

Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA: Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo presenta evidencia científica sobre las dinámicas que favorecen el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA entre las mujeres, adolescentes y niñas mexicanas, a través de cuatro secciones: epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas. Este trabajo pretende ofrecer información que permita tomar decisiones sobre dónde dirigir los esfuerzos preventivos y de atención para tener un mayor impacto en la respuesta al VIH/SIDA.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

*Carlos Magis, Marcelo De Luca, Tyler Martz,
Enrique Bravo y Patricia Volkow.*

En esta sección se reportan las tendencias más recientes de la epidemia de VIH SIDA observando la evolución de los casos de SIDA. Asimismo y, debido al sub registro epidemiológico que existe cuando se utilizan casos registrados, se utilizan modelos que utilizan la metodología sugerida por ONUSIDA estiman la vía de contagio a partir de las prevalencias conocidas.

En los últimos años se ha dado un incremento en el número de casos de SIDA en mujeres, pasando de alrededor de 300 casos en los años ochenta a 1,500 a partir del año 2000. Este aumento ha implicado una reducción en la brecha entre el número de casos de hombres y los de mujeres: actualmente en México una de cada cuatro personas que vive con VIH es mujer. Esta brecha es aún menor entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, de acuerdo con los casos notificados en 2008.

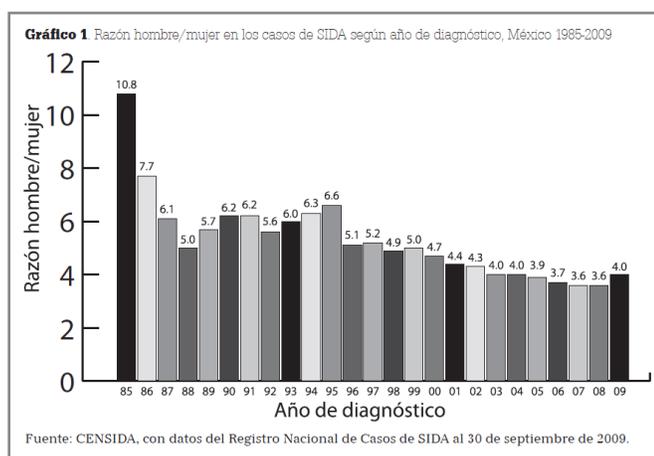
En 99% de los casos de SIDA recientes en mujeres, la vía de infección fue la transmisión sexual por mantener relaciones con hombres seropositivos. Existen prácticas que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, como el hecho de que algunos hombres tengan como parejas principales a mujeres, pero simultáneamente mantengan relaciones sexuales con otros hombres fuera de su relación principal y generalmente de manera clandestina. Existen además ciertas normas sociales de género que facilitan el sexo con otras mujeres fuera de las relaciones principales, generando las llamadas “parejas concurrentes”.

“...a nivel internacional se reconoce la necesidad de contar con estudios que fomenten políticas públicas para mejorar la situación de las mujeres en diversos ámbitos, entre ellos el acceso a servicios de salud ... Este texto representa un paso en ese sentido; resume el conocimiento existente para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y atención a mujeres mexicanas con VIH o con riesgo de contraerlo”.

*María del Rocío García Gaytán
Presidenta, INMUJERES*

El control de la infección por VIH entre las mujeres embarazadas es insuficiente, ya que sólo 32% de las mujeres declararon haberse realizado la prueba del VIH durante el embarazo en 2008. Si bien en los últimos años ha disminuído el número de contagios por la vía perinatal, todavía en el mismo año se registraron 104 casos de VIH perinatal, cifra elevada si se considera que el diagnóstico oportuno evita en la mayoría de los casos que el recién nacido adquiera el virus.

De acuerdo a la distribución del tratamiento antirretroviral (TAR) en México, se observa que la presencia de casos de SIDA en mujeres es mayor en algunos estados de la República; seis estados suman poco más de la mitad de todos los tratamientos para VIH: Distrito Federal (16.4%), Veracruz (10.8%), Jalisco (9.4%), Estado de México (8.0%), Chiapas (4.0%) y Puebla (3.8%). Según los estudios disponibles, estas cifras se relacionan con el número de mujeres pertenecientes a grupos con prácticas de alto riesgo, como trabajadoras sexuales o usuarias de drogas inyectables (TS y UDI) o con la presencia de factores que generan una mayor vulnerabilidad de las mujeres tales como: elevada migración de retorno, situación rural, condición de la población indígena, mayor pobreza y dominación de género más acentuada.



Las estimaciones practicadas en los últimos años y las realizadas para este trabajo señalan que es posible que en México existan alrededor de 50,000 mujeres viviendo con VIH/SIDA. Estas estimaciones indican que algunas subpoblaciones de mujeres tienen o podrían tener a mediano plazo altas prevalencias de VIH/SIDA debido al riesgo que presentan de adquirir el virus, como: mujeres seronegativas en relaciones discordantes con hombres infectados, parejas de militares, reclusos, usuarios de drogas inyectables y migrantes, mujeres migrantes, mujeres trabajadoras del sexo comercial, usuarias de drogas inyectables, mujeres reclusas y mujeres transgénero y transexuales.

Está documentado que los migrantes tienen más conductas de riesgo mientras se encuentran lejos de casa, tales como experimentar con el uso de drogas, tener múltiples parejas sexuales o tener sexo con trabajadoras sexuales. Se ha estimado que cerca de 33% de los casos de SIDA en México provienen de los estados con mayores índices de migración hacia los Estados Unidos. Estudios realizados entre 2004 y 2006 han documentado altas prevalencias de VIH en trabajadoras sexuales de Tijuana y Cd. Juárez, entre

4.8 y 6%; y esta cifra que llegó al 11% entre TS usuarias de drogas inyectables en 2009 en las mismas ciudades.

El consumo de drogas por vía inyectada ha desempeñado un papel cada vez más importante en la epidemia de VIH en México en los últimos años. Se han documentado diferencias entre mujeres y hombres en los comportamientos para consumir heroína inyectada y éstas incrementan el riesgo en las mujeres, por ejemplo las mujeres suelen intercambiar relaciones sexuales por drogas o dinero para adquirirlas.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: Epidemiología

- ✓ Realizar, a través de vigilancia centinela e investigación especializada, mejores estimaciones sobre comportamientos de riesgo y factores de vulnerabilidad así como de la prevalencia del VIH en grupos específicos.
- ✓ Insistir en la implementación y ampliación de las pruebas rápidas en mujeres embarazadas dentro de todas las instituciones del país.
- ✓ Promover y realizar más investigación sobre la situación del VIH en grupos de mujeres de las que poco o nada se sabe, y que podrían estar en situación de alta vulnerabilidad ante el VIH.

Casi no existe información cuantitativa sobre la población de mujeres transgénero en México, por lo que se requiere investigar más, ya que es probable que esta población pueda estar en alto riesgo frente al VIH debido el elevado estigma asociado a las personas transgénero. Algunos de los riesgos pueden ser: la violencia, la discriminación, la práctica del trabajo sexual, la incapacidad de negociar el uso de condón, las relaciones sexuales con HSH, entre otros.

PREVENCIÓN

Pilar Torres, Ángel Zarco Mera y Betania Allen

La prevención de nuevas infecciones de VIH es una herramienta clave para detener la epidemia del VIH. Pese a las acciones realizadas en México, actualmente se enfrentan retos importantes.

La sección de prevención busca analizar el panorama de diferentes grupos de mujeres identificados como vulnerables ante el VIH, resume la evidencia disponible en la literatura científica y gris y, a través de trabajo etnográfico con expertos, puntualiza temas de investigación y las

acciones de prevención sugeridos por expertos y dirigidas tanto al cambio de comportamientos y como a la reducción de la vulnerabilidad.

Tres formas principales de prevención fueron identificados: prevención a través del cambio de comportamiento, prevención que busca la modificación de los contextos de vulnerabilidad y prevención que comprende la atención como forma de disminución de la transmisión.

“En este momento en nuestro país es urgente una mirada sobre la evolución del VIH en las mujeres con el fin de tomar medidas que permitan contener su expansión. Este trabajo ofrece una mirada incluyente, integral y crítica de los aspectos individuales y estructurales que facilitan o dificultan un mejor abordaje para ello”.

*Patricia Uribe Zúñiga
Directora General, Centro Nacional de
Equidad de Género y Salud Reproductiva*

Trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables y jóvenes adolescentes son los tres principales grupos en los que se busca modificar comportamientos. Pese a que las TS no son, el motor de la epidemia (su prevalencia es ligeramente mayor a la de las mujeres de la población general 0.9 a 1.1%) para ellas se identificó una intervención exitosa de prevención llevada a cabo en la frontera norte del país, la efectividad de la misma decreció de forma importante cuando las TS también eran UDI. Por otro lado, las intervenciones con jóvenes suelen ser en el ámbito escolar y mostrar resultados mixtos en términos de impacto.

Pese a la vasta literatura que existe sobre las implicaciones del género en la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, las intervenciones de este tipo dirigidas a mujeres son muy escasas y su efectividad continúa siendo desconocida. Su ausencia es una muestra de que, al día de hoy, las mujeres siguen siendo objeto de la prevención por sus comportamientos individuales más no por su condición de género.

El hecho de que la gran mayoría de las mujeres en México hayan adquirido el virus a través de sus compañeros varones resalta este vacío como un grave problema, sobre todo debido a los últimos hallazgos sobre la importancia del estudio de las parejas concurrentes como motor de algunas epidemias. Temas urgentes de indagación y acción son los relacionados a la vulnerabilidad ante la epidemia para

grupos como: las mujeres indígenas, las mujeres migrantes y compañeras de migrantes, las mujeres transgénero, así como las compañeras de hombres enlistados en la milicia y privados de su libertad.

Pese a existir datos epidemiológicos sobre las niñas y adolescentes que viven con VIH, los esfuerzos de prevención dirigidos a éste grupo son, si existen, desconocidos. Entre los principales problemas que este grupo enfrenta están: a) la orfandad; b) insuficientes casas hogar e instituciones dedicadas al alivio de esta población; c) el rechazo, producto de estigma; d) deficiente información y capacitación sobre la utilización de pruebas rápidas en áreas de pediatría; y e) muy pobre experiencia en cuanto a la correcta atención.

La prevención progresiva rechaza la idea de todo o nada, ya que la concepción dicotómica de ‘se previene o no’ es limitada y frecuentemente inefectiva. Así, a corto plazo, las acciones de prevención deben enfocarse en la reducción de comportamientos de riesgo de transmisión e infección.

A mediano y largo plazos, se debe reducir la vulnerabilidad ante la transmisión, acercar a las personas las tecnologías disponibles para protegerse, promover normas sociales que conllevan la reducción del riesgo y reducir los factores estructurales que impiden las acciones anteriores. Es necesario reiterar que, en muchos casos, la suma de factores de riesgo de la infección para las mujeres no está relacionada con sus propios comportamientos, sino con los comportamientos de sus parejas.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: Prevención

- ✓ Convertir en realidad el programa de prevención de la transmisión vertical en el país.
- ✓ Incorporar la detección del VIH a los servicios existentes de atención para la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Aprovechar sinergias de otros programas sociales (tales como Oportunidades) y de salud para la prevención.
- ✓ Implementar intervenciones dirigidas al cambio del comportamiento, reducción de la vulnerabilidad y prevención positiva que ya han mostrado efectividad e impacto.
- ✓ Fortalecer la educación comprensiva de la sexualidad en las escuelas.
- ✓ Atender a los grupos que presentan una alta vulnerabilidad ante el VIH: particularmente UDI y parejas de UDI, HSH, reclusos y militares.

ANÁLISIS DEL PANORAMA DE ATENCIÓN

Patricia Volkow y Dulce Alejandra Baladrán

Prevenir las infecciones por VIH debe ser el pilar más fuerte en la respuesta del sector salud mexicano ante esta epidemia. No obstante, cuando las personas ya se encuentran infectadas, resulta prioritario ofrecer atención médica a fin de mejorar su pronóstico y calidad de vida mediante el acceso universal a la terapia antirretroviral y a otros servicios de atención. Este capítulo tiene por objetivo analizar el panorama de la atención a las mujeres que viven con VIH basándose en datos recabados mediante investigación cualitativa y el análisis crítico de la evidencia disponible para los temas centrales de este apartado. Estos temas han sido desarrollados en términos de los componentes de la calidad de la atención: recursos, calidad técnica y relación médico-paciente.

La calidad de la atención que reciben las mujeres con VIH es muy variable; no obstante, la atención sigue constituyendo un tema rezagado. Los datos disponibles se refieren a las mujeres que asisten a los servicios de salud, las cuales constituyen solo una parte de las mujeres con VIH. Las mujeres que no llegan a los servicios de salud podrían ser aquellas que están en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La estructura y los recursos para la atención son variables. El grado de especialidad de los médicos dedicados a la atención de niñas, adolescentes y mujeres con VIH no es estandarizado. Las mujeres siguen acudiendo a los servicios de consulta externa y no aprovechan el potencial de los CAPASITS, centros creados especialmente para atender a personas con VIH. Éste no es el caso de las niñas y adolescentes, quienes por lo general reciben atención especializada.

Por otro lado, el contar con acceso a pruebas de laboratorio y gabinete depende de varios factores, entre los cuales identificamos básicamente cuatro: a) ser o no derechohabiente de alguna institución; b) tipo de institución a la que se acude; c) estatus económico del paciente para la población abierta que es atendida por la Secretaría de Salud; y d) un sistema funcional de referencia y contrarreferencia.

El suministro de medicamentos antirretrovirales (ARV) y el apego al tratamiento siguen siendo un reto para la atención en México. La distribución de condones entre las adolescentes y mujeres que viven con VIH plantea retos que van más allá de los problemas de logística

y abastecimiento. La oferta de condones femeninos y masculinos sigue siendo sólo un “discurso” en la vivencia de las personas con VIH y, en especial, en la experiencia de las mujeres con VIH.

En cuanto a la dimensión técnica, se preguntó sobre la capacitación actual sobre el tema de VIH y el uso de lineamientos, normas o manuales oficiales para la atención de personas que tienen este virus. Todos los médicos entrevistados dijeron recibir actualización constante, en su mayoría, sobre temas relacionados con el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, la mayoría de ellos reconoció la necesidad de capacitación sobre tratamiento ARV de rescate, adherencia ARV y temas relacionados con aspectos médicos-sociales en la comprensión de comportamientos del paciente con VIH.

La mayoría de los médicos entrevistados dijo alinear sus acciones con la “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con VIH/SIDA” y la “Guía de Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales”, documentos prácticos emitidos por CENSIDA. Pocos reconocieron la existencia y uso de algunas de las guías o manuales derivados de la normatividad nacional.

No existe ningún lineamiento disponible que incluya todas las acciones básicas recomendadas para proveer dicha atención integral a las mujeres con VIH. La mejor

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: Atención

- ✓ Promover el uso estandarizado de lineamientos o normatividad vigente y oportuna sustentados en la evidencia, para atender a hombres y mujeres con VIH, así como la actualización de todo el personal de salud relacionado con la atención.
- ✓ Desarrollar un manual de atención integral a las mujeres con VIH, alineado los programas de acción específicos de atención a la salud de la mujer.
- ✓ Desarrollar programas de capacitación integral para médicos que atienden adolescentes y mujeres con VIH, creando médicos especializados en la atención de ésta.
- ✓ Fortalecer la capacitación en consejería para el seguimiento de niñas, adolescentes y mujeres con VIH, no sólo para la detección del virus, sino también en programas de adherencia terapéutica.
- ✓ Promover la distribución de condones en el seguimiento de adolescentes y mujeres con VIH.

aproximación disponible fue la “Guía de salud sexual y reproductiva para mujeres con el VIH”, editada en el año 2009 por el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, sin embargo, ninguno de los médicos entrevistados comentaron sobre la existencia o uso de este material. Las acciones básicas dirigidas a las mujeres están plasmadas en algunas de las normas oficiales mexicanas vigentes dirigidas a problemas de salud específicos, sin embargo la formulación de un manual de atención integral de las mujeres en traería diversas ventajas en la atención y optimizaría en mucho los recursos disponibles.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH deben tenerse presentes en todo momento a fin de garantizar su ejercicio. En la atención de las mujeres con VIH la posibilidad de un embarazo genera escenarios difíciles tanto para las mujeres como para los prestadores de servicios. Estos últimos deben tener claridad sobre el hecho de que la mujer debe decidir sobre el embarazo y comunicarlo así a las pacientes, pero también puede suceder que quieran influir en esa decisión. Los servicios de consejería, apoyo psicológico y grupos de ayuda son escasos y en pocas ocasiones están coordinados con los servicios de atención a la salud. La adherencia o apego al tratamiento presenta retos importantes para las mujeres en comparación con los hombres.

MEJORES PRÁCTICAS

Lisa M. DeMaría

La evidencia sobre intervenciones de prevención efectivas del VIH y atención a personas con este virus en México es limitada, sobre todo dado la dimensión de la epidemia al nivel global. En el ámbito internacional, se sabe que hay un paquete de medidas que son costo-efectivas. Sin embargo continúan existiendo ciertas incógnitas tales como: ¿Qué componentes debe tener un programa de prevención para las trabajadoras sexuales?, ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres con VIH para acceder al tratamiento?, ¿Qué elementos son importantes en la consejería para la adherencia entre mujeres que anteponen la salud de su familia a la suya propia? ¿Cuáles son los modelos más adecuados para un programa de tamizaje de VIH durante el periodo prenatal en un país con bajas prevalencias y con ingresos medios como es México? Estas preguntas son aún más importantes en un país con una epidemia concentrada en ciertos grupos.

Para contribuir a responder estas preguntas y concentrar la evidencia disponible con una perspectiva de género, se realizó un análisis de las estrategias documentadas

y novedosas existentes sobre la epidemia de VIH/SIDA entre las mujeres en México, que consistió en una búsqueda en la literatura científica y gris disponible acerca de la epidemia, de normatividades, programas de atención y prevención dirigidos a mujeres.

Se encontraron 12 artículos que abordan, describen, o evalúan intervenciones sobre la prevención o atención de VIH/SIDA entre mujeres en México.

“...aunque sabemos que la epidemia del VIH en México se concentra en HSH, se ha observado un crecimiento de la misma entre las mujeres. Poco es lo que se sabe de los aspectos que influyen en este crecimiento. Este trabajo ofrece un excelente resumen de la evidencia existente y presenta un puntilloso análisis de los temas relevantes.”

*Stefano Bertozzi, Director de VIH,
Fundación Bill y Melinda Gates*

Las intervenciones de VIH/SIDA dirigidas a las adolescentes se concentran en la educación sobre sexualidad y el uso de condón. Por lo general, se observa un aumento en los conocimientos de VIH, aunque no se ha identificado en los programas escolares algún estudio que demuestre un impacto significativo en la prevención del VIH y en la reducción de la incidencia de infecciones de transmisión sexual, a pesar de que algunos estudios señalan un aumento en el uso de condón a través de datos autorreportados. Sin embargo, este efecto no es parejo ya que después de la intervención los hombres suelen reportar más el uso del condón en su última relación sexual que las mujeres, en particular, en sus relaciones con parejas casuales o con trabajadoras sexuales. Es probable que parte de esta diferencia en el impacto se atribuya a aspectos culturales y sociales en cuanto a las mujeres y la sexualidad.

Es claro que la educación sexual basada en las escuelas incrementa los conocimientos pero esto es solamente un elemento que no siempre impacta en comportamiento; se requieren además estrategias para llegar a las que han dejado la escuela, e intervenciones para reforzar lo que se aprendió en la escuela para que resulte en el uso efectivo del condón.

Para las intervenciones enfocadas al cambio de comportamientos, la evidencia internacional existente demuestra que la consejería y la educación contribuyen

a promover comportamientos como el uso de condón entre trabajadoras sexuales y, en menor medida, entre las adolescentes. En México, se encontró sólo una intervención probada sistemáticamente entre trabajadoras sexuales, la cual mostró un aumento de conocimientos y que deriva de una intervención diseñada con base en la autoeficacia. Entre las trabajadoras sexuales que también utilizan drogas inyectables este impacto se perdió. En general, en esta revisión destacó la ausencia de información acerca de cómo abordar a las usuarias de drogas inyectables.

En cuanto a la intervención biomédica para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo, existe mucha información al nivel mundial y en México que demuestra su efectividad. El reto para México es encontrar la estrategia más adecuada para llevar a cabo la consejería y pruebas en el periodo prenatal. Queda pendiente el diseño y evaluación de un programa a nivel nacional de prevención de la transmisión vertical que sea efectivo y costo-efectivo.

Respecto de las intervenciones estructurales para la prevención de VIH, la evidencia es escasa para México. Se ha demostrado que para reducir la transmisión del VIH entre UDI, hay que tomar en cuenta el entorno, así como las prácticas individuales que influyen de manera importante en dicha transmisión. Un área pendiente es analizar cómo cambios en las políticas pueden afectar el uso de la inyección segura. Las políticas que rigen la distribución de jeringas y agujas y la presencia de la policía juegan un papel importante. Se ha demostrado que en dos ciudades fronterizas, los arrestos por la posesión de jeringas (lo cual en sí no es delito) se asocian positivamente con la práctica de compartirlas. Las intervenciones estructurales en México para asegurar el acceso real a equipo de inyección y no penalizar su posesión pueden tener un impacto positivo en las mujeres UDI y en los hombres.

No se encontró ninguna intervención de atención y tratamiento de VIH/SIDA con perspectiva de género en

México. En este terreno existe un vacío importante, dado que 22% de todas las personas con VIH en México son mujeres, y, como se muestra en el capítulo de atención, tienen diferentes necesidades a las de los hombres en cuanto a padecimientos ginecológicos, como el cáncer cérvico-uterino, y pueden requerir un abordaje distinto a lo de los hombres para reforzar adherencia, así como para el apoyo psicológico.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: Mejores Prácticas

- ✓ Promover y exigir la evaluación rigurosa como elemento importante en el financiamiento de intervenciones de prevención. La evaluación sirve para identificar las intervenciones más exitosas y eficaces, así como las intervenciones no efectivas.
- ✓ La evaluación debe contemplar indicadores de conocimiento, comportamiento, y biomarcadores, así como de diseño y proceso. Los cambios de comportamiento se deben medir no sólo a través de autorreportes, sino también de marcadores biológicos entre la población expuesta a dichas intervenciones.
- ✓ Exigir que los estudios abarquen temas con una perspectiva de género, desagregando los resultados por sexo cuando sea apropiado, y estableciendo las diferentes necesidades que pueden tener las mujeres, adolescentes y niñas en los programas de prevención de VIH cuando se diseñen intervenciones.
- ✓ Fortalecer la base de la evidencia de acciones e intervenciones exitosas para los grupos que han sido históricamente marginados por las intervenciones, así como mujeres que son pareja de algún integrante de los grupos con mayor riesgo de infección y de los cuales tenemos una evidencia limitada sobre las intervenciones que funcionan.

Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. Serie Ángulos del SIDA (Volumen 10) México: CENSIDA, INMUJERES / INSP, 2010.

154 pp.

El libro completo se puede consultar en el siguiente enlace:
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/MujeresVIH.pdf>

El proyecto original de donde provienen los resultados contenidos en el presente Resumen Ejecutivo fue financiado por el Instituto Nacional de las Mujeres, y su conducción estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública. Los puntos de vista de las autoras y los autores expresados en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Secretaría de Salud, el CENSIDA, el INMUJERES, el INSP, la Serie Ángulos del SIDA o del gobierno mexicano.

