenciales sin usar protección.
- Usar de modo incorrecto o inconsistente el condón.
- Compartir juguetes sexuales sin la higiene adecuada y que se utilicen en la vagina y el ano/recto.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia y sin protección.

- Usar drogas inyectables con agujas y jeringas no esterilizadas y/o contaminadas.

- Que las mujeres embarazadas infectadas carezcan de un diagnóstico temprano y de tratamiento oportuno.

Aunque en términos generales se percibe como resultado de factores individuales, el riesgo se fundamenta también en el contexto sociocultural del que se trate. La percepción de los peligros y la elección, o no, de ciertos riesgos, tiene que ver, igualmente, con las normas sociales y no únicamente con la decisión individual. Las personas toman las decisiones con base en expectativas, carencias, prioridades, culpas, exigencias y límites; elementos todos delimitados por el grupo de pertenencia y que reflejan las normas sociales que castigan o culpabilizan.<sup>33</sup>

Las condiciones en las que ocurren o se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH, o la falta de medios para afrontar tales contingencias, es lo que lleva a configurar la vulnerabilidad social al VIH y al sida.

33 Salazar, X., et al. (2006). Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana. *Cad Saúde Pública*, 22(10), 2097-2104.

## Vulnerabilidad

La vulnerabilidad es el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas, las colocan en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder a situaciones particulares; en este caso, a una infección por el VIH y el sida.<sup>34</sup>

La vulnerabilidad social frente al VIH provoca que las acciones de carácter individual encuentren importantes limitaciones, porque se carece de acceso a los recursos de prevención o por la imposibilidad de ponerlos en práctica, lo que reduce la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el virus.<sup>35</sup>



*La relación entre el profesional de la salud y las personas usuarias de los servicios se basa en aspectos interpersonales del cuidado y en la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la persona, para brindar una mejor calidad en el servicio, sea de prevención o de atención.*

La vulnerabilidad se presenta y se modifica según las condiciones históricas y sociales; es distinta en función del sexo, el género, la edad, la escolaridad, la condición étnica, la situación migratoria o el nivel socioeconómico. Al depender de factores externos en los que se puede intervenir para cambiarlos, la vulnerabilidad puede, en consecuencia, modificarse.<sup>36</sup>

En este marco, las poblaciones vulnerables o en situación de desigualdad son aquéllas que, en razón de las condiciones del medio en el que viven, están en situación de mayor susceptibilidad al daño.<sup>37</sup>

Los aspectos sociales (nivel socioeconómico y de educación, género, etnia, preferencias sexuales), biológicos (sexo y edad) y las condiciones estructurales del contexto (cultura, política, economía) determinan el grado de

- 34 Hernández-Rosete, D. et al. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28(5), 20-25.
- 35 Bronfman, M. y R. Leyva, (2008). Migración y Sida en México. En: Córdova, J. A. et al. (Eds.). 25 Años de Sida en México. Logros, Desaciertos y Retos (pp. 241-258). Cuernavaca: INSP.
- 36 Kottow, M.H. (2004). Vulnerability: What kind of principle is it? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7(3), 281-287.
- 37 Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 7-22.

vulnerabilidad de un individuo o grupo. En cuanto a temas de salud, las variables que influyen sobre la vulnerabilidad se dividen en tres:<sup>38</sup>

- La pertenencia a un grupo y las redes sociales de la persona.
- El acceso a servicios y programas de salud.
- El ambiente social (creencias religiosas, decisiones políticas, inequidad económica, normas, valores y marcos legales que actúan como barreras o facilitadores para la promoción y acceso a la salud).

## Sexualidad

Dimensión fundamental de la condición humana presente durante toda la vida, la sexualidad abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se expresa y experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, políticos, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.

## Salud sexual

Es la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Es mucho más que la simple ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos.

## Sexo

Se refiere al conjunto de características biológicas (genéticas, endócrinas, anatómicas y fisiológicas) que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos.<sup>39</sup>

38 Salgado de Snyder, N. et al. (2006). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*. Vol. 49, Edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública, pp E8-E10.

39 OPS/OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Reunión de consulta convocada por OPS/OMS/WAS. Antigua, Guatemala, 19-22 de mayo. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf).

## Género

Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género se refiere también a la posición de lo femenino y lo masculino y a sus interacciones en el ejercicio del poder.<sup>40</sup>

## Identidad de género

El término define el grado en el que cada persona se identifica como masculina o femenina, o como una combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. Contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. La identidad de género de una persona puede, o no, corresponder con el sexo asignado al nacer.<sup>41</sup>

## Expresiones de género

La manera como una persona comunica su identidad de género a través de la apariencia física, los gestos, el modo de hablar y los patrones de comportamiento en la interacción con los demás representa su expresión de género.<sup>42</sup>

## Rol de género

Es el conjunto de normas sociales y comportamentales, y las expectativas relacionadas con las categorías de identidad sexual y género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente al rol de género tradicionalmente asociado con su sexo, asignado al nacimiento, o su identidad de género, y trascender por completo del sistema

40 Nath, M.B. (2000). *Gender, HIV and Human Rights: A Training Manual*. NY: United Nations Development Fund for Women.

41 OPS (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/por-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>.

42 *Idem*.

de roles de género culturalmente establecido.<sup>43</sup> Los estereotipos de género – masculino y femenino– dependen del modelo sociocultural de cada sociedad; es decir, las características o comportamientos específicos de lo que para una sociedad es lo femenino y lo masculino.

En la cultura occidental, a las personas que nacen con pene y testículos se les asigna culturalmente el sexo “hombre” (término que describe al macho de la especie humana); al ser así, su identidad, expresión y rol de género tienen que ir de acuerdo con aquéllo que se vincula con el estereotipo masculino. En contraparte, a las personas que nacen con vagina se les asigna por sexo “mujer” (nombre que recibe la hembra de la especie humana); de este modo, su identidad, expresión y rol de género deben estar de acuerdo con el estereotipo asociado a lo femenino. Quienes rompen estos esquemas son considerados “anormales” o bien reciben un trato diferenciado cargado de prejuicio, estigma y discriminación.

## Estereotipos de género



43 ops (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/por-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>.

## Identidad sexual

La identidad es la manera como una persona se identifica como hombre, mujer, una combinación de ambos o con relación a su orientación sexual. Representa el marco de referencia interno formado a través de los años, que le permite formular un concepto de sí misma sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, para desenvolverse socialmente según la percepción que de sí misma tiene. Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades; por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre trans heterosexual y otras.

## Orientación sexual

Es la organización específica del erotismo, la atracción emocional, afectiva, física y/o sexual, y el establecimiento de relaciones íntimas y sexuales con otra persona en relación con su género. La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y del rol de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a su orientación sexual.<sup>44</sup>

El sexo, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Son conceptualmente independientes una de otra y pueden presentarse en una amplia gama de posibles combinaciones.

La orientación sexual existe a lo largo de un continuo que va desde lo heterosexual principalmente (atracción fundamentalmente hacia personas del género contrario) hasta lo homosexual principalmente (atracción fundamentalmente hacia personas del mismo género), con diversas formas de bisexualidad entre estos extremos.

Para dar cuenta de esta continuidad entre tales extremos de la orientación sexual, existe una escala creada por Alfred C. Kinsey, que establece siete

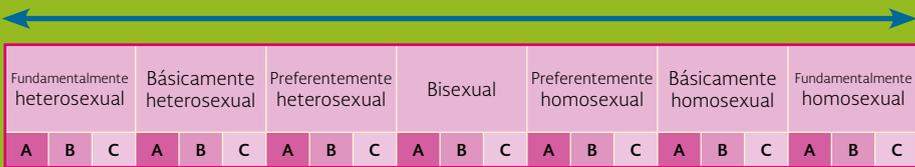
44 OPS (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/por-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>.

grados de orientación.<sup>45</sup> La escala fue modificada por Xabier Lizárraga, quien utiliza denominaciones descriptivas en lugar de numéricas y amplía el continuo eliminando el concepto de homosexualidad o heterosexualidad absolutas.<sup>46</sup>

Aunado a lo anterior, Lizárraga subdivide cada nivel en tres adicionales, en función de la práctica sexual.

- Practicante abierto: ha tenido o tiene alguna actividad y lo reconoce.
- Practicante oculto: ha tenido alguna actividad, pero no la reconoce o fantasea solamente sin hacerla real.
- No practicante: no tiene relaciones sexuales dentro de la preferencia y nivel del continuo en el que se encuentra.

## Cuadro 2 Continuo de la orientación sexual



Fuente: elaboración propia retomando del Esquema de Kinsey-Lizárraga.<sup>47</sup>

## Comportamiento sexual

El concepto identifica cada una de las expresiones del comportamiento que buscan el erotismo; son sumamente variadas. Las expresiones sexuales se pueden presentar en forma aislada, o ser una pluralidad en la conjunción de varias en una misma persona y manifestarse simultáneamente o en distintos periodos de su vida.<sup>48</sup>

45 Kinsey, A. et al. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders.

46 Lizárraga, X. (1980). Hetero/homosexualidad. Una modificación de la tabla de Kinsey. *Cuicu/co Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 1, 16-29.

47 *Idem*.

48 Lizárraga, X. (1982). "Sexualidad: Variabilidad de expresiones". *Estudios de Antropología Biológica*, 1(1), 531-548.

## Comportamiento sexual responsable

Sus características son la autonomía, la madurez, la honestidad, el respeto, el consentimiento, la protección y la búsqueda del placer y el bienestar; se expresa en los ámbitos personal, interpersonal y comunitario.

## Prácticas sexuales

Abarcan los distintos tipos de intercambio sexual, independientemente de la identidad sexual, el género o la orientación sexual de la persona. Las **prácticas sexuales seguras o sin riesgo** son aquellas en las que se toman precauciones para disminuir la posibilidad de contraer o transmitir alguna ITS, incluido el VIH. En las **prácticas sexuales protegidas** se utiliza de forma correcta un método de barrera, como el condón (masculino o femenino), para evitar el intercambio de secreciones o sangre. En las prácticas sexuales es necesario un equilibrio entre placer y seguridad. Para una sexualidad saludable ambos elementos tienen la misma importancia.

# Descripción de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad

Considerando los conceptos clave que se han descrito, se entiende por qué, en relación con la epidemia del VIH, no son únicamente los datos epidemiológicos los que nos dan la pauta para identificar a las poblaciones a las que es imprescindible alcanzar en las acciones de promoción de la salud y prevención. En este contexto, es igualmente importante conocer qué factores relacionados con los comportamientos, la cultura, las creencias religiosas, el género, la sexualidad, las condiciones de pobreza, de acceso a servicios y de garantía de los derechos humanos, están condicionando que ciertas poblaciones estén en riesgo y/o sean vulnerables frente al VIH y el sida, independientemente de que en México exista una epidemia concentrada.

A continuación mencionaremos a las poblaciones que en el país son más vulnerables y tienen mayores riesgos, las prevalencias estimadas de infección

y los contextos que pueden promover esos entornos de mayor desventaja y desigualdad ante el VIH y el sida.<sup>49</sup>

### Hombres gay (HG) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

La categoría de HG se refiere a la población de hombres que abiertamente asumen su atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia otros hombres, reconociendo tener prácticas sexuales con personas de su mismo género.

Por el contrario, el término HSH se refiere a una categoría epidemiológica; describe el comportamiento sexual sin importar si quien lo practica asume una identidad o motivación para mantener contactos sexuales con hombres.<sup>50</sup> Incluye a varones que no necesariamente asumen una orientación homosexual o bisexual. En este sentido, el término no hace referencia a una identidad, preferencia u orientación sexual.<sup>51</sup>

Desde el inicio de la epidemia, la población de HG y HSH se ha visto mayormente afectada por el VIH; en la actualidad, mantiene aún prevalencias elevadas. Por ejemplo, en un estudio de seroprevalencia en sitios de encuentro de HSH y HG, que cubrió a 24 ciudades de México y fue publicado en 2012, se detectó una prevalencia del VIH de 16.9%, con prevalencias superiores a 19% en las regiones del centro y sur del país.<sup>52</sup> Otro estudio con HSH, realizado en los estados de Jalisco, México y Veracruz y publicado ese mismo año, identificó una prevalencia de 12.7%.<sup>53</sup>

En la epidemia del VIH se reconoce que las relaciones sexuales anales desprotegidas entre los HG y los HSH son un factor de riesgo para la transmisión del virus y se practican por razones emocionales, sociales, culturales o del comportamiento. Además, dado que en los entornos familiares y sociales

49 Para una versión más sintética de este apartado ver el “Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional”, incluido en el anexo al final de esta Guía.

50 Cáceres, C. et al. (2002). *Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde las ciencias sociales y el activismo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/Onusida.

51 WHO (2011). *Prevention and treatment of HIV and other STI among MSM and Transgender People. Recommendations for a public health approach 2011*. Ginebra: WHO.

52 Funsalud (2013). *Resultados principales de la encuesta de sero prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: [http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Encuesta\\_HSH.pdf](http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Encuesta_HSH.pdf).

53 Gutiérrez, J. P. et al. (2012). *Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en hombres homosexuales y hombres bisexuales. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres*. Cuernavaca: CIEE/INSP. Datos actualizados a diciembre de 2013.

suelen estar presentes elevados niveles de estigma, discriminación y homofobia, se constata un incremento de los factores de vulnerabilidad de los individuos, lo que dificulta que accedan fácilmente a insumos y servicios de prevención, a que los usen de forma consistente, a que obtengan un diagnóstico temprano y a que, de necesitarlo, reciban tratamiento oportuno para el VIH y otras ITS. En algunas localidades, estos mismos contextos discriminatorios impiden la adecuada implementación de políticas de prevención eficaces por parte de las instancias involucradas en la respuesta.

## Personas transgénero

El concepto transgénero se considera un paraguas; describe a las personas cuya identidad y rol de género no coinciden con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo culturalmente asignado al nacer (hombre o mujer). Las personas transgénero pueden auto identificarse como transgéneros, transexuales, travestis y otros, con muy diversas expresiones tanto femeninas como masculinas o andróginas; puede, o no, implicar la reasignación quirúrgica del sexo y las terapias de reemplazo hormonal.<sup>54</sup>

Erróneamente se ha supuesto que las personas transgénero, especialmente las mujeres, forman parte de la población de HSH, cuando en realidad se trata de poblaciones distintas, con identidades y expresiones diversas. El hecho de que en el pasado y por razones epidemiológicas no hayan formado parte de una categoría propia y exclusiva, ha contribuido a mantener oculta su grave afectación por el VIH, las ITS y otras condicionantes, las cuales han puesto en continuo riesgo su salud.<sup>55</sup> Un estudio publicado en el 2012 sobre mujeres transgénero mostró, para los estados de Jalisco, México y Veracruz, una prevalencia promedio de 15.8% (13.1 - 20.4).<sup>56</sup> Otro estudio con mujeres transgénero en sitios de encuentro y centros penitenciarios de la ciudad de México reportó una prevalencia de 20% y 32%, respectivamente.<sup>57</sup>

54 WHO (2011). *Prevention and treatment of HIV and other STI among MSM and transgender people. Recommendations for a public health approach 2011*. Ginebra: WHO.

55 Bockting, W. O. et al. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10(4), 505-525.

56 Gutiérrez, J. P. et al. (2012). *Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero*. Cuernavaca: CIEE/ INSP. Datos actualizados a diciembre de 2013.

57 Colchero, A. et al. (2013). *Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la ciudad de México. Reporte Técnico*. Cuernavaca: INSP/Clinica de Especialidades Condesa/PSI México. Disponible en: [http://insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/Docs/130513\\_reporteTecnico.pdf](http://insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/Docs/130513_reporteTecnico.pdf).

Sus principales factores de vulnerabilidad obedecen a que su identidad, rol y expresión de género no coinciden con los roles social y culturalmente aceptados, de lo cual se han derivado situaciones de elevados niveles de estigma, discriminación y transfobia en la familia y la sociedad en su conjunto. Esta situación las ha marginado limitando sus oportunidades de desarrollo emocional, económico, educativo y personal. Una porción considerable de las mujeres transgénero están involucradas en el trabajo sexual, lo que aunado a las prácticas de sexo desprotegido con clientes y/o parejas en contextos que promueven o facilitan el uso y abuso de drogas, incrementa sus situaciones de riesgo frente el VIH.

Por todo lo anterior, las personas transgénero tienen un escaso o nulo acceso a los servicios de salud, y en el caso de las mujeres transgénero, realizar acciones orientadas a feminizar su apariencia (inyección de sustancias, utilización de terapias de reasignación hormonal careciendo de asesoría médica, procedimientos quirúrgicos de reasignación de género realizados por no profesionales y otras) puede comprometer seriamente su salud en el corto y largo plazo.

### Personas con VIH (PV)

Forman parte de esta población todas las personas que han adquirido el VIH y están en riesgo de desarrollar el sida si no reciben un diagnóstico temprano (esto es, cuando aún desconocen su estatus serológico) y/o un tratamiento oportuno que les permita mantener una condición de salud y calidad de vida favorables. Si bien en términos estrictos no se les puede considerar una población prioritaria para los esfuerzos de prevención de nuevas infecciones – porque ya han adquirido el virus– la relevancia de considerarlas en las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH radica en que al recibir un diagnóstico temprano y una atención integral adecuada se reducen de manera significativa las posibilidades de que su salud se deteriore, existiendo también las condiciones para evitar que sean transmisores del virus a otras personas.

Por sus características, el VIH y el sida representan una condición médica altamente estigmatizada que se asocia con conductas socialmente censuradas, tales como el uso de drogas inyectables y relaciones sexuales “moralmente incorrectas”.<sup>58</sup> La estigmatización hacia las PV resulta en una gran exclusión que

58 Ogden, J., y L. Nyblade (2005). *Common at Its Core: HIV-Related Stigma across Contexts*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Disponible en: <http://www.icrw.org/files/publications/Common-at-its-Core-HIV-Related-Stigma-Across-Contexts.pdf>.

les impide realizarse plenamente en su ambiente laboral, en la escuela y en las relaciones con amigos y familia; ello, unido a la negación de derechos, puede significar un mayor deterioro de su salud.<sup>59</sup>

En el contexto sanitario, las situaciones de estigma y discriminación representan los principales factores de vulnerabilidad que impactan negativamente en la búsqueda de atención y tratamiento y, en general, en el acceso a servicios de salud. Además, las PV suelen ver obstaculizado su acceso a información adecuada sobre salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar.<sup>60</sup>

Forman parte de esta población quienes nacieron con el VIH y los que tienen más de 20 años con el virus; pero ambas poblaciones son poco visibles en la respuesta a la epidemia, siendo que sus condiciones específicas de vulnerabilidad deben ser atendidas.

### Personas que nacieron con VIH y adultos con más de 20 años viviendo con la infección

Esta categoría abarca a los hombres y las mujeres que adquirieron el virus por vía perinatal. Requieren, en el transcurso de su vida, de atención integral y del apego a tratamiento que garantice su calidad de vida. Hasta el 2013, los casos acumulados de personas que adquirieron el VIH por transmisión perinatal eran 2,402; de ellas, 32% es menor de un año de edad; 44% tiene entre uno y cuatro; 18% tiene entre cinco y nueve años y 6% está entre los diez y 14 años de edad. Los datos anteriores evidencian que las acciones de prevención de la transmisión perinatal son aún limitadas y requieren reforzarse, considerando que ya existen los protocolos y procedimientos adecuados para eliminar los riesgos de transmisión por esa vía.

Por otra parte, llega a 944 el número de personas con VIH que tienen un diagnóstico desde hace 20 años o más; el porcentaje con relación al número total de casos no rebasa 1%.<sup>61</sup> La relevancia de considerar a esta población

59 Padrón Inamoratto, M. y H. Hernández Avilés (2006). *Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH-sida en México*. México, D.F.: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Disponible en: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E-14-2006.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E-14-2006.pdf).

60 Unaid (2012). *Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS*. Ginebra: Unaid. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20121211\\_Women\\_Out\\_Loud\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20121211_Women_Out_Loud_en.pdf).

61 Censida. *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida*. Actualización al 30 de junio de 2013. Recuperado en diciembre del 2013 de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_2o\\_trim\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf).

en las acciones de prevención radica en que pueden ser una muestra de que el tratamiento oportuno y el apego consecuente pueden impactar favorablemente en la calidad de vida de las PV. Sin embargo, implica también un nuevo reto a la calidad de la atención, pues estas personas comienzan a enfrentar otros padecimientos asociados con la edad, que no en todos los casos se atienden de forma apropiada por el simple hecho de que inicialmente no se contemplaba una esperanza de vida tan prolongada. Además, en otros casos, deben analizarse los efectos colaterales asociados al uso prolongado de tratamientos, que recientemente se está detectando y que requieren de otro nivel de atención que va más allá de sólo garantizar el acceso universal a medicamentos antirretrovirales.

### Personas usuarias de drogas inyectables (PUDI)

El término describe a quienes utilizan drogas de forma intravenosa, subcutánea o intramuscular.<sup>62</sup> Las prácticas relacionadas con este uso, como son el intercambio de jeringas, material biológico e insumos necesarios para la inyección, y los obstáculos para acceder a información, cuidados y gestión del riesgo, sitúa a esta población en alto riesgo de infección.<sup>63</sup> Las PUDI experimentan también el riesgo de co-infección de tuberculosis y hepatitis B y C, que se adquieren por la misma vía de transmisión del VIH (es el caso de las hepatitis), o por ser infecciones altamente transmisibles para personas con un sistema inmunológico débil. Por otro lado, es común que esté presente también el abuso de otro tipo de drogas –legales e ilegales–, que incrementan las situaciones de riesgo y vulnerabilidad que esta población enfrenta.

La información disponible indica que la prevalencia del VIH en las PUDI es de alrededor de 6%. Algunos estudios observacionales realizados con esta población se han concentrado en zonas fronterizas del norte del país.<sup>64</sup> Un estudio con PUDI publicado en 2013 identifica una prevalencia del VIH de 7.7% en

62 Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en Noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

63 Censida, (2008). *Manual de Prevención del VIH/Sida en Usuarios de Drogas Inyectadas*. México, D.F.: Censida/Conadic. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual\\_udi2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual_udi2008.pdf).

64 Strathdee, S.A. et al. (2012). The emerging HIV epidemic on the Mexico-U.S. border: An international case study characterizing the role of epidemiology in surveillance and response. *Ann Epidemiol*, 22(6):426-38.

Ciudad Juárez, Chih., 5.2% en Hermosillo, Son. y de 4.2% en Tijuana, B.C.<sup>65</sup> Otro estudio, realizado en 2005 en Ciudad Juárez, Chih., documentó una prevalencia en PUDI de 3%,<sup>66</sup> mientras un estudio adicional realizado entre 2006 y 2007, en Tijuana, encontró una prevalencia de 10.2% en mujeres usuarias de drogas inyectables, y de 3.4% en hombres en la misma condición.<sup>67</sup>

La situación de ilegalidad de estas drogas fomenta, además, el estigma, la discriminación y la violencia, no sólo de parte de la sociedad sino también por parte de policías y funcionarios de impartición de justicia, hecho éste que pone barreras a su acceso a estrategias de prevención.

### Personas trabajadoras sexuales (PTS)

En la definición de las personas que realizan trabajo sexual, las relaciones sexuales se entienden como decididas y consensuadas por parte de mujeres, hombres y personas transgénero –mayores de edad–, que de forma voluntaria acuerdan mantener una relación o intercambio sexual a cambio de dinero, bienes materiales u otros satisfactores (como pudieran ser protección, ropa o comida). Esta perspectiva no incluye, pero sí condena enfáticamente, la explotación sexual forzada, de la que es ejemplo la explotación sexual infantil; también está en contra de la trata de personas, independientemente de su edad y género y de cualquiera de sus manifestaciones.<sup>68</sup>

El vínculo entre trabajo sexual y exposición al VIH ha sido reconocido desde que la epidemia inició. Pero las personas que realizan trabajo sexual han tenido un acceso limitado a recursos y herramientas de prevención, y más limitado aún con respecto a tratamiento y atención del virus y del sida,<sup>69</sup> además de que suelen ser extorsionadas, coercionadas o sometidas a múltiples abusos que incrementan su vulnerabilidad social.

65 Funsalud (2012). *Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDIS*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Documentos-productos/DS-UDI.pdf>.

66 Baumbach, J.P. et al. (2008). Seroprevalence of select bloodborne pathogens and associated risk behaviors among injection drug users in the Paso del Norte region of the United States – Mexico border. *Harm Reduction Journal*, 5 (33).

67 Brouwer, K.C. et al. (2012). Spatial Epidemiology of HIV among Injection Drug Users in Tijuana, Mexico. *Ann Assoc Am Geogr*, 102(5):1190-1199.

68 En México existe una Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos. Está disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPSEDMTP.pdf>.

69 WHO Library Cataloguing-in-Publication Data UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Unaid.

Esta población abarca a mujeres, hombres y personas transgénero; en todas ellas, la vulnerabilidad ante el VIH adquiere distintos matices. En mujeres trabajadoras sexuales la prevalencia del VIH se ha mantenido por debajo de 1%. Por ejemplo, el estudio de seroprevalencia realizado en los estados de Jalisco, México y Veracruz, reportó una prevalencia del VIH de 0.67% (0.13 – 3.44).<sup>70</sup> Pero en contextos de mayor vulnerabilidad esta prevalencia aumenta, pues suelen ser comunes las agresiones por parte de extorsionadores, clientes o incluso pares y/o parejas.<sup>71</sup> Por ejemplo, entre trabajadoras sexuales que al mismo tiempo son PUDI en Ciudad Juárez, Chih. y Tijuana, B.C., se han documentado prevalencias de hasta 5.3%.<sup>72</sup> En contraste, la prevalencia entre HSH que realizan trabajo sexual se ha documentado cercana a 17%.<sup>73</sup>

### Adolescentes y jóvenes

Para la OMS, la adolescencia abarca el rango de edad que va de los 10 a los 19 años; considera dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). La juventud incluye a las personas entre los 15 y 24 años.<sup>74</sup> Pero más importante que establecer los rangos de edad, de lo que se trata es de visibilizar a esta población y disminuir las barreras para su acceso a servicios preventivos específicos.

Las estadísticas nacionales muestran que el VIH se adquiere casi siempre en la juventud. Sin embargo, el acceso a datos de estudios de seroprevalencia del VIH entre los adolescentes no es tarea fácil. De todos los casos de sida registrados al 2013, 30% correspondió a población de entre 10 y 29 años de edad.<sup>75</sup> En

70 Gutiérrez, J.P. et al. (2012). *Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero*. Cuernavaca: CIEE/INSP. Datos actualizados a diciembre de 2013.

71 Ulibarri, M. D. et al. (2010). Sexual and drug use behaviors associated with HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in the Mexico-US border region. *Curr Opin Psychiatry*, 23(3):215-20.

72 Strathdee S. A. et al. (2011). Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico-US border region. *PLoS One*. 2011 Apr 25;6(4):e19048.

73 Funsalud (2013). *Resultados principales de la encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: [http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Encuesta\\_HSH.pdf](http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Encuesta_HSH.pdf).

74 Pineda, S. y M. Aliño (2002). El concepto de adolescencia. En: Cruz, F. et al. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, Cuba, Ministerio de Salud Pública, pp. 15-23.

75 Censida. *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida*. Actualización al cierre de 2013. Recuperado en diciembre del 2013 de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_CIERRE\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf).

2013, la tasa de incidencia de sida en población joven era de 3.3 casos por cada 100,000 jóvenes de entre 15 y 24 años; pero en los casos que aún continúan como seropositivos, la incidencia se eleva a 5.8 casos.<sup>76</sup>

Quienes se encuentran en esta etapa transitan por un momento que es coyuntural para todo ser humano, cuando muchos de los patrones de conducta de vida, los hábitos, los conocimientos y las actitudes se establecen y/o fortalecen. El ejercicio responsable de la sexualidad es fundamental, pues muchos de los riesgos a los que se enfrenta este grupo poblacional –entre ellos las ITS, el VIH y el embarazo no planeado–, se encuentran vinculados a prácticas sexuales desprotegidas. La falta de acceso a servicios de salud integral y la negación de información, métodos anticonceptivos y condones (masculinos y femeninos) son factores que potencializan los riesgos a los que están expuestos.

## Mujeres

Poco tiempo después de la aparición del VIH, las mujeres se convirtieron en uno de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad y riesgo al virus y al sida; esta vulnerabilidad es distinta y está condicionada, casi siempre, a un contexto cultural rígido y desigual en el que las mujeres se consideran sujetos de menor valía que los hombres limitándose, así, el ejercicio de sus derechos. Las relaciones de poder y el papel pasivo que de ellas se espera, particularmente en torno a su vida sexual, les impide a menudo tomar medidas para protegerse del VIH y de otras ITS. Por otro lado, la dependencia económica de sus parejas da lugar a que sus posibilidades de acceso a información y a servicios adecuados de salud sean escasas.

En México, la cifra de mujeres con VIH ha ido en aumento de manera constante. En cuanto a casos de sida, la razón hombre/mujer pasó de ser cercana a 11 en 1985, a 4.5 en 2012; esto significa que en la actualidad la proporción de casos de sida es de una mujer por cada cuatro hombres, mientras que en los casos de personas que continúan como seropositivas hay una mujer por cada tres hombres. Del total de casos de sida acumulados a septiembre del 2013, 17.9% corresponde a mujeres; pero entre las personas con VIH que continúan registradas, la proporción de mujeres asciende a 26%.<sup>77</sup>

76 Censida. *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida*. Actualización al cierre de 2013. Recuperado en diciembre del 2013 de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_CIERRE\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf).

77 *Idem*.

Las mujeres pueden ser vulnerables al VIH de muchas maneras. Trátese de contextos de epidemias concentradas o generalizadas, ellas representan, casi siempre, el rostro menos visible, pero al mismo tiempo el más afectado por el VIH y el sida. La vulnerabilidad de esta población involucra factores biológicos, sociales, económicos, legales y culturales que están correlacionados con roles de género estereotipados y con relaciones de poder inequitativas y desiguales.<sup>78</sup> Por todo lo aquí señalado, el abordaje de tales determinantes es fundamental.

Del contexto anterior se deriva la baja percepción del riesgo por parte de las mujeres, y el que acudan tardíamente en busca de diagnóstico y tratamiento. En esta población, la epidemia tiene el perfil de un menor nivel socioeconómico y de educación.

### Personas privadas de la libertad (PPL)

El concepto de PPL se refiere a las personas que permanecen en centros de detención provisional, penitenciarias, comisarías o estaciones de policía, por orden o bajo el control de una autoridad judicial, por delitos, infracciones e incumplimientos de la ley, sea que estén procesadas o condenadas y cuando no puedan disponer de su libertad ambulatoria.<sup>79</sup>

Las prisiones y centros de detención no son espacios del todo aislados, pues existe en ellos un tránsito constante de personas y, por lo tanto, un alto riesgo de propagación de enfermedades transmisibles, tales como la tuberculosis, la hepatitis y las ITS incluido el VIH y el sida.<sup>80, 81</sup>

Existen otras poblaciones que, al igual que las anteriores, deberían considerarse parte de las PPL por estar en situaciones de reclusión parcial o total —es el caso de quienes permanecen en instituciones de salud mental, están internados, o se encuentran en centros de educación o entrenamiento de las fuerzas armadas, o bien en órdenes religiosas—. Y aunque en los tres últimos casos no

78 *Unaid*s. *Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV*. Ginebra: *Unaid*s. Recuperado en noviembre del 2013 de: [https://www.unfpa.org/hiv/docs/unaid\\_s\\_operationalplan.pdf](https://www.unfpa.org/hiv/docs/unaid_s_operationalplan.pdf).

79 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2011. *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. CIDH. Recuperado en diciembre del 2013 de: <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>.

80 Censida (2007). *Guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en centros penitenciarios*. México, D.F.: Censida/Secretaría de Seguridad Pública. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>.

81 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2011). *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. CIDH. Recuperado en diciembre del 2013 de: <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>.

está implicada una reclusión total o permanente, las personas pasan largos periodos de convivencia en espacios cerrados, donde la poca o nula interacción con personas ajenas a la institución, y en algunos casos el hacinamiento, propician las prácticas sexuales entre quienes ahí se encuentran. Sumado a lo anterior, debe tomarse en cuenta que estas poblaciones tienen un bajo o nulo acceso a información sobre promoción de la salud sexual y prevención del VIH, y mucho más limitado acceso a insumos de prevención, lo que incrementa sus condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

Si consideramos que respecto de las PPL los datos de prevalencia o incidencia se limitan por motivos legales a algunos estudios específicos en centros penales, en el caso de los otros centros e instituciones mencionados la información es prácticamente nula. De acuerdo con un estudio reciente (2010) realizado con hombres y mujeres de cuatro reclusorios de la ciudad de México, la prevalencia del VIH entre ellos era de 0.7%, cifra mayor a la que se constata en población general.<sup>82</sup>

### Poblaciones móviles

Este concepto abarca a las personas que se desplazan de un lugar a otro de forma temporal, estacional o definitiva y por razones diversas, voluntarias o involuntarias. Entre esas razones se podrían mencionar reunificaciones familiares, oportunidades económicas o profesionales, situaciones de pobreza, guerra o conflictos armados, abuso de los derechos humanos, tensiones étnicas, violencia, hambre, persecución y necesidades de atención sanitaria o médica.<sup>83</sup>

Si bien respecto de sus condiciones de vulnerabilidad y riesgo esta población la encabeza la población migrante indocumentada –que se traslada de un país a otro en busca de mejores condiciones de vida–, como parte de ella se consideran otros grupos cuyas actividades les implican movilidad; se pueden citar, entre ellos: los choferes de camiones, los marineros, los transportistas, los agricultores, vendedores ambulantes, empleados móviles de grandes industrias (por ejemplo las mineras y petroleras) y el personal militar.

82 Bautista-Arredondo, S. (2012). *Prevalence of transmissible infections and socio-demographic and behavioral risk factors amongst prisoners in Mexico City: A cross-sectional study of 17,296 inmates*. XIX International AIDS Conference. Washington, D.C., USA. WEAD0605 - Oral Abstract Session.

83 Onusida, 2001. *Movilidad de la población y sida. Actualización técnica del Onusida (Colección Prácticas Óptimas del Onusida: Actualización técnica)*. Ginebra: Onusida.

Las personas migrantes y las poblaciones móviles pueden enfrentar situaciones de marginación mientras están en tránsito, al llegar a su destino o al regresar a su lugar de origen. La pobreza y la falta de recursos pueden obligar a que las personas que se desplazan de un lugar a otro aumenten su riesgo y vulnerabilidad de contraer el VIH, al intercambiar o vender relaciones sexuales sin protección a cambio de bienes, servicios, alimentos, protección o dinero para sobrevivir o continuar su viaje; pueden ser víctimas de discriminación, xenofobia, explotación y acoso sexual; contar con poca o nula protección jurídica o social en la comunidad receptora dependiendo de su estatus migratorio; tener un escaso o nulo acceso a información sobre el VIH, a los servicios de salud y a los medios de prevención del virus, y enfrentarse a obstáculos culturales y de idioma que propician esa falta de acceso, a más del desconocimiento de la comunidad y la inestabilidad que la movilidad misma implica.<sup>84</sup>

### Población indígena

De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se consideran pueblos indígenas a “aquéllos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización; y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.”<sup>85</sup> En este sentido, se considera población indígena a toda persona cuya etnia, cultura o lengua pertenece a los pueblos originarios del país, región, estado o localidad.

La población indígena es una población altamente vulnerable al VIH, al combinarse en ella la presencia de determinantes sociales como la pobreza y la falta de acceso oportuno a servicios de salud y a la educación. A estos factores estructurales se añade la falta de acceso a información actualizada

84 Leyva, R. y F. Quintino, 2011. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Cuernavaca: INSP.

Leyva, R. et al., 2013. Movilidad poblacional y VIH: una experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México. *Salud Pública Mex*, 55 (suplemento 1), S4-S6.

Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, 2009. *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Informe de la encuesta 2008*. Médicos del Mundo. Recuperado en diciembre 2013 de: <https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-115%232E%23pdf>.

Onusida, 2002. *El derecho de los migrantes a la salud. Colección Prácticas Óptimas del Onusida*. Ginebra: Onusida.

Onusida, 2000. *Situación de la epidemia mundial de VIH/Sida*. Ginebra: Onusida.

85 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Última actualización: 10 de febrero de 2014). *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917. Título Primero. Capítulo I. Artículo 2o. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.

en su propio idioma y la persistencia de roles tradicionales de género que impiden la adquisición de prácticas sexuales seguras, tales como el uso de condón. En algunas comunidades existe, además, una falta de comunicación intergeneracional sobre el tema, pues el VIH sigue siendo un tabú; comunidades hay en donde se le percibe incluso como algo ajeno, lo que contribuye a que no se le considere un problema de salud.<sup>86</sup>

Si bien en el ámbito internacional se reconoce el riesgo que este grupo poblacional enfrenta en lo concerniente a la epidemia del VIH, es común que sus miembros se conviertan en víctimas de discriminación en espacios sociales, incluyendo los servicios de salud. Pocos países han podido implementar eficazmente programas dirigidos de manera específica a las comunidades indígenas. En México, el impacto de la epidemia del VIH en tales comunidades sigue siendo impreciso, pues las cifras sobre pertenencia étnica no se reportan de manera sistemática.<sup>87</sup> Y aunque el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (Salvar) sí recupera la pertenencia étnica de las personas atendidas, este dato no siempre lo reportan todos los servicios de atención.

### Mujeres embarazadas y transmisión perinatal del VIH

Las mujeres que cursan un embarazo, entendido éste como “el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término”<sup>88</sup> merece una mención especial, porque de las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH dirigidas a ellas depende la reducción del riesgo de transmisión perinatal del virus.

Existen características propias de las mujeres que determinan el riesgo de infectar a su producto; entre ellas se encuentra la genética, el tipo de virus, la evolución de la infección, los niveles de CD4<sup>89</sup> y la carga viral. Además de

86 Ponce Jiménez, M. et al. (2011). *Informe final de la consulta sobre VIH-sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

87 *Idem*.

88 Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación*, 6 de enero de 1995. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.

89 “Es un marcador inmunológico que se encuentra en los glóbulos blancos, como en los linfocitos y macrófagos; es más fácil realizar su medición en linfocitos. Este tipo de células coordina las respuestas del sistema inmunológico. Ante episodios de infección, las células T4 constituyen el blanco principal del VIH.” Censida (2009). *Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH*. (2a. ed). México, D.F.: Censida. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia\\_enf\\_09.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf).

ello, hay diferentes momentos durante el embarazo y la lactancia en que la transmisión del virus hacia el feto o el recién nacido puede ocurrir, según se señala a continuación.<sup>90</sup>

- *In útero*. A partir de la octava semana de embarazo pueden existir partículas virales del VIH en el tejido fetal, como consecuencia del contacto de la sangre materna con la sangre fetal durante el crecimiento de la placenta.
- Durante el trabajo de parto. Esta forma de transmisión ocurre por el estrecho contacto de la sangre materna con la del producto, el líquido amniótico y otros tejidos que pueden contener el virus.
- Posparto. En este momento, la infección ocurre por la alimentación con leche materna (lactancia), la cual puede incrementar hasta en 30% las posibilidades de infección. Los factores que facilitan la transmisión del VIH durante la lactancia son: la mastitis, la candidiasis bucal en el lactante, un periodo prolongado de lactancia (superior a los seis meses y hasta los dos años de edad del bebé), y una alimentación mixta que favorece inflamaciones intestinales o diarrea y que facilita la transmisión del virus.

Las mujeres embarazadas deben ser abordadas en los servicios de control perinatal para ofrecerles, en esa oportunidad y sin excepción, las pruebas de detección del VIH y la sífilis para prevenir la transmisión perinatal del virus y la sífilis congénita.<sup>91</sup>

## Principios transversales en la prevención del VIH

Tomando en cuenta las situaciones de riesgo y vulnerabilidad a las que se enfrentan las poblaciones antes descritas, es importante que todas las acciones, iniciativas, estrategias, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y del sida se lleven a cabo en un marco de principios rectores que garanticen una adecuada atención de las personas, independientemente de que tales acciones se realicen de forma individual o grupal, o que estén dirigidas a una comunidad específica o a población general.

90 Hernández, G. et al. (2009). Transmisión vertical del VIH. En: Magis, C. y H. Barrientos (Eds.). *VIH/sida y salud pública. Manual para personal de salud*. (2da. Ed). Guadalajara: Censida/INSP.

91 Censida (2012). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. (5ta. ed). Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA\\_ARV\\_2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA_ARV_2012.pdf).

En la siguiente sección se ofrece una breve descripción de los principios rectores en los que debe sustentarse la promoción de la salud y la prevención del VIH y del sida en México.

## Derechos humanos

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para su desarrollo integral en una sociedad jurídicamente organizada.

Los derechos humanos son: **universales**, porque pertenecen a todos los individuos, sin importar su sexo, edad, posición social, filiación política, credo religioso, origen familiar o condición económica; **incondicionales**, porque únicamente están supeditados a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos; es decir, hasta donde comienzan los derechos de las demás personas o los justos intereses de la comunidad; **inalienables**, porque no pueden perderse ni transferirse por propia voluntad, siendo inherentes a la idea de dignidad de la persona; **interdependientes e indivisibles**, porque no se puede decir que se respetan unos en menoscabo de los otros; además, tienen un **carácter progresivo y dinámico**, pues el avance de la humanidad va

descubriendo nuevos aspectos de tales derechos.

La perspectiva de los derechos humanos no es un concepto vacío, sino la obligación de contar con políticas y medidas concretas y explícitas en normas, reglamentos o manuales, para cumplir el mandato constitucional mencionado en el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Los derechos humanos establecidos en la Constitución que nos rige, los tratados internacionales y las leyes federales y locales, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

Es importante mencionar que en el 2011 se realizaron reformas a la Constitución Política del país que impactan directamente sobre el fortalecimiento del seguimiento y defensa de los derechos humanos, ya que evidencian el reconocimiento de su progresividad mediante la expresión clara del principio *pro persona* como rector de la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, en aquellas

que favorezcan y brinden mayor protección a las personas para mejorar las condiciones de vida de la sociedad y el desarrollo de cada persona en lo individual.<sup>92</sup>

Considerando que la protección de la salud es un derecho fundamental, es obvio que la salud sexual conlleva **derechos sexuales y reproductivos**. Si bien se considera que los derechos sexuales están en evolución –porque no se ha logrado que todos los países los consideren universales–, sí han ocurrido avances significativos en torno a ellos. Un ejemplo ilustrativo son los derechos sexuales planteados por la Asociación Mundial de Sexología,<sup>93</sup> que en su declaración de los derechos sexuales señala:



*Para asegurar que las acciones, iniciativas, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y sida sean brindadas con calidad, deben realizarse con un total y estricto apego al respeto y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de todas las poblaciones.*



Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- Derecho a la libertad sexual
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo
- Derecho a la privacidad sexual
- Derecho a la equidad sexual
- Derecho al placer sexual
- Derecho a la expresión sexual emocional
- Derecho a la libre asociación sexual
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables
- Derecho a información basada en el conocimiento científico
- Derecho a la educación sexual integral
- Derecho al atención de la salud sexual. ”

92 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reformas Constitucionales en Materia de Amparo y Derechos Humanos, publicadas en junio de 2011. Recuperado en noviembre de 2013 de: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/>.

93 Declaración del 13o. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

## Perspectiva de género

La perspectiva de género implica reconocer la diferencia entre las atribuciones, ideas y representaciones que se construyen sobre la referencia sustentada en las distintas identidades de género. La perspectiva reconoce este contexto cultural y promueve mecanismos a fin de eliminar cualquier forma de discriminación, inequidad o trato diferencial entre las personas en el ejercicio de sus derechos, incluido el de la salud, derivado de los estereotipos de género. Un elemento fundamental de la perspectiva de género es la igualdad de género, la cual busca promover condiciones de igualdad en el orden jurídico, económico, cultural y social entre las identidades de género.<sup>94</sup>



*Las acciones e iniciativas de promoción de la salud y prevención del VIH deben asumir una perspectiva transversal sensible al género, reconociendo que éste condiciona de manera diferenciada el riesgo y la vulnerabilidad de hombres y mujeres frente al VIH—incluyendo a las poblaciones que no cumplen con los estereotipos de género— y propiciando, por lo tanto, la mitigación del impacto de estas inequidades.*

La perspectiva de género ha puesto de manifiesto que la actitud y la conducta sexual de cada individuo, y la de su pareja o parejas sexuales, tienen un impacto significativo sobre la salud; pero también ha demostrado que el control de este impacto sólo es posible si quienes participan de una relación sexual tienen el mismo poder para negociar el tipo de intercambio que mantienen y las medidas que tomarán, o no, para prevenir una infección por el VIH o alguna otra ITS.<sup>95</sup>

El riesgo de infección por el VIH, su impacto y el acceso a los servicios son aspectos permeados tanto por las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres como por los estereotipos de género. Es fundamental abordar una perspectiva transversal de género, lo que implica considerar de manera integral aquellos factores de vulnerabilidad y experiencias de hombres y mujeres que condicionan su salud.

94 OPS/OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Reunión de Consulta convocada por OPS/OMS/WAS. Antigua, Guatemala, 19-22 de mayo. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf).

95 OPS (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/por-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>.

## Reducción del estigma y la discriminación

El estigma se presenta cuando existe una percepción negativa hacia una persona por características que otro individuo le atribuye.<sup>96</sup> La estigmatización es un proceso de desvalorización de alguien dadas sus características, que pueden ser tan arbitrarias como el color de piel, la forma de hablar, la orientación sexual o la forma de vestir.

La discriminación, por otra parte, denota toda forma de distinción, exclusión o restricción que afecta a alguien en razón de una característica personal inherente, con independencia de que exista o no justificación para tal valoración.<sup>98</sup> A diferencia de la estigmatización, la discriminación no se limita a la infravaloración del otro; más bien se traduce en un trato injusto por el hecho de tener ciertas características. Esto significa que cuando se actúa o se hace omisión con base en la estigmatización el resultado es la discriminación.

Las disposiciones en materia de derechos humanos, codificadas en constituciones y legislaciones nacionales y en una amplia gama de instrumentos internacionales, prohíben la discriminación.<sup>99</sup> Sin embargo, por tratarse de un aspecto cultural, inherente a creencias, prejuicios y comportamientos muy arraigados, se requieren acciones e iniciativas con carácter permanente que puedan reducir su impacto en el acceso a los servicios e insumos de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención integral.

“El estigma y la discriminación violan los derechos humanos fundamentales. Llevar una vida libre de discriminación es un derecho humano básico, indispensable para asegurar el desarrollo, el bienestar y la dignidad de las personas.”<sup>97</sup>



Todas las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH tienen que estar acompañadas o ir precedidas de un análisis de las situaciones de estigma y discriminación que dificultan el acceso a insumos y servicios, obstaculizan el cambio de comportamiento y vulneran los derechos humanos de las poblaciones afectadas; al hacerlo, será posible generar iniciativas y estrategias para reducir y eliminar tales situaciones.

96 Gilmore N. y M. Somerville (1994). Stigmatization, scapegoating, and discrimination in sexually transmitted disease: Overcoming “them” and “us”. *Soc Sci Med* 1994; 39(9): 1339-1358.

97 Onusida (2003). *Campaña Mundial contra el Sida 2002-2003: Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH. Hoja Informativa*. Ginebra: Onusida.

98 Onusida, (2001). *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH. Colección Prácticas Óptimas*. Ginebra: Onusida.

99 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Última actualización: 10 de febrero de 2014). *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.

## Pertinencia cultural

La manera como entendemos la salud, las relaciones, las decisiones individuales y sociales, los comportamientos, los estilos de vida, el acceso a la información y las posibilidades de elección de las personas tienen, definitivamente, la influencia de la cultura. De ahí que resulte indispensable adaptar los programas y las actividades de prevención a las especificidades culturales de las comunidades; al hacerlo, se convertirán en programas y actividades pertinentes y eficaces.<sup>100</sup>

“ Para disminuir las brechas en salud es importante que existan servicios que tomen en cuenta la pertinencia cultural.<sup>101</sup> ”

! Mejorar la salud de la población implica ofrecer servicios sensibles a la multiculturalidad, que permitan reconocer las necesidades específicas de la población atendida, y en donde no exista un plan único o una solución que sea adecuada para todas las personas.

La interculturalidad es un concepto que se suele relacionar, casi de forma exclusiva, con el contexto de las comunidades indígenas. No obstante, en el marco de una epidemia del VIH concentrada, impera la necesidad de diseñar mensajes pertinentes dependiendo de la población o el grupo al que se quiera alcanzar, lo cual puede depender también de factores como la edad o la identidad de género o sexual, y no sólo la pertenencia étnica. Son varias las capacidades que deben poseer y desarrollar los individuos involucrados en la respuesta nacional al VIH para realizar las acciones e iniciativas en un marco de pertinencia cultural.<sup>102</sup>

- Habilidad para establecer relaciones con absoluto respeto a la cultura y las expectativas de las personas usuarias de los servicios.
- Garantía de que las personas usuarias que hablan una lengua distinta a la que brinda el servicio entienden sus indicaciones y recomendaciones; de ser necesario, solicitar el apoyo de un traductor.
- Conocimiento y reconocimiento de la singularidad demográfica, étnica y sociocultural de la población a la que se ofertan los servicios y desempeño con absoluto respeto a la diferencia.

100 Unesco (2011). *Breve guía de la Unesco. Características esenciales de una prevención eficaz del VIH*. París: Unesco.

101 Unfpa, 2011. *Atención en salud con pertinencia intercultural. Módulo técnico-teórico*. Lima: Salud sin Límites Perú.

102 Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México. *La competencia intercultural en la formación del personal de ciencias de la salud*. Recuperado en octubre de 2013 de: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicina\\_Tradicional/Jornada\\_enfermeria/Competencia\\_Intercultural\\_09.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicina_Tradicional/Jornada_enfermeria/Competencia_Intercultural_09.pdf).

- Respeto y reconocimiento a la perspectiva de riesgo, causalidad del proceso salud-enfermedad-atención y necesidades de salud de la población desde su propia perspectiva cultural.
- Habilidad para fomentar la participación social y lograr la comunicación asertiva que promueva actitudes de respeto, tolerancia y diálogo con la población usuaria y las personas especializadas en otros modelos de atención a la salud.

## Corresponsabilidad

En el tema del VIH, el principio de corresponsabilidad parte de una noción: la responsabilidad en la prevención del virus debe ser compartida. Esta idea es contraria a la que señala que las tareas de prevención deben recaer exclusivamente en grupos de población específicos, en personas con VIH o en los prestadores de servicios de salud.

Una respuesta compartida en la prevención debe ser multisectorial; es decir, debe involucrar a los sectores sanitario, educativo, laboral, industrial y a los medios masivos de comunicación. Debe ser multinivel, de tal manera que se logre la participación de las instancias federales, estatales, municipales y locales, así como de organizaciones gubernamentales y de osc. Del mismo modo, requiere involucrar a las personas con VIH, a sus parejas y familiares, a la población más vulnerable y a la sociedad en general.

En el plano individual, apela a la importancia de ejercer responsablemente la sexualidad, de dotarse de información clave, de ejercer el autocuidado, de realizarse la prueba de detección del VIH que permita un diagnóstico oportuno, de conocer y ejercer los derechos, y de no discriminar.<sup>103</sup>

Una cultura de responsabilidad compartida promueve la comunicación, la cooperación, la colaboración y la participación equitativa en los programas de promoción y prevención.



*Una respuesta efectiva al VIH requiere de un sentido de corresponsabilidad. Este principio rechaza la noción de que las pv son las únicas responsables de la salud de las personas con las que interactúan; o que el VIH es un asunto que atañe sólo a un grupo de individuos o a un sector particular de la población.*



*Las iniciativas y estrategias de prevención del VIH y el sida NO competen únicamente al sector salud. La prevención es corresponsabilidad de individuos, parejas, sociedades e instituciones de múltiples sectores.*

103 Onusida/GNP+. (2011). *Salud, dignidad y prevención positiva. Un marco de políticas*. Amsterdam: GNP+. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701\\_PHDP\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP_es.pdf).

## Mayor involucramiento de personas afectadas (MIPA)

El enfoque MIPA (que proviene del término en inglés *Mipa: Meaningful Involvement of PLHIV and Affected Communities*), se refiere al mayor involucramiento de personas afectadas por el VIH y gira en torno a dos aspectos básicos. Por un lado, el reconocimiento de la importante contribución que las comunidades mayormente afectadas por el VIH pueden hacer en la respuesta a la epidemia; por el otro, la creación de espacios en la sociedad que promuevan su participación e involucramiento en todos los aspectos vinculados a esa misma respuesta.



*La participación de las personas con VIH, y la de otras poblaciones en riesgo y vulnerabilidad a la epidemia, debería ser incorporada en todos los elementos de la respuesta al VIH, lo cual incluye la planeación y monitoreo de actividades de promoción, prevención y atención.*

Es importante enfatizar que por personas afectadas por el VIH se entiende no sólo a las que viven con el virus, sino también a las parejas, las familias y otros individuos que han vivido el impacto del VIH en personas allegadas.<sup>104</sup> Su participación es fundamental para asegurar la equidad en el acceso a las acciones e iniciativas y para disminuir el estigma en el sector salud<sup>105</sup> a partir de su involucramiento en el diseño, planeación e implementación de intervenciones acordes con la realidad de las personas que esperan ser beneficiarias de estos programas.<sup>106</sup>

Un mayor involucramiento puede comprender tomar en consideración las vivencias de las personas que han sido afectadas por la enfermedad para incluirlas en aspectos vinculados con la prevención y atención del VIH; pero también puede implicar darle a la epidemia un rostro más humano.

104 The Greater Involvement of People Living with HIV (*GIPA*). Policy Brief. Unaid, 2007.

105 OPS (2011). *Nota Técnica: Tratamiento 2.0*. Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20658&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20658&Itemid=270&lang=es).

106 Onusida/GNP+. (2011). *Salud, dignidad y prevención positiva. Un marco de políticas*. Amsterdam: GNP+. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701\\_PHDP\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP_es.pdf).

# Perspectivas en el abordaje de la prevención del VIH

Una vez tomados en cuenta los principios transversales tratados en el apartado anterior, las acciones, iniciativas, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida deben enmarcarse o considerar las siguientes perspectivas o enfoques –algunos de ellos acotados específicamente a ciertas poblaciones en riesgo y vulnerabilidad–; otros pueden considerarse como adaptables a todas las poblaciones y a cualquier acción, intervención o estrategia.

Como en el apartado anterior, es pertinente tomar en cuenta estas perspectivas sin importar si las acciones, iniciativas, proyectos o programas de promoción de la salud y prevención del VIH y sida están dirigidas a individuos, grupos, poblaciones específicas o a la población general.

## Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en “capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”.<sup>107</sup> Fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud; ello incluye modificaciones en las actitudes, comportamientos y otros aspectos de las personas, las comunidades y los sistemas.<sup>108</sup> Para realizar las acciones de promoción sanitaria es indispensable tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, dado que pueden llegar a condicionar que una persona, población o comunidad puedan poner en práctica las acciones de autocuidado sugeridas en la promoción.

Los **determinantes sociales de la salud** son el conjunto de condiciones bajo las cuales los individuos nacen, crecen y viven; resultan de la distribución de los recursos.<sup>109</sup> Se definen como “las características específicas del contexto social

107 *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005*. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok, Tailandia, agosto de 2005. Disponible en: [http://www.WHO.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.WHO.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf).

108 OPS/OMS. *¿Qué es la promoción de la salud?* Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com\\_catalog&view=article&id=4%3Awhatishhealthpromotion&catid=8%3Arecourses&lang=es](http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=4%3Awhatishhealthpromotion&catid=8%3Arecourses&lang=es).

109 OMS. *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.WHO.int/social\\_determinants/es/](http://www.WHO.int/social_determinants/es/).

que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la misma.<sup>110</sup> Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.

## Diagrama 2 Determinantes sociales de la salud



Fuente: elaboración propia retomando el esquema propuesto en Solar, O. y A. Irwin (2010)<sup>111</sup>

110 Solar, O. y A. Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health*. Discussion Paper # 2. Debates, policy & practice, case studies. Ginebra: OMS.

111 *Idem*.

El enfoque de los determinantes sociales brinda un papel activo al sector salud en cuanto a la reducción de inequidades, al asegurar el acceso equitativo a servicios y programas de salud integrales, efectivos y de calidad, involucrando también a otros sectores del gobierno y a la sociedad civil.<sup>112</sup>

Si los determinantes sociales no se toman en cuenta, se puede estar contribuyendo a limitar la calidad de la atención que se puede brindar a las personas, ya que estos factores pueden ser aliados o, por el contrario, impedir que se alcance la equidad.

Los temas transversales y punto de unión entre los determinantes estructurales y los intermedios son la cohesión social y el capital social, pues se reconoce que la acción y el soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud, como ocurre con la reducción de la discriminación contra las minorías. Disminuir las inequidades en salud mediante acciones que tengan un impacto sobre los determinantes representa un imperativo ético y un tema de justicia social.<sup>113</sup>

La **cohesión social** es “el conjunto de elementos y procedimientos que tiende a reforzar la capacidad de una sociedad para asegurar de forma permanente el bienestar de todos sus miembros, incluyendo el acceso equitativo a los recursos disponibles, el respeto a la dignidad en la diversidad, la autonomía personal y colectiva y su participación responsable en los procesos de toma de decisiones.”<sup>114</sup>

El **capital social** se refiere a “las actitudes de confianza que se dan en combinación con conductas de reciprocidad y cooperación entre las personas.”<sup>115</sup>

Tradicionalmente, las intervenciones en salud han buscado prevenir y atender las enfermedades y los factores de riesgo, en lugar de promover aquéllos que, en efecto, contribuyen a la salud y al desarrollo.

Las estrategias de promoción de la salud se desarrollan bajo un enfoque participativo, en el cual se busca involucrar a individuos, organizaciones, comunidades e instituciones para crear un entorno favorable que garantice la salud y el bienestar de toda la población. El empoderamiento y la participación de la comunidad es fundamental a fin de planificar e implementar cualquier

112 Solar, O. y A. Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3):180-5.

113 *Idem*.

114 *Idem*.

115 *Idem*.

iniciativa. Esto puede llegar a dar origen a responsabilidades compartidas, de tal forma que la población ejerza un liderazgo y se involucre activamente en la solución de los problemas.

Sin embargo, la organización comunitaria no surge de forma espontánea; es necesario establecer vínculos e involucrar a las autoridades locales en las diferentes etapas de surgimiento de las iniciativas de promoción de la salud, algo que puede lograrse mediante la promoción de su participación en comités y reuniones para establecer vínculos estrechos con la comunidad. La colaboración intersectorial y multinivel, es decir, las alianzas que tienen lugar a distintos niveles y con una amplia gama de sectores, son un elemento necesario para la sustentabilidad de las iniciativas de prevención. Es importante también identificar las responsabilidades que puede asumir cada parte interesada –como son los gobiernos, los proveedores de servicios de salud, las OSC, las organizaciones comunitarias, los organismos internacionales y el sector privado–.<sup>116</sup>

En el contexto de la prevención del VIH, la promoción de la salud incluye varios temas:

- **Adquirir conocimientos** sobre el VIH y el sida, las formas como se transmiten y previenen y la desmitificación de información errónea.
- **Desarrollar habilidades** para el uso correcto y consistente del condón, para la comunicación y negociación con la/s pareja/s y para el auto-cuidado de la salud.
- **Reforzar la acción comunitaria** para promover conductas saludables en la población, reducir el estigma y la discriminación, facilitar el diagnóstico temprano, propiciar el acceso oportuno al tratamiento y apoyar la adherencia en las PV.
- **Crear ambientes favorables** en donde sea posible implementar acciones de prevención, se permita el diálogo sobre prevención y riesgos, se utilicen adecuadamente los recursos existentes y se favorezca el acceso a insumos de prevención (como condones masculinos y femeninos, lubricantes y jeringas, entre los principales).
- **Reorientar los servicios de salud** mediante la sensibilización del personal que proporciona los servicios, para tomar en consideración las inequidades de género, la diversidad sexual y los derechos sexuales, y capacitar a este mismo personal para que brinde consejería e información actualizada sobre prevención y tratamiento.
- **Implementar políticas públicas** que busquen abatir la discriminación y el estigma, promuevan la educación sexual integral y propicien el acceso oportuno a los servicios de prevención, diagnóstico temprano, atención y tratamiento oportuno de todas las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad, todo ello inserto en un marco de derechos.

116 OPS/OMS. *Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Américas. Lecciones de 15 estudios de caso*. Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15595&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15595&Itemid=)

En este contexto, una parte considerable de las acciones de promoción de la salud en el marco de la prevención del VIH se orientan a la promoción de la salud sexual, entendida ésta como capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud sexual fomentando, al mismo tiempo, cambios en el entorno que ayuden a que cada individuo la promueva y proteja; ello incluye cambios a nivel personal, comunitario y en los sistemas. En este sentido, las acciones de promoción de la salud sexual no se limitan a generar iniciativas enfocadas a la prevención del VIH, sino que incluyen el acceso a servicios e iniciativas de prevención, atención y tratamiento de ITS, incluyendo el VIH, y otros servicios y programas para mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de todas las poblaciones.

Las metas prioritarias de promoción de la salud sexual podrían sintetizarse en las siguientes:<sup>117</sup>

- Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras que la limitan.
- Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.
- Brindar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual.
- Desarrollar y dar acceso a servicios integrales para atención de la salud sexual, y brindar a la población el acceso a dichos servicios.
- Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

---

117 OPS/OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Reunión de Consulta convocada por OPS/OMS/WAS. Antigua, Guatemala, 19-22 de mayo. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf).

## Educación sexual integral

La educación sexual integral brinda herramientas para el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, libre de abusos, violencia, discriminación y de ITS, incluido el VIH.

Su meta es fomentar el conocimiento mediante la provisión de información precisa, pertinente y científica, mientras de forma paralela se desarrollan y/o refuerzan habilidades para la vida. Entre estas últimas se pueden mencionar la comunicación, la negociación, la toma de decisiones, la asertividad y la responsabilidad, al igual que las actitudes y los valores.<sup>118</sup>

La educación sexual es un derecho fundamental de niños, niñas, adolescentes y adultos. Un enfoque integral de la educación sexual no se limita a una perspectiva basada en promover la abstinencia; antes bien, proporciona, en general, alternativas para la prevención de embarazos, de ITS y del VIH. Bajo este enfoque, la abstinencia se incluye como una forma de prevención; pero se enfatiza la importancia de las prácticas sexuales seguras y el uso correcto y consistente del condón y los métodos anticonceptivos.<sup>119</sup>

Si bien en términos generales la educación sexual se percibe como un aspecto inherente al currículo escolar, la educación sexual integral va más allá de la escuela y el sistema educativo y promueve el involucramiento activo de los servicios de salud, las comunidades y las propias familias. La Declaración Ministerial “Prevenir con educación” ratifica la necesidad de vincular a los sectores sanitario y educativo para desarrollar e implementar acciones en conjunto a fin de fortalecer la educación sexual integral en América Latina y el Caribe.<sup>120</sup>

118 Unesco (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Volumen I*. Paris: Unesco. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>.

119 Collins, C. et al. (2002). *Abstinence Only vs. Comprehensive Sex Education: What are the arguments? What is the evidence?* Policy Monograph Series. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://ari.ucsf.edu/science/reports/abstinence.pdf>.

120 *Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”*. 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. México, D.F.: 2008. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801\\_minsterdeclaration\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf).

“...los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe acordamos:

- 3.1 Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo. Para que estos esfuerzos sean sustentables y sostenibles, se fortalecerá la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, así como mediante la vinculación con otros sectores.
- 3.2 La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

”

A pesar de que la educación sexual integral fue concebida en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes, su énfasis en los espacios educativos debe ser una propuesta que se extienda a todas las poblaciones afectadas por la epidemia.

### Reducción del daño

Se trata de un enfoque basado en evidencia para disminuir los riesgos para la salud pública. Apoya la disminución de los daños vinculados con una actividad o comportamiento dado, sin asignar juicio moral, estigmatización del comportamiento o medidas coercitivas para intentar

eliminarlo. Desde este enfoque, los comportamientos no saludables existen en un continuo que va desde los no problemáticos hasta los severamente problemáticos; se centra en reducir el impacto que pueden tener dichos comportamientos en los ámbitos individual, familiar y

comunitario. En consecuencia, la reducción del daño sería toda acción individual, colectiva, médica o social destinada a minimizar y reducir los efectos negativos de conductas no saludables en las condiciones jurídicas y culturales actuales.<sup>121</sup>

Este enfoque puede utilizarse en poblaciones y lugares distintos; implica el cambio de actitudes y comportamientos, no únicamente de las personas que realizan las conductas de riesgo, sino también de otros actores que se encuentran involucrados en el proceso, como serían los familiares, los proveedores de salud o las personas involucradas en la toma de decisiones.

La reducción del daño involucra el establecimiento de una jerarquía de objetivos, por etapas, para alcanzar los más inmediatos y realistas en el camino hacia un comportamiento libre de riesgos, así como un enfoque que pretende dotar a las personas de cierto control sobre su propia vida a partir de la percepción y autoanálisis de los riesgos y la vulnerabilidad que ocurren, buscando que

comprendan y valoren el impacto de sus comportamientos.<sup>122</sup>

Esta perspectiva ha mostrado su efectividad, tanto en relación con el uso de drogas inyectables<sup>123</sup> como en las prácticas sexuales sin protección y en la reducción de los riesgos relacionados con la feminización del cuerpo en población transgénero, todas ellas cuestiones esenciales en el ámbito del VIH. Los programas de reducción del daño relacionados con la prevención del virus incluyen el acceso a equipos de inyección estériles, terapia de sustitución por metadona, distribución de preservativos, tratamiento de las ITS y de infecciones subcutáneas, información sobre la transmisión sexual del VIH, y también la prevención del abuso de otro tipo de sustancias legales como el alcohol. Estos medios previenen el VIH, la hepatitis C y otros patógenos cuya transmisión ocurre por vía sanguínea.

121 Enders, K. (2009). *Harm reduction as a model of intervention and treatment: Theory, definition and approaches to working with LGBT populations*. LGBT-Tristar. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://gilgerald.com/storage/research-papers/09%20report%20harm.pdf>.

122 Riley, D. y P. O'Hare (2001). Reducción de daños, historia, definición y práctica. En: Inchaurrega, S. (Comp), *Drogas y Políticas Públicas*. Ed. Espacio.

Nichter M. (2006) Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica. *Desacatos*. Vol. 20:109-132.

123 Censida (2008). *Manual de Prevención del VIH/Sida en Usuarios de Drogas Inyectadas*. México, D.F.: Censida/Conadic. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual\\_udi2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual_udi2008.pdf).

## Salud, dignidad y prevención positivas

Las metas principales del enfoque de salud, dignidad y prevención positivas son: mejorar la dignidad y la calidad de vida de las personas con VIH a fin de acrecentar su salud física, mental, emocional y sexual y, naturalmente, prolongar su vida.<sup>124</sup> El enfoque requiere de un marco de trabajo de derechos humanos apoyado por leyes protectoras para garantizar la no discriminación, reducir el estigma, proporcionar acceso a la justicia y cambiar normas de género dañinas. Tales políticas y programas deben permitir a las personas con VIH protegerse a sí mismas y a otras, no acudiendo al miedo sino mediante el empoderamiento y con dignidad.

Los cuatro principios en los que se basa el enfoque son: el principio MIPA, los derechos humanos, la corresponsabilidad, y la salud sexual y los derechos reproductivos.

Los objetivos centrales del enfoque son:

- Incrementar el acceso y el entendimiento de políticas y programas basados en evidencias y en derechos humanos, que apoyen a las PV para que tomen decisiones que respondan a sus necesidades y les permitan vivir vidas saludables y libres de estigma y discriminación.
- Ampliar y apoyar programas sobre consejería, atención, apoyo, tratamiento y prevención, todos a propósito del VIH y administrados y manejados en comunidades, e incrementar el acceso a servicios de salud –incluso servicios de salud sexual y reproductiva– basados en derechos.
- Ampliar y apoyar programas de educación en salud, tratamiento, prevención, derechos humanos y leyes, y garantizar que tales derechos se promuevan y cumplan a través de programas y formas de protección relevantes.
- Asegurar que las PV, diagnosticadas o no, a la par de sus parejas y comunidades, queden cubiertas por los programas de prevención del virus que enfatizan la responsabilidad compartida, sin importar el estatus conocido o percibido, y que tengan oportunidades para empoderarse a sí mismas y a sus parejas sexuales.
- Ampliar y apoyar programas sobre capital social que se enfoquen en respuestas sustentables al VIH y con enfoque de manejo comunitario, a través de la inversión en el desarrollo comunitario, el trabajo en redes y el desarrollo de capacidades y recursos para organizaciones y redes de PV.

124 Onusida/GNP+ (2011). *Salud, dignidad y prevención positiva. Un marco de políticas*. Amsterdam: GNP+. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701\\_PHDP\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP_es.pdf).

Diagrama 3

Los siete pilares del enfoque de salud, dignidad y prevención positiva



Los siete pilares del enfoque son:

## Empoderamiento

- Personal, para la toma de decisiones asertivas y el auto cuidado.
- De los grupos, organizaciones y redes de PV.
- De las PV en espacios de toma de decisiones.

## Equidad de género

- Servicios de salud sensibles al género para mujeres (que incluyan la prevención de la transmisión perinatal), personas transgénero y personas de la diversidad sexual.
- Participación constructiva de los hombres en la salud sexual y reproductiva.
- Empoderamiento económico de las mujeres y otras poblaciones que viven la desigualdad social.

## Promoción y acceso a la salud

- Acceso a tratamientos y cuidados; disponibilidad, sustentabilidad y aseguramiento de la calidad de la atención: monitoreo clínico, disponibilidad y acceso a tratamiento oportuno y apropiado; apoyo para la adherencia, prevención, profilaxis, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas y otras co-infecciones; investigación sobre los efectos a largo plazo de los ARV y el VIH, cuidados paliativos y sistemas de referencia; servicios de bienestar psicosocial; servicios de salud mental, emocional, consejería y grupos de auto apoyo.

## Derechos humanos

- Leyes y políticas públicas que contribuyan a generar ambientes favorables al respeto de los derechos humanos.
- Trato digno y respetuoso hacia las PV en el seno de sus familias y comunidades, en las instituciones de educación y salud e igualmente en el ámbito laboral.
- Monitoreo y respuesta a violaciones de derechos humanos.

## ○ Prevención de nuevas infecciones

- Estrategias estructurales para promover leyes y políticas públicas favorables a la respuesta al VIH; fortalecimiento comunitario y de los servicios de salud.
- Estrategias para el cambio de comportamiento basadas en la comunicación, la información y la educación, orientadas a prevenir nuevas infecciones por el VIH.
- Estrategias biomédicas que promuevan el diagnóstico temprano de nuevos casos del VIH, la distribución de insumos de prevención y el uso del tratamiento de ARV a modo de prevención.

## ○ Salud sexual y derechos reproductivos

- Educación sexual integral y adecuada a la edad –considerando, por ejemplo, las necesidades específicas de personas que nacieron con el VIH–; prevención y tratamiento de ITS; consejería y apoyo para una vida sexual satisfactoria; mejoramiento de la libido y tratamiento de las disfunciones sexuales.
- Salud materna; planificación familiar, infertilidad y servicios de anticoncepción; detección y manejo del cáncer de mama, el cervical y otros relacionados; acceso a servicios de interrupción legal del embarazo que sean apropiados, seguros y sin que medie coacción.

## ○ Apoyo social y económico

- Seguridad de alimentos y agua; acceso a servicios financieros: apoyo para las vinculaciones productivas, incluyendo las cooperativas.
- Empleos para PV; educación y oportunidades de capacitación para adultos con VIH; acceso a todas las oportunidades de educación y empleo para jóvenes con VIH.
- Protección social y de salud para niños y adolescentes con VIH.

## Continuo de la detección-atención

El continuo de la detección-atención del VIH –conocido también como continuo de la atención del VIH o cascada de tratamiento– es un modelo que se usa para identificar oportunidades y problemas relacionados con la mejora en la prestación de servicios a personas con VIH, en todo el proceso y de manera articulada, a partir del diagnóstico de la infección por el virus y la referencia a servicios apropiados para el cuidado de la salud, el inicio de la terapia ARV, la adherencia al tratamiento y, finalmente, el logro de la supresión viral; es decir, la no detección del virus en la sangre.<sup>125</sup>

El continuo ilustra la proporción de PV y sida que participan en cada paso.

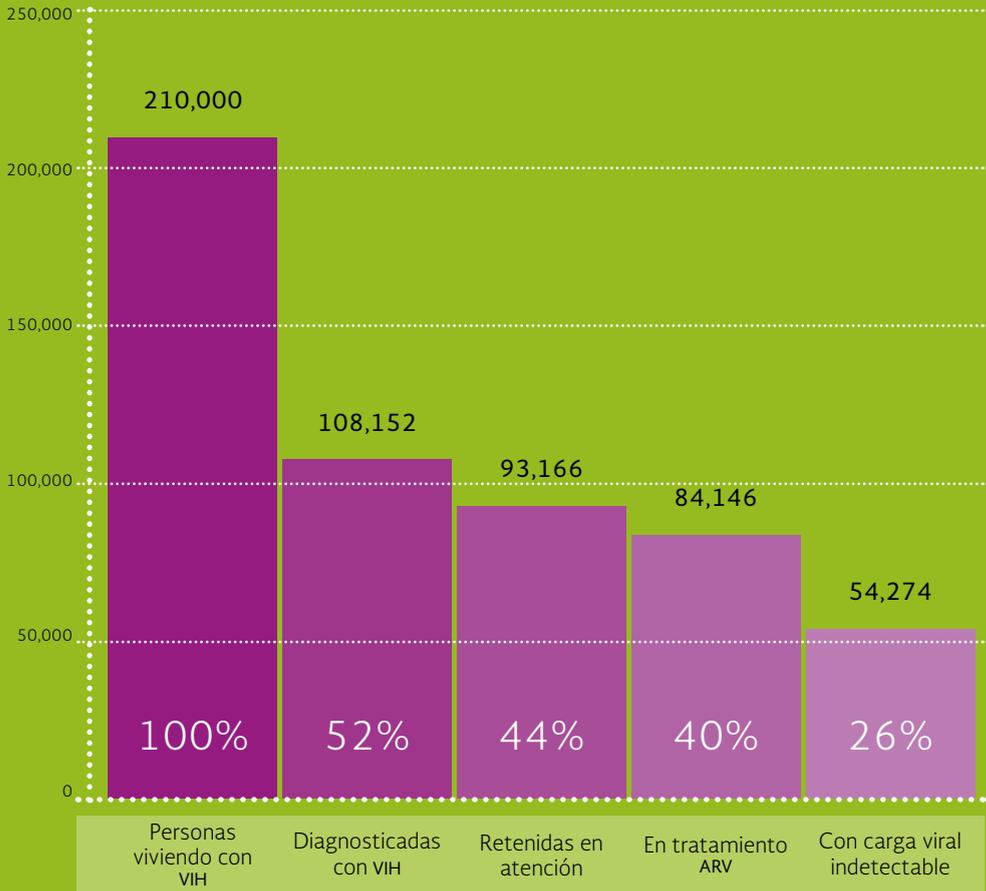
Muestra también que en el transcurso de todo el proceso un número significativo de PV se va quedando fuera del camino de la atención. La consecuencia de esto es una cascada que disminuye el número de PV que se mantiene con buena salud.

En el caso de México, el Censida estima que del total de PV, 52% está diagnosticada, 44% requiere tratamiento, 40% está en tratamiento y 26% está en tratamiento con el virus indetectable.<sup>126</sup> De ello resulta que aproximadamente siete de cada diez personas con VIH no están obteniendo el beneficio completo del tratamiento que es indispensable para mejorar su salud y mantener al virus bajo control.

125 AIDS.GOV. *Cascada de tratamiento de VIH*. Recuperado en diciembre de 2013 de: <http://blog.aids.gov/2013/06/el-video-de-la-cascada-de-tratamiento-de-vih-ahora-esta-tambien-disponible-en-espanol.html>.

126 Magis-Rodríguez, C. et al. *The spectrum of Engagement in HIV Care: Cascade of Mexico*. Abstract propuesto para el International HIV Treatment as Prevention Workshop 2014, del 1 al 4 de abril de 2014, Vancouver B.C, Canadá.

Gráfica 1 Cascada de tratamiento antirretroviral, México, 2012



Fuente: Magis-Rodríguez, C. et al. *The spectrum of Engagement in HIV Care: Cascade of Mexico*. Abstract propuesto para el International HIV Treatment as Prevention Workshop 2014, del 1 al 4 de abril de 2014, Vancouver B.C, Canadá.

Realizar un monitoreo basado en el continuo de la detección-atención permite analizar las brechas en los servicios en relación con el acceso, la cobertura y la permanencia y calidad de los mismos. Entonces, a nivel individual y poblacional, será posible identificar el impacto de las brechas (reducción de la morbi-mortalidad e incidencia de nuevas infecciones).<sup>127</sup>

Con el esquema del continuo de la detección-atención se evidencia que el acceso a los ARV es sólo una parte del espectro; que se trata de un proceso de largo plazo en el que las personas cursan etapas diversas, comenzando con el diagnóstico de la infección por el VIH y concluyendo con la supresión sostenible de la carga viral.

Un número considerable de personas no vuelven a los servicios de atención después de recibir el diagnóstico, quedando así fuera del seguimiento por la ausencia de intervenciones proactivas y de servicios de apoyo. Por otra parte, otro número significativo de PV no están vinculadas en forma eficaz a la atención, mientras que algunas de las que sí lo están no reciben terapia ARV, a pesar de satisfacer los requisitos para recibirla

según los criterios de la OMS. Por último, son numerosos los individuos que inician el tratamiento para el VIH, pero son incapaces de adherirse a él de forma adecuada; suele ocurrir también que los servicios de salud no logren retenerlos. Si tales individuos vuelven para recibir atención, ello ocurre a menudo en fases demasiado tardías, cuando ya han desarrollado el sida. Brechas de este tipo debilitan el impacto que sobre la salud pública tiene la ampliación del tratamiento del VIH al reducir la proporción de personas con el virus que logran la supresión de la carga viral.<sup>128</sup>

Si se atacan las causas sociales y económicas del riesgo y se intensifican los esfuerzos de prevención del VIH para personas positivas y negativas de las poblaciones más afectadas, mejorándose los sistemas para el diagnóstico temprano; si se vinculan activamente con la atención biomédica y se les apoya para que permanezcan bajo cuidado; si se amplía el acceso al tratamiento y se les brinda apoyo para adherirse a él, entonces menos personas se quedarán sin atención médica y más lograrán disminuir su carga viral para mantenerse sanas durante más

127 OPS (2012). *Informe Técnico*. Consulta regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Información epidemiológica de calidad en la respuesta al VIH y las ITS. Panamá, 7-9 de noviembre de 2012. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20905&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20905&Itemid).

128 Onusida (2013). *Tratamiento 2015*. Ginebra. Onusida. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484\\_treatment-2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_es.pdf).

tiempo, reduciendo de este modo la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas.

Las PV pueden lograr los máximos beneficios de la TAR siempre que estén conscientes de la infección, accedan a los cuidados y atención del virus (incluyendo la TAR) y se adhieran al tratamiento. La evidencia científica ha demostrado que la TAR se ha vuelto más potente, es mejor tolerada y menos compleja y, por lo tanto, las PV que siguen el tratamiento pueden tener niveles indetectables del VIH. Con todo, los déficits en la atención continua –

incluso desde antes del diagnóstico del VIH–, la falta de vinculación con los servicios de atención, la no retención y un acceso tardío a la TAR, o problemas de adherencia o ruptura en la provisión continua de medicamentos ARV, son todos obstáculos para lograr resultados máximos, la implementación exitosa de los programas y la reducción de la transmisión del virus. De ahí la importancia de enfocar esfuerzos en dar seguimiento al continuo de la detección-atención y promover estrategias de acompañamiento, retención y adherencia como parte integral de los servicios que se ofertan.

### Prevención combinada

Este enfoque se refiere a la combinación de **estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales** para la prevención del VIH, adecuada a las necesidades y contextos nacionales y locales. Considera el involucramiento pleno de las comunidades afectadas, o MIPA, promoviendo los derechos humanos y la equidad de género; asumiendo la sinergia entre las estrategias incluidas, en el tiempo y en múltiples niveles (individuo, familia, grupo, sociedad); propiciando la coordinación y asumiendo la flexibilidad suficiente para permitir la adaptación a patrones epidémicos cambiantes a fin de implementar innovaciones oportunas.<sup>129</sup> El enfoque parte de considerar iniciativas y realizar

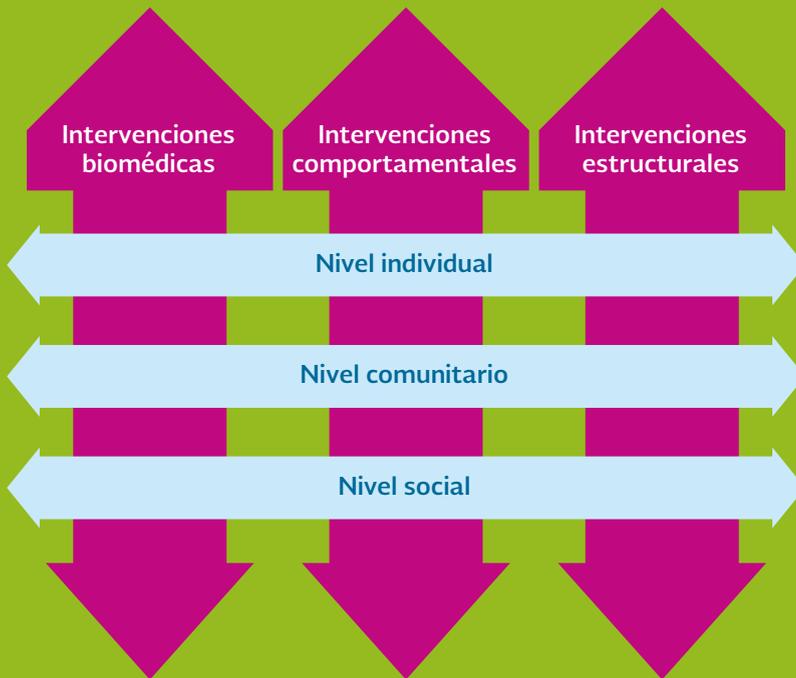
129 International AIDS Society (2008). *Informe de impacto de AIDS 2008. Evidencia para la acción*. XVII Conferencia Internacional sobre el Sida. México, D.F. 3-8 de agosto de 2008. Disponible en: [http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/AIDS%202008\\_impact\\_report\\_SP.pdf](http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/AIDS%202008_impact_report_SP.pdf).

Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

RHRC (2004). *Prevención y control del VIH/sida. Un curso corto para el personal de los servicios humanitarios*. <http://www.rhrc.org/resources/sti/hivaidsmanual/HIV-spanish-web.pdf>.

acciones, proyectos y programas con impacto sobre estos tres aspectos, pues se ha demostrado que si se da prioridad a uno solo los resultados en cuanto a prevención del VIH a largo plazo no serán significativos.

Diagrama 4 Enfoque de prevención combinada



*Fuente: elaboración propia.*

En el Módulo siguiente se profundizará en el uso del enfoque de prevención combinada y el continuo de la detección-atención para garantizar la calidad de las acciones de prevención dirigidas a las poblaciones en riesgo y situación de desigualdad.

# MÓDULO III

## PRINCIPALES ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL VIH

### Presentación y orientaciones para el uso del Módulo

Las acciones, iniciativas, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida se deben instrumentar en el marco de los conceptos y principios señalados en el Módulo II de esta *Guía*. Si bien es recomendable considerar todas las perspectivas o enfoques ahí señalados, el presente Módulo busca profundizar en los enfoques de prevención combinada, continuo de la detección-atención y salud, dignidad y prevención positivas describiendo sus principales acciones. De este modo, se busca que quienes los implementen tengan mejores posibilidades de decidir cuál o cuáles pueden realizar de manera organizada y eficaz de acuerdo con sus atribuciones.

Se presenta, igualmente, un conjunto de iniciativas y estrategias evaluadas, promisorias y genéricas, que pueden adaptarse o retomarse para realizar proyectos y programas de prevención; en su mayoría incluyen más de una estrategia de prevención combinada.

Antes de adentrarnos en los contenidos del Módulo presente creemos necesarias algunas precisiones.

Importa subrayar que el enfoque de **prevención combinada** es, en sí mismo, un enfoque derivado de la **promoción de la salud** específico para VIH y sida porque:

- A través de las **estrategias estructurales** busca incidir en los **determinantes sociales de la salud**, destacando entre ellos el género, los derechos humanos, el estigma y la discriminación; pero sin olvidar otros como la pobreza, la educación, la marginalidad y otros factores que varían de una población a otra. Además, fomenta transformaciones en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud de las poblaciones afectadas, incluyendo cambios en las actitudes y los comportamientos de los individuos, las comunidades y los sistemas, mediante acciones como la corresponsabilidad y la sensibilización y capacitación del personal de salud, entre otros.
- A través de las **estrategias comportamentales** se capacita a las poblaciones más afectadas para ejercer mayor control sobre los determinantes de su salud, centrándose en sus comportamientos y prácticas, cuando esto es posible, o bien ofreciendo alternativas tales como la reducción del daño. A su vez, con el apoyo de los principios MIPA y los de salud, dignidad y prevención positivas, propicia la **cohesión social** y el **capital social**, necesarios para incrementar la participación de las poblaciones afectadas y mejorar el impacto de las acciones de las estrategias estructurales y biomédicas.
- A través de las **estrategias biomédicas** se brinda acceso a insumos de prevención y atención a las poblaciones, encaminadas a mejorar sus condiciones de salud. Al mismo tiempo, por medio del diagnóstico temprano, se genera un puente con el **continuo de la detección-atención**; con ello se garantiza el continuo prevención-atención-prevención.

Considerando que para lograr mejores resultados en las iniciativas de prevención es primordial realizar acciones en los diferentes niveles de respuesta al VIH – estructurales, comportamentales y biomédicas–, en su planificación y diseño, es deseable que se tome en consideración el siguiente proceso general, lo que redundará en un mejor provecho de los contenidos de este Módulo y de la *Guía* en su conjunto.

## Diagrama 5 Implementación de acciones de prevención del VIH

*En un marco de derechos humanos, perspectiva de género, reducción del estigma y la discriminación, pertinencia cultural, corresponsabilidad, y usando el principio MIPA*



Fuente: elaboración propia.

## El enfoque de prevención combinada como eje rector de las principales acciones de prevención del VIH

De acuerdo con el Onusida, la prevención combinada significa el uso estratégico y simultáneo de las actividades de prevención (biomédicas, conductuales y estructurales) que operan en los ámbitos individual, de pareja, comunitario y social, para responder a las necesidades específicas de un público en particular y a las formas de transmisión del VIH, haciendo un uso eficiente de los recursos y dando prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas.<sup>130</sup>

El enfoque de prevención combinada surge de la necesidad de encontrar formas novedosas de integrar los conocimientos y la evidencia que a lo largo de la respuesta al VIH se han venido acumulando. A la evidencia de la efectividad de uso de la TAR como forma de prevención en PV, se añaden aspectos de la prevención del

virus que se han venido trabajando de manera independiente o vinculada; tal es el caso de la importancia de integrar cambios estructurales –por ejemplo las leyes y políticas públicas que suelen representar barreras para llevar servicios, insumos y mensajes en torno al cambio de comportamiento a poblaciones que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad–.

Luego de la polémica que desató la Declaración Suiza<sup>131, 132</sup> –que afirmó que las personas con VIH y una carga viral indetectable durante seis meses, y que en ese mismo periodo no hubieran padecido ITS, tienen menores posibilidades de transmitir el virus a otras personas–, se comenzaron a integrar a las estrategias basadas en el cambio comportamental (comunicación, información y educación), las estrategias de incidencia política para el fortalecimiento de los sistemas

130 Onusida (2011). *Orientaciones Terminológicas de Onusida. Versión revisada*. Recuperado en noviembre de 2013 de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf).

131 Bernard, E. (2008). Swiss statement that 'undetectable equals uninfected' creates more controversy in Mexico City. Recuperado en diciembre del 2013 desde AIDS MAP. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/page/1431075/>.

132 Vernazza, P. et al. (2008). HIV-positive individuals not suffering from any other STD and adhering to an effective. Recuperado en diciembre del 2013 desde Swiss National AIDS Commission/Swiss National Public Health Office – Clinical Experts and HIV/AIDS Therapy Commission. Disponible en: <http://www.aidslaw.ca/EN/lawyers-kit/documents/8.Vernazza2008.pdf>.

comunitarios y de los servicios de salud, y las estrategias basadas en el tratamiento como prevención (especialmente en personas con VIH). Esto ha dado origen al surgimiento de un nuevo enfoque de prevención que integra los tres aspectos fundamentales en lo que hasta ahora conocemos como estrategias para la prevención combinada: estructurales, comportamentales y biomédicas.

La novedad del enfoque radica en la integración de sus componentes y en observar de qué modo tal integración se comporta de modo similar al concepto de “vasos comunicantes”, en donde una acción estructural tendrá necesariamente una conexión con alguna del comportamiento y/o biomédica, y viceversa.

Combinar acciones de las diferentes estrategias de prevención se ha considerado una práctica óptima, pues al integrar adecuadamente las estrategias, de forma coordinada y consistente, es posible modificar el curso de la epidemia del VIH, a un grado tal que Onusida se ha planteado la ambiciosa meta de llegar en 2015 a cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes por sida y cero estigma y discriminación.<sup>133</sup>

En el diagrama 6, “Integración de las estrategias de la prevención

combinada”, se presenta un esquema general del enfoque de prevención combinada. Posteriormente se describen cada una de las estrategias con sus respectivos diagramas, a fin de orientar a las personas involucradas en la respuesta al VIH en la implementación del enfoque.

Al término de los diagramas sobre prevención combinada se presentan tres más sobre la forma de integrar el papel de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones, a través de la vinculación entre los enfoques continuo de la detección-atención y salud, dignidad y prevención positivas.

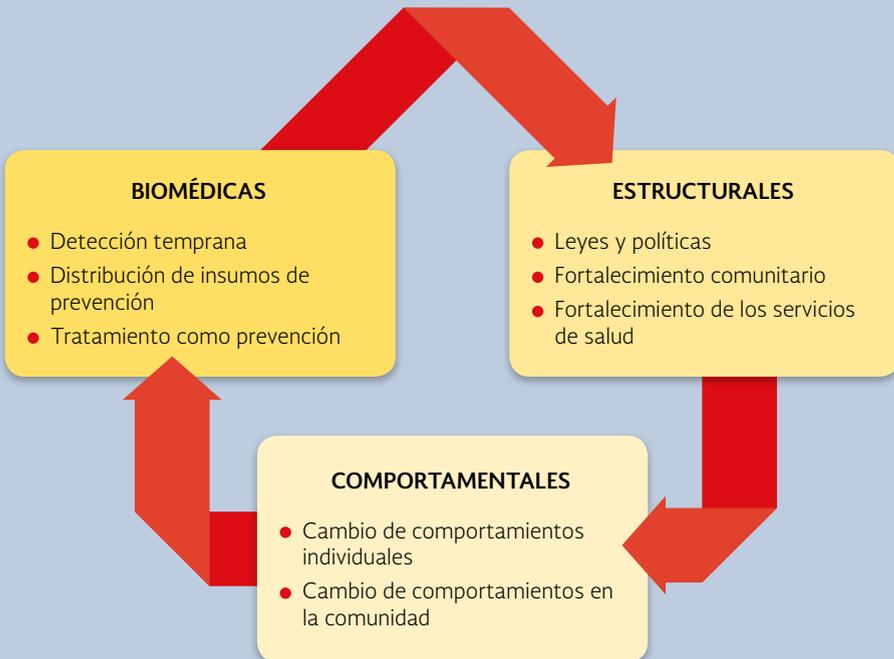
Una consideración importante al emprender acciones con un enfoque de prevención combinada es la realización de diagnósticos situacionales. Se trata de métodos de investigación social basados en una serie principios y técnicas suficientemente probados que aseguran el rigor y la calidad del proceso de investigación, y que están enfocados en identificar necesidades de las poblaciones y las personas usuarias de los servicios. Emplea una serie de técnicas para realizar estimaciones y explorar actitudes, prácticas y comportamientos por cada tipo población. Entre las técnicas

133 Onusida (2010). *Llegar a cero. Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (Onusida) para 2011-2015*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034unaids\\_strategy\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034unaids_strategy_es.pdf).

a las que se puede acudir con este propósito destacan mapeos de sitios de reunión de las poblaciones más afectadas por la epidemia, evaluación de servicios e identificación de redes sociales y de servicios de salud a nivel comunitario. Otras técnicas que pueden utilizarse son

talleres participativos para el análisis situacional, encuestas, entrevistas con personas clave, grupos focales e investigación bibliográfica. En consecuencia, se sugiere la realización de diagnósticos situacionales como un primer paso para cualquier estrategia de prevención.

**Diagrama 6** Integración de las estrategias de prevención combinada



Fuente: elaboración propia

## Estrategias estructurales

En el contexto de la prevención combinada, las estrategias estructurales se pueden dividir en tres grandes apartados: incidencia en leyes y políticas públicas; desarrollo comunitario y construcción de capital social, y fortalecimiento y mejoramiento de la articulación y la calidad de los servicios de salud.

El primer componente, sobre **incidencia en leyes y políticas públicas** iniciaría su proceso identificando las barreras jurídicas y políticas que impiden que los servicios de diagnóstico, prevención y atención del VIH y las ITS puedan ofrecerse de manera eficiente y oportuna. Un siguiente paso consistiría en reunir evidencia de soporte para la existencia de tales barreras; después, se propone definir objetivos y metas de incidencia política para modificar la situación indeseable.

Un siguiente bloque de acciones consistiría en identificar actores cruciales e instancias responsables de generar y/o influir sobre personas clave para que los cambios deseados surjan, en efecto. Se sugiere también la identificación de tres tipos posibles de actores clave: los aliados, los que mantendrían una postura neutral y los francos oponentes para lograr los cambios en las políticas y leyes que se han identificado para mejorar la respuesta al VIH. A continuación se plantea la construcción de alianzas entre los sectores involucrados en la respuesta al VIH; por ejemplo, entre las OSC y el gobierno. En el bloque final se describe el proceso de elaboración de planes de trabajo que incluyen acciones de incidencia política, identificación de responsables, cronogramas de trabajo y asignación de presupuesto, así como la elaboración de un plan de monitoreo y evaluación.

El diagrama 7 sintetiza este proceso presentando recuadros agrupados en tres columnas: los de la izquierda indican acciones relacionadas con la planeación del proceso de incidencia política; es recomendable que este grupo de acciones se realice en primer lugar. El bloque central corresponde a la identificación de los tres tipos de actores clave ya citados y la construcción de alianzas. El bloque de la derecha se refiere a la elaboración del plan de trabajo de incidencia política, monitoreo y evaluación, que debería llevarse a cabo al final. Para concluir, se ofrece una serie de temas por población en riesgo y vulnerabilidad que pueden ayudar a identificar las barreras más frecuentes en el ámbito legal y de políticas para dar respuesta al VIH.

El siguiente componente de las estrategias estructurales es el del **desarrollo comunitario y creación del capital social**. Se presentan tres áreas de trabajo, iniciando con las acciones encaminadas a generar procesos de empoderamiento personal, que incluyen temas como estigma, estigma pre-existente, estigma relacionado con el VIH, estigma interno y temas tales como autoestima, desigualdad de género y capacidad para la toma de decisiones personales que lleven a la adopción de aptitudes favorables para la salud. El área a seguir se dedica al fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil mediante el fomento a la creación de OBC y OSC. No obstante, como la creación de dichas organizaciones es insuficiente, se plantea un componente de fortalecimiento de sus capacidades técnicas y de gestión financiera buscando contribuir al mejoramiento de su sostenibilidad. Finalmente, se describe un proceso de coordinación entre OSC, que inicia con el diálogo comunitario para continuar con la creación de redes de trabajo para la incidencia política, buscando garantizar el cumplimiento del principio MIPA.

En el diagrama 8 se presentan las tres áreas de acción. Cada categoría es independiente y abarca acciones específicas. En sentido lógico, sin embargo, la secuencia debe realizarse de izquierda a derecha, pues el proceso parte de la perspectiva individual (bloque izquierdo), continúa con el fortalecimiento comunitario (bloque central) y concluye con la construcción del diálogo comunitario (bloque derecho). Si bien cada bloque puede realizarse de manera independiente –de acuerdo con el nivel de desarrollo comunitario de cada sitio específico–, es importante realizar un diagnóstico situacional que permita orientar y decidir el modo como el proceso iniciará.

El tercer bloque de trabajo se refiere al fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; se plantea mejorar la infraestructura de los servicios a través de la creación de políticas públicas. Otro aspecto central consiste en lograr que los servicios de salud trasciendan su enfoque curativo/reparador y logren incorporar la promoción de la salud y acciones de prevención del VIH y las ITS. Se sugiere, posteriormente, la integración y vinculación de los servicios de VIH con otros que conciernen a la planificación familiar, la atención del cáncer cervicouterino y el control prenatal, así como los relacionados con la tuberculosis, las ITS, la diabetes, la violencia, las adicciones, la salud sexual y reproductiva y la salud mental. Otro aspecto fundamental para mejorar los servicios consiste en incrementar las capacidades y habilidades del personal de salud en temas relacionados con los cuidados, la atención y el tratamiento del VIH y las ITS, al igual que su detección y prevención.

De fundamental importancia es lograr que ese mismo personal comprenda temas como la orientación e identidad sexuales, el género, el uso de drogas inyectables o el trabajo sexual; esto es, brindarles apoyo en su trabajo en pro de la disminución del estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

El diagrama 9 describe tres grupos de acciones. Cada categoría es independiente y abarca actividades específicas; sin embargo, en sentido lógico, la secuencia debe realizarse de izquierda a derecha, dado que el proceso comienza con el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud y las políticas públicas que son necesarias para que ello ocurra (bloque izquierdo); continúa con el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud (bloque central), y finaliza con las acciones que atañen al monitoreo y evaluación de los servicios de salud. Si bien cada bloque puede realizarse de manera independiente, se debe hacer un diagnóstico situacional de los servicios locales que permita orientar y decidir de qué modo se iniciará el proceso.

## Planeación del proceso

Identificación de las barreras jurídicas y de políticas públicas que impiden o limitan la respuesta al VIH y las ITS.

Recolección de evidencia documental sobre las causas de los problemas derivados de las barreras jurídicas y de políticas públicas relacionadas con la prevención del VIH y las ITS.

Definición de objetivos de incidencia política encaminados a lograr un impacto en el entorno jurídico y de las políticas públicas, a fin de mejorar la respuesta a la prevención del VIH.

## Diagrama 7 Incidencia en leyes y políticas públicas



## Ejemplos de temas de incidencia política de poblaciones relacionadas con el VIH, el sida y las ITS

### Generales

- Reconocer las garantías individuales constitucionales.
- Abogar por un marco de respuesta al VIH basado en los derechos humanos.
- Promover acciones para reducir y eliminar el estigma y la discriminación en el seno familiar, las comunidades, las instituciones públicas y privadas y los servicios de salud, públicos y privados, relacionados con el VIH, el sida y las ITS.
- Modificar las normas sociales y culturales que generan en la sociedad percepciones negativas sobre el VIH y el sida.
- Enfrentar posiciones conservadoras que puedan representar barreras culturales y sociales en la respuesta al VIH.

### Hombres gay (HG) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

- Abatir la homofobia y sus consecuencias sociales.
- Legislar para prevenir y penalizar tanto la violencia sexual hacia los HG y otros HSH como los crímenes de odio por homofobia.
- Eliminar las barreras legislativas y de políticas públicas que impiden que los HG y otros HSH tengan acceso a servicios de salud.

### Personas transgénero (PT)

- Reconocer el derecho de cada individuo a elegir su identidad de género.
- Abatir la transfobia y sus consecuencias sociales.
- Proteger y respetar la identidad de género en centros de reclusión.
- Prevenir y reducir la violencia sexual y la violencia basada en género hacia las PT.
- Crear políticas públicas de salud que aborden las necesidades específicas de las PT.

### Personas con VIH (PV)

- Garantizar los recursos necesarios para el acceso universal a medicamentos ARV y servicios integrales relacionados con el VIH.
- Prevenir la criminalización de las personas con VIH a causa de la penalización por la transmisión de este virus.
- Dar cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención y el tratamiento del VIH.

### Personas usuarias de drogas inyectables (PUDI)

- Prevenir la criminalización de las PUDI que tiene su origen en la penalización por su consumo de drogas inyectables.
- Eliminar las barreras legislativas y de políticas públicas que impiden el acceso a servicios de salud.
- Legislar en materia de consumo y abuso de drogas con un enfoque de rehabilitación basado en la reducción de daños.
- Eliminar las barreras legislativas que impiden el acceso a insumos de prevención tales como equipos de inyección estériles y el acceso a terapias de sustitución.

### Personas trabajadoras sexuales (PTS)

- Prevenir la criminalización de las PTS originada por sanciones administrativas relacionadas con el trabajo sexual.
- Legislar en materia de trabajo sexual para reconocer esta actividad como lícita y distinguirla de los delitos relacionados con la trata de personas y el lenocinio.
- Eliminar aquellas barreras legislativas y de políticas públicas que impiden el acceso a servicios de salud para las PTS.
- Eliminar las barreras de políticas públicas que promueven un enfoque de control sanitario en los servicios de salud dirigidos a las PTS.

### Personas adolescentes y jóvenes (PAJ)

- Garantizarles el acceso a la educación que incluya la educación sexual integral, a fin de disminuir su vulnerabilidad ante el VIH (Declaración Ministerial Prevenir con Educación).<sup>134</sup>
- Eliminar las barreras jurídicas que limitan o impiden que las PAJ accedan a servicios de prevención y atención del VIH y las ITS (en especial el suministro de condones masculinos, condones femeninos y lubricantes no oleosos).

### Mujeres

- Eliminar las barreras jurídicas y de políticas públicas que impiden que los servicios de salud se presten observando los conceptos de igualdad de género, empoderamiento personal, social y económico, y participación de las mujeres en espacios de toma de decisiones.

134 Ver el apartado “Educación sexual integral”, en el Módulo II de esta Guía, y la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”. 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. México, D.F.: 2008. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801\\_minsterdeclaration\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf).

- Legislar para prevenir y penalizar la violencia sexual y la violencia basada en género de la que son víctimas las mujeres.
- Legislar en materia de promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos.
- Eliminar las barreras jurídicas que exacerbaban la desigualdad social y biológica de las mujeres relacionada con el VIH.
- Eliminar las barreras jurídicas y de políticas públicas que impiden que las mujeres accedan a servicios de salud pre y post natales para prevenir la transmisión perinatal del VIH.

### Personas privadas de la libertad (PPL)

- Eliminar las barreras jurídicas y de políticas públicas que impiden que las PPL recluidas en centros de rehabilitación social y penitenciarías tengan acceso a servicios de salud.
- Eliminar las barreras de políticas públicas y la normatividad que propician la violación de los derechos humanos de las PPL, entre los que se encuentra la violencia sexual (particularmente hacia mujeres, PT y HG), la aplicación obligatoria de pruebas de detección del VIH y las condiciones de hacinamiento.
- Revisar las leyes sobre control de drogas a fin de brindar alternativas a la encarcelación por delitos menores relacionados con su consumo.

## Empoderamiento individual

Encarar estigmas pre-existentes (orientación sexual, género, trabajo sexual, uso de drogas y otros) y estigmas específicos relacionados con el VIH y el sida (enfermedad de la ignominia, enfermedad mortal y otras).

Abordar los estigmas internos: culpa y culpabilización; miedo relacionado con el VIH, el sida y las ITS; sentimientos de vergüenza relacionados con el VIH.

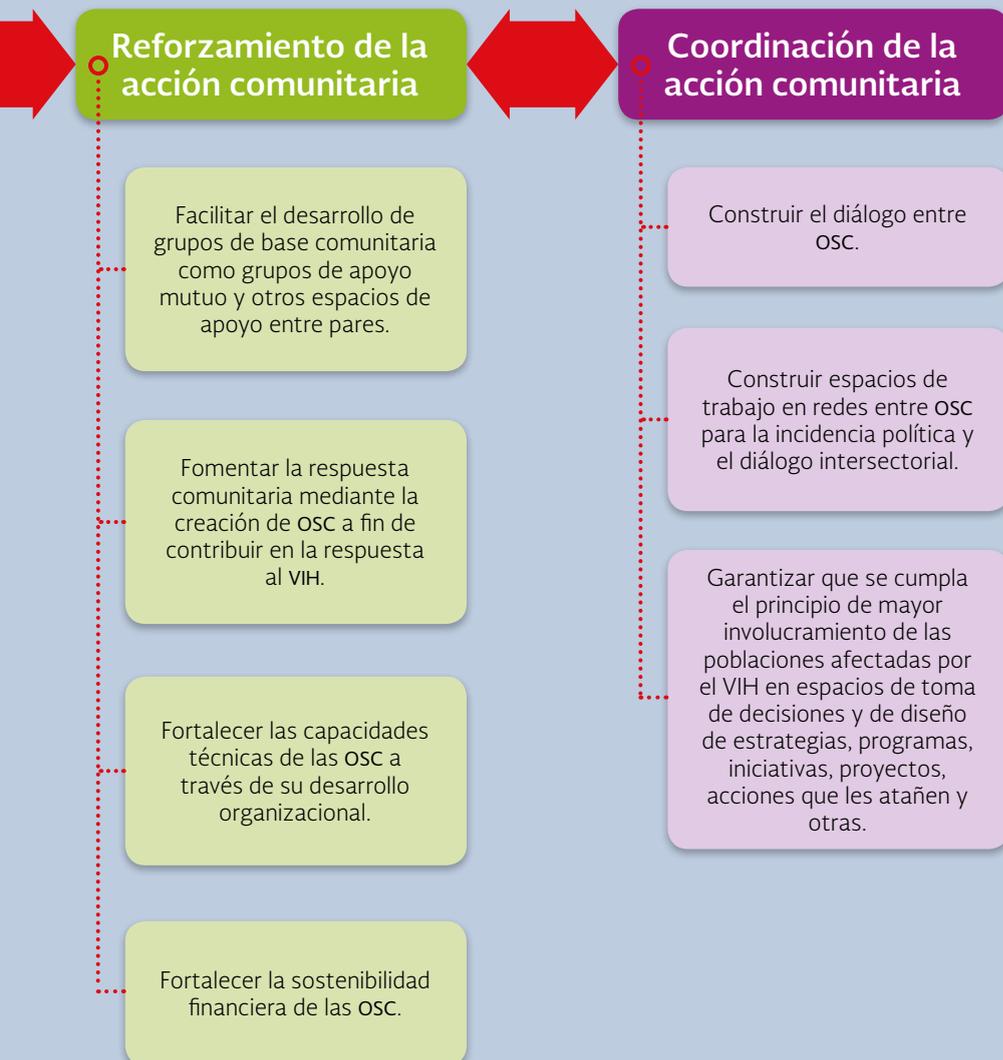
Propiciar el mejoramiento de la autoestima mediante la promoción y generación de:

- confianza
- respeto
- seguridad
- desarrollo personal

Fomentar la capacidad de las personas para tomar decisiones, ejercer control sobre sus vidas y desarrollar aptitudes personales para la salud.

Diagrama 8

Desarrollo comunitario y construcción de capital social



## Diagrama 9

### Fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

Impulsar políticas públicas encaminadas al fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud relacionados con el VIH, el sida y las ITS.

Mejorar la infraestructura de los servicios de salud relacionados con la atención y tratamiento del VIH, el sida y las ITS.

Promover que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo la prevención.

Vincular e integrar los servicios específicos del VIH, el sida y las ITS con los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y otros de primer nivel.

Mejorar las capacidades y habilidades del personal de salud vinculadas con la detección, prevención y atención del VIH a través de programas de capacitación continua que permitan que se actualicen en la atención y tratamiento del VIH, el sida y las ITS.

Incrementar las capacidades y habilidades del personal de salud vinculado con el VIH y el sida, a través de programas de capacitación continua que aumenten su capacidad de comprensión de temas relacionados con la orientación sexual, las preferencias sexuales, el trabajo sexual, el uso de drogas inyectables y el género, entre otros relacionados con las poblaciones clave.

Mejorar las capacidades y habilidades del personal de salud vinculado con el VIH, a través de programas de capacitación continua para ayudarlos a disminuir actitudes de estigma y violación a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

## Estrategias comportamentales

Crear sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud relacionados con la detección, prevención y atención del VIH, el sida y las ITS.

Las categorías de presentación de las estrategias comportamentales se relacionan con el ámbito individual (intervenciones cara a cara e intervenciones grupales) y el comunitario. En ambos casos, el enfoque de trabajo que se sugiere es la comunicación para el cambio de comportamiento. En el esquema que a continuación se presenta se incluye la realización de diagnósticos situacionales como actividad previa a las acciones propias del cambio de comportamiento. La descripción de los diagnósticos situacionales aparece en el apartado de prevención combinada de este Módulo.

En términos generales, la **comunicación para el cambio de comportamiento** puede definirse como el proceso de comprensión de la situación de una persona, desarrollando mensajes que respondan a sus preocupaciones frente a situaciones dadas, acudiendo a procesos y medios de comunicación que la persuadan a cambiar sus actitudes, comportamientos y prácticas de riesgo. La comunicación para el cambio de comportamiento puede describirse como una herramienta individual y comunitaria que promueve y apoya la reducción de riesgos, empleando mensajes e información distribuida mediante una variedad de canales de comunicación predefinidos y definidos.

Un segundo componente relevante para el cambio comportamental son las acciones basadas en el concepto de **información, educación y comunicación** (IEC). El objetivo

de las estrategias IEC es promover, a través de la combinación de tecnologías, enfoques de comunicación y procesos sociales, cambios de comportamiento o actitudes en poblaciones específicas, primordialmente en áreas como la salud y la educación. Se busca modificar las prácticas sociales de carácter comunitario a favor del logro de objetivos determinados. Las acciones de IEC son un eje articulador de toda acción social destinada a elevar los niveles de conocimiento, modelar actitudes y orientar a las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad hacia prácticas saludables dentro de su propio entorno.

Es esencial que los modelos, estrategias, iniciativas y programas –individuales o grupales– encaminados a generar cambios de comportamientos relacionados con el VIH y las ITS sigan un proceso de validación, toda vez que en México se ha trabajado con modelos, estrategias e iniciativas extranjeras que han logrado validar su efectividad en otros países, pero no en el contexto mexicano.

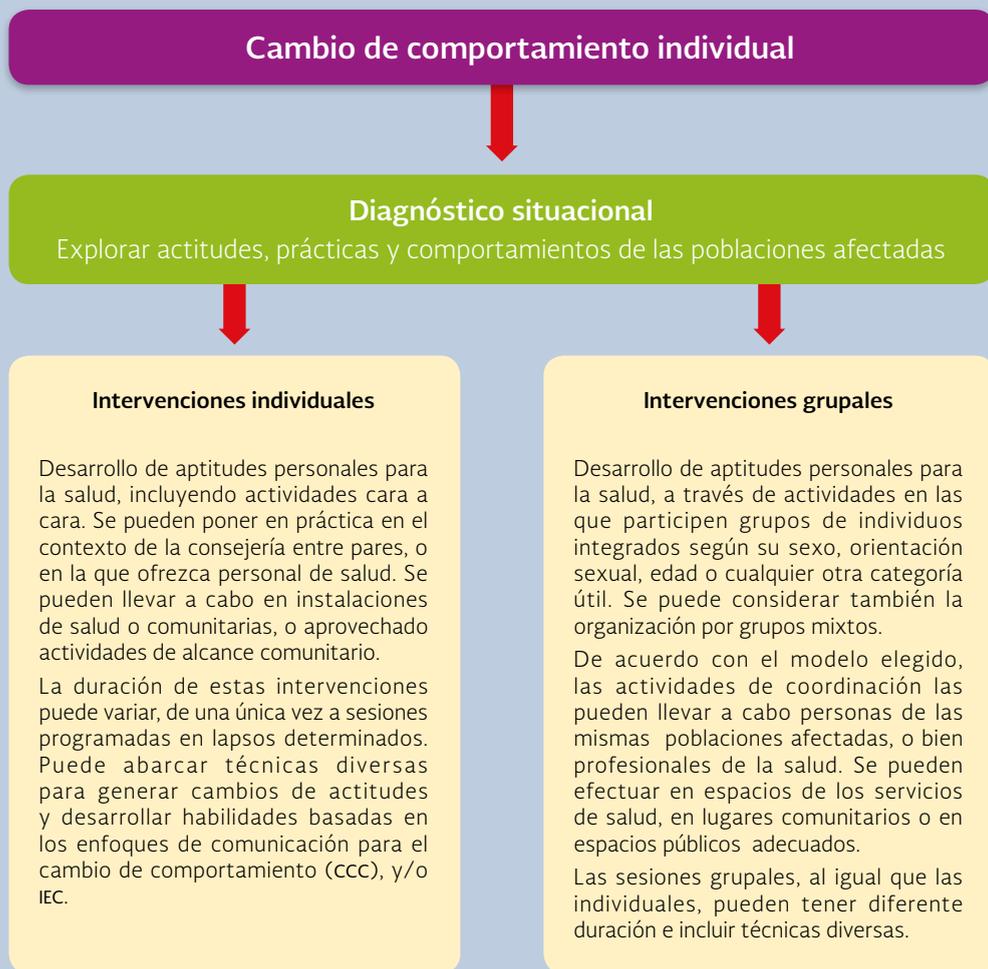
Dentro del enfoque de prevención combinada es importante identificar y generar los vínculos entre cada tipo de estrategia; por ejemplo, conviene encontrar los puntos de conexión con las acciones de las estrategias biomédicas, estructurales y comportamentales.

El diagrama 10, **Cambio de comportamiento individual**, inicia con un recuadro general sobre diagnósticos situacionales. Las columnas siguientes indican los dos tipos de intervención: individual y grupal. Al implementar las estrategias es necesario decidir de qué tipo serán las intervenciones o si se combinarán. Cada recuadro describe las actividades que se pueden realizar. Hacia el fin del diagrama se muestra un recuadro general que enfatiza la importancia de vincular las estrategias de cambio de comportamiento con las biomédicas.

El diagrama 11, **Cambio de comportamiento en el ámbito comunitario**, está integrado por tres grupos de recuadros. El de la izquierda describe acciones cuyo propósito es mejorar los ambientes para la prevención; por ejemplo, acciones en medios de comunicación, la preparación de poblaciones para que reconozcan la importancia de la prevención y la promoción de la salud. El grupo central, mientras tanto, se refiere a la producción de materiales de prevención. El grupo de la derecha describe acciones relacionadas con la creación de espacios físicos y virtuales para llevar a cabo actividades de prevención. Las actividades pueden realizarse de manera independiente o simultánea, sin que se sugiera un orden.

Para concluir, se ofrece una lista de ejemplos de objetivos didácticos para actividades individuales, grupales y de comunicación en pro del cambio de comportamiento. En el apartado sobre **recursos prácticos**, en este mismo Módulo, se presentan ejemplos de estrategias de cambio de comportamiento.

Diagrama 10



*Las estrategias para el cambio de comportamiento deben vincularse con las estrategias biomédicas, particularmente con el diagnóstico temprano y la distribución de insumos de prevención.*

## Diagrama 11

### Cambio de comportamiento en el ámbito comunitario

Intervenciones en medios de comunicación masivos y alternativos.

Acciones para mejorar la calidad de las notas periodísticas, propiciando que estén libres del estigma y la discriminación vinculados al VIH, al sida o a estereotipos de género.

Preparación de la población general, y en especial de las poblaciones afectadas, para que reconozcan el diagnóstico temprano, la prevención y la atención del VIH, el sida y las ITS.

Creación de entornos favorables para la promoción de la salud.

Iniciativas de IEC sobre el VIH, el sida y las ITS que incluyan el diseño, producción y distribución de materiales en formatos diversos, y cuyo objetivo sea desarrollar aptitudes personales para el cuidado de la salud.

Reforzamiento de la acción comunitaria mediante la creación de espacios seguros en donde las poblaciones clave puedan allegarse información y recibir educación sobre diagnóstico, prevención y tratamiento del VIH y las ITS. Estos espacios pueden contribuir, igualmente, para el aprovechamiento y uso de redes sociales de apoyo y para referir a servicios de salud.

Creación de centros comunitarios y de otros espacios físicos.

Creación de espacios virtuales en medios electrónicos tales como líneas de apoyo y emergencia, portales en internet y redes sociales electrónicas.

## Ejemplos de objetivos didácticos para actividades individuales, grupales y de comunicación en busca del cambio de comportamiento

- Generar procesos de empoderamiento para superar las barreras que impiden la negociación exitosa del uso del condón y otros insumos de prevención.
- Reducir el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS.
- Promover la salud sexual y reproductiva.
- Informar y educar sobre la prevención de la transmisión perinatal del VIH.
- Desarrollar habilidades para la evaluación del riesgo en determinadas prácticas.
- Informar y educar sobre vías de transmisión del VIH y otras ITS.
- Informar y educar acerca de métodos de prevención del VIH y otras ITS.
- Generar cambios de comportamiento relacionados con las prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS
- Educar sobre el uso de insumos de prevención, con énfasis en el condón femenino, el masculino y los lubricantes.
- Educar sobre el uso de insumos de prevención relacionados con el uso de drogas inyectables.<sup>135</sup>
- Promoción del diagnóstico temprano del VIH y otras ITS.<sup>136</sup>
- Referir e informar sobre servicios de salud y otros apoyos sociales y económicos disponibles para las poblaciones afectadas y personas con VIH.
- Informar y educar sobre el marco de derechos humanos que rige la respuesta al VIH.
- Informar y educar sobre estigma y discriminación.
- Modificar actitudes y percepciones negativas, como pueden ser la homofobia y la transfobia, que exacerban la transmisión del VIH.
- Informar y educar sobre igualdad de género.
- Informar y educar acerca de la violencia basada en género.
- Promover el principio de corresponsabilidad en la prevención del VIH y de otras ITS.

135 Ramos Rodríguez, M.E. (2013). *Guía del modelo de mitigación de daños*. México, D.F: Funsalud. Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Guias/mitigaciondanos.pdf>.

136 Aguilar, O. y S. Rodríguez Velázquez (2013). *Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería*. México, D.F: Funsalud. Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/pruebasrapidas>.

## Estrategias biomédicas

Las estrategias biomédicas de prevención del VIH se dividen en tres categorías principales: diagnóstico temprano del VIH, distribución de insumos de prevención y uso de TAR para prevenir nuevas infecciones. Al igual que ocurre con las estrategias comportamentales, se recomienda que antes de implementarlas se efectúen diagnósticos situacionales.

Las estrategias de diagnóstico temprano abarcan la aplicación de pruebas de detección del VIH y de otras ITS (tales como sífilis, gonorrea, clamidia y el virus del papiloma humano o VPH).<sup>137</sup> En virtud de que la correlación entre las ITS y el VIH está ampliamente documentada, el diagnóstico y tratamiento de las ITS tiene un impacto muy importante sobre la prevención de nuevas infecciones del virus.

Otras co-infecciones relevantes para el VIH son la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC), siendo de particular relevancia en relación con las PUDI. El diagnóstico y tratamiento de la TB es también altamente recomendado en el contexto del VIH, ya que en México el binomio de este virus y la TB es recurrente.<sup>138</sup>

Toda estrategia de diagnóstico temprano del VIH y las ITS, y de las co-infecciones como VHB, VHC y TB, debe estar acompañada de referencia e incorporación a los servicios de salud para garantizar el tratamiento correspondiente.

En México existe un marco normativo para el diagnóstico temprano del VIH, el cual debe observarse para regular estas acciones.<sup>139, 140</sup> Del mismo modo, se han desarrollado manuales para llevar a cabo pruebas rápidas de detección del VIH con consejería.<sup>141</sup>

137 Funsalud (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de salud*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>.

138 Norma Oficial Mexicana (NOM-006-SSA2-2013), para la Prevención y Control de la Tuberculosis. *Diario Oficial de la Federación*, 13 de noviembre de 2013. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5321934&fecha=13/11/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5321934&fecha=13/11/2013).

139 Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Diario Oficial de la Federación*, 10 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>.

140 Censida (2006). *Guía para la aplicación de la prueba rápida*. México, D.F.: Censida. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>.

141 Aguilar, O. y S. Rodríguez Velázquez (2013). *Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/pruebasrapidas>.

El diagrama 12, **Promoción del diagnóstico temprano y aplicación de pruebas para la detección del VIH, las ITS y otras co-infecciones**, presenta inicialmente un recuadro que destaca la importancia de efectuar diagnósticos situacionales como primer paso en el proceso de promoción del diagnóstico temprano. Luego aparecen tres grupos de recuadros; en el de la izquierda se explica el proceso de preparación de las poblaciones con la mira de desarrollar aptitudes relacionadas con la salud para reconocer la importancia del diagnóstico oportuno. En el grupo central se mencionan las acciones relacionadas con la promoción de la prueba, que considera dos lugares: los centros de salud y los sitios de reunión. Para terminar, el grupo de la derecha describe la realización de campañas masivas para promocionar el diagnóstico temprano.

El diagrama 13, **Diagnóstico temprano del VIH, las ITS y otras co-infecciones**, presenta un recuadro introductorio que describe los principios rectores de realización de la prueba, ofreciendo una orientación general acerca del proceso; sin embargo, es necesario que las actividades relacionadas con la aplicación de pruebas en el contexto del diagnóstico temprano se realicen apeándose a la normatividad vigente sobre el tema. En el recuadro izquierdo se describe el proceso de consejería y prueba, mientras los recuadros de la derecha sintetizan los procedimientos, sean los resultados reactivos o no. Se menciona también la vinculación con otros enfoques como el continuo de la detección-atención y el de salud, dignidad y prevención positivas. Del mismo modo, se subraya el reforzamiento de estrategias de cambio comportamental para mantener como seronegativas a las personas que dieron resultados no reactivos.

Las estrategias de promoción y distribución de insumos de prevención incluyen la distribución de productos relacionados con la prevención –del tipo de los condones masculinos y femeninos, lubricantes con base no oleosa y equipo de inyección esterilizado para personas usuarias de drogas inyectables–. Estas acciones pueden ser de alcance<sup>142</sup> –y realizarse en contextos de calle, lugares de reunión, socialización, encuentro sexual o donde se realice trabajo sexual–. Pueden llevarse a cabo también en los servicios de salud a donde las poblaciones afectadas acuden en busca de atención médica.



142 Término que se utiliza para las acciones que se realizan en campo para llegar a las poblaciones prioritarias para la intervención, proyecto o estrategia. Puede revisarse la descripción más detallada de este término en el apartado sobre estrategias genéricas, en la sección “Recursos prácticos” de este mismo Módulo. Alcance Disponible en: [http://api.ning.com/files/tDTypVbkj17tw5nlfXsd66116lfgJYl\\*i3p53ANbaeXr8v5f\\*AkhVZPOTBLkwPx2DdtJJo06nUJhbKcm dB3Ue8lw2xmQxvJk/ RespondiendoAlcance2012.pdf](http://api.ning.com/files/tDTypVbkj17tw5nlfXsd66116lfgJYl*i3p53ANbaeXr8v5f*AkhVZPOTBLkwPx2DdtJJo06nUJhbKcm dB3Ue8lw2xmQxvJk/ RespondiendoAlcance2012.pdf).

El diagrama 14, **Distribución de insumos de prevención**, presenta un recuadro que destaca la realización de diagnósticos situacionales como primer paso fundamental del proceso. En seguida se presentan tres grupos de actividades, mismas que pueden efectuarse por separado o de manera simultánea por no estar, necesariamente, vinculadas. El grupo de la izquierda describe las acciones de promoción de los insumos de prevención, que incluyen la preparación para que las poblaciones reconozcan la importancia de tales insumos y la generación de su demanda. El grupo central describe las acciones propias de la entrega de insumos, como son la capacitación y las actividades de alcance en sitios de reunión. A continuación, el grupo de la derecha describe la entrega de insumos en centros de salud.

Para concluir, aparecen las estrategias de prevención del VIH empleando ARV o “tratamiento como prevención”, un término que describe el uso de los medicamentos ARV para reducir el riesgo de transmisión del virus. La estrategia funciona como un beneficio secundario de la terapia ARV, a más de su propósito principal, que consiste en mejorar la salud de las personas con VIH.

La decisión de una persona con VIH en relación con el inicio de una terapia ARV debe basarse en varios factores, incluidas las directrices de tratamiento, que pueden abarcar aspectos como el estado clínico de la persona, la presencia de co-infecciones o infecciones oportunistas, el recuento de células T4<sup>143</sup> y las pruebas de carga viral.

El enfoque del tratamiento como prevención propone, en ciertos casos, que las personas con VIH inicien el uso de los ARV al ser diagnosticadas, a fin de reducir las posibilidades de que el virus se transmita a alguien más. La idea que sustenta esta estrategia es que el tratamiento con ARV reduce la carga viral, y que una carga viral baja (inferior a un umbral determinado) puede reducir de manera importante el riesgo de que el VIH se transmita a otra/s persona/s. Estudios observacionales sustentan lo anterior, al mostrar una relación entre cargas virales bajas y una reducción del riesgo de transmisión del VIH entre parejas sexuales. La relación entre cargas virales bajas y la reducción del riesgo de transmisión se ha observado también en algunos estudios de mujeres con VIH que amamantaban a sus hijos e hijas VIH negativos.

143 Las células T4 representan el blanco principal del VIH. Censida (2009). *Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH*. (2a. ed). México, D.F.: Censida. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia\\_enf\\_09.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf).

El uso de ARV debe ser prioritario para la salud de las personas con VIH, y considerarse su impacto para prevenir nuevas infecciones como un efecto secundario favorable. En razón de eso es que se habla de tratamiento oportuno (cuando la persona lo necesita) y no de tratamiento temprano (en cuanto la persona obtiene un resultado reactivo).

Igualmente importante es reconocer que si una PV que toma ARV logra reducir su carga viral a indetectable, sin manifestar síntomas de ITS en un periodo mínimo de seis meses, tal hecho no implicaría, en consecuencia, que sea la única responsable de prevenir nuevas infecciones. En México existe un marco normativo que establece los criterios para el manejo antirretroviral de las PV.<sup>144</sup>

El uso de ARV para prevenir nuevas infecciones es una práctica que se realiza desde hace tiempo, principalmente en el contexto de la prevención de la transmisión del VIH por exposición ocupacional<sup>145</sup> y en la prevención perinatal. El anexo II de la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* se ocupa específicamente de la profilaxis postexposición (PPE).<sup>146</sup>

El uso de la PPE en el contexto de la transmisión sexual del VIH es particularmente útil en los casos en donde se registró violencia sexual o coerción, o en situaciones donde ocurrieron prácticas de alto riesgo. Aunque no existe una normatividad específica sobre el abordaje de uso de la PPE en el contexto sexual, los lineamientos a seguir son los mismos que los de la PPE en situaciones de exposición ocupacional.

El diagrama 15, **Prevención del VIH mediante el uso de antirretrovirales**, presenta dos procesos, sin relación entre sí pero que forman parte del uso de ARV como insumos de prevención. El grupo de la izquierda se refiere al uso del tratamiento ARV como prevención en personas con VIH; incluye tres enfoques: continuo diagnóstico-atención; salud, dignidad y prevención positivas, y prevención de la transmisión perinatal. El grupo de la derecha se refiere al uso de ARV en el contexto de la profilaxis post exposición para personas sin VIH; este grupo se subdivide en dos situaciones: exposición ocupacional y exposición sexual.

144 Censida (2012). *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH*. México, D.F.: Censida. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA\\_ARV\\_2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA_ARV_2012.pdf).

145 Se refiere principalmente a aquellas situaciones en las que el personal de los servicios de salud pudiera entrar en contacto con el virus durante el manejo de material quirúrgico o punzocortante.

146 Censida (2012). *Op. cit.* Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA\\_ARV\\_2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA_ARV_2012.pdf).

En el contexto del uso de ARV en insumos de prevención, el avance científico es constante; nuevas tecnologías están por demostrar su efectividad, como en el caso de los microbicidas vaginales y anales y el uso de profilaxis pre-exposición para poblaciones en las que, dada su exposición al riesgo, se requieren insumos adicionales a los condones y lubricantes.

Otra estrategia biomédica es la circuncisión masculina –un procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa de forma parcial o total el prepucio del pene–. Una explicación biológica que describe la asociación entre la circuncisión masculina y la susceptibilidad a la infección por el VIH consiste en que el prepucio posee altas concentraciones de células de Langerhans, que son más vulnerables al VIH por tener una capa comparativamente más delgada que la proteína queratina que rodea las células cutáneas. Si bien las células de Langerhans se encuentran en el glande y la uretra, estas áreas poseen capas de queratina más gruesas, lo cual hace que las células sean objetivos del VIH menos vulnerables.<sup>147</sup>

Se cree que el prepucio ofrece hidratación y un entorno cálido donde el VIH puede mantenerse activo más tiempo. Una exposición más prolongada al VIH a lo largo del prepucio puede provocar que el hombre no circuncidado sea más vulnerable a la infección por el virus.<sup>148</sup> La presencia de pequeñas lesiones en el prepucio de los hombres no circuncidados puede aumentar la exposición al VIH durante las relaciones sexuales. Es posible que aquellos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres obtengan también beneficios de la circuncisión.<sup>149</sup>

En resumen, la circuncisión masculina sólo es capaz de prevenir la transmisión del VIH en hombres que son “insertivos” durante el coito vaginal o anal; quienes son receptivos no obtienen beneficio alguno de la circuncisión masculina. Con todo, es necesario realizar más investigación para lograr una mejor comprensión del efecto que la circuncisión masculina tiene sobre la transmisión del VIH durante el sexo anal.

147 McCoombe, S.G. y R.V. Short (2006). Potential HIV-1 target cells in the human penis. *AIDS*,20(11): 1491-1495.

148 Donoval, B.A. et al. (2006). HIV-1 target cells in foreskins of African men with varying histories of sexually transmitted infections. *Am J Clin Pathol*, 125(3): 386-391.

149 Beyrer, C. et al. (2011). *The Global HIV Epidemics among Men who Have Sex with Men: Epidemiology, Prevention, Access to care and Human Rights*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank.

A continuación presentamos los diagramas que incluyen los principales componentes de las estrategias biomédicas para prevenir el VIH en cada categoría. Después de los diagramas se presenta una lista ilustrando los posibles lugares de alcance para acciones de diagnóstico temprano y entrega de insumos de prevención. Un listado definitivo de lugares de encuentro debería surgir a partir de los mapeos que se realicen durante los diagnósticos situacionales.

## Diagrama 12

### Promoción del diagnóstico temprano y aplicación de pruebas para la detección del VIH, las ITS y otras co-infecciones

#### Diagnóstico situacional

Para determinar necesidades, obstáculos, barreras, oportunidades, acciones y lugares clave para promover el diagnóstico temprano y aplicar pruebas para la detección temprana del VIH.

Suministro de la información más importante a poblaciones clave y a población general a fin de propiciar el desarrollo de aptitudes personales para la salud relacionadas con el VIH y las ITS, en preparación para el reconocimiento de la importancia del diagnóstico temprano.

Promoción y oferta de la detección temprana en los sitios de reunión y afluencia de las poblaciones afectadas.

Promoción y oferta del diagnóstico temprano en los servicios de salud.

Campañas masivas enfocadas a distintas poblaciones para promover los beneficios del diagnóstico temprano.

## Diagrama 13

### Diagnóstico temprano del VIH, las ITS y otras co-infecciones

El diagnóstico temprano del VIH, las ITS y otras co-infecciones debe realizarse a partir de dos formas principales: a solicitud de la persona que desea hacerse la prueba y mediante su oferta por parte de los prestadores de servicios de salud. En ambos casos, el diagnóstico temprano debe estar sustentado en estrategias que preparen tanto a las poblaciones afectadas como a la comunidad en su conjunto, para comprender los beneficios de realizarse las pruebas atrayendo su interés para el efecto a través de campañas masivas o iniciativas focalizadas en la comunicación. La detección por solicitud expresa puede realizarse considerando acciones de alcance comunitario en lugares de encuentro de las poblaciones afectadas, o bien en servicios de salud públicos o privados.

La detección que los prestadores de salud brinden debe realizarse en servicios sanitarios, especialmente si ofertan los relacionados con planificación familiar, salud sexual, cuidados prenatales, tuberculosis, adicciones, violencia y otros que aborden el diagnóstico y tratamiento de las ITS.

A las mujeres embarazadas se les deben ofrecer las pruebas del VIH y la sífilis durante los cuidados prenatales. De resultar reactivas al VIH se les debe suministrar tratamiento tanto para ellas mismas como para prevenir la transmisión perinatal. En caso de ser reactivas a la sífilis se les debe ofrecer el tratamiento correspondiente.

**Prueba de detección temprana, confidencial y voluntaria, con consejería previa y posterior a la aplicación de la prueba.**

#### **Resultado no reactivo**

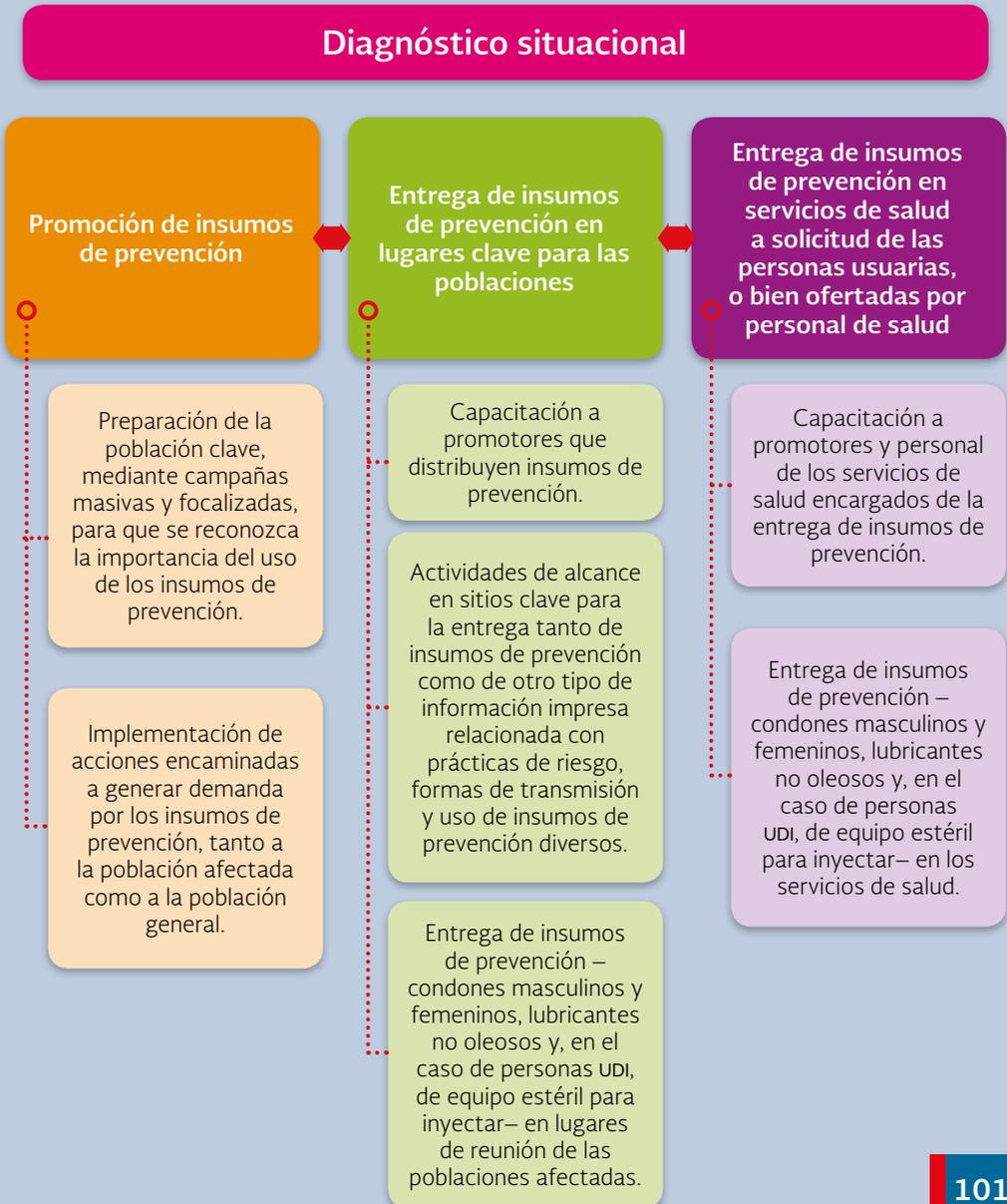
Reforzamiento de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, en el marco del enfoque de prevención combinada que esta *Guía* ofrece.

#### **Resultado reactivo**

Confirmación del diagnóstico. Enfoque continuo de la detección-atención: incorporación a los servicios de salud; determinación de la necesidad de iniciar tratamiento ARV; acceso y adherencia al tratamiento, en caso de ser necesario, y retención en los servicios de salud.

Enfoque de salud, dignidad y prevención positivas: empoderamiento, equidad de género, servicios integrales de salud, derechos humanos, rol de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones, salud sexual y reproductiva, apoyo social y económico.

Diagrama 14 Distribución de insumos de prevención



## Diagrama 15 Prevención del VIH a través del uso de antirretrovirales

### Tratamiento como prevención para personas con VIH

**Enfoque continuo de la detección-atención:** incorporación a los servicios de salud; determinación de la necesidad de iniciar tratamiento ARV; acceso y adherencia al tratamiento, de ser necesario, y retención en los servicios de salud.

**Enfoque salud, dignidad y prevención positivas:** empoderamiento, igualdad de género, servicios integrales de salud, derechos humanos, rol de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones, salud sexual y reproductiva, apoyo social y económico.

Prevención de la transmisión perinatal del VIH.

- Iniciar TAR durante la gestación.
- Parto seguro a través de cesárea.
- Evitar la lactancia materna y proporcionar alimentación sucedánea de la leche materna.

### Profilaxis post exposición

#### Ocupacional

Por exposición al VIH durante la práctica profesional en los servicios de salud. Incluye:

- prueba rápida del VIH;
- dentro de las 72 horas siguientes a la exposición, inicio de la TAR con duración de cuatro semanas (con dos tipos de ARV cuando menos).

#### Sexual

Por violación sexual y por prácticas sexuales de alto riesgo. Incluye:

- prueba rápida del VIH;
- dentro de las 72 horas siguientes a la exposición, inicio de la TAR con duración de cuatro semanas (con dos tipos de ARV cuando menos);
- en el caso de mujeres violadas debe ofrecerse también la anticoncepción de emergencia.

## Lugares de alcance posible de la población para acciones de diagnóstico temprano, consejería y entrega de insumos de prevención

- PUDI: lugares de consumo de drogas inyectables.
- PTS: lugares donde se oferta el trabajo sexual.
- HG y HSH: lugares de reunión social y de encuentro sexual.
- PT: lugares de reunión o encuentro sexual y donde se oferta trabajo sexual.
- PPL: prisiones y sitios donde las personas puedan encontrarse en situación de reclusión.
- Servicios de salud para la población general, personas jóvenes, mujeres, PUDI, PTS, HG y otros HSH, PT y PPL, migrantes, indígenas y demás.

### Papel de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones

Involucrar a las PV para prevenir nuevas infecciones ha sido reconocido como un elemento fundamental en las estrategias para responder al VIH, si bien los enfoques para lograrlo han sufrido diversas modificaciones.

El enfoque inicial tomaba como premisa que por cada nueva infección por el virus había otra PV involucrada. Esta afirmación, correcta hasta cierto punto, generó que la responsabilidad por nuevas infecciones tuviera un énfasis particular en las PV. Pero un enfoque más adecuado es el que promueve la responsabilidad compartida, o corresponsabilidad, en el cual cada persona es garante de su propia salud. Sin embargo, subrayar la responsabilidad de las PV ha llevado a quienes toman decisiones a pensar que la penalización por la transmisión del VIH es una forma adecuada de responder a la epidemia. Nada más alejado de la realidad, pues la criminalización tiene efectos negativos sobre las personas que desconocen su estatus, ya que el temor a ser sancionadas representa una barrera para el diagnóstico temprano.

El enfoque salud, dignidad y prevención positivas<sup>150</sup> es una propuesta desde las PV que busca que las acciones de prevención de nuevas infecciones se lleven a cabo en un marco basado en los derechos humanos, cuyo resultado será lograr una vida digna para las PV. Este enfoque pondera, del mismo modo, la necesidad de los cuidados de la salud como una prioridad para las personas con el virus. El enfoque incluye aspectos como el empoderamiento, la equidad de género, la salud sexual y reproductiva y la importancia de contar con apoyos sociales y económicos para garantizar una calidad de vida óptima.

Aunado al enfoque de salud, dignidad y prevención positivas, presentamos el continuo de la detección-atención para personas con VIH, que lo complementa al incluir objetivos relacionados con los servicios de salud, que van del diagnóstico temprano a la incorporación a servicios sanitarios, la determinación de inicio de la terapia ARV, estrategias para la adherencia y el apego a los servicios de salud.

Con el fin de enfatizar la vinculación con los elementos del enfoque de prevención combinada, presentamos un diagrama sobre estrategias estructurales relacionadas con las PV, vinculando elementos del diagnóstico temprano con el continuo de la detección-atención, sin olvidar los siete pilares del enfoque salud, dignidad y prevención positivas, que se recomienda revisar en detalle en el Módulo II de esta *Guía*.

El diagrama 16, **Estrategias estructurales para personas con VIH**, describe acciones enfocadas a generar cambios estructurales para mejorar el continuo detección-atención en el contexto de las PV; consta de tres recuadros. La implementación de cada aspecto es independiente, por lo que pueden realizarse de forma simultánea o por separado.

El diagrama 17, **Diagnóstico temprano del VIH con énfasis en resultados reactivos**, retoma los elementos del diagnóstico temprano subrayando la vinculación con el continuo detección-atención y el enfoque salud, dignidad y prevención positivas en personas con resultados reactivos.

El diagrama 18, **Enfoque continuo de detección atención para personas con VIH** describe los elementos del continuo. Aparece en forma de cascada porque las acciones deben realizarse en secuencia, comenzando con la incorporación a los servicios de salud y concluyendo con la permanencia en los servicios de manera sostenible a lo largo de la vida de las personas.

150 Funsalud (2012). *Guía para la implementación del enfoque Salud, Dignidad y Prevención Positivas*. México D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos-proyecto.html>.

Diagrama 16

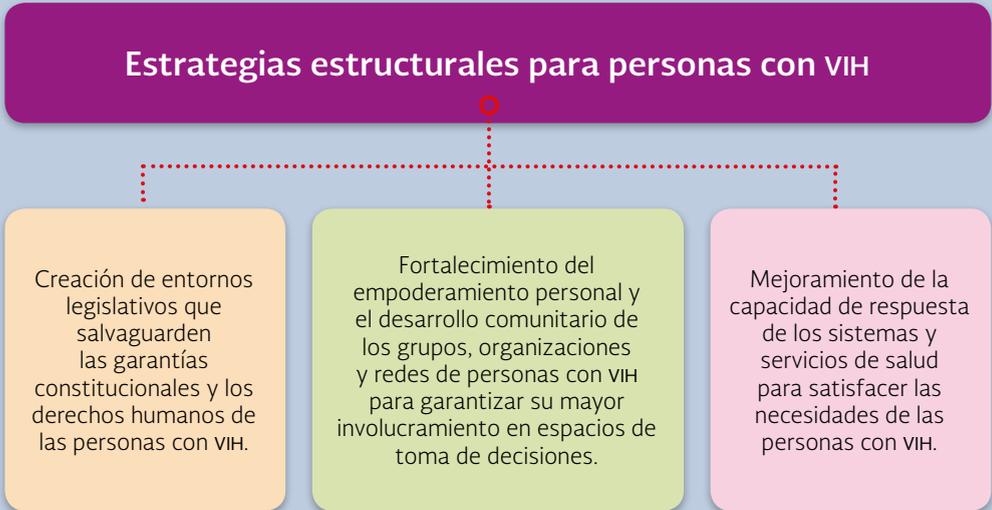
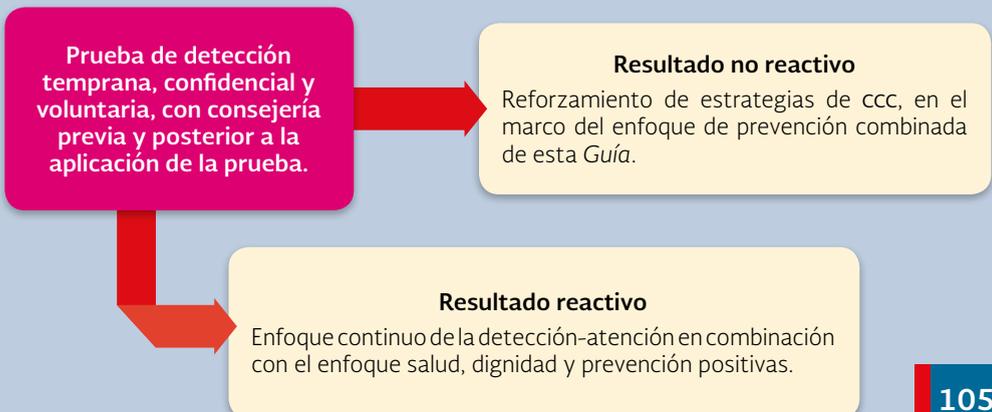


Diagrama 17 **Diagnóstico temprano del VIH con énfasis en resultados reactivos**



## Diagrama 18

### Enfoque continuo de la detección-atención para personas con VIH (posterior a un resultado reactivo al VIH)

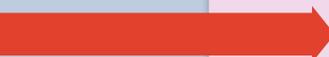
Incorporación a los servicios de salud de acuerdo con el esquema de seguridad social al que la persona tenga derecho.

#### Determinación del inicio del tratamiento para el VIH

- Estudio de carga viral.
- Estudio de CD4.
- Evaluación general para determinar oportunidad del tratamiento con base en el estado de salud y otros factores sociales y económicos.

#### Inicio del tratamiento para el VIH

- Disminución de la carga viral.
- Monitoreo continuo de carga viral y CD4.
- Seguimiento clínico.
- Monitoreo de presencia de infecciones oportunistas y co-infecciones.
- IEC continua con base en la salud, la dignidad y la prevención positivas.



### Sin necesidad de tratamiento para el VIH

Monitoreo continuo de la carga viral y CD4 hasta determinar el inicio de la terapia.

Seguimiento clínico para monitorear infecciones oportunistas y co-infecciones.

IEC con base en la salud, la dignidad y la prevención positivas.



#### Adherencia al tratamiento ARV

- Determinación de las barreras estructurales tales como pobreza, educación y trabajo, que pueden limitar la adherencia al tratamiento.
- Educación sobre tratamientos.
- Apoyo social y económico para mejorar la adherencia.
- Apoyo de redes sociales como la familia, la pareja, los amigos.
- Apoyo psicológico y para la salud mental.



#### Retención en los servicios de salud

- Mejoramiento de la calidad de los servicios.
- Servicios libres de estigma y discriminación.

## Recursos prácticos

Esta sección ofrece a los usuarios de la *Guía* recursos prácticos para que, quienes trabajan en el tema del VIH, conozcan, se familiaricen y puedan probar, adaptar y utilizar algunas de las iniciativas y estrategias de prevención puestas en marcha en el mundo y que han resultado más eficaces. Nuestro país tiene una larga historia de iniciativas de prevención del VIH implementadas por las OSC y por el sector salud, particularmente el Censida. En la década de los noventa y hasta el 2005, diversas agencias estadounidenses<sup>151</sup> y europeas<sup>152</sup>, privadas y gubernamentales, apoyaron la respuesta nacional para combatir el VIH.

Fue a partir del 2006 que se etiquetaron fondos federales específicamente para fortalecer la respuesta de la sociedad civil organizada; tales fondos siguen disponibles hasta la fecha, privilegiando y reforzando el trabajo de la sociedad civil. La llegada a México del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) 9ª ronda, a fines de 2010, representó un impulso innovador y amplio que por vez primera abrió la oportunidad para capacitar a un amplio espectro de OSC y personas de OBC en el uso de un conjunto de estrategias para la prevención del VIH validadas en otros contextos.

### La importancia del monitoreo y la evaluación

Para conocer el grado de eficacia que pueden llegar a alcanzar las estrategias de prevención del VIH, es indispensable contar con evidencias de que: i) su implementación ha alcanzado resultados efectivos y visibles; ii) las estrategias son durables, aceptables y apropiadas, y iii) pueden ser adaptadas, replicadas y llevadas a escala en otros contextos geográficos o sociales. Dar seguimiento y evaluar la implementación de las estrategias de prevención es indispensable para reafirmar el rumbo de la prevención o, en su caso, corregirlo, así como para innovar, adaptar, transferir y llevar a escala los logros identificados y las

151 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), *Family Health International*, (FHI), *Futures Group*, Fundación Ford, Fundación John D. & Catherine T. MacArthur, Fundación David & Lucille Packard, entre otras.

152 *Appropriate Health Resoures and Technology Action Group (AHRTAG)*; *Healthlink*; *International HIV/AIDS Alliance*, *Department for International Development (DFID)* del Reino Unido; Hivos; Novib; Pan para el Mundo; *Stop AIDS*, Países Bajos; Cruz Roja Noruega, y *Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad)* de Noruega, entre varias otras.

lecciones aprendidas. Y aunque son contadas las intervenciones o estrategias de prevención del VIH cuya eficacia y pertinencia han sido sistemática y rigurosamente evaluadas en México, existe un importante conjunto de orientaciones, marcos de referencia, guías y manuales internacionales que pueden apoyar, reforzar y orientar los esfuerzos de prevención del VIH. Ofrecemos a continuación un listado selectivo.

### Guías y manuales sobre estrategias de prevención elaboradas por organismos, agencias rectoras del VIH y OSC internacionales y regionales

- Asical/Policy Project (2003) *Guía de Incidencia Política en VIH/Sida, Hombres Gay y otros HSH*. Recuperado en diciembre de 2013 de: [http://www.policyproject.com/pubs/manuals/GUIA\\_HSHps.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/manuals/GUIA_HSHps.pdf)
- OMS (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: Romper la cadena de transmisión*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf)
- OMS (2011). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79187/1/9789275316931\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79187/1/9789275316931_spa.pdf)
- Onusida (2001). *Enfoques innovadores en la Prevención del VIH. Estudios de caso seleccionados. Colección prácticas óptimas del Onusida*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://dataunaids.org/publications/irc-pub05/jc414-innovappr\\_es.pdf](http://dataunaids.org/publications/irc-pub05/jc414-innovappr_es.pdf)
- Onusida (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: Onusida. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practical\\_guidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practical_guidelines_es.pdf)
- OPS (2010). *Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los Hombres Gay y Otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: [http://www.iapac.org/uploads/Blueprint\\_SpanishElectronic\\_061810.pdf](http://www.iapac.org/uploads/Blueprint_SpanishElectronic_061810.pdf)
- OPS (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/por-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>
- RedTraSex (2006) *Un Movimiento de Tacones Altos. Mujeres, trabajadoras sexuales y activistas. Reflexiones y actividades para fortalecer nuestra organizaciones*. Buenos Aires: RedTraSex. Disponible en: <http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/armado-manual.pdf>

- RedTraSex (2008). *Entre Nosotras. Manual de Asesoría y Prueba Voluntaria en VIH/Sida, Herramientas para trabajadoras sexuales*. Buenos Aires: RedTraSex. Disponible en:  
[http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/entre\\_nosotras.\\_asesoria\\_y\\_prueba\\_voluntaria\\_en\\_vih\\_herramientas\\_para\\_trabajadoras\\_sexuales.pdf](http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/entre_nosotras._asesoria_y_prueba_voluntaria_en_vih_herramientas_para_trabajadoras_sexuales.pdf)
- Rock, A. et al. (2013). *Resource Tool for Structural Approaches to HIV Prevention, Draft*. Arlington: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1, and London: UKaid's STRIVE research consortium. Disponible en:  
<http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/highlight-reference/document/resource-tool-for-structural-approaches-to-hiv-prevention-2013.pdf>
- Ross, D.A. et al. (Eds.). (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Unaid's interagency task team on HIV and young people. Ginebra: WHO. Disponible en:  
[http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING\\_HIV\\_AIDS\\_IN\\_YOUNG\\_PEOPLE\\_\\_A\\_SYSTEMATIC\\_REVIEW\\_OF\\_THE\\_EVIDENCE\\_FROM\\_DEVELOPING\\_COUNTRIES\\_WHO\\_2006.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING_HIV_AIDS_IN_YOUNG_PEOPLE__A_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_FROM_DEVELOPING_COUNTRIES_WHO_2006.pdf)
- Unaid's. (2009). *Guidance note on HIV and sex work*. Ginebra: Unaid's. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306\\_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf)

### Guías y manuales de México que pueden apoyar las acciones relacionadas con las iniciativas y estrategias de prevención del VIH

- Aguilar, O. y S. Rodríguez Velázquez (2013). *Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/pruebasrapidas>
- Censida (2006). *Guía para la aplicación de la prueba rápida*. México, D.F.: Censida. Disponible en:  
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>
- Censida (2007). *Guía sobre prevención del VIH para personal que trabaja en centros penitenciarios*. México, D.F.: Censida/Secretaría de Seguridad Pública. Disponible en:  
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>
- Censida (2007). *Manual para la prevención del VIH/sida en migrantes mexicanos a Estados Unidos*. México, D.F.: Censida. Disponible en:  
<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/manualmigracion.pdf>
- Censida (2008). *Manual de Prevención del VIH/Sida en Usuarios de Drogas Inyectadas*. México, D.F.: Censida/Conadic. Disponible en:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual\\_udi2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual_udi2008.pdf)

- Censida (2009). *Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH*. (2a. ed). México, D.F.: Censida. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia\\_enf\\_09.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf)
- Censida (2012). *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH*. México, D.F.: Censida. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA\\_ARV\\_2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA_ARV_2012.pdf)
- Coria, C. y L. Alemany (2013) *Manual de elaboración de proyectos*. México, D.F.: Colectivo Sol A.C./Indesol. Disponible en: <http://api.ning.com/files/x4oQmCnQ4B596TwBTfjvF10ehctm748I3vrCEaQ3UkbPVuGp7hG464W87dUaaegIQIBQwdUhaq4mqo82eZZV4eQ1qbHSuz6f/ManualDeElaboracionDeProyectos.pdf>
- Funsalud (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de salud*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>
- Funsalud (2013). *Conceptos básicos para la promoción y defensa de los derechos humanos*. México, D.F.: Funsalud/Mexfam. Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/encarte>
- Magis, C. y H. Barrientos (2009). *VIH/sida y salud pública. Manual para personal de salud*. (2a. Ed). Guadalajara: Censida/INSP. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>
- Ramos Rodríguez, M.E. (2013). *Guía del Modelo de Mitigación de Daños*. México, D.F.: Funsalud. Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Guias/mitigaciondanos.pdf>

## Estrategias que han sido evaluadas de forma externa, en México o en otros países<sup>153</sup>

Existen diversas estrategias de prevención, ya evaluadas, que se han implementado en años recientes. Se trata de iniciativas con una duración efectiva de dos años como mínimo, siendo el ideal de tres. Para ponerlas en marcha se requieren recursos multianuales, lo cual reduce al mínimo la discontinuidad en su implementación, con un plan de monitoreo y evaluación e indicadores de impacto claros. Durante la puesta en marcha, estas estrategias requirieron de la asistencia técnica de las agencias donantes, lo que dio como resultado modelos listos para ser replicados. Algunas de esas estrategias fueron identificadas y sistematizadas en el *Inventario histórico de las estrategias de*

153 La mayoría de las estrategias de prevención del VIH que han sido evaluadas de forma externa son recopiladas y recomendadas por los CDC (*Centers for Disease Control*) de Atlanta, Ga., E.U.A. disponibles en: <http://www.cdc.gov/globalaids/> y <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/compendium/index.html>.

prevención, adaptación y aprobación para guías temáticas de las intervenciones específicas.<sup>154</sup>

Destacan, entre ellas:

- Cara a Cara (Implementación de un abordaje preventivo con principios de la entrevista motivacional). *Population Services International (PSI) México*.<sup>155</sup>
- Líderes de Opinión Popular.<sup>156</sup>
- Pasa la Voz. Programa Compañeros, A. C.<sup>157</sup>
- Programa *Horizons*, Population Council.<sup>158</sup>

## Estrategias que han sido evaluadas por población meta

En el año 2012, y a solicitud del Fondo de Población de Naciones Unidas en México (Unfpa), un equipo de investigadores del INSP y del mismo Unfpa desarrollaron un estudio para identificar estrategias de prevención evaluadas<sup>159</sup> y con altos estándares de efectividad. A partir de ese estudio se enlistan las más relevantes y que por su nivel de efectividad o su cercanía con la cultura podrían implementarse en México.

## Estrategias de prevención para HSH

- Chesney, M.A. et al. (1999-2001). *The EXPLORE Study*.<sup>160</sup>
- Coury-Doniger, P. et al. (1998). *Many Men, Many Voices*.<sup>161</sup>
- Dille, J. W. et al. (1997-2004) *Personalized Cognitive Counseling*.<sup>162</sup>

154 Magis, C. (Coord). (2011). *Inventario histórico de las estrategias de prevención, adaptación y aprobación para guías temáticas de las intervenciones específicas*. México: Cisdad. Disponible en: [http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/inventario/inventario\\_informe.pdf](http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/inventario/inventario_informe.pdf).

155 Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/caraacara>, <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/inventario/guias/guia04.pdf>.

156 Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/lideres> <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/rep/packages/pol.html>.

157 Disponible en: <http://issuu.com/funsalud-ugp/docs/pasalavoz> y <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/inventario/guias/guia01.pdf>.

158 Disponible en: <http://www.popcouncil.org/publications/serialsbriefs/HorizonsSynthesis.asp>

159 Las estrategias seleccionadas surgen a partir del estudio de Atienzo, E. et al (2012). *Consultoría: Intervenciones para la prevención del VIH. Fascículo adicional a la Guía Nacional de Prevención*. Documento no publicado. México, D.F.: Unfpa, México.

160 Disponible en: <http://caps.ucsf.edu/project-explore/>

161 Disponible en: <http://www.effectiveinterventions.org/es/HighImpactPrevention/Interventions/3MV.aspx>.

162 Disponible en: <http://www.effectiveinterventions.org/en/HighImpactPrevention/Interventions/PCC.aspx>.

- Greater Glasgow Health Board (1996-1999). *The Gay Men's Task Force*.<sup>163</sup>
- Hao, C. et al. (2008-2010). *Enhanced voluntary counseling and testing Intervention in China*.<sup>164</sup>
- International HIV/AIDS Alliance (2002-2007). *The Frontiers Prevention Project. India and Ecuador*.<sup>165</sup>
- Wolfers, M. E. et al. (2003-2005). *A short tailored counselling session for HIV prevention in gay and bisexual men*.<sup>166</sup>

## Estrategias de prevención para PUDI

- Hammett, T. M. y D. C. Des Jarlais (2001-2005). *The Cross Border Project*.<sup>167</sup>
- Latkin, C. A. et al. (2002-2006). *A Network-Oriented Peer Education Intervention in Thailand and USA*.<sup>168</sup>
- Tobin, K. E. et al. (2011). *The STEP into Action Study*.<sup>169</sup>
- Wu, Z. et al. (2007). *Needle social marketing strategy in China*.<sup>170</sup>

163 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744413/>, <http://www.sphs.mrc.ac.uk/library/other%20reports/Process.pdf>.

164 Disponible en: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0069740&representation=PDF>.

165 Disponible en: <http://www.cominit.com/hiv-aids/content/frontiers-prevention-project-fpp>, <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=79>

Gutierrez, J.P., McPherson, S., Fakoya, A., Matheou, A., Bertozzi, S.M. (2010). *Community-based prevention leads to an increase in condom use and a reduction in sexually transmitted infections (STIs) among men who have sex with men (MSM) and female sex workers (FSW): the Frontiers Prevention Project (FPP) evaluation results*. BMC Public Health, 10:497.

Gutiérrez, J.P., Atienzo, E.E. Bertozzi, S.M., McPherson, S. (2013). *Effects of the Frontiers Prevention Project in Ecuador on sexual behaviours and sexually transmitted infections amongst men who have sex with men and female sex workers: challenges on evaluating complex interventions*. Journal of Development Effectiveness, 5(2): 158-177.

166 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/255/>.

167 Disponible en: <http://www.cduhr.org/projects/description.aspx?projectId=8>.

Hammett, T.M. et al. (2012). *Controlling HIV epidemics among injection drug users: Eight years of cross-border HIV prevention interventions in Vietnam and China*. *PLoS One*, 7(8): e43141.

168 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724962/>

Latkin, C.A. et al. (2009). *The efficacy of a network intervention to reduce HIV risk behaviors among drug users and risk partners in Chiang Mai, Thailand, and Philadelphia, USA*. *Soc Science Med*, 68(4):740-8.

169 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049994/>

Tobin, K.E. et al. (2011). *The STEP into Action Study: A peer-based, personal risk network-focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland*. *Addiction*, 106(2):366-75.

170 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18172379>

Wu, Z., et al. (2007). *Evaluation of a needle social marketing strategy to control HIV among injecting drug users in China*. *AIDS*, 21(Suppl 8): S115-22.

## Estrategias de prevención con trabajadoras sexuales

- Ford, K. et al. (2002). *The Bali STD/AIDS Study*.<sup>171</sup>
- International HIV/AIDS Alliance (2002-2007). *The Frontiers Prevention Project. India and Ecuador*.<sup>172</sup>
- Patterson, T. et al. (2008). *Mujer Segura*.<sup>173</sup>
- Population Council/HORIZONS. *Intervenciones estructurales para trabajadoras sexuales en la República Dominicana*.<sup>174</sup>
- Sabidó, M. et al. (2005). *The UALE Project in Escuintla, Guatemala*.<sup>175</sup>
- Strathdee, S. A et al. (2008-2010). *Mujer más Segura*.<sup>176</sup>
- Tinajeros, F. et al. (2012). *Estrategia de prevención en Honduras*.<sup>177</sup>

171 Disponible en: [http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/01000/The\\_Bali\\_STD\\_AIDS\\_Study\\_\\_Evaluation\\_of\\_an.9.aspx](http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/01000/The_Bali_STD_AIDS_Study__Evaluation_of_an.9.aspx).

172 Disponible en: <http://www.comunit.com/hiv-aids/content/frontiers-prevention-project-fpp> <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=79>.

Gutierrez, J.P. et al. (2010). Community-based prevention leads to an increase in condom use and a reduction in sexually transmitted infections (STIs) among men who have sex with men (MSM) and female sex workers (FSW): The Frontiers Prevention Project (FPP), evaluation results. *BMC Public Health*, 10:497.

Gutiérrez, J.P. et al. (2013). Effects of the Frontiers Prevention Project in Ecuador on sexual behaviours and sexually transmitted infections amongst men who have sex with men and female sex workers: challenges on evaluating complex interventions. *Journal of Development Effectiveness*, 5(2): 158-177.

173 Disponible en: [http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=196:mujer-segura&catid=101:programa-comunitario-urbano&Itemid=130](http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=196:mujer-segura&catid=101:programa-comunitario-urbano&Itemid=130)

Patterson, T.L. et al. (2008). Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health*, 98(11):2051-7

174 Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/drcmntygvtpcly.pdf>

175 Disponible en: [http://www.sidaisocietat.org/recursos/poster\\_uale\\_justi\\_milan\\_set\\_2008.pdf](http://www.sidaisocietat.org/recursos/poster_uale_justi_milan_set_2008.pdf) <http://journals.lww.com/jaids/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=05011&article=00006&type=Fulltext>

Sabidó, M. et al. (2009). The UALE Project: Decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 51(Suppl 1):S35-41.

176 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490986/>

Strathdee, S.A. et al. (2013). Reductions in HIV/STI incidence and sharing of injection equipment among female sex workers WHO inject drugs: Results from a randomized controlled trial. *PLoS One*, 8(6): e65812. doi: 10.1371/journal.pone.0065812

177 Tinajeros, F. et al. (2012). Declining sexually transmitted infections among female sex workers: The results of an HIV and sexually transmitted infection prevention strategy in Honduras, 2006-08. *Int J STD AIDS*, 23(2):88-93.

## Estrategias de prevención con jóvenes

- Dilorio, C. et al. (sin fecha) *Keepin' It R.E.A.L.*<sup>178</sup>
- LSHTM/NIMR/AMREF Tanzania (1997-2008). *MEMA kwa Vijana Programme.*<sup>179</sup>
- Martínez-Donate, A. P. et al. (2004). *Intervención en escuelas de Tijuana, México.*<sup>180</sup>
- Population Council (1997-2008). *Programa Horizons.*<sup>181</sup>
- Welbourn, A. (1997). *Stepping Stones: A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills.*<sup>182</sup>

## Estrategias de prevención con mujeres

- Choi, K. H. (2003-2005). *The Female Condom Skills Training (FEMIT).*<sup>183</sup>
- Diallo, D. D./SisterLove, Inc. (2006-2007). *The Healthy Love Workshop.*<sup>184</sup>
- El-Bassel, N. et al. (1997-2001). *Intervención en parejas heterosexuales.*<sup>185</sup>
- Jemmott L. S. (1993-1996). *Sister to Sister [Hermana a Hermana].*<sup>186</sup>
- Peragallo, N. et al. (1999-2001). *Health, Education, Prevention and Selfcare Project (Salud, Educación, Prevención y Autocuidado-SEPA).*<sup>187</sup>

178 Disponible en: <http://www.socio.com/passt26.php>.

179 Disponible en: <http://www.memakwavijana.org/>.

180 Martínez-Donate A.P. et al. (2004). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. [Evaluación de dos intervenciones de prevención del VIH en escuelas de la ciudad fronteriza de Tijuana, México]. *Journal of Sex Research*, 41(3):267-278.

181 Disponible en: <http://www.popcouncil.org/publications/serialsbriefs/HorizonsSynthesis.asp>.

182 Disponible en: [http://www.steppingstonesfeedback.org/index.php/About/Stepping\\_Stones\\_training\\_package/gb](http://www.steppingstonesfeedback.org/index.php/About/Stepping_Stones_training_package/gb)

183 Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/compendium/rr/femtit.html>.

Choi, K. H. et al. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *Am J Public Health*, 98(10):1841-8.

184 Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00362375>.

185 El-Bassel, N. et al. (2005). Long-term effects of an HIV/STI sexual risk reduction intervention for heterosexual couples. *AIDS Behav*, 9(1):1-13.

186 Disponible en: <http://www.effectiveinterventions.org/es/HighImpactPrevention/Interventions/SISTERtoSISTER.aspx>, <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/rep/packages/sisters.html>.

187 Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/rep/packages/sepa.html>.

Peragallo, N. et al. (2005). A randomized clinical trial of an HIV-risk reduction intervention among low income Latina women. *Nursing Research*, 54(2), 108-118.

- Wingood, G. M. et al. (2008-2010). *AMIGAS: Amigas, Mujeres Latinas, Informándonos, Guiándonos, y Apoyándonos contra el Sida*. Intervención adaptada a partir de SiSTA.<sup>188</sup>

## Iniciativas de prevención del VIH consideradas como prácticas promisorias

El proyecto *Aidstars-One*, de la *USAID*, propone definir las prácticas promisorias como aquellos enfoques de prevención caracterizados por su carácter emergente e innovador, que ya han sido probadas en campo y que ayudan a identificar nuevas tecnologías de punta en el campo de la prevención del VIH; se las clasifica en tres categorías: i) la práctica cuenta con evidencia preliminar y refleja una promesa emergente; ii) la práctica cuenta con evidencia intermedia y refleja una buena promesa, y iii) la práctica cuenta con buena evidencia y refleja una promesa elevada. En este sentido, existe un conjunto de estrategias o iniciativas de prevención del VIH diseñadas por OSC e implementadas en ciudades de México que pueden identificarse como prácticas promisorias, pues aunque algunas de ellas no disponen de un monitoreo y una evaluación formal, se han venido enriqueciendo con implementaciones piloto que han permitido adaptarlas, corregirlas o transferirlas de acuerdo con las experiencias al ponerlas en marcha. Algunos ejemplos de prácticas promisorias se enlistan a continuación.

### En México

- Checcos, AC. (2013). *As-Par: Asesoría y acompañamiento de pares para la incorporación y utilización de los servicios de salud por personas con VIH*. Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido contra el Sida, A. C., Guadalajara. Disponible en: <http://checcos.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/AS-PAR.-Asesor%C3%ADa-y-Acompa%C3%B1amiento-de-Pares.pdf>
- Colega O, A.C. y Coesida (20013). *VIHviendo la vida. Manual de formación de líderes de prevención de VIH*. Colega O, A.C. Guadalajara, Disponible en: <http://www.colegaac.org/wp-content/uploads/2014/01/MANUAL-COMPLETO.pdf>
- Díaz Camarena, A. (2008). *Hombres, conciencia y encuentros: modelo psicoeducativo para la salud integral de hombres gay y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*. Centro de la Diversidad y los Derechos Sexuales. Guadalajara.

- PSI México. (2013) *Disponibilidad del condón en puntos de venta no tradicionales*. Disponible en: <http://inspiracambio.org/quid/>
- PSI México. (2013). *Programa de prevención combinada de VIH/sida 2010-2013. Proyecto redes Guadalajara*. Disponible en: <http://inspiracambio.org/quid/>

## Otros recursos sobre prácticas promisorias

- *Aidstar-One. Promising Practices Database*. Disponible en: [http://www.aidstar-one.com/promising\\_practices\\_database/search](http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/search)
- *Innovative Promising Practices on HIV Prevention. Community Planning (2002)*. National Alliance of State and Territorial AIDS Directors. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/PUBS/2002410Brightdeas2002nnovativeorPromisingPracticesinHVPre.pdf>

## Estrategias genéricas

Entre 2010 y 2013, el Colectivo Sol, A. C., desarrolló un proceso de intervención participativa con alrededor de 74 osc y OBC de varias ciudades de México. De ese proceso derivó la integración de un *Compendio de estrategias de prevención más utilizadas y/o preferidas por las osc mexicanas trabajando en VIH, sida y diversidad sexual*.<sup>189</sup> Las iniciativas allí descritas se consideran “estrategias genéricas” porque en su mayoría se utilizan como metodologías generales; las organizaciones que las emplean adaptan los contenido o materiales de apoyo que les son prioritarios para su labor de prevención del VIH y las ITS. Las ocho estrategias genéricas son:

- Alcance<sup>190</sup>
- Asesoría y prueba voluntaria<sup>191</sup>

189 Coria, C. et al. (2011). *Compendio de estrategias de prevención más utilizadas y/o preferidas por las OSC mexicanas trabajando en VIH, sida y diversidad sexual*. Colectivo Sol, A. C., Censida, International HIV/AIDS Alliance. México, D. F. Disponible en: [http://api.ning.com/files/huLfHRZn7uK2vBkbD66jbQvkhpoTwL5VJGrfOoHyvhX-JFNBS723HU8OL6mPvVC9JiXC8va8ikkYgXM\\*NSjOH-OeJA\\*E09AV/RespondiendoIntroduccion.pdf](http://api.ning.com/files/huLfHRZn7uK2vBkbD66jbQvkhpoTwL5VJGrfOoHyvhX-JFNBS723HU8OL6mPvVC9JiXC8va8ikkYgXM*NSjOH-OeJA*E09AV/RespondiendoIntroduccion.pdf).

190 Disponible en: [http://api.ning.com/files/tDTypVbkj17tw5nlfXsd66116\\_lfgJYI\\*i3p53ANbaeXr8v5f\\*AkhVZPOTBLkwPx2DdtJJo06nUJhbKcmdB3Ue8lw2xmQxvJk/RespondiendoAlcance2012.pdf](http://api.ning.com/files/tDTypVbkj17tw5nlfXsd66116_lfgJYI*i3p53ANbaeXr8v5f*AkhVZPOTBLkwPx2DdtJJo06nUJhbKcmdB3Ue8lw2xmQxvJk/RespondiendoAlcance2012.pdf).

191 Disponible en: [http://api.ning.com/files/NBPjJBji5vMkLqiMdk5uJjrYi4EDWHPMX1dp6o2Y4SsthTDK r5RrITjr4mWVIH\\*r-2i2JskwV3jV04byL2E\\*ZuHjjJ6mK87r/RespondiendoAsesoriayprueba2012.pdf](http://api.ning.com/files/NBPjJBji5vMkLqiMdk5uJjrYi4EDWHPMX1dp6o2Y4SsthTDK r5RrITjr4mWVIH*r-2i2JskwV3jV04byL2E*ZuHjjJ6mK87r/RespondiendoAsesoriayprueba2012.pdf).

- Educación de pares<sup>192</sup>
- Incidencia política<sup>193</sup>
- Incremento y desarrollo de capacidades<sup>194</sup>
- Información, educación y comunicación<sup>195</sup>
- Mercadeo social de condones y lubricantes<sup>196</sup>
- Movilización comunitaria<sup>197</sup>
- Reducción del daño<sup>198</sup>
- Reducción del estigma y la discriminación<sup>199</sup>

## Relevancia de la articulación en la respuesta nacional



*Para que las estrategias de prevención combinada articuladas con el continuo de la detección-atención tengan resultados favorables, es indispensable un proceso de planeación, implementación y seguimiento conjunto entre todos los sectores de la respuesta nacional al VIH, entre los que destacan instituciones e instancias del gobierno (a nivel federal, estatal y local), organizaciones de la sociedad civil, instituciones de salud privadas e instituciones académicas.*

Los Módulos que forman parte de esta *Guía* son evidencia de que las acciones de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida requieren de conocimientos técnicos, recursos humanos capacitados, infraestructura, financiamiento y sistemas de monitoreo y evaluación. Hasta ahora, todas las iniciativas que han resultado exitosas han logrado sus objetivos con la participación de los sectores involucrados en la respuesta. El hecho debe ser subrayado.

- 192 Disponible en: [http://api.ning.com/files/kkU5xNRlqVT7xRjvBGSHjuPOsjdgbVef9p8ly0JLHC1\\_oVcOITnGJluwlLnJOnNeKlBpoHMWrsJsqd1FO\\*JIPROZubpES3sN/RespondiendoPares.pdf](http://api.ning.com/files/kkU5xNRlqVT7xRjvBGSHjuPOsjdgbVef9p8ly0JLHC1_oVcOITnGJluwlLnJOnNeKlBpoHMWrsJsqd1FO*JIPROZubpES3sN/RespondiendoPares.pdf).
- 193 Disponible en: [http://api.ning.com/files/0S-w5IKHFBsVlsL4h9P5QQxjc8t9jMFVvF2YzckK-usoJoHZpG0Yf\\*TMHH3VpZQrCDJFoZD0twjTk3nB-jdD67YKNI4SAjty/RespondiendoIncidenciapolitica2012.pdf](http://api.ning.com/files/0S-w5IKHFBsVlsL4h9P5QQxjc8t9jMFVvF2YzckK-usoJoHZpG0Yf*TMHH3VpZQrCDJFoZD0twjTk3nB-jdD67YKNI4SAjty/RespondiendoIncidenciapolitica2012.pdf).
- 194 Disponible en: [http://api.ning.com/files/4auX-pl6Ubb4WEcddoFTW2svj7wN1PnFs3tcjtunDpDTdkqxpI8unximYswrS\\*Hljizqwn\\*RhlxdQUtSKgAfk8hsdPxPfp8C/RespondiendoCapacidades2012.pdf](http://api.ning.com/files/4auX-pl6Ubb4WEcddoFTW2svj7wN1PnFs3tcjtunDpDTdkqxpI8unximYswrS*Hljizqwn*RhlxdQUtSKgAfk8hsdPxPfp8C/RespondiendoCapacidades2012.pdf).
- 195 Disponible en: [http://api.ning.com/files/a7mVluTgUBFwx63ZjUCOARMlzX3umnZmVUKn3Zk8oP6g9N9vf-mEfnZ02LP\\*rai0mhtjbe1QARADnoxYhsnHQ\\_/RespondiendoInfoEducCom2012.pdf](http://api.ning.com/files/a7mVluTgUBFwx63ZjUCOARMlzX3umnZmVUKn3Zk8oP6g9N9vf-mEfnZ02LP*rai0mhtjbe1QARADnoxYhsnHQ_/RespondiendoInfoEducCom2012.pdf).
- 196 Disponible en: [http://api.ning.com/files/agSu-P3xGL93PEgGl0qZ-sZfOZvI4h\\*SWZt8wOWGvc3mTGo0g\\*N-dGGooqDUglCrW2Lk6CgfQ2O9-4LR0yqNDXULnpcXr3/RespondiendoMercadeo2012.pdf](http://api.ning.com/files/agSu-P3xGL93PEgGl0qZ-sZfOZvI4h*SWZt8wOWGvc3mTGo0g*N-dGGooqDUglCrW2Lk6CgfQ2O9-4LR0yqNDXULnpcXr3/RespondiendoMercadeo2012.pdf).
- 197 Disponible en: [http://api.ning.com/files/-FMUOOfMvR5M8eygTVIY2JPIfejaVCRoYHz0x2s6DepOKCTi02yR7L-\\*vYVUpd9yIh-TxUKMNUtWwQnbc\\*gFxtD7ynx-1-2g/RespondiendoMovilizacion2012.pdf](http://api.ning.com/files/-FMUOOfMvR5M8eygTVIY2JPIfejaVCRoYHz0x2s6DepOKCTi02yR7L-*vYVUpd9yIh-TxUKMNUtWwQnbc*gFxtD7ynx-1-2g/RespondiendoMovilizacion2012.pdf).
- 198 Disponible en: [http://api.ning.com/files/knvLDFzfduvIM-qUQlozzXwBQ-1NbB2rtIWUjTptO1MU82nYBH\\*kTxN4l6DA8EglhqwMmCZPRZBSPqoiYVwr\\*so0t9smvO-8/RespondiendoReduccion2012.pdf](http://api.ning.com/files/knvLDFzfduvIM-qUQlozzXwBQ-1NbB2rtIWUjTptO1MU82nYBH*kTxN4l6DA8EglhqwMmCZPRZBSPqoiYVwr*so0t9smvO-8/RespondiendoReduccion2012.pdf).
- 199 Disponible en: [http://api.ning.com/files/8h-tlMzeltfGkiM5Pod\\*6gsjKwJ4riYhQhtdN7gHXyYx3oHCZ8wB0cLPYm6p9K-DrstVTrzP48ozDGPB2TgwdzTnbU4HYRue/RespondiendoEstigma2012.pdf](http://api.ning.com/files/8h-tlMzeltfGkiM5Pod*6gsjKwJ4riYhQhtdN7gHXyYx3oHCZ8wB0cLPYm6p9K-DrstVTrzP48ozDGPB2TgwdzTnbU4HYRue/RespondiendoEstigma2012.pdf).

La planeación conjunta tendría que sustentarse en el respeto, la confianza, la transparencia y la capacidad para compartir las acciones de acuerdo con los recursos técnicos, humanos, materiales, financieros y de influencia de los que dispone cada sector involucrado, previo un conocimiento profundo sobre sus respectivos roles, responsabilidades y capacidad operativa.

En las **estrategias estructurales** es importante tener claro el rol que juegan las OSC para generar acciones de incidencia política planificada encaminadas a generar cambios en leyes y políticas públicas, mismos que pueden ser alcanzados sólo si se logra la participación en los espacios de toma de decisiones de legisladores y de funcionarios de gobierno de los mandos altos y medios – como pudieran ser Secretarios del ramo, Subsecretarios y Directores Generales– de los ámbitos federal y estatal.

Igualmente importante es la participación de otros órganos descentralizados, como la CNDH, las Comisiones y/o Procuradurías de Derechos Humanos de los estados, y la Conapred articulada con las OSC. La colaboración de todas estas instancias es fundamental como contrapeso y en el trabajo por la defensa y protección de los derechos humanos de las personas con VIH y las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad.

Para incidir en el fortalecimiento de las OSC a nivel estructural, es esencial que estas mismas organizaciones se comprometan a mejorar sus procesos de planeación, operación y rendición de cuentas. Pero también se deben considerar las necesidades que tienen de asistencia técnica, recursos financieros y apoyo en infraestructura, que no pueden provenir sólo de la cooperación internacional –cada vez más escasa, inaccesible y competitiva–, sino del apoyo de recursos públicos y privados, cada vez más esenciales. De ahí que sea necesario implementar programas permanentes de fortalecimiento y desarrollo de capacidades de la sociedad civil, en los que el Estado y la iniciativa privada se comprometan a garantizar los recursos financieros mientras las OSC, por su parte, se comprometen con el empoderamiento y fortalecimiento de la poblaciones afectadas, y con la transparencia en la rendición de cuentas de tipo operativo y financiero.

Si bien otro aspecto de nivel estructural –la calidad de los servicios de salud– es una responsabilidad del Estado principalmente, y en especial de la Secretaría de Salud federal y las Secretarías de los estados a través de las instancias involucradas en la provisión de capacitación y en los procesos de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios, las OSC pueden participar entrenando al personal

de salud en temas relacionados con la sexualidad, el género, el estigma, la discriminación, los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y cuestiones específicas que atañen a las poblaciones afectadas, por citar algunos ejemplos.

Las **estrategias comportamentales** requieren de un trabajo vinculado entre los servicios de salud de la federación y los estatales, particularmente entre los Programas Estatales de VIH y sida, los *capasits* y las OSC. Tradicionalmente, las acciones de alcance con las poblaciones afectadas han sido realizadas por las OSC y las OBC. Sin embargo, la falta de articulación entre ellas, los *capasits* y otros servicios de salud a los que es posible canalizar a las poblaciones, ha impedido que las acciones de prevención relacionadas con el cambio de comportamiento hayan tenido un impacto significativo sobre el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, aspectos clave de la prevención combinada. Promover un enfoque que facilite el trabajo conjunto entre estas instancias de respuesta, y que al mismo tiempo permita la planificación conjunta de acciones, iniciativas, proyectos o programas a nivel local, estatal, regional y nacional, contribuirá indudablemente a mejores resultados en este rubro.

La mayoría de las iniciativas y estrategias comportamentales evaluadas –incluidas en el Módulo

III de la *Guía*– requieren de una implementación multianual para asegurar resultados favorables, los que sin duda podrán alcanzarse con la participación de las OSC y las OBC –dado su contacto directo con la poblaciones– y de los servicios de salud –que poseen los conocimientos y la infraestructura para que las personas puedan acceder a insumos y servicios, sin los cuales es imposible poner en práctica las recomendaciones de cambios de comportamiento y autocuidado de la salud–.

En México, y en este mismo sentido, la mayoría de las iniciativas y estrategias mencionadas requieren aún de procesos de evaluación, o bien de validación, por lo que en este rubro la colaboración entre OSC, los servicios de salud y la academia es esencial a fin de permitir conocer el impacto de las iniciativas y disponer de evidencia sobre su efectividad.

Una pieza clave para las estrategias comportamentales es la educación sexual integral, al igual que otras estrategias de IEC que se consideran prioritarias para todas las poblaciones afectadas, pero que tienen una importancia vital en el caso de las/os adolescentes y jóvenes, muchos de los cuales pertenecen también a las otras poblaciones. De ahí la relevancia de la articulación entre las OSC, la academia y el sector gubernamental –la SEP, en particular y sus equivalentes en los estados–,

para conseguir que las acciones de cambios en el comportamiento y de educación sexual integral lleguen a más adolescentes y jóvenes de todo el país.

En el caso de las **estrategias biomédicas**, que son, a su vez, el puente con el continuo de la detección-atención, la articulación ente gobierno, órganos desconcentrados, OSC y OBC e instituciones de salud privada es fundamental. La distribución de insumos de prevención, al igual que la aplicación de pruebas para el diagnóstico temprano del VIH, son tareas que realizan exitosamente instancias de los servicios de salud gubernamentales y las OSC. Pero como la articulación entre estos dos sectores ha sido limitada, ha dado lugar a la duplicidad de acciones en algunas zonas del país, mientras en otras se constata su ausencia. Por ende, se requiere fortalecer la vinculación y planeación conjunta entre ambos sectores, a fin de garantizar que las acciones tengan un mejor impacto en el acceso a insumos de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Para aspirar al acceso a servicios de prevención integral de las poblaciones afectadas –que implica acceder a insumos, diagnóstico temprano del VIH, detección y atención oportuna de ITS y servicios de salud sexual y reproductiva en un marco de respeto a los derechos humanos– se requiere de un trabajo conjunto y articulado

entre OSC, los servicios de salud y los organismos defensores de los derechos humanos, con sistemas eficientes de canalización o referencia y de monitoreo y evaluación de las acciones.

De igual modo, se requiere involucrar en estas acciones a los servicios de salud privados que ofrecen asistencia para la detección y atención, y cuya información no siempre se reporta a los sistemas de monitoreo y evaluación nacional, existiendo también casos de incumplimiento de estos servicios en relación con los protocolos de pre y post consejería al momento de aplicar las pruebas.

Es necesaria también la participación de los órganos desconcentrados, como la CNDH y el Conapred y sus equivalentes en los estados, para asegurar que estos insumos y servicios se proporcionan en el marco de la normatividad vigente y con estricto respeto a los derechos humanos de las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad.

Las intervenciones relacionadas con el **continuo de la detección-atención**, que incluyen la provisión de medicamentos, si bien son responsabilidad del Estado en los ámbitos federal y estatal, tienen aspectos que pueden complementarse si se articulan eficazmente los servicios de salud y los que ofrecen las OSC. Se trataría de acciones tales como el mejoramiento

de la adherencia al tratamiento y la permanencia sostenible en los servicios de salud de las PV. Estos aspectos son clave para alcanzar la indetectabilidad de la carga viral, que es esencial para conseguir resultados favorables en el enfoque de tratamiento como prevención. En este rubro, la iniciativa privada, y en particular la industria farmacéutica, tienen también un rol importante que desempeñar ofreciendo tratamientos efectivos y a más bajo costo que permitan ampliar la cobertura de acceso a atención y tratamiento.

Sin lugar a dudas, la **prevención combinada** es un enfoque vanguardista que vincula aspectos y acciones de la respuesta al VIH que se han venido realizando de manera aislada desde hace mucho tiempo. La combinación de estos elementos es la clave de su éxito, como lo fue en su momento la combinación de diferentes medicamentos ARV para alcanzar mejores resultados en el tratamiento para el VIH. Para que este enfoque sea exitoso, se debe transcurrir de la teoría a la práctica a través de la **articulación efectiva**. Sin un enfoque **multisectorial** que coordine y combine capacidades, experiencias, talentos, recursos, conocimientos y la capacidad de influir en quienes toman decisiones, la prevención combinada y el continuo de la detección-atención no serán más que un buen enfoque plasmado en una guía.

# Anexo 1

Concentrado de información  
de las poblaciones en mayor  
riesgo y vulnerabilidad en  
el contexto nacional

## Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional

Población	Prevalencias	Situaciones de riesgo	
<b>Hombres gay y hombres que tienen sexo con hombres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 16.9% en todo el país (19% en las regiones centro y sur).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Prácticas sexuales anales, penetrativas y sin protección.</li> <li>● Varias parejas sexuales, simultáneas o secuenciales, sin usar protección.</li> <li>● Uso de drogas recreativas y abuso de alcohol.</li> <li>● Presencia de ITS.</li> </ul>	
<b>Personas transgénero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 15.8% según estudio del 2012 en los estados de Jalisco, México y Veracruz.</li> <li>● 20% y 32% según estudio de 2013 con mujeres trans de la ciudad de México, en sitios de encuentro y centros penitenciarios, respectivamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Prácticas sexuales anales con penetración y sin protección.</li> <li>● Prácticas sexuales penetrativas, sin protección y bajo el efecto del alcohol y otras sustancias.</li> <li>● Varias parejas sexuales, simultáneas o secuenciales, sin usar protección.</li> <li>● Prácticas sexuales bajo coerción o violencia, sin protección.</li> <li>● Uso de agujas y jeringas no esterilizadas, y/o contaminadas, para procesos de feminización del cuerpo.</li> <li>● Presencia de ITS.</li> </ul>	
<b>Personas con VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El universo total de personas infectadas por el VIH que están vivas. Se pueden dividir entre personas que conocen su condición y personas que la ignoran. Quienes la conocen estarían incluidas en los datos oficiales y quienes la ignoran son apenas un cálculo aproximado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desconocimiento del estado serológico.</li> <li>● Diagnóstico tardío.</li> <li>● Falta de apego a tratamiento.</li> <li>● Infecciones oportunistas y co-infecciones.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Presencia de ITS.</li> </ul>	

Situaciones de vulnerabilidad	Instancias con más fácil acceso a las poblaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estigma interno.</li> <li>● Contextos familiares, comunitarios y sociales con elevados niveles de violencia relacionada con la discriminación, el estigma y la homofobia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc</li> <li>● Capasits</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estigma interno.</li> <li>● Contextos familiares, comunitarios y sociales con elevados niveles de estigma, discriminación y transfobia.</li> <li>● Oportunidades limitadas o nulas para la educación y el trabajo.</li> <li>● Situaciones de violencia basadas en el género, lo social, lo policiaco y de los pares.</li> <li>● Acceso limitado a insumos y servicios de prevención y atención a ITS, VIH y salud sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc</li> <li>● Capasits</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estigma relacionado con el VIH; estigma pre-existente por pertenecer a alguna de las poblaciones afectadas.</li> <li>● Contextos familiares, comunitarios y sociales con elevados niveles de estigma y discriminación.</li> <li>● Rechazo o discriminación en los servicios de salud.</li> <li>● Educación limitada sobre salud sexual y derechos reproductivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc</li> <li>● Capasits</li> <li>● Sai</li> <li>● Instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Ejército y otras).</li> <li>● Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular)</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>

## Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional

Población	Prevalencias	Situaciones de riesgo	
<p><b>Personas usuarias de drogas inyectables</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alrededor de 6%.</li> <li>● 4.2% en Tijuana, B.C., 5.2% en Hermosillo, Son. y 7.7% en Ciudad Juárez, Chih.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso de drogas inyectables con agujas y jeringas no esterilizadas y/o contaminadas.</li> <li>● Prácticas sexuales penetrativas, anales y vaginales, sin protección y bajo el efecto de sustancias.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> </ul>	
<p><b>Personas trabajadoras sexuales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Menor a 1%. Varía según contexto y sub-población:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.67% en mujeres trabajadoras sexuales, según estudio de 2012 en los estados de Jalisco, México y Veracruz.</li> <li>• 5.3% en mujeres trabajadoras sexuales UDI de Ciudad Juárez, Chih., y Tijuana, B.C.</li> <li>• 17% en HSH trabajadores sexuales.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales penetrativas, sin protección, con pareja emocional o por conseguir más ingresos.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Varias parejas sexuales, simultáneas o secuenciales, sin usar protección.</li> <li>● Prácticas sexuales bajo coerción o violencia, sin protección.</li> <li>● Uso de drogas recreativas y abuso de alcohol.</li> </ul>	
<p><b>Adolescentes y jóvenes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay datos.</li> <li>● Sólo existe información de la incidencia en jóvenes de 15 a 24 años, que es de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.3% en los casos de sida, y</li> <li>• 5.8% en los casos que aún continúan como seropositivos al VIH.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales con penetración anal y/o vaginal, sin protección.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● En algunos casos, prácticas sexuales penetrativas, sin protección, bajo el efecto del alcohol y otras sustancias.</li> </ul>	

Situaciones de vulnerabilidad	Instancias con más fácil acceso a las poblaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estigma interno.</li> <li>● Contextos familiares, comunitarios y sociales con elevados niveles de estigma y discriminación.</li> <li>● Elevados niveles de pobreza y pobreza extrema.</li> <li>● Falta de oportunidades para la educación y el trabajo.</li> <li>● Criminalización y acoso policiaco.</li> <li>● Prejuicios sociales relacionados con el uso y consumo de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc</li> <li>● Capasits</li> <li>● Servicios de atención de adicciones</li> <li>● Clínicas de metadona de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en Ciudad Juárez, Chih. y Tijuana, B. C.</li> <li>● Cenadic</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estigma interno asociado a su medio de sobrevivencia.</li> <li>● Contextos familiares, comunitarios y sociales con elevados niveles de estigma y discriminación.</li> <li>● Desigualdad de género que se agudiza según la sub-población (HSH, mujeres y personas transgénero).</li> <li>● Acceso limitado a insumos de prevención.</li> <li>● Servicios de diagnóstico y atención condicionados a procedimientos sanitarios para continuar en el trabajo sexual.</li> <li>● Situaciones de violencia social, policiaca y de sus pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc</li> <li>● Capasits</li> <li>● Servicios de salud de las Jurisdicciones Sanitarias</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acceso limitado a información sobre sexualidad, ITS y VIH.</li> <li>● Acceso limitado, o condicionado, a insumos de prevención, métodos anticonceptivos y servicios de atención amigables argumentando edad.</li> <li>● Estigma pre-existente si se pertenece a alguna de las poblaciones afectadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escuelas y centros educativos.</li> <li>● Servicios amigables de atención a la salud para adolescentes.</li> <li>● Centros de Atención Rural al Adolescente (Caras)</li> <li>● Censia</li> <li>● SEP</li> </ul>

## Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional

Población	Prevalencias	Situaciones de riesgo	
<b>Mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay datos. Sólo se considera la proporción hombre/mujer:</li> <li>● 4 a 1 en casos de sida,</li> <li>● 3 a 1 en personas que se mantienen seropositivas al VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales con penetración, sin protección.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Prácticas sexuales bajo coerción o violencia, sin protección.</li> </ul>	
<b>Personas privadas de la libertad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 0.7% según un estudio con hombres y mujeres en cuatro reclusorios de la ciudad de México.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales con penetración anal y/o vaginal, sin protección.</li> <li>● Prácticas sexuales bajo coerción o violencia, sin protección.</li> </ul>	
<b>Poblaciones móviles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay datos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales con penetración anal y/o vaginal, sin protección.</li> <li>● Uso inconsistente del condón.</li> <li>● Varias parejas sexuales, simultáneas o secuenciales, sin usar protección.</li> <li>● Intercambio o venta de relaciones sexuales sin protección a cambio de bienes, servicios, alimentos, protección o dinero.</li> <li>● Prácticas sexuales bajo coerción o violencia, sin protección.</li> </ul>	

Situaciones de vulnerabilidad	Instancias con más fácil acceso a las poblaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desigualdad de género.</li> <li>● Baja percepción del riesgo.</li> <li>● Búsqueda tardía de diagnóstico y tratamiento.</li> <li>● Bajo nivel socio-económico y educativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Ejército, y otras).</li> <li>● Servicios de salud sexual y reproductiva.</li> <li>● Servicios de salud en el primer nivel de atención.</li> <li>● Unidades especializadas de atención ambulatoria.</li> <li>● Hospitales y promotores de la salud.</li> <li>● Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.</li> <li>● Inmujeres.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hacinamiento.</li> <li>● Contacto limitado con redes sociales y afectivas (cónyuges o parejas sexo-afectivas).</li> <li>● Violencia sexual y de género (hacia mujeres, hombres afeminados y población transgénero).</li> <li>● Acceso limitado o nulo a insumos de prevención.</li> <li>● Acceso limitado a información y capacitación sobre prevención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autoridades de los Centros de Readaptación Social.</li> <li>● Autoridades de instituciones de salud mental, internados, órdenes religiosas y fuerzas armadas.</li> <li>● Hospitales y servicios médicos de los centros de readaptación social.</li> <li>● ISSFAM</li> <li>● osc</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos</li> <li>● Conapred</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● En poblaciones migrantes, estigma interno asociado a su estatus migratorio.</li> <li>● Marginación y aislamiento social mientras están en tránsito.</li> <li>● Contextos comunitarios y sociales con elevados niveles de estigma y discriminación.</li> <li>● Poca o nula protección jurídica o social en la comunidad receptora, dependiendo de su estatus migratorio.</li> <li>● Oportunidades limitadas o nulas para la educación y el trabajo.</li> <li>● Pobreza y/o menor nivel socioeconómico y educativo.</li> <li>● Acceso limitado o nulo a insumos de prevención.</li> <li>● Acceso limitado a información y capacitación sobre prevención.</li> <li>● Negación o discriminación en los servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● osc.</li> <li>● Albergues y refugios para personas migrantes o en tránsito.</li> <li>● Servicios de salud en el primer nivel en las jurisdicciones sanitarias de los estados fronterizos.</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos.</li> <li>● Conapred.</li> </ul>

## Concentrado de información de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad en el contexto nacional

Población	Prevalencias	Situaciones de riesgo	
<p><b>Personas indígenas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay datos.</li> <li>● Sólo en el Salvar se registra la pertenencia étnica de las personas con VIH que reciben atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prácticas sexuales con penetración y sin protección.</li> <li>● Uso limitado o nulo del condón.</li> </ul>	
<p><b>Mujeres embarazadas/ transmisión perinatal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay datos.</li> <li>● Sólo se sabe que al 2013 había 2,402 casos acumulados de personas con VIH transmitido por la vía perinatal, con las siguientes proporciones según el grupo de edad:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 32% de menos de un año de edad;</li> <li>• 44% de uno a cuatro años;</li> <li>• 18% de cinco a nueve años y</li> <li>• 6% entre diez y 14 años.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>In útero</i>, contacto de la sangre materna y la sangre fetal durante el crecimiento de la placenta.</li> <li>● Durante el trabajo de parto, contacto del bebé con la sangre materna, el líquido amniótico y otros tejidos con el VIH.</li> <li>● En el posparto y la lactancia, alimentación con leche materna con VIH.</li> </ul>	

Situaciones de vulnerabilidad	Instancias con más fácil acceso a las poblaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de acceso a información actualizada sobre prevención en su propia lengua.</li> <li>● Pobreza y/o bajo nivel socioeconómico y educativo.</li> <li>● Falta de comunicación intergeneracional sobre el tema.</li> <li>● Persistencia de roles tradicionales de género.</li> <li>● Falta de acceso a servicios de salud para la detección temprana y la atención oportuna e insumos de prevención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sedesol.</li> <li>● Indesol.</li> <li>● Promotores/as de salud.</li> <li>● Comisión Nacional y Comisiones Estatales de Derechos Humanos.</li> <li>● Conapred.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acceso limitado a diagnóstico temprano del VIH de la madre.</li> <li>● Acceso limitado o nulo a tratamiento oportuno.</li> <li>● No cumplimiento de los procedimientos determinados para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita.</li> <li>● Género.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de control perinatal.</li> <li>● Instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Ejército y otras).</li> <li>● Servicios de salud sexual y reproductiva.</li> <li>● Servicios de salud en el primer nivel de atención.</li> <li>● Unidades especializadas de atención ambulatoria.</li> <li>● Hospitales y promotores de la salud.</li> <li>● Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva</li> <li>● Inmujeres.</li> </ul>







[www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)



[facebook.com/censida](https://facebook.com/censida)



[twitter.com/censida](https://twitter.com/censida)