GOBIERNO FEDERAL

SALUD

Presencia de México en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA

6 al 8 de agosto de 2008
Ciudad de México

Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA

Vivir Mejor

Presencia de México en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA

6 al 8 de agosto de 2008
Ciudad de México

Presencia de México en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA

6 al 8 de agosto de 2008

Ciudad de México

Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA

SALUD | Gobierno Federal

Vivir Mejor

Presencia de México en la XVII Conferencia
Internacional sobre el SIDA

Primera edición, 2008

© Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
Herschel 119, Col. Anzures
Deleg. Miguel Hidalgo
C. P. 11590
www.censida.salud.gob.mx

© Secretaría de Salud
Lieja No. 7, Col. Juárez
Deleg. Cuauhtémoc
C.P. 06600
www.salud.gob.mx

Editores: Carlos Magis y Rosario Taracena
Traducción: Beatriz Álvarez Klein, Cecilia Amador,
Elena Bernal, Lili Buj, Adela Iglesias, Julián Segura Mijares
y Agustín Vazquez Ortiz
Redacción: Marcelo de Luca
Formación: Alina Barojas

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Secretaría de Salud

José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención

y Promoción de la Salud

Jorge Saavedra

Director General de CENSIDA

Índice

Presentación **9**

La participación de México en SIDA 2008 **23**

Discursos inaugurales **35**

Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de México
José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud
Luis Enrique Soto Ramírez, Copresidente de SIDA 2008

Ponencia Conmemorativa Jonathan Mann **43**

Nota sobre la traducción de siglas y acrónimos **44**

Presentaciones orales **45**

Resúmenes por área **65**

A. Biología y patogénesis del VIH 65
B. Investigación, clínica, tratamiento y atención 79
C. Epidemiología, prevención e investigación en prevención 113
D. Ciencias sociales, del comportamiento y económicas 195
E. Políticas y ciencia política 277

Discursos de clausura **313**

Marcelo Ebrard, Jefe de Gobierno del Distrito Federal
Luis Enrique Soto Ramírez, Copresidente de SIDA 2008
Carlos García de León, Ave de México
Rodrigo Olin, Ave de México
María Elena Ramos, Programa Compañeros
Jennifer Jasso, Fortaleciendo la Diversidad

Presentación

Presentación

La Conferencia Internacional sobre el SIDA es el foro mundial más grande que existe para el intercambio de información sobre el VIH/SIDA y es organizada por la Sociedad Internacional del SIDA (IAS, por sus siglas en inglés). En 1985 se comenzó a celebrar esta conferencia, inicialmente con una periodicidad anual, pero a partir del año 1994 se realiza cada dos años. La comunidad que se aglutina físicamente de forma bianual convoca a líderes gubernamentales, científicos, activistas, organizaciones de la sociedad civil, personas que viven con VIH/SIDA, grupos de mujeres y jóvenes, oficiales de Naciones Unidas y de los gobiernos de los países, personal de salud de los sectores público y privado, junto con representantes de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo.

Del 3 al 8 de agosto de 2008, la ciudad de México fue sede de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA (SIDA 2008), misma que fue la primera en realizarse en la región de América Latina y el Caribe. Esta reunión cumbre es de enorme importancia para nuestro país, para la región y el mundo entero. En SIDA 2008 participaron 22 mil delegados de 180 países, por lo que se convirtió en el evento internacional con mayor asistencia que ha visto México después de los Juegos Olímpicos de 1968 y el Mundial de Futbol en 1986.

Una reunión de estas proporciones necesitó la colaboración de una multitud de organizaciones diversas ubicadas en todos los niveles de representación, con lo que se logró un alto nivel de precisión organizacional. El éxito de este evento es compartido por los socios locales de la conferencia que apoyaron su realización, los cuales incluyen al Gobierno de México, el Gobierno del Distrito Federal, las comunidades científica y de liderazgo locales, los organismos internacionales —en particular el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)— y sus copatrocinadores: el Programa Mundial de Alimentos y la Organización Mundial de la Salud, junto con instituciones civiles internacionales como el Consejo Internacional de Organizaciones con Trabajo en SIDA (ICASO), la Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+), la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW, en inglés), la YWCA Mundial y la Red Asiática de Reducción de Daño (AHRN), por mencionar sólo algunas de las instituciones que trabajaron coordinadas por la IAS para hacer posible la conferencia SIDA 2008.

Previo a la inauguración del foro se lograron una serie de acuerdos de gran trascendencia para América Latina y el Caribe. El 1° de agosto de 2008 se celebró en la ciudad de México la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. Este evento reunió a 31 países de la América Latina y el Caribe, quienes firmaron una declaración titulada "Prevenir con Educación". La declaratoria aborda el tema de la educación integral en sexualidad en todos los niveles, bajo la responsabilidad del gobierno y la promoción de los servicios de salud sexual accesibles para adolescentes y jóvenes; esto en razón de que en 2007 el número estimado de nuevas infecciones por VIH en la región fue de 160 mil, y el número total de personas viviendo con VIH llegó a 3.1 millones, considerando que a nivel mundial se estima que la mitad de todas las nuevas infecciones ocurre en personas jóvenes de 15 a 24 años.

También en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, el 1° de agosto la Ciudad de Méxi-

co fue sede de la V Reunión de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina sobre Mujer y SIDA, que sesionó bajo la consigna: "Deteniendo la feminización de la epidemia: Acciones de Prevención y Salud de las Mujeres". La coalición agrupa a más de 200 líderes de la región y su visión es ser una alianza que moviliza recursos en respuesta a la epidemia. América Latina y El Caribe enfrentan la feminización del VIH/SIDA, ya que una tercera parte de los casos registrados son de mujeres. El foro considera que para detener la feminización es necesario realizar estrategias de prevención, atacar la discriminación de género, la violencia doméstica y otros factores que hacen más vulnerable a este grupo de la población.

SIDA 2008 y los eventos paralelos a esta conferencia representaron una oportunidad especial para incrementar la difusión y la conciencia sobre el VIH/SIDA en el país. Asimismo, sirvió para dar a conocer los avances que se han hecho sobre el tema buscando impulsar una agenda pública y una estrategia común de respuesta y prevención que incluye iniciativas de derechos humanos y trabajo con grupos vulnerables para México y la región. Cerca de 3 mil medios de comunicación internacionales ayudaron a poner los ojos del mundo en la Ciudad de México durante el evento. Se espera que SIDA 2008 ayude a asegurar un impacto duradero en México, en el resto de América Latina y a nivel global.

La inauguración de la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA, tuvo su sede en el Auditorio Nacional de la Ciudad de México. En el acto de apertura hubo discursos por parte de personalidades y autoridades, presencias que en sí mismas demuestran el nivel del problema, así como la importancia y compromisos que se requieren para avanzar una respuesta efectiva a la pandemia. El gobierno de México estuvo representado por el Presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa, seguido por el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos. Otra presencia mexicana que ofreció un mensaje fue el doctor Luis Soto Ramírez, Jefe de la Unidad de Virología Molecular del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y Copresidente del Comité SIDA 2008.

Entre las personalidades internacionales que ofrecieron mensajes en la inauguración estuvo el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon; la titular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan; el Director del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), Peter Piot; el Presidente de IAS y Co-Presidente de SIDA 2008, Pedro Cahn; la vicepresidenta de España, María Teresa Fernández de la Vega y la ex Presidenta de Botswana, Nieves Festus Mogae.

Por ser el país sede, la participación de México fue extensa y nutrida. Este documento pretende continuar con la difusión de los resultados obtenidos que más atañen a nuestro país. Esperamos que la síntesis —que ha debido confeccionarse en poco tiempo y adecuándose a un espacio editorial limitado en relación al tamaño del evento— consiga motivar la acción y facilite la búsqueda de los temas de interés al tiempo que se aprecien los aspectos más relevantes entre las múltiples aristas de la epidemia de VIH/SIDA ya que, como bien sabemos, esta epidemia es una suma de complejidades.

Para alcanzar una mejor comprensión de cómo se fue articulando la respuesta al VIH/SIDA, como producto de un proceso que se inició hace 25 años, se ofrece más adelante un resumen de las principales novedades que fueron implantándose a través de las sucesivas conferencias. También resulta necesario describir la actual epidemiología en nuestro país y en el mundo, con el fin de contextualizar la información, la relevancia de los temas y los alcances de los resultados de las investigaciones y otras intervenciones que se ofrecen a través de los resúmenes y los mensajes. Aquí se presentan todos los trabajos que involucran a México o que fueron presentados por personas que trabajan desde México y que fueron aprobados por los comités de selección para ser parte de la conferencia SIDA 2008.

Esta presentación incluye además una síntesis de los sucesos de mayor trascendencia que se presentaron antes, durante y poco después del evento. En esta parte se incluyen referencias a los principales sucesos de corte histórico, epidemiológico, biomédico, político y las acciones previas a la inauguración de SIDA 2008 en tierras mexicanas.

El contexto en que se realizó la conferencia

Panorama mundial del VIH/SIDA al 2008

La información sobre la situación mundial de la epidemia que se puso a disposición de la XVII Conferencia Internacional de SIDA en México 2008 dependió en gran medida de los datos comunicados a ONUSIDA por parte de los 147 Estados Miembro a principios de 2008. Estos datos se relacionan con los 25 indicadores básicos de UNGASS confeccionados para medir el progreso en la aplicación de la Declaración de Compromiso. El número de países que informan sobre estos indicadores y la integridad de los informes nacionales han mejorado sostenidamente desde 2003, cuando comenzó la presentación de los informes. Esta mejora indica un mayor compromiso de los países en la vigilancia y evaluación del VIH. En 2008, todos los países caribeños informaron sobre los indicadores básicos, también se recibieron informes de casi todos los países de América Latina, Europa Oriental, Asia Central y África Subsahariana. Las tasas de presentación de estos informes fueron notablemente inferiores en otras regiones.

El aumento en seis veces del financiamiento destinado a actividades relacionadas con el VIH en países de ingresos bajos y medios durante esta década comienza a producir resultados. Por primera vez, desde que se reconoció hace 27 años lo que ahora conocemos como SIDA, se pueden advertir señales de un considerable progreso en la respuesta al VIH. El número anual de defunciones por SIDA ha descendido en los últimos dos años de 2.2 millones en 2005 a 2.0 millones en 2007, en parte como consecuencia del importante aumento en el acceso al tratamiento del VIH producido en los últimos años. Por otro lado, la dinámica de la epidemia todavía aventaja la tasa a la cual se entregan los medicamentos. En 2007, el número estimado de nuevas infecciones por VIH fue 2.5 veces mayor que el aumento en el número de personas que tomaban medicamentos antirretrovirales ese año, lo que destaca la necesidad de mejorar los esfuerzos de prevención de las nuevas infecciones por el VIH. La reciente estabilización de la epidemia mundial no puede opacar su aspecto más importante: la enorme cifra de víctimas que cobra. Desde el inicio de la epidemia, 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH. Estas muertes representan una incalculable pérdida de potencial humano y cada una de ellas se asocia con un trauma perdurable en los grupos familiares y las comunidades.

Por otro lado, existe el riesgo de que el importante progreso logrado en los últimos años pueda conducir a algunos a la pasividad. Los indicios de que el número anual mundial de nuevas infecciones por el VIH probablemente haya ascendido a su punto máximo cerca del comienzo de este siglo han generado una especulación respecto de que la epidemia quizás haya ingresado en un declive de largo plazo (McNeil, 2007). No obstante, la historia de otras enfermedades sugiere que las epidemias muchas veces son cíclicas, caracterizadas por oleadas de infección que dificultan la predicción del futuro curso de la epidemia (Comisión sobre SIDA en Asia, 2008; May y Anderson, 1979). De hecho, la epidemia de VIH ha desafiado reiteradamente las predicciones derivadas de modelizaciones epidemiológicas. Hace una década, pocos hubieran pronosticado que 1 millón de personas o más estarían viviendo con el VIH sólo en la Federación Rusa.

Para 2007, 33 millones de personas vivían con el VIH, 2.7 millones de personas contrajeron el virus y 2 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH. En otros términos, las dimensiones de la epidemia siguen siendo asombrosas.

El Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008 (ONUSIDA, 2008) confirma que el mundo está, finalmente, logrando cierto progreso en su respuesta al SIDA. Los gobiernos actúan conforme a las promesas que han hecho en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas, para alcanzar el acceso universal en materia de prevención, tratamiento, atención y el apoyo relacionados con el VIH para el año 2010.

Cada vez los reportes de más países señalan que los niveles de nuevas infecciones de VIH están en descenso. No obstante, 25 años después de la aparición de la epidemia, el SIDA continúa desafiando todos nuestros esfuerzos. Actualmente, por cada dos personas que comienzan a tomar medicamentos antirretrovirales, otras cinco contraen la infección. A menos que se intensifique y se eleve la eficacia en la prevención del VIH, no se podrán sostener

los avances logrados en los últimos años y, lamentablemente, el acceso universal se convertirá sólo en una noble aspiración.

El VIH/SIDA en México al 2008

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 31 de diciembre de 2007 en México se habían registrado cerca de 118 mil casos acumulados de SIDA, la mayoría de ellos corresponde a personas que ya han fallecido y el resto (46,496) a quienes padecen la enfermedad y se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral. Los hombres constituyen 82.7% de los casos acumulados (97,464) y las mujeres el restante 17.3% con 20,451 casos. Esto significa que desde el inicio de la epidemia se ha contagiado una mujer por cada cinco hombres. El intervalo de edades que comprende de 15 a 44 años acumula 78.5% de los casos, seguido por 19.1% en personas con 45 y más años, mientras que los menores de 0 a 14 años representan el 2.4% restante.

Sólo seis entidades federativas concentran 55.3% de los casos: Distrito Federal (21,187), Estado de México (12,417), Veracruz (10,550), Jalisco (9,944), Puebla (5,768) y Baja California (5,455).

Se observa un claro predominio de la vía sexual como medio de contagio (96.2%) entre aquellos casos de los que se conoce la categoría de transmisión, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que representan 56.5% de todos los casos, seguida por el contagio heterosexual (39.6%). La vía sanguínea acumula 3.5% de los casos en hombres y tuvo una apreciable incidencia en los primeros años de la epidemia pero, con excepción de los casos relacionados con las drogas inyectadas (1.3% de los casos acumulados), no se han registrado otros tipos de casos por transmisión sanguínea desde 1999.

Los últimos datos disponibles para 2007 muestran cambios en las categorías de contagio con respecto a la distribución histórica de casos acumulados. Si bien se trata de datos provisionales, parece haber un fuerte incremento de la epidemia en usuarios de drogas inyectadas (UDI) y en la modalidad heterosexual, al tiempo que se mantienen estables, o posiblemente en descenso, los contagios en los grupos de gays y bisexuales entre los HSH.

Las estimaciones realizadas con posterioridad a 2001, muestran que los incrementos en el número de infectados con VIH que se producen año con año no superan el aumento relativo anual de la población adulta. Esto significa que se habría mantenido estable en 0.3% la tasa de prevalencia de VIH para la población de 15 a 49 años desde el 2003 en adelante. A principios del 2006 habían recibido tratamiento antirretroviral alrededor de 35 mil personas, al tiempo que podrían haber existido cerca de 180 mil personas viviendo con VIH al finalizar el 2005. Las estimaciones disponibles más recientes se realizaron utilizando el Workbook de ONUSIDA. Por este medio, se estima para 2007 la existencia de 198 mil personas portadoras de VIH, lo que representa una tasa de prevalencia de 0.3% en la población mexicana de 15 a 49 años de edad.

En México el acceso universal al tratamiento antirretroviral se logró a finales de 2003. Las últimas cifras disponibles corresponden al mes de marzo del 2008 y muestran un total de 46,496 pacientes en tratamiento. Las mujeres representan 22.6% del total de personas en tratamiento.

En el periodo de 1988-2005 han ocurrido alrededor de 62 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA en población general en México y casi 43 mil en el grupo de 25 a 44 años de edad, que representa el centro de la población económicamente activa. Sin duda, el principal logro del periodo 2001-2006 lo constituye el acceso universal al tratamiento antirretroviral en el país, cuya meta se cumplió a finales de año 2003, tres años antes de lo que se tenía programado. Aún no se percibe del todo el impacto que ha tenido la instrumentación de esta enorme medida de salud pública en la mortalidad, ya que en 2000 la tasa de mortalidad por SIDA en la población general fue de 4.3 por cada 100 mil habitantes, y en 2005 fue de 4.5, ocupando el lugar 17 como causa de muerte a nivel nacional.

Entre 1997 y 2005 no se observaron cambios en la mortalidad general por SIDA en México. La tasa permaneció en 4.5 defunciones anuales por cada 100 mil habitantes; no obstante, las tasas de mortalidad del grupo de 25-44 años de edad sí mostraron una leve tendencia descendente, lo que indica que el periodo de sobrevida de las personas infectadas se ha dilatado.

El número de defunciones causadas por el SIDA en la población general aumentó 11% entre los años 1997 y 2005, al pasar de 4,201 a 4,650 decesos anuales. Sin embargo, se puede matizar este resultado observando que se cuentan los fallecidos de todas las edades y que, tan solo durante esos nueve años se diagnosticaron alrededor de 66,500 nuevos casos frente a 39,500 defunciones, y aún quitando los 6,448 casos diagnosticados en el 2005 por ser recientes, se puede inferir rápidamente que cerca de 20,500 personas lograron rebasar el periodo considerado gracias al tratamiento, independientemente del tiempo de sobreviva individualmente logrado. Además, a esto hay que agregar que durante los siete años del periodo analizado (1997-2003) no se contaba todavía con el acceso universal al tratamiento.

En materia de prevención, se observa un notorio crecimiento en el uso del condón entre la población general, al tiempo que en los últimos 20 años diversas encuestas han señalado un aumento de uso también entre jóvenes. Considerando la primera relación sexual, en 1985 muy pocos jóvenes solteros reportaban haber usado condón (sólo 6.8% y 4.8% de los hombres y las mujeres, respectivamente); en cambio, la encuesta de MEXFAM de 1999 indica que lo utilizaron 43.7% de los hombres y 19.5% de las mujeres. Tomando en cuenta otro indicador, 44.4% de los hombres de la Ciudad de México afirmaron haber usado condón en la última relación sexual en 1994. Según datos de la ENSA 2000 a nivel nacional, el uso del condón en la primera relación sexual entre adolescentes solteros fue de 50.9% en los hombres y 22.9% en las mujeres. Recientemente, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) muestra que 29.6% de los adolescentes de 16 a 19 años ya habían iniciado su vida sexual; y 62.9% de los hombres jóvenes manifestó haber utilizado condón en su primera relación, al igual que 38.9% de las adolescentes consultadas.

Un vistazo a las 16 conferencias que antecedieron a SIDA 2008

La Sociedad Internacional sobre SIDA fue fundada en 1988 con la misión inicial de ser el organismo responsable de la planificación y ejecución de la Conferencia Internacional sobre el SIDA. Sus actividades iniciaron en el marco de un rápido crecimiento de la epidemia y del número de interesados en participar, dado que allí se presentarían y debatirían los conocimientos de orden epidemiológico y biomédico más actualizados. Hoy se trata de la asociación independiente de profesionales comprometidos con la respuesta al VIH/SIDA líder a nivel mundial. Cuenta con alrededor de 9,200 miembros en 182 países y tiene su sede en la ciudad de Ginebra, Suiza.

Actualmente la IAS reúne a los especialistas con el fin de establecer plataformas para la presentación de nuevas investigaciones y el intercambio de las prácticas que han mostrado los mejores resultados para frenar la incidencia del VIH/SIDA. Mediante la promoción del diálogo, la educación y el trabajo en redes, la IAS busca eliminar los vacíos de conocimiento y de experiencia en todos los niveles de la respuesta al VIH/SIDA. Se trata de proporcionar servicios de apoyo a los miembros para promover avances en las técnicas y la ampliación de la prevención del VIH, el acceso al tratamiento y la mitigación del impacto de esta pandemia.

Es importante recordar que, antes del establecimiento oficial de la IAS, las primeras tres conferencias se organizaron en el contexto de la aparición de una epidemia de la cual se sabía muy poco, sobre todo considerando el conocimiento acumulado hasta entonces. Lo cierto es que apenas pasados tres años de la primera conferencia, se experimentó la necesidad de instaurar un foro mundial para enfocar uno de los mayores retos de salud pública al que se ha enfrentado la humanidad.

Las primeras conferencias internacionales sobre SIDA

La primera Conferencia Internacional sobre el SIDA tuvo lugar en Atlanta, Estados Unidos, en 1985. Fue organizada con la finalidad de presentar un panorama general de los conocimientos acerca de esta nueva epidemia, incluida la posible etiología, progresión clínica, modos de transmisión, tendencias epidemiológicas y la nueva prueba de detección de anticuerpos contra el VIH en la sangre (ELISA). El VIH había sido recientemente identificado como el agente causal del SIDA de forma oficial, en medio de

una gran controversia entre científicos franceses y norteamericanos por adjudicarse el descubrimiento. Esta conferencia fue organizada y financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (específicamente el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) de los Estados Unidos. Colaboraron en su organización los principales institutos de investigación norteamericanos y europeos, también participaron algunos funcionarios de salud pública que buscaban hallar la mejor forma de responder a esta nueva enfermedad.

Las cuatro primeras Conferencias Internacionales sobre el SIDA que se realizaron entre 1985 y 1988 (Atlanta, París, Washington, D.C. y Estocolmo) se pueden resumir bajo el título de "Luchando por conocer". En general, los trabajos presentados en esas conferencias se centraron en las dimensiones biomédica y epidemiológica del VIH/SIDA. En la Conferencia de 1987, en Washington, D.C., la politización del SIDA se convirtió abruptamente en el centro de atención. Explotaron protestas contra la falta de un liderazgo político para organizar la respuesta ante la epidemia. Los activistas también protestaron por la lentitud en la aprobación de los medicamentos que permitirían alargar la vida de las personas que viven con SIDA por parte de los organismos estatales de Estados Unidos.

Las primeras Conferencias Internacionales organizadas por la IAS se desarrollaron entre 1988 y 1990 en Estocolmo, Montreal y San Francisco, respectivamente. La IV Conferencia en Estocolmo incluyó a 7,500 participantes de 140 países. En esa época se establecieron los principios que guiaron el futuro de la política internacional de la IAS, destacándose el enfoque interdisciplinario. Así, se incorporan temas de carácter ético, jurídico, económico y político como dimensiones relevantes en la respuesta al VIH/SIDA, además de las cuestiones biomédicas; la promoción mundial de la solidaridad entre las personas que trabajan sobre el VIH y el SIDA, y la lucha contra la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH y el SIDA (PVVS), así como el estigma y la discriminación que afectan a las personas identificadas con los grupos más vulnerables a la infección. De forma específica, se subrayó la necesidad de exigir "el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH o que viven con SIDA para facilitar su participación activa", al igual que la "promoción de la investigación y el incremento en la aplicación de los nuevos conocimientos en materia de prevención y tratamiento".

También en Estocolmo se introdujo la perspectiva de "Los rostros del SIDA", para la cual se habilitó un foro para las personas que viven con VIH, lo que en su momento significó un giro revolucionario, puesto que "los pacientes" y las organizaciones de la sociedad civil rara vez eran incluidos en las conferencias científicas. En esta conferencia ya se abordaba la situación del VIH en los países en desarrollo, sobre todo en África.

La iniciativa de invitar a una gama más amplia de disciplinas a la conferencia ha estimulado el conocimiento del VIH con aportes de antropólogos, de los estudios del comportamiento, modelos matemáticos, etc., todo lo cual ayuda a observar y prever la epidemiología a nivel mundial. También la Conferencia de Estocolmo marcó el inicio de una estrecha cooperación entre los organizadores de la conferencia y otros organismos de las Naciones Unidas, principalmente de la OMS y luego de ONUSIDA.

Las conferencias internacionales en tiempos de protestas y decepciones

En la V Conferencia de 1989 en Montreal, 300 activistas ocuparon el escenario y las primeras filas durante el acto de apertura. Entre otras demandas, los activistas denunciaron la prohibición de Estados Unidos a permitir el ingreso a su territorio de personas que viven con el VIH, así como el lento ritmo de aprobación de los medicamentos por parte de la Food and Drugs Administration (FDA) de Estados Unidos. En Montreal quedó virtualmente instituido que para las futuras conferencias el debate político y la protesta correrían de forma paralela a los desarrollos científicos y las cuestiones clínicas. Esto quedó plenamente confirmado durante la conferencia realizada en San Francisco en 1990, cuando las protestas, intervenciones y marchas alcanzaron un tono tan estruendoso que, desde entonces, se invitó a oradores disidentes a participar y ser escuchados.

El tono y el ritmo de la Conferencia de 1991 en Florencia fueron más tranquilos y reflexivos en relación a los encuentros anteriores. El clima general era que, en definitiva, todavía no había una respuesta eficaz para detener al SIDA.

Originalmente, la Conferencia de Amsterdam de 1992 pensaba realizarse en Boston. El cambio de sede fue un acto de protesta contra los Estados Unidos por la prohibición del ingreso a este país a las personas con VIH. Jonathan Mann, que recientemente había renunciado a la OMS, en su papel de Copresidente de la Conferencia propuso que los derechos humanos fueran tratados como un imperativo de salud pública.

La elección de Berlín occidental como lugar para celebrar la Conferencia de 1993 se relacionó con la caída del Muro de Berlín. El valor simbólico que se deseaba transmitir en la conferencia era un rotundo "abajo los muros", los muros entre los VIH positivos y los VIH negativos, entre ricos y pobres, y entre las poblaciones minoritarias y un público que a menudo los percibía como "el problema". Berlín fue elegida para recordar a los delegados la importancia de la lucha contra el racismo y la discriminación que estaban provocando retrasos en la respuesta a la epidemia. En esta conferencia, los resultados de varios años de aplicar la monoterapia con AZT no mostraron beneficios a mediano o largo plazo. Por otra parte, el impacto económico de la epidemia de SIDA en los países se estaba haciendo más evidente. El Presidente del Banco Mundial fue invitado a hablar, lo que respaldó la ampliación temática del alcance que estaba teniendo la epidemia e influyó en el contenido de las conferencias posteriores.

Cuando Japón fue seleccionado como país sede de la Conferencia de Yokohama en 1994, varios años antes de realizarse, fue en previsión del crecimiento de la epidemia en la región asiática, junto al reconocimiento de Japón por sus avances en la investigación biomédica sobre el VIH. Las principales novedades que allí se expusieron se relacionaron con las temáticas de los derechos de los trabajadores sexuales (el trabajo sexual estaba oficialmente prohibido en Japón) y la necesidad de permitir la importación de metadona para los usuarios de drogas que requerían la terapia de sustitución de opiáceos.

La esperanza llega a las conferencias

En 1996, la XI Conferencia Internacional sobre el SIDA en Vancouver se convirtió en una reunión muy diferente a las anteriores. En esta ocasión, los investigadores clínicos informaron que el uso de una combinación de antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa reversa junto con inhibidores de la proteasa había logrado notables resultados clínicos reduciendo la carga viral de los pacientes. El Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (HAART, por sus siglas en inglés) revolucionó las perspectivas de tratamiento y atención del VIH. Para la mayoría de los pacientes en países de altos ingresos, la enfermedad pasó de representar una muerte casi segura a una enfermedad crónica y manejable. La esperanza de disminuir la mortalidad y, posiblemente, hallar la cura marcó a todos los presentes.

Rápidamente quedó claro que la complejidad y los precios de los tratamientos antirretrovirales de ese momento, junto con la necesidad de implementar sofisticadas clínicas y laboratorios para vigilar la evolución de los pacientes, representaban requisitos imposibles de cubrir en las zonas pobres del mundo, donde la epidemia es más devastadora. Estos hechos promovieron la necesidad de provocar una evolución del programa de las conferencias.

En el programa de la XII Conferencia de Ginebra en 1998, se puso en práctica la condición de alcanzar un equilibrio entre la comunidad y la ciencia. Así, el tema de la Conferencia de 1998 buscó "Reducir la brecha" y se refería con esto a varias cuestiones: la brecha en el acceso al tratamiento entre ricos y pobres, la brecha en el poder y la autonomía frente a las desigualdades entre hombres y mujeres, y la brecha entre las autoridades gubernamentales y la sociedad civil. Estos cambios, se dijo, son los que se requieren para expandir el acceso a la terapia HAART a fin de hacer una realidad global la disminución de la morbilidad y la mortalidad en todas las naciones y no sólo en las ricas. Al mismo tiempo, se informó de problemas con algunos antirretrovirales, incluyendo en ocasiones la aparición

de efectos secundarios graves y dificultades para adherirse a los tratamientos por la complejidad de los regímenes.

Aproximadamente 12 mil participantes del mundo entero asistieron a Ginebra. En esa conferencia se instituyó el compromiso de estimular la participación de conferencistas originarios de regiones económicamente desfavorecidas, a través de un generoso programa de becas, las cuales se otorgan prioritariamente a los conferencistas cuyos resúmenes de investigación o prácticas fueran aceptados para la conferencia. De este modo, la Conferencia de Ginebra marcó el inicio de una colaboración más estrecha entre el mundo científico y las comunidades afectadas por el VIH/SIDA. El principio de Ginebra garantiza, por primera vez en la historia de las conferencias mundiales sobre SIDA, una participación equitativa, en la forma y el contenido del programa de la conferencia, de los representantes del mundo científico y los representantes de las comunidades.

Las conferencias contra el silencio

La XIII Conferencia de 2000 en Durban fue de gran importancia para impulsar la construcción de cambios al enfoque de salud pública que prevalecía hasta ese momento. Ésta fue la primera Conferencia Internacional sobre el SIDA que se celebró en un país en desarrollo y, más importante aún, en un país que tiene una de las más altas tasas de prevalencia de VIH en el mundo. El lema de la conferencia fue romper el silencio, y la presencia de una gran cantidad de medios de comunicación en Durban no tenía precedentes. El mundo todavía no había comprendido plenamente el asombroso impacto de la epidemia en el África Subsahariana y la imposibilidad de la región para responder sin ayuda al problema. Allí se denunció la "chocante y monstruosa desigualdad" en el acceso al tratamiento HAART que existe entre los países desarrollados y en desarrollo. Durante toda la conferencia los activistas organizaron protestas para exigir el acceso universal al tratamiento.

Por otra parte, la incomprensible posición del Presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki, contribuyó a impulsar el interés de los medios de comunicación. En el mes anterior a la conferencia, Mbeki había declarado que dudaba de que existiesen casos de SIDA en el sur de África y que, de existir, no eran causados por el VIH, sino por la herencia de pobreza postcolonial y el *apartheid*. Además, dijo que el SIDA era un síntoma de los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales producidos por las compañías farmacéuticas de occidente. La Conferencia de Durban demostró ser una oportunidad única para denunciar la inequidad en el acceso al tratamiento y las posturas que no admiten la existencia del VIH/SIDA o el tamaño de su expansión. En la ceremonia de clausura, el ex Presidente Nelson Mandela habló en contra de la irresponsabilidad del gobierno Sudafricano para tratar el SIDA.

Gracias al excedente financiero que dejó la Conferencia de Durban se apoyó la realización de varias conferencias nacionales sobre el SIDA. Un año después de esta conferencia, se celebró el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, por sus siglas en inglés), que tuvo lugar en Nueva York en junio del 2001. Allí se declaró que el VIH/SIDA es una emergencia global que requiere acción inmediata. La Declaración de Compromiso de UNGASS establece una variedad de resoluciones y recomendaciones programáticas y de política para ayudar a los líderes locales, nacionales, e internacionales en su abordaje de la pandemia del VIH/SIDA de manera integral, efectiva y, sobre todo, justa. La declaración de compromiso estableció objetivos ambiciosos para el tratamiento, la prevención y la atención. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria fue creado el mismo año y rápidamente se convirtió en el mecanismo de financiamiento más importante para responder a las tres principales enfermedades infecciosas del mundo en desarrollo.

Al momento de celebrarse la conferencia de Barcelona en 2002, el programa científico ya se había expandido en contenidos. De un programa inicial centrado en las ciencias básicas y biomédicas, en Barcelona se amplió a otros aspectos relacionados con el VIH/SIDA organizados en seis líneas de trabajo: 1. Ciencias básicas; 2. Investigación clínica, tratamiento y atención; 3. Epidemiología; 4. Investigación en prevención; 5. Ciencias sociales y 6. Políticas e implementación de programas.

Esta conferencia mostró una mayor participación de las mujeres y los delegados de los países de ingresos

medios en el programa de la conferencia. También la investigación en microbicidas y otras tecnologías preventivas controladas por las mujeres fueron temas que generaron una gran convocatoria.

El "efecto Durban", luego de la Conferencia del 2000, había elevado la importancia del VIH en la escena política a nivel mundial. En ese sentido, UNGASS 2001 y la creación del Fondo Mundial ayudaron a impulsar la incorporación de la respuesta al SIDA en la agenda de las futuras cumbres del Grupo de los ocho (G8) que, a su vez, tienen un papel decisivo en la orientación del FMI y el Banco Mundial. Ahora la epidemia era un tema importante en la arquitectura mundial. Si bien estos apoyos significaron un enorme beneficio social, también crearon nuevos desafíos entre los organizadores, quienes estaban trabajando para incorporar agentes con gran liderazgo político en los programas de las conferencias.

En ese contexto, surgieron ciertos roces provocados por diferencias en las orientaciones políticas —no siempre explícitas— entre el sector que orienta la respuesta al SIDA y algunos canales de financiamiento. La Conferencia en Barcelona 2002 también significó la puesta en escena de algunos temas que provocan desacuerdos entre la IAS y el gobierno de Estados Unidos. Este último respondió a las fricciones con una notable reducción en el número de oficiales del gobierno que serían apoyados oficialmente para asistir a las conferencias, y así se pasó de 236 participantes en Barcelona a 50 en las futuras conferencias. Además, el gobierno de Estados Unidos lanzó el mayor programa de ayuda bilateral en el mundo en materia de lucha contra el VIH/SIDA, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés), sin atender a los aspectos basados en las experiencias recolectadas por la IAS. Además, el gobierno de Estados Unidos no buscó modificar la ley que restringe la entrada de las PVVS a su país.

Los expresidentes Bill Clinton y Nelson Mandela mostraron un alto perfil de liderazgo en la Conferencia de Barcelona, abogando por un aumento significativo de los recursos asignados para el SIDA a nivel mundial. Asimismo, se puso en marcha la Coalición para el Acceso al Tratamiento Internacional (ITAC, por sus siglas en inglés), una alianza de los países donantes y receptores, junto con organizaciones de la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas que se centró en aumentar el acceso al HAART en el mundo en desarrollo. La ITAC propuso la audaz iniciativa "3 por 5", a finales de 2002 apoyada por la OMS y ONUSIDA, la cual se puso como meta lograr el acceso al tratamiento de la mitad de las personas que lo necesitan: cerca de 3 millones a finales de 2005.

Los sucesos que se presentaron en Barcelona provocaron una serie de cambios favorables para impulsar una respuesta al VIH/SIDA más robusta. No fueron ajenos a este hecho el intenso activismo, la filantropía corporativa en el sector farmacéutico, la competencia comercial de los medicamentos genéricos, y el desarrollo de disposiciones que facilitaban a los países pobres acogerse a medidas excepcionales frente al derecho mercantil internacional para atender la epidemia, lo que llevó a una serie de reducciones drásticas en los precios de los antirretrovirales. Todo esto se facilitó también por el aumento de fondos para adquirir los medicamentos y los compromisos políticos de donantes, gobiernos receptores, organizaciones internacionales y locales de la sociedad civil, junto con organismos intergubernamentales, lo que permitió la pronta puesta en marcha de programas a gran escala para atender a las PVVS. Además, los grupos más vulnerables al VIH comenzaron a desempeñar un papel central en el impulso a esta revolución de la sanidad pública.

En 2004, con 17 mil participantes de 160 países, se llevo a cabo la XV Conferencia Mundial de SIDA en Bangkok, siendo la conferencia más grande hasta entonces. En ese momento, se estimaba que la cuarta parte de todas las nuevas infecciones se estaban produciendo en Asia, por lo que con la elección de Tailandia como país anfitrión, la IAS volvía a colocar en lo alto los problemas y particularidades de las epidemias de VIH/SIDA en los países en desarrollo. Esta elección también obedeció al reconocimiento de la voluntad política y la eficacia en la prevención que se estaba logrando en Tailandia. En esa ocasión, se presentaron alrededor de 10 mil resúmenes de trabajos aprobados. El programa se dividió en cinco áreas: A) Ciencia básica; B) Investigación clínica, tratamiento y asistencia; C) Epidemiología y prevención; D) Temas so-

ciales y económicos; y E) Políticas e implementación de programas.

El tema de la conferencia fue "Acceso para todos", en el marco del reciente logro de la expansión del interés político y el creciente acceso a los recursos financieros. El éxito del Fondo Mundial para atraer y aportar una cantidad de recursos importante y significativa dentro de un plazo relativamente corto después de su creación en 2002, alentó a muchos oradores y activistas a realizar un llamamiento a los gobiernos y al sector privado para "financiar el Fondo".

La conferencia fue organizada conjuntamente con el Ministerio tailandés de Salud Pública, un organismo que estaba logrado reducciones significativas en la incidencia del VIH como consecuencia del uso de iniciativas y campañas de sensibilización pública. Tailandia fue también uno de los primeros países en desarrollo en ampliar el suministro de tratamientos hacia las personas que viven con VIH y en la prevención de contagios de madre a hijo, además de tener un buen historial de colaboración científica internacional. Lamentablemente, la respuesta a la epidemia entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) no se manejó apropiadamente. La "guerra contra las drogas", campaña que el gobierno tailandés comenzó a aplicar en 2003, se tradujo en más de 2,000 asesinatos inexplicables de UDI y las detenciones arbitrarias de miles de personas más, lo que consiguió el efecto opuesto al control de la epidemia en esta población. La lección fue que, frente al uso de drogas inyectadas, un enfoque centrado en los términos de salud pública es mucho más efectivo que uno centrado en la penalización cuando se busca reducir el daño en los UDI y disminuir la incidencia del VIH.

Entre las novedades que presentó la Conferencia de Bangkok se encuentra el primer Programa de Liderazgo, con lo que se reconoció que, aún frente a mejoras en las evidencias científicas, la participación de la comunidad y el activismo, sería imposible revertir la epidemia sin la energía de un liderazgo político sostenido por los dirigentes. Los objetivos del Programa de Liderazgo se orientan a promover compromisos concretos de los dirigentes políticos y otras personalidades en la respuesta al SIDA.

La IAS y sus asociados también pusieron a prueba en Bangkok la Aldea Global y el Programa de la Juventud, que desde entonces se han convertido en componentes necesarios del programa de la conferencia. La Aldea Global está abierta al público en general y actúa como un punto de encuentro entre las comunidades locales y los investigadores, los profesionales de la salud, líderes y representantes de la comunidad que participan en el programa de los congresos. El Programa de la Juventud facilita a miles de jóvenes de todo el mundo discutir sus perspectivas de respuesta a la epidemia para generar nuevas ideas que impulsen la evolución de la prevención, el tratamiento y las cuestiones de derechos humanos a que se enfrentan los jóvenes.

Conferencias del compromiso

"Es hora de cumplir" fue el tema de la XVI Conferencia Internacional de Toronto en 2006, lo que comunicaba un sentido de urgencia a los cerca de 24,000 especialistas, comunicadores y militantes sociales, políticos e investigadores participantes y a la comunidad internacional para actuar. En otras palabras, se trataba de no sustraerse al hecho de que la magnitud de la epidemia exige una mayor responsabilidad de las partes implicadas en el cumplimiento de sus compromisos, ya sean financieros, programáticos o políticos.

En las discusiones preliminares se había coincidido en que disponer de más recursos y dar continuidad a la investigación científica son factores esenciales para lograr una respuesta mundial eficaz, pero ya había conocimientos y experiencias suficientes luego de 25 años de la aparición del VIH/SIDA y la realización de 15 conferencias internacionales. Así, el lema reconoció que existían conocimientos y herramientas científicas suficientes para evitar nuevas infecciones y prolongar la vida de las personas que viven con el VIH/SIDA, incluso en los contextos más pobres. Se trataba de conseguir, aunando los recursos y la voluntad colectiva, que la experiencia y el conocimiento disponibles se convirtieran en programas de prevención y tratamiento del VIH con un alcance más amplio, pensando en la situación de todas las comunidades del mundo.

Los cinco retos clave de la Conferencia Internacional de Toronto en 2006 seleccionados por el Comité Organizador fueron: acelerar la investigación para acabar con la epidemia; extender y mantener los recursos humanos para aplicar la prevención y el tratamiento a gran escala; intensificar la implicación de los colectivos afectados; generar un nuevo liderazgo para adelantar la respuesta; y aplicar a gran escala las lecciones aprendidas sobre el terreno.

La promoción del plan 3 por 5 realizado por la OMS en el 2003 debía de llevar tratamiento efectivo a 3 millones de personas infectadas con el virus para el 2005. La meta no se había cumplido. También fue la conferencia del "rendimiento de cuentas" en la respuesta al SIDA, y algunos oradores invitados se abstuvieron de rendirlas negando sus participaciones. Sin embargo, se reconocieron importantes progresos en la respuesta gracias al aumento de los recursos y el compromiso político. Esta conferencia logró convocar a un número sin precedentes de líderes políticos y sociales oradores, entre ellos, Bill y Melinda Gates, y el ex presidente Bill Clinton.

En un contexto de necesidades concurrentes tan ampliamente expresadas, fueron numerosos los temas tratados que adquirieron protagonismo en la conferencia con mayor cantidad de asistentes hasta ese momento. Cumplir las metas de acceso universal al tratamiento implica una serie de acciones previas, sin duda uno de los objetivos protagónicos en la respuesta al SIDA. Sin embargo, varios temas se constituyeron en causas estratégicas: la inequidad de género; la homofobia y la discriminación contra las PVVS, las personas que realizan trabajo sexual y los usuarios de drogas, puesto que estas actitudes siguen obstaculizando los esfuerzos de prevención y favorecen el veloz crecimiento de la epidemia en regiones como Europa oriental y Asia central.

El programa científico conservó las mismas áreas de investigación que se habían presentado en Bangkok 2004, si bien algunas fueron renombradas para explicitar con mayor precisión las temáticas abordadas: A) Biología y patogénesis del VIH; B) Investigación clínica, tratamiento y asistencia; C) Epidemiología, prevención e investigación sobre la prevención; D) Ciencias sociales, de la conducta y económicas; y E) Políticas.

La Conferencia SIDA 2008 en México, se encuentra en la línea de acción del cumplimiento de los compromisos. El ánimo que alentó su puesta en escena es que no se pueden seguir postergando las acciones que ya se han acordado. La planificación para intervenir con eficacia se encuentra sustentada en una base científica y una serie de reflexiones acumuladas en años de experiencia a lo largo y ancho de los continentes. Si bien es cierto que aún no existe una vacuna ni un tratamiento que sane de una vez por todas a las personas con VIH, sí existen herramientas suficientemente sólidas como para implementar acciones que lograrían hacer retroceder sustancialmente el tamaño de la epidemia. Estamos hablando nada menos que de evitar la muerte prematura de decenas de millones de personas en el mundo.

La participación de México en SIDA 2008

La participación de México en SIDA 2008

En 1987 se presentaron por primera vez estudios realizados por mexicanos durante la III Conferencia Internacional sobre el SIDA realizada en Washington. También ese año se celebró en México el Primer Congreso Nacional sobre SIDA organizado por la Secretaría de Salud (SSA) y, 21 años más tarde, el desarrollo de los estudios relacionados con VIH/SIDA en nuestro país ha adquirido una magnitud notable. En la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en México en agosto de 2008 se seleccionó un total de 7,809 resúmenes de investigaciones, de los cuales 435 fueron realizados en México o incorporaron algún aspecto de México. La mayoría de esos 435 trabajos fueron presentados por autores e instituciones de México, mientras que cerca de la tercera parte de las presentaciones fueron hechas por investigadores o instituciones extranjeras, aunque la mayor parte de estos estudios son producciones conjuntas con instituciones mexicanas.

Las facilidades y motivaciones que se generaron por ser México el país anfitrión de la conferencia, lograron estimular la presentación de un número de resúmenes muy superior al de las participaciones anteriores. En Bangkok 2004, nuestro país expuso 162 trabajos, y en Toronto 2006 la cifra fue de 153. Esto quiere decir que en 2008 el número de trabajos fue casi tres veces mayor, lo que supone la participación más amplia que se haya dado antes en este tipo de conferencias, lo que en sí mismo expresa la importancia de haber sostenido un evento de este tipo en el país. La Gráfica 1 muestra cómo ha ido creciendo el nivel de participación en las conferencias internacionales sobre SIDA.

Los 435 resúmenes sobre México seleccionados para la conferencia de 2008 se incluyen en las memorias del congreso en lengua inglesa y en este volumen se presenta la totalidad de los mismos traducidos al español. De acuerdo con la calidad y el nivel de interés que suscitó cada trabajo, obtuvo alguna de las siguientes modalidades de presentación: exclusivamente en el CD de las memorias; exhibición en cartel; exhibición y explicación del cartel; presentación en una mesa temática o presentación oral. De los 435 trabajos, en 309 el autor principal

Gráfica 1. Participación de México en conferencias internacionales sobre SIDA desde 1990*

Conferencias Internacionales sobre SIDA (1990-2008)	Número de presentaciones
VI Conferencia, San Francisco 1990	53
VII Conferencia, Florencia 1991	36
VIII Conferencia, Amsterdam 1992	82
IX Conferencia, Berlín 1993	68
X Conferencia, Yokohama 1994	51
XI Conferencia, Vancouver 1996	77
XII Conferencia, Ginebra 1998	95
XIII Conferencia, Durban 2000	84
XIV Conferencia, Barcelona 2002	92
XV Conferencia, Bangkok 2004	162
XVI Conferencia, Toronto 2006	153
XVII Conferencia, México 2008	435
Total de trabajos presentados 1990-2008	**1,388**

* Todos los resúmenes que ha presentado México en sus participaciones en las conferencias internacionales de SIDA hasta 2006 están disponibles en: http://bvssida.insp.mx/riimsida.php

Gráfica 2. Trabajos realizados en o sobre México, entre los 300 mejores de su área en SIDA 2008

Áreas	Temas	Número de trabajos	Trabajos en el Top 300	Trabajos en el Top 300 de cada área
A	Biología y patogénesis del VIH	22	21	18
B	Investigación clínica, tratamiento y asistencia	51	16	7
C	Epidemiología, prevención e investigación sobre prevención	149	13	6
D	Ciencias sociales, de la conducta y económicas	153	30	21
E	Ámbito y objetivos de las políticas	60	18	8
	Total	**435**	**98**	**60**

o institución eran de México. Cabe señalar que 98 trabajos sobre México se incluyeron dentro de los 300 mejores de su área, y en 60 de esos trabajos participaron o hubo la dirección de investigadores mexicanos (ver Gráfica 2). La adscripción institucional de los trabajos que se presentaron y la filiación institucional de los investigadores que presentaban cada trabajo como principal responsable puede observarse en la Gráfica 3.

Una cantidad importante de los trabajos fue propuesta y financiada por instituciones extranjeras, por esta razón hay participantes de ONG, instituciones gubernamentales, científicas y académicas que no trabajan en instituciones mexicanas y se desempeñaron como principales referentes de esos estudios. Las organizaciones de la sociedad civil de México tuvieron a su cargo un gran número de presentaciones, ocupando el segundo lugar en cantidad de trabajos, seguidas por las instituciones que se agrupan en la Secretaría de Salud con 96 trabajos. Las instancias académicas expusieron 65 trabajos, al tiempo que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hizo nueve aportes. Por su parte, otras agencias gubernamentales diferentes a la Secretaría de Salud enviaron siete trabajos, mientras que la industria farmacéutica presentó cinco trabajos.

Gráfica 3. Distribución sectorial de los trabajos sobre México presentados en SIDA 2008

Institución	Trabajos
Extranjeras de todos los sectores	128
ONG	126
Secretaría de Salud	95
Instituciones académicas	65
IMSS	9
Otras agencias de gobierno	7
Sector privado	5
Total	**435**

Las asociaciones civiles y ONG componen un conjunto muy numeroso de instituciones. La gran mayoría de éstas participó con uno, dos o más trabajos. Hubo 60 ONG que presentaron una sola propuesta, a veces de manera exclusiva y otras asociadas a diversas instituciones de todos los sectores que se han mencionado. Por el volumen de participaciones se destacaron: Patronato Pro-COMUSIDA de Tijuana; el Colectivo Sol; la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA; Population Services International/Mexico y el Programa Compañeros, ya que todas ellas figuran en cinco o más resúmenes. La Gráfica 4 muestra la participación de las ONG en esta conferencia.

De los estudios con participación de instituciones de la SSA, quien colaboró con la mayor cantidad de trabajos fue el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) con 38, seguido del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con 31 trabajos. En tercer lugar está la participación del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y el de Nutrición Salvador Zubirán, que estuvo presente en 21 resúmenes, seguido por el Hospital

Gráfica 4. Trabajos presentados por organizaciones de la sociedad civil en México

Organizaciones de la sociedad civil con tres o más participaciones	Número de resúmenes**
Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana	11
Colectivo Sol	11
Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA,	8
Population Services International, PSI/ Mexico	5
Programa Compañeros	5
La Manta de México	4
Mexicanas Positivas Frente la Vida	4
Population Council, Mexico	3
Ave de México	3
Católicas por el Derecho a Decidir	3
SADEC/FEMAP, Ciudad Juárez	3

**Los trabajos pueden haber sido realizados por una sola institución o en combinación con otras, por esta razón la suma de las cifras no expresa el total de trabajos.

Infantil Federico Gómez, cuyo personal elaboró o apoyó la realización de 12 trabajos, mientras que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) lo hizo con 10 trabajos. El resto de las instituciones participaron con cinco o menos trabajos entre los que se incluyen; Institutos Nacionales de Salud (además de los ya mencionados), hospitales de distintas ciudades, así como los CAPACITS de distintas localidades, entre otros (ver Gráfica 5).

Los centros académicos del país también lograron una presencia significativa. En este sector se presentó la situación opuesta a lo que se observó para las ONG, ya que pocas instituciones concentraron la mayoría de las participaciones en los trabajos de investigación (ver Gráfica 6). Fuera del listado que aquí se presenta, quedó un reducido grupo de instituciones que colaboraron en tres o menos trabajos. También el rango de interacciones de y entre las instituciones académicas con todos los demás sectores fue la norma; son numerosos los trabajos en que participaron simultáneamente y con diversas formas de

Gráfica 5. Trabajos con participación de instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud

Instituciones	Número de resúmenes**
CENSIDA	38
Instituto Nacional de Salud Pública	31
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán	21
Hospital Infantil Federico Gómez	12
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	10
ISESALUD de Baja California, Coordinación del Programa Estatal de VIH/ITS, Mexicali	5
Hospital Civil de Guadalajara	4
COESIDA-Chihuahua	4
Instituto Nacional de Cancerología	3
Hospital General de Puebla	3
Clínica de Especialidades Condesa	3
Personal de los CAPACITS	3
Instituto de Salud del Estado de México	3

**Los trabajos pueden haber sido realizados por una sola o varias instituciones, por ello, la suma de las cifras no expresa el total de trabajos.

Gráfica 6. Trabajos con participación de instituciones académicas de México

Instituciones académicas con cuatro o más participaciones	Número de resúmenes**
Universidad Nacional Autónoma de México	18
Universidad Autónoma Metropolitana	11
Universidad Autónoma de Baja California	9
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales	7
Universidad Autónoma de Nuevo León	6
El Colegio de México	5
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	5
Universidad Autónoma de Yucatán	5
Universidad de Guadalajara	4

**Los trabajos pueden haber sido realizados por una sola o varias instituciones, por ello, la suma de las cifras no expresa el total de trabajos.

combinarse las entidades del extranjero, los organismos de la sociedad civil de México, instituciones de la SSA, del IMSS y una o varias universidades del país.

Distribución de trabajos sobre México por áreas, categorías y temas

Para la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, México 2008, se establecieron cinco grandes áreas en las que se organizaron los resúmenes que fueron enviados y sometidos a revisión para ser presentados. Cada área posee categorías demarcadas por encabezados generales bajo las cuales cada resumen es revisado y publicado, y cada categoría contiene temas específicos. A continuación serán presentados el total de trabajos realizados en o sobre México por área, categoría y tema específico, con el objetivo de exponer las categorías y temas en los cuales se situaron las investigaciones aprobadas que participaron.

Área A: Biología y patogénesis del VIH

En esta área se incluyen aspectos de biología fundamental del VIH-1 y la respuesta frente a la infección con VIH-1. Entre los campos destacados se encuentran: genética, evolución, función y estructura del VIH-1, la patogénesis de la enfermedad VIH-1, las respuestas inmunológicas adaptativas e innatas al VIH-1, la susceptibilidad genética al VIH y el progreso en modelos animales. El desarrollo de vacunas pre-clínica, los microbicidas y drogas son temas importantes en esta área. El número de trabajos mexicanos o de extranjeros que incluyeron algún aspecto del estudio sobre México en esta área fue de 22 (ver Gráfica 7).

De los 46 temas considerados en las ocho categorías que componen el Área A, los trabajos sobre México se incluyeron en cinco categorías, concentrándose en 11 temas. Más de una tercera parte de los trabajos fueron incorporados en el tema de Vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales. Otros temas que mostraron más de un trabajo fueron: Factores genéticos de la patogénesis en el huésped y Diversidad del VIH y respuesta a los antirretrovirales, así como Epidemiología molecular de la diversidad del VIH. En la categoría de Terapia genética no se incluyó ninguna investigación.

Área B: Investigación Clínica, Tratamiento y Atención

La prioridad en esta área fue la investigación innovadora en nuevos diagnósticos y herramientas de monitoreo, junto con la provisión de atención en sitios de escasos re-

Gráfica 7. Trabajos por categoría del Área A. Biología y patogénesis del VIH

	Número de resúmenes
Diversidad viral y bioinformática	
A10 - Epidemiología molecular de la diversidad del VIH	2
A14 - Diversidad del VIH y respuesta a ARV	3
A15 - Genética del hospedero y evolución del VIH	1
Patogénesis	
A16 - Modelos animales y celulares de la patogénesis del VIH	1
A19 - Factores genéticos de la patogénesis en el huésped	3
A22 - Factores virales y huésped en no-progresores a largo plazo	1
Inmunología	
A25 - Mecanismos de la disfunción inmunológica	1
A27 - Inmunidad humoral específica al VIH	1
Resistencia del VIH a las drogas	
A32 - Vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales	7
Desarrollo de drogas (pre-clínico)	
A40 - Inhibidores de proteasa	1
A41 - Inhibidores de entrada	1
Total	**22**

Gráfica 8. Trabajos por categoría del Área B. Investigación clínica, tratamiento y atención

	Número de resúmenes
Curso de la infección y de la enfermedad	
B2 - Estadios de pronóstico de la enfermedad	1
B4 - Impacto de la enfermedad - morbilidad y mortalidad	2
Herramientas de diagnóstico y monitoreo	
B5 - Nuevas estrategias de monitoreo en laboratorio, incluidas las pruebas rápidas	2
B7 - Pruebas de resistencia viral en ensayos clínicos y en la práctica	1
Enfermedades asociadas al VIH	
B9 - Infecciones oportunistas (excluido TBC)	1
B10 - Infecciones micobacterianas (incluidas TBC y MAC)	6
B12 - Co-infecciones con hepatitis: (incluidas VHB, VHC)	1
B13 - Aspectos no epidemiológicos de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidos HPV y sífilis	1
B14 - Profilaxis de infecciones asociadas con el VIH; vacunas ej. neumococo, hepatitis y HPV, profilaxis con co-trimoxazole e IPT	1
B16 - Trastornos de reconstitución inmunológica	2
B17 - Neoplasias relacionadas con el SIDA (KS, linfoma, carcinoma cervical y anal) incluida la infección con HHV8	3
B18 - Neoplasias no relacionadas con SIDA, morbilidad y envejecimiento	1
Terapias antiretrovirales	
B19 - Ensayos Clínicos - fase I/II	1
B20 - Ensayos Clínicos - fase III/tras comercialización	12
Sistemas de salud y entrega de terapias antiretrovirales y atención	
B30 - Acceso a terapia, estrategias y modelos de prestación	4
B31 - Integración de la prevención en los servicios de tratamiento y atención	1
B32 - Impacto y nivel de integración de la atención al VIH con otros sistemas de provisión de atención a la salud	2
Cuestiones específicas de niños y adolescentes	
B36 - Ensayos clínicos y terapia antirretroviral	3
Complicaciones en la terapia y adherencia	
B40 - Lipodistrofia, anomalías metabólicas y enfermedades cardiovasculares	2
B41 - Otras reacciones adversas y complicaciones de la terapia con ARV	2
Provisión de atención y terapia	
B53 - Farmacoeconomía y la relación costo-beneficio de la atención y el tratamiento	2
Total	**51**

cursos. También se puso énfasis en la evaluación de resultados de los programas de tratamiento antirretroviral (ARV) y los modelos de distribución de ARV a nivel nacional, regional y local así como en su impacto e integración con otros servicios de salud.

Los abordajes de la atención, apoyo y tratamiento dentro de poblaciones específicas tales como infantes, adolescentes y mujeres embarazadas también adquirieron prioridad. Los últimos descubrimientos producto de investigaciones en el diagnóstico, la historia natural y el manejo de la infección formaron también parte del área, entre ellos se incluyeron: terapia antirretroviral, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas, y co-infección y otras causas de muerte no relacionadas con el VIH. Dentro de los aspectos importantes de la terapia antirretroviral se incluyó: nuevas drogas, farmacocinética e interacción entre drogas, adherencia, eventos adversos y resistencia a la droga. En esta área se incluyeron 51 investigaciones desarrolladas en México o relacionadas con nuestro país (ver Gráfica 8).

El área de Investigación clínica, tratamiento y atención se conformó con nueve categorías y 53 temas. Los 51 resúmenes que se presentaron de México se concentraron en las categorías: Enfermedades asociadas al VIH y Terapias antiretrovirales; otras seis categorías tuvieron trabajos de México pero en cantidades menores.

Área C: Epidemiología, prevención e investigación en prevención

Esta área se centró en temas relacionados con el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones y programas de prevención del VIH; y se discutieron los abordajes que acelerarían los esfuerzos para reducir las nuevas infecciones con VIH y la mortalidad relacionada con el VIH.

El espectro incluyó los métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, para evaluar el riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH y para entender mejor las epidemias, además de la aplicación de tales métodos para mejorar las intervenciones, los programas y las políticas para la prevención y el control del VIH.

En esta área se destacó la evaluación (incluyendo la evaluación de impacto) de las intervenciones individuales y en combinación. Se discutió la inserción de nuevos abordajes de la prevención como la circuncisión masculina, y la contribución potencial de otras intervenciones como la terapia antirretroviral. Se hizo hincapié en las mejores prácticas de prevención del VIH para poblaciones vulnerables —especialmente aquéllas que habitan sitios de escasos recursos— con especial interés en aquellos análisis de programas de abordaje para extender las intervenciones en prevención del VIH y los programas y evaluaciones asociadas a la cobertura y al impacto.

Gráfica 9. Trabajos por categoría en el Área C. Epidemiología, prevención e investigación en prevención (Primera parte)

	Número de resúmenes
Epidemiología de VIH/SIDA	
C1 - Historia natural, progresión y supervivencia	1
C2 - Tendencias en morbilidad y mortalidad	2
C3 - Modelos	1
C4 - Factores de riesgo de adquisición del VIH	7
C6 - Epidemiología de la tuberculosis y el VIH	1
C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH	8
C8 - Epidemiología de la hepatitis viral y la co-infección con VIH	1
C9 - Epidemiología de las vulnerabilidades frente al VIH	2
C10 - Estudios seroepidemiologícos del VIH	1
Cuestiones metodológicas y construcción de capacidades en investigación epidemiológica y en prevención	
C12 - Diseños novedosos de investigación en prevención	1
C15 - Métodos de epidemiología social	1
C16 - Desarrollo de capacidades para la investigación en prevención del VIH	4
Vigilancia, Monitoreo y Evaluación del VIH/SIDA	
C17 - Vigilancia conductual	2
C18 - Medición de nuevas infecciones con VIH	1
C19 - Vigilancia del VIH y el SIDA	6
C20 - Sistemas y métodos de vigilancia	1
C22 - Epidemiología del comportamiento sexual	1
C24 - Monitoreo y evaluación	1
Evaluación de intervenciones biomédicas para prevenir el VIH	
C26 - Condones masculino y femenino, y otras barreras físicas	2
C27 - Reducción de daños, incluyendo la reducción de inyección insegura y otros enfoques de reducción de daños	4
C29 - Circuncisión masculina	1
C34 - Vacunas	1
Evaluación de intervenciones conductuales para prevenir el VIH	
C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección	6
C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural	10

Gráfica 9. (Continuación)

	Número de resúmenes
C38 - Evaluación de intervenciones conductuales para personas que viven con VIH	2
C39 - Sustentabilidad y disponibilidad de las intervenciones	3
C40 - Intervenciones dirigidas a enfrentar las vulnerabilidades respecto del VIH y el SIDA	3
Programas de prevención	
C41 - Consejería y pruebas del VIH	8
C42 - Programas de prevención en ámbitos institucionales como lugares de trabajo, escuelas, cárceles y el ejército	3
C43 - Estrategias de reducción de daños y programas de prevención del VIH para usuarios de drogas	3
C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes	21
C45 - Programas de prevención para reducir infecciones de VIH en infantes	3
C46 - Programas de prevención que abordan la desigualdad de género	3
C47 - Reducción de la vulnerabilidad	2
C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales	7
C49 - Programa de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	10
C50 - Programas de prevención para transgéneros	2
C51 - Programas de prevención para inmigrantes y poblaciones móviles y desplazadas	4
C52 - Programas de prevención para personas que viven con VIH	2
C53 - Programas de prevención para poblaciones indígenas	2
C55 - Integración de la prevención de VIH en los programas de salud reproductiva/ITS	2
C56 - Integración de la prevención y atención del VIH en los programas de tratamiento	1
C57 - Integración de programas de prevención del VIH y otros programas de salud	1
Total	**148**

Las sesiones de esta área abarcaron el continuo de investigación en prevención desde investigaciones sobre comportamientos sociales en el marco de la vulnerabilidad, pasando por pruebas de intervención hasta estudios de evaluación. También se discutieron las estrategias para aumentar la capacidad y sustentabilidad de la prevención del VIH, los abordajes que plantean la traducción de la investigación en prevención en prácticas y los esfuerzos para promover la preparación de nuevas tecnologías de prevención, como los microbicidas (ver la Gráfica 9).

El Área de Epidemiología, prevención e investigación en prevención recibió 150 estudios sobre México. Si bien no todos los 57 temas de las seis categorías que configuran el área recibieron trabajos, se puede afirmar que la participación fue extensa, sobre todo en las categorías de Evaluación de intervenciones conductuales para prevenir el VIH y Programas de prevención, y, dentro de esta categoría, la mayor parte de los trabajos tuvieron que ver con los programas de prevención para jóvenes y adolescentes.

Área D: Ciencias Sociales, del comportamiento y económicas

Esta área abarcó, dentro del marco multidisciplinario de las ciencias sociales, del comportamiento y económicas, cuatro campos centrales junto con las perspectivas transversales comunes a toda la conferencia.

El primer campo se enfocó en los conductores de la epidemia: pobreza, sexualidad, uso de drogas, relaciones de género y globalización; y la forma en que estos conductores favorecen la vulnerabilidad y el riesgo frente al VIH. El primer campo se ocupó también de las relaciones entre VIH/SIDA y asuntos más amplios como la guerra, la violencia

y la seguridad, temas intergeneracionales, relaciones laborales y de intercambio, y movimientos sociales.

En el segundo campo se abordaron cuestiones relacionadas con los impactos que provoca la enfermedad en las personas que viven con VIH/SIDA, junto a los impactos sociales y económicos que se han producido por la expansión de la pandemia, con el objetivo de entender estos procesos para estar en condiciones de contar con más elementos y poder diseñar mejores respuestas que contrbuyan a eliminar o mitigar estos impactos.

El tercer campo examinó cómo la lucha contra la epidemia de VIH afecta la salud mundial, el funcionamiento y el financiamiento de los sistemas de salud, así como el crecimiento económico y el desarrollo humano, y cómo los recursos (financieros, técnicos, educativos y humanos) se distribuyen en función de la lucha contra la epidemia. Este tercer campo consideró igualmente la relación entre el VIH/SIDA y las inequidades globales, la justicia social y las disparidades en salud (considerando grupos como mujeres/niñas, migrantes, poblaciones indígenas y prisioneros).

Dentro de estos tres campos, las sesiones examinaron los determinantes económicos, sociales y políticos a todos los niveles: individual, familiar, comunitario, nacional y mundial. El cuarto campo consideró los avances en la teoría relacionada con la difusión del VIH con un énfasis particular en las teorías sobre

Gráfica 10. Trabajos por categoría del Área D. Ciencias Sociales, del comportamiento y económicas (Primera parte)

	Número de resúmenes
Contextos sociales y económicos	
D1 - Clase social, pobreza y estratificación socioeconómica	2
D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas viviendo con VIH)	17
D3 - Familia, huérfanos y otros niños vulnerables y sus cuidadores	3
D4 - Violencia: de género, social, estructural y familiar	4
D6 - Medios y representaciones culturales	6
D7 - Instituciones religiosas y comunidades de fe	2
D8 - Entendimiento cultural de la enfermedad y la atención	2
Género, edad, raza y etnicidad	
D9 - Inequidades de género, parejas y relaciones	3
D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas	6
D11 - Personas transgénero e intersexuales	4
D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes	8
D13 - Raza, racismo y etnicidad	1
Sexualidad y culturas sexuales	
D14 - Significados sexuales, identidades y comunidades	2
D15 - Poblaciones no heterosexuales	2
D16 - Efectos de la homofobia	5
D17 - Jóvenes y sexualidad	6
D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención	18
D19 - Salud reproductiva, fertilidad, sexualidad y estrategias de prevención del VIH	3
D20 - Derechos sexuales colectivos e individuales	1
D21 - Abstinencia, monogamia y fidelidad sexual	1
D22 - Trabajo sexual y otras formas de sexo transaccional	2
Drogas y uso de sustancias	
D23 - Uso de drogas y alcohol, exclusión social, apoyo social y otros temas psicosociales	1
D24 - Conductas de riesgo, calidad de vida y acceso a atención en los enfoques de reducción de daños	3
Viviendo con VIH/SIDA	
D25 - Adaptación a la vida con VIH para individuos, familias y comunidades	5
D27 - Crecer con VIH/SIDA: infección temprana, niños y jóvenes	2
D28 - Salud sexual, reproductiva y fertilidad: consideraciones y derechos	3
D29 - Discriminación, estigma, exclusión social y criminalización	4

Gráfica 10. (Continuación)

	Número de resúmenes
D31 - Vivir con antirretrovirales (ART): impacto, calidad de vida, cambios corporales y conducta sexual	2
D32 - Vivir con co-infecciones: TBC y VIH, VHC, HPV y VIH	1
D33 - Bienestar psicológico y salud mental	5
Cuestiones económicas, sociales y relacionadas	
D37 - Acceso y disponibilidad de tratamiento y la atención al VIH/SIDA, servicios de salud y salud mental	3
D38 - Comercio, patentes, producción farmacéutica y disponibilidad	1
D39 - Evaluación económica de programas de prevención, atención y mitigación (costo-efectividad incluida)	4
D40 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado y de negocios	3
D41 - Sustentabilidad de los programas de terapia antirretroviral y adherencia en los países en desarrollo	1
D44 - Aspectos sociales, psicológicos y de comportamiento en las pruebas, la consejería y la prevención del VIH	1
Métodos y teorías sociales, de la conducta y económicas	
D45 - Teorías del cambio social y de la conducta, límites y posibilidades	3
D47 - Análisis sociohistóricos del VIH/SIDA: la tercera década	2
D48 - Involucramiento en el proceso de investigación de las PVVS y otras personas afectadas	1
D49 - Participación de la comunidad en la investigación	2
Evaluación de los Programas Nacionales de SIDA y sus respuestas	
D52 - Comparaciones entre naciones	4
D53 - Impacto de las agencias donantes y las políticas en las respuestas nacionales	2
Total	**151**

sexualidad, género, equidad, así como el cambio social y económico.

El área D alentó la inscripción de resúmenes con gran variedad de abordajes metodológicos y perspectivas disciplinarias, como puede verse en la Gráfica 10. En esta área se presentó la mayor cantidad de trabajos sobre México. Las ocho categorías que la integran recibieron un gran número de resúmenes y la mayor parte de los 54 temas que componen el área muestran la presencia de trabajos acerca de México.

En términos numéricos, sobresalió la presencia de trabajos acerca de personas migrantes y poblaciones móviles, así como los inscritos bajo la categoría de Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención, y finalmente aquéllos sobre Prevención entre adolescentes y jóvenes.

Área E: Políticas y ciencia política

Esta área convocó a una diversidad de abordajes sobre temas de políticas y relaciones internacionales. Los asuntos abordados tocaron cuestiones relacionadas con la globalización, las desigualdades a nivel mundial, las políticas sociales y macroeconómicas relacionadas con la epidemia, la implementación comunitaria y el acceso; incluyendo las relaciones entre la evidencia, las políticas y el financiamiento (ver Gráfica 11).

En el área se destacaron el progreso y las lecciones aprendidas sobre las relaciones entre políticas y la defensoría del VIH/SIDA. Entre los temas que fueron debatidos sobresalieron: el papel que juega el tipo de epidemia a la hora de darle forma a una política, el papel central de los derechos humanos y la ética en las políticas como respuesta frente al VIH/SIDA; y la función de las leyes, las regulaciones y los códigos que se ponen en práctica. Se alentó la participación de las personas que trabajan en relaciones internacionales, en política comparada y en evaluaciones de políticas.

En las ocho categorías temáticas se presentaron trabajos realizados en o sobre México. Sin embargo, hay temas con muy pocos trabajos en relación a las incertidumbres y problemas que allí se presentan, especialmente en las categorías de: Análisis de políticas, monitoreo y evaluación; Seguridad, relaciones internacionales y desastres humanitarios; e Impacto del VIH en otras áreas de políticas, en donde se abordan aspectos tan relevantes como educación, protección de la niñez y poblaciones encarceladas.

Este resumen muestra que la participación de trabajos hechos en México o sobre nuestro país abarcaron todas las áreas de la conferencia internacional, siendo esta participación mucho más nutrida en las áreas C y D. Para todas las personas que asistieron a la conferencia a presentar trabajos sobre México fue muy alentador ver el gran interés por desarrollar investigación e intervenciones en el país, ya que sin duda, un mayor conocimiento en todas las áreas redundará en una mejor respuesta a la epidemia.

Gráfica 11. Trabajos por categoría en el Área E. Políticas y Ciencia Política

	Número de resúmenes
Política y desarrollo de políticas	
E1 - Determinantes y limitaciones de las políticas	1
E2 - Influyendo el desarrollo de las políticas y las políticas	5
E3 - Defensoría y cabildeo por parte de la sociedad civil, las comunidades afectadas y las personas que viven con VIH/SIDA	2
Implementación de políticas e impacto	
E8 - Políticas relacionadas con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH	1
E9 - Políticas relacionadas con los factores sociales y económicos determinantes de la vulnerabilidad	1
E10 - Políticas frente al VIH/SIDA en el entorno laboral y en las instituciones educativas	2
E11 - La investigación basada en evidencia como método de transformación de las políticas	1
Análisis de políticas, monitoreo y evaluación	
E13 - El impacto de las políticas en los sistemas de salud	2
Derechos humanos, leyes y ética	
E16 - La relación entre derechos humanos y el VIH/SIDA	4
E17 - Cuestiones legales, legislación y reformas legislativas	2
E20 - Discriminación, estigma y exclusión social	6
E21 - Protección, empoderamiento y participación de personas viviendo con VIH/SIDA y grupos vulnerables de la población	2
E22 - Ética (incluyendo ética de la investigación, ética clínica, ética de la salud pública y ética profesional)	2
Funciones y responsabilidades de los actores	
E25 - Funciones y responsabilidades de las PVVS y poblaciones vulnerables	2
E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado	7
E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa	10
E29 - Acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas	4
Respuestas internacionales y financiamiento	
E31 - Situaciones de conflicto y post-conflicto	1
Drogas y uso de sustancias	
E36 - Derecho mercantil internacional y propiedad intelectual	2
E43 - El desarrollo del SIDA y los Objetivos del Milenio	1
Impacto del VIH en otras áreas de políticas	
E46 - Educación y bienestar infantil	1
E48 - Poblaciones encarceladas	2
Total	**61**

Discursos inaugurales

Discurso inaugural de Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de México*

Muy buenas noches, amigas y amigos. Bienvenidos a México.

Excelentísimo señor Ban Ki-Moon, Secretario General de las Naciones Unidas.

Excelentísimo Denzil Douglas, Primer Ministro de Saint Kitts.

Distinguida doctora Margaret Chang, Directora General de la Organización Mundial de Salud.

Distinguido doctor Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Distinguido doctor Pedro Cahn, Presidente de la Sociedad Internacional de SIDA.

Distinguidas y distinguidos ponentes, señoras y señores gobernadores; muy apreciados representantes de organizaciones públicas, sociales y privadas dedicadas a la lucha contra esta pandemia:

En nombre del pueblo y del Gobierno de México les doy la más cordial bienvenida a nuestro país. Para los mexicanos es un gran honor ser anfitriones de esta XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, y saludo con afecto a los delegados del extranjero que nos visitan, así como a los participantes mexicanos. Espero que disfruten México, estoy seguro de ello.

Expreso mi más sincero reconocimiento a quienes luchan contra el VIH/SIDA desde diversos frentes: a los organismos internacionales por construir el mayor consenso activo de la humanidad contra esta pandemia; al personal médico de todo el mundo: a los doctores, a las enfermeras, a los voluntarios por su vocación de servicio y su firme entrega profesional a esta noble causa. A los investigadores, por dar cada día nuevas esperanzas de vida a quienes viven con VIH. A las fundaciones privadas, a los donantes, a los empresarios que apoyan, porque sus valiosas aportaciones nos permitirán ganar la batalla a esta enfermedad. A las organizaciones de la sociedad civil porque han colocado este tema en la agenda pública y se han erigido como un baluarte contra el estigma y la discriminación. Y, en especial, a las personas con VIH, porque su activismo, no sólo ha transformado la lucha contra el SIDA, sino la manera de concebir la salud pública.

Gracias a la lucha de todos ustedes se ha logrado provocar una verdadera conmoción en la conciencia colectiva mundial y nacional. Sé que la lucha ha sido ardua y difícil porque han tenido que enfrentar, no sólo el virus que causa esta terrible enfermedad, sino también los mitos, la homofobia, los prejuicios, la discriminación que causan tanto daño social como el virus mismo.

A más de un cuarto de siglo de haber empezado esta batalla, todavía millones de personas en el mundo contraen el VIH cada año y millones más están muriendo sin el tratamiento adecuado. Nadie puede sentirse satisfecho con estos resultados.

México ha enfrentado el VIH/SIDA como un asunto de salud pública y también como un asunto de derechos humanos. Estuvimos entre los primeros países en tomar medidas para evitar la propagación de la epidemia a través de transfusiones sanguíneas. También lanzamos campañas de difusión y de educación dirigidas a la prevención sexual de la enfermedad.

Durante esta administración se ha fortalecido la atención médica y hospitalaria que reciben las personas con VIH. El año pasado, 2007, se destinaron más de 262 millones de dólares para atención médica y casi 80 millones de dólares en medidas de prevención. Este año, el Gobierno de México destina un presupuesto de más de 300 millones de dólares para fortalecer las políticas de atención al VIH/SIDA. Asimismo, hemos reforzado las políticas de prevención y hemos distribuido gratuitamente en este año más de 32 millones de preservativos masculinos y más de 100 mil preservativos femeninos.

*Pronunciado el 3 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

Además, quiero compartir con ustedes, amigas y amigos, que el Gobierno de México, a través del Sistema de Salud Pública y de sus diversas instituciones de seguridad social, ha tomado una decisión que aplica y aplicará durante mi gobierno y sé, estoy seguro, que en muchos otros, será una política fundamental en este campo. La política es que todos, absolutamente todos los medicamentos antirretrovirales son proporcionados a los beneficiarios de manera gratuita. Al igual que a la comunidad internacional, nos preocupa que los precios de estos medicamentos los vuelven inaccesibles para quienes aún no tienen acceso al sistema de salud.

Espero que podamos culminar la celebración del Bicentenario de la Independencia de México alcanzando, hacia el 2010, la cobertura universal de salud para todos los mexicanos, incluyendo la cobertura sobre VIH/SIDA. Mientras tanto y con el fin de lograr en México precios más competitivos de antirretrovirales, hoy anuncio ante ustedes, que mi gobierno ha decidido eliminar el requisito de planta para que los laboratorios de otras naciones puedan introducir y comercializar medicamentos en México. La medida se irá aplicando gradualmente con el transcurso del tiempo para evitar afectaciones de la planta productiva, pero he instruido para que la medida surta efectos de inmediato en el caso de los medicamentos antirretrovirales, en beneficio de todas las personas con VIH/SIDA en México.

También, en los últimos años, hemos impulsado la participación civil en el combate a la epidemia. Este año se destina presupuesto para que las organizaciones sociales puedan desarrollarse y puedan traer nuevos proyectos preventivos hacia los sectores más vulnerables.

Gracias a todas estas acciones, México hoy registra una tasa de incidencia menor a la de los países vecinos. Sin embargo, aún no hemos logrado abatir la transmisión sexual y perinatal del VIH, y todavía se mantienen elevadas tasas de incidencia entre los grupos de población en riesgo. Por eso, es indispensable redoblar los esfuerzos para cumplir y cumpliremos el compromiso plasmado en las Metas del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, para detener y revertir el crecimiento de la epidemia para el año 2015.

El Gobierno de México, amigas y amigos, tiene muy claro, al igual que todos ustedes y muchos participantes dentro y fuera de esta conferencia, que el VIH/SIDA no es sólo un asunto de salud pública, es también un problema de derechos humanos, es un problema de discriminación, de prejuicios, de intolerancia.

Y no debemos olvidar que en todas las épocas y lugares estas actitudes han sido fuente de odio, de enemistad y de división. Por eso la lucha contra esta enfermedad debe incluir, y espero que sea uno de los resultados de la conferencia, un punto de encuentro, un punto de diálogo, un punto de conciliación y de entendimiento entre quienes pensamos diferente; un punto de conciliación entre los diferentes sectores de cada sociedad unidos en un propósito y en una batalla común.

La batalla contra el estigma y la discriminación, la debemos ganar en el terreno de la pluralidad, en el terreno de la cultura, en el terreno de la educación, en el terreno de la comunicación, en el terreno de la política. La ganaremos a partir de promover no sólo la prevención respecto del VIH, sino también respecto de la discriminación mediante una promoción activa de la cultura de la tolerancia, difundiéndola, pero también practicándola. La tolerancia es y será siempre una conquista de la razón y de la voluntad.

Amigas y amigos, señoras y señores; el admirado Premio Nobel, Nelson Mandela, afirmó que el SIDA es una guerra contra la humanidad. Hoy más que nunca la lucha contra esta pandemia merece la unión de las capacidades y las inteligencias de todos, porque sólo tendiendo las manos, sólo compaginando nuestras acciones, tendremos éxito en la tarea de frenar la expansión del virus de inmunodeficiencia humana.

Yo los invito a hacer de esta Conferencia un foro de solidaridad, de tolerancia y de cooperación; un foro de ideas. Unámonos para avanzar. Unidos enviemos un mensaje de esperanza a quienes viven con VIH, un mensaje de esperanza a esta humanidad que tanto lo necesita. Unidos evitemos que más personas contraigan la enfermedad. Unidos cumplamos la promesa de un mejor futuro para la humanidad. Unidos derrotemos al VIH, y desde México decimos también ¡Acción Universal Ya!

Y ahora, si me lo permiten, les voy a pedir que me acompañen de pie para proceder a la declaratoria inaugural.

Con la convicción de que las ideas, propuestas y conclusiones de este foro ampliarán las perspectivas de la lucha mundial contra el VIH/SIDA, me es muy grato declarar hoy, 3 de agosto de 2008, formalmente inaugurados los trabajos de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.

Mucho éxito y enhorabuena para todos.

Discurso inaugural de José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud*

Muy buenas noches distinguidas personalidades que nos acompañan en este gran evento.

Distinguidos miembros de las organizaciones de la sociedad civil. Académicos, científicos, congresistas, sean todos bienvenidos a México.

Es para mí un alto honor dar esta bienvenida a todos ustedes delegados y delegadas y, a la vez, agradecerles su incansable compromiso para combatir la pandemia del VIH/SIDA.

El día de hoy nos sumamos tanto al homenaje a quienes han fallecido a causa de esta enfermedad, como al reconocimiento de todos ustedes por su tenaz y permanente esfuerzo para lograr un mundo libre del daño que causa el VIH.

Sirva esta XVII Conferencia para escuchar las voces de todas y de todos, de las personas que viven con VIH, de los académicos, de los empresarios, de los pueblos indígenas, de las trabajadoras y trabajadores sexuales, de las iglesias, de las enfermeras, de voluntarios en organizaciones comunitarias; en fin, la voz de toda la sociedad.

Apliquemos las nuevas armas y estrategias que hemos encontrado para detener los devastadores efectos del virus de la inmunodeficiencia humana en los individuos y en la sociedad. Sirva también esta conferencia para conocer los retos que aún tenemos que vencer y sirva también para hacer visibles los rezagos que lamentablemente aún persisten.

Controlar esta epidemia requiere de un combate directo y frontal al estigma, la discriminación y la homofobia. El silencio que guardamos ante estos problemas es una de las mayores barreras que enfrentamos. Que se oiga fuerte y claro, que ya es hora de eliminar el perjuicio y la exclusión en torno al VIH.

Detener la afección desproporcionada en las mujeres y la feminización de la epidemia en ciertas partes del mundo nos exige también, tanto a los gobiernos como a la sociedad civil, un compromiso para erradicar las relaciones desiguales de género y la violencia hacia las mujeres, lastres que incrementan su vulnerabilidad a los estragos del VIH.

Sólo con programas de educación integral en sexualidad basados en preceptos científicos, podremos proporcionar información y conocimiento, y así empoderar a nuestros jóvenes para protegerse. El Director de ONUSIDA lo refirió los días pasados: tenemos grandes logros pero aún no hemos terminado, hay aún cinco nuevas infecciones por cada dos personas que entran al tratamiento.

Sabemos que no existen soluciones fáciles. Es por los niños y las niñas, los jóvenes y adolescentes, por las nuevas generaciones que debemos reforzar la educación para la prevención.

Hace dos días en esta ciudad nos reunimos los Ministros de Salud y Educación de América Latina y El Caribe para buscar las sinergias y los acuerdos que quedaron plasmados en la Declaratoria de México: Prevenir con Educación. Los países de la región nos hemos comprometido a impulsar una educación integral de la sexualidad, y yo hago una invitación a todas las naciones a conocerla y a sumarse a ella.

Sirva también esta conferencia como un llamado a la responsabilidad social compartida de la industria farmacéutica.

Una de las grandes amenazas para el acceso universal a tratamiento antirretroviral de nuestras naciones es el alto costo de los medicamentos. Existe voluntad en nuestros gobiernos para garantizar el acceso universal, pero el compromiso y solidaridad de algunas compañías que producen y comercializan estos fármacos no ha sido aún suficiente. Muestra de ello, es la disparidad en los precios de

*Pronunciado el 3 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

los mismos medicamentos entre las diferentes naciones de nuestra región.

Requerimos precios accesibles y justos. Reconocemos también que disponer de los medicamentos es sólo una parte del acceso a la atención médica integral de las personas que viven con VIH. Debemos trabajar unidos para favorecer el apego a los tratamientos, mejorar la calidad y calidez de la atención, además de contribuir a un uso racional.

Sólo con un compromiso colectivo en el que participemos juntos todas las naciones del orbe, los gobiernos, la sociedad civil, los activistas, las agencias financiadoras, las compañías farmacéuticas, las organizaciones de pacientes y los trabajadores de la salud, se podrá alcanzar la meta del milenio de lograr atención integral y acceso universal al tratamiento antirretroviral.

Para concluir, permítanme rendir tributo al reconocido epidemiólogo Jonathan Mann, a diez años de su fallecimiento, y lo cito: "el que estemos aquí reunidos para hablar sobre el SIDA es de por sí ya un hecho histórico. Ante esta emergencia global, no podemos dar al SIDA un periodo de gracia ni perder oportunidad alguna para la prevención. Por ende, debemos asumir nuestra responsabilidad colectiva y llevar a cabo acciones en contra de una epidemia mundial cuyas perspectivas y dimensiones aún no es posible predecir. Reconocer nuestra fuerza colectiva resalta nuestro sentido de responsabilidad, el reto global que enfrentamos, sin duda, exige dar lo mejor de cada uno de nosotros. Trabajemos para erradicar de la faz del nuevo milenio las nocivas consecuencias del virus de la inmunodeficiencia humana. Es cierto, ¡es tiempo de Acción Universal Ya!".

Señoras y señores participantes de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, México 2008, que sus jornadas sean muy productivas.

Reitero a ustedes la mejor de las bienvenidas a nuestro país. México con gratitud les abre las puertas de su casa y, muy especialmente, de su corazón.

Muchas gracias.

Discurso inaugural de Luis Enrique Soto Ramírez, Copresidente de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA*

Buenas noches. Mi nombre es Luis Soto Ramírez, soy el Copresidente de AIDS 2008 y el Representante Regional del Consejo de Gobierno de la Sociedad Internacional de SIDA de América Latina y el Caribe.

Espero que todos ustedes tengan la oportunidad de sentir la calidez de nuestra hospitalidad durante y después de la conferencia. Quiero darles la bienvenida a mi ciudad natal, que es la Ciudad de México. Bienvenidos a México.

Cuando estaba viendo los mariachis me sentí muy orgulloso de ser mexicano y recuerdo el día en que Pedro Cahn me llamó y me dijo que México ganó la sede de la conferencia. Gracias Pedro. Ha sido una gran oportunidad para México, para Latinoamérica y para mí mismo.

Antes que nada, quiero agradecer al Gobierno Federal mexicano, al Secretario Córdova. Muchas gracias. Al Gobierno de la Ciudad de México, a nuestra Universidad Nacional, a mi institución, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y a muchas, muchas otras.

También quiero dar las gracias a nuestros patrocinadores de la industria: Abbot, Boehringer, Bristol, Gilead, Glaxo, Merck, Pfizer, Tibotec. Todas estas compañías e instituciones han apoyado fuertemente esta conferencia. Y en nombre del Comité Coordinador de la misma, les doy nuestro agradecimiento por su contribución y apoyo para hacer una realidad la Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.

En la región de Latinoamérica y El Caribe hemos esperado por mucho tiempo ser los anfitriones de este evento. Estoy muy contento de que hoy tengamos la oportunidad de compartir nuestros éxitos, nuestros retos y nuestras esperanzas para el futuro en esta XVII Conferencia Internacional. En América Latina, hemos alcanzado logros importantes en la repuesta al VIH. Muchos países en la región han cuestionado la idea de que el tratamiento sólo podía ser accesible para unos pocos afortunados que tenían el dinero para pagar los medicamentos antirretrovirales. Estamos luchando para bajar el precio de los mismos y cerrar la brecha entre el Norte y el Sur.

El resultado es que 62% de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral en esta región están cubiertas y ésta es la proporción más alta en cualquier región en desarrollo. No obstante, aunque éste es un logro importante, sabemos que no es suficiente. Es tiempo de llevar los medicamentos a cualquiera que los necesite, independientemente de quiénes sean, dónde vivan o cuánto ganen. ¡Es tiempo de alcanzar la acción universal ya!

Pero los medicamentos solos no son la respuesta. Necesitamos laboratorios, trabajadores de la salud y sistemas de salud fuertes para poder brindar la atención de largo plazo que requieren las personas que viven con VIH en la región. Necesitamos fortalecer la colaboración entre los gobiernos, la sociedad y la comunidad científica para proveer las medidas de prevención y tratamiento que se requieren para poder hacer la diferencia en cada país de esta región y en cada rincón del mundo. Esto significa combatir de frente el estigma y la discriminación, que siguen dificultando la lucha contra esta enfermedad. En esta región, donde los hombres que tienen sexo con hombres siguen sufriendo la peor parte de la epidemia, se requiere combatir la homofobia en todos los niveles de la sociedad, en las políticas de gobierno, en los servicios de salud, en nuestras familias y sí, también en nuestras religiones.

Debemos recordar que el VIH es una infección viral, no una infección moral y mucho menos una infección política. Debemos prestar atención tanto a los sitios donde hoy se encuentra la epidemia como hacia donde se dirige. Aquí en nuestro rincón del mundo, se están incrementando las infecciones entre usuarios de drogas

*Pronunciado el 3 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

inyectables y a través de la transmisión heterosexual afectando a más y más mujeres.

Aquí, como en otras regiones, el VIH afecta de forma desproporcionada a los pobres y desprotegidos, especialmente a las personas dedicadas al trabajo sexual, indígenas y migrantes. Es tiempo de que todos escuchemos este mensaje, de entender la humanidad que tenemos en común y rechacemos las políticas de división y del prejuicio. Es tiempo de terminar con el estigma y la discriminación que favorecen la epidemia.

Proteger los derechos humanos es otra clave para prevenir el VIH. ¡Es tiempo de lograr la acción universal ya! Con un estimado de 2 millones de personas viviendo con VIH en la región, esta conferencia atraerá una atención sin precedentes, un activismo sobresaliente y una cobertura mediática mundial. Espero que esto se traduzca en nuevas inversiones y la investigación colaborativa que se requiere para enfrentar los crecientes retos de esta región. En esta conferencia, Latinoamérica y El Caribe presentarán muchos buenos ejemplos de acciones en respuesta al VIH. Espero que puedan aprender de nosotros, así como nosotros hemos aprendido de ustedes en años anteriores.

Como ejemplo de esto, quiero informarles que tenemos un total de 23,000 participantes, el número más alto alcanzado para una conferencia en un país en desarrollo, pero especialmente con el más alto número de representantes de América Latina, que suman 5,860. Tenemos también más de 100 centros remotos en todo el mundo, con otros 20,000 participantes. Éste es el legado de esta conferencia. Recibimos cerca de 11,000 propuestas de resúmenes y más de 400 propuestas extemporáneas. De todas ellas, más de 7,500 serán presentadas.

Más aún, por primera vez en estas conferencias, Latinoamérica y El Caribe fue la segunda región con más número de propuestas enviadas. Gracias a toda la gente de la región por su apoyo. ¡Bienvenidos latinoamericanos y caribeños! Ya sea que participen en persona, desde un centro remoto o en línea, espero que adopten el lema de ¡acción universal ya! como si fuera suyo, aumentando su compromiso personal en la lucha contra el SIDA y no se detengan hasta que terminemos con esta epidemia.

Bienvenidos a México. Bienvenida África, bienvenida Asia y el Pacífico, bienvenida Europa, bienvenidos los Estados Unidos y Canadá. Bienvenidos todos ¡Acción Universal Ya!

Muchas gracias.

Ponencia Conmemorativa Jonathan Mann*

Jorge Saavedra, José Antonio Izazola-Licea y Chris Beyrer

Los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) han estado entre las poblaciones más afectadas por el VIH desde que la epidemia del SIDA fue identificada en la década de los ochenta.

La evidencia proveniente de una amplia gama de estudios muestra que estos hombres siguen presentando el riesgo más alto para adquirir el VIH en los países desarrollados y en desarrollo, y que, a pesar de contar con tres décadas de evidencia de su vulnerabilidad frente al VIH, siguen estando subatendidos y subestudiados.

Las estrategias de prevención dirigidas a HSH están notablemente subfinanciadas en la mayor parte de los países, lo que conduce a un acceso limitado a los servicios de salud, incluidos la prevención, el tratamiento y la atención.

Exploramos la epidemia mundial del VIH entre HSH en 2008, el limitado financiamiento disponible a nivel mundial para responder al problema, y los contextos y factores de derechos humanos que conducen la diseminación del VIH y las limitadas respuestas dirigidas a estos hombres.

¿Qué entendemos por el término HSH? El término HSH es una construcción de los años noventa que trata de capturar comportamientos y no una identidad. Fue acuñado para evitar el uso de términos estigmatizados y cargados culturalmente como gay o bisexual, los cuales no captan la gran diversidad de orientaciones, prácticas sexuales, culturas y entornos contextuales en que tiene lugar el sexo entre varones y en los que se centra la transmisión y adquisición del VIH.

Las siglas HSH incluyen a hombres que no se identifican como gays y a los que se asumen como tales, así como a hombres bisexuales y HSH que se identifican como heterosexuales. También, el término abarca a hombres que participan en sexo "situacional" entre hombres, como puede suceder en las cárceles, las escuelas, los ejércitos u otros ambientes; e igualmente incluye a trabajadores sexuales masculinos que pueden tener cualquier orientación, pero que con frecuencia están en gran riesgo de adquirir el VIH.

La noción de HSH puede incluir además a algunas personas transgénero masculinas biológicamente, aunque algunas de ellas no se identifiquen como hombres. Finalmente, las siglas HSH abarcan una amplia gama de términos locales en todo el mundo —con una diversidad cultural enorme en Asia, África, Latinoamérica y en otras partes del mundo.

*Presentada en la Sesión Plenaria del 5 de agosto de 2008.

Nota sobre la traducción de siglas y acrónimos en los resúmenes de SIDA 2008

Los textos que aquí se presentan tienen una alto grado de especialización y, por tanto, el uso de siglas y acrónimos es moneda corriente en la mayor parte de ellos. La opción de traducir todas las siglas al español no fue siempre la más viable, ya que hay muchas de ellas, en especial las de biología, investigación clínica y epidemiología, que son igualmente o más conocidas en inglés que en español.

Por esta razón, tomamos la decisión de traducir sólo las siglas para las que existe una traducción ampliamente aceptada en castellano, como sucede con: personas que viven con VIH y SIDA (PVVS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), obviamente, VIH y SIDA, y otras de uso generalizado en la literatura sobre el tema. De cualquier manera, para evitar confusiones, siempre que se dejaron las siglas en inglés se indica en el texto.

Presentaciones orales

Presentación oral

Un modelo epítopo novedoso presentado mediante el péptido constreñido 7mer indica la secuencia mínima gp41 requerida para el reconocimiento altamente especifico al neutralizar ampliamente anti-VIH-1 mAB 2F5*

Y. Palacios-Rodríguez[1], T. Gazarian[2], K. Gazarian[3]

[1]Instituto de Investigación Biomédica, Universidad Nacional Autónoma de México, Medicina Genómica y Toxicología Ambiental, D.F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México, [3]Instituto de Investigación Biomédica, Universidad Nacional Autónoma de México, Biología Molecular y Biotecnología, D.F., México.

Antecedentes

El anticuerpo monoclonal 2F5 (mAb 2F5) es uno de los tres anticuerpos humanos altamente neutralizantes identificados hasta ahora que reconoce el gp41 MPER (región exterior proximal membrana) del VIH-1. Hasta el momento, la evidencia indica que el péptido gp41 ELDKWA o una secuencia más larga de gp41 forma el epítopo 2FE. En informes anteriores, el cribado con 2F5 de las genotecas 2F5 de péptidos de fusión m13 gpVIII reconoció DKW como epítopo mínimo, consistente con sus funciones de unión y neutralización, pero no para obtener un anticuerpo neutralizante.

Método

Usando el anticuerpo monoclonal mAb 2F5, cribamos genotecas de epítopos, desplegados en fagos, de fusión gpIII constreñidos de 12mer lineal y 7mer (BioLabs Inc., USA), cada una conteniendo 2.7E9 secuencias distintas. Muestras de la primera segunda y tercera rondas de bioabsorción fueron emplacadas, se amplificaron placas individuales y se dedujeron secuencias de péptidos a partir de las secuencias de ADN.

Resultados

Cuando 2F5 fue cribado por estructuras asemejando a su epítopo natural en una genoteca de 12mer lineal, recuperó péptidos con variaciones como DKW, DRW, DRWA y LDRWA, como en informes anteriores. Sin embargo, en la genoteca de 12mer constreñido, todos los 53 clones seleccionados (45 diferentes) contenían exclusivamente secuencias C-DKWAxx-C o C-xxLDKWA-C ("x" indica una posición variable), rechazando cada variación de aminoácido. Los datos implican que el epítopo 7mer constreñido que forma un bucle contiene un contexto estructural adecuado para la conformación similar a un núcleo de un epítopo natural (muy probablemente giro beta tipo 1).

Conclusiones

De acuerdo con este modelo, el requerimiento mínimo para el reconocimiento altamente específico de epítopos mediante el anticuerpo monoclonal mAb 2F5 es la presencia de la secuencia gp41 DKWA conservada en el contexto estructural del epítopo potencialmente cíclico 7mer y la presencia de la leucina en LDKWA mejora aún más la unión.

* Categoría A27 - Inmunidad humoral específica del VIH, resumen no. 6189.

TMC278 (rilpivirina), un NNRTI de nueva generación, muestra eficacia y tolerabilidad a largo plazo en pacientes sin tratamiento ARV previo: resultados de 96 semanas de estudio C204*

M. Santoscoy[1], P. Cahn[2], C. Gonsalez[3], W. Hao[4], A. Pozniak[5], P. Shalit[6], S. Vanveggel[7], K. Boven[8]

[1]Hospital Carlos Mac Gregor IMSS, Ciudad de México, México, [2]Hospital Juan A Fernández y Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina, [3]Hospital das Clíncias, Pinheiros, Brasil, [4]Beijing You'an Hospital, Beijing, China, [5]Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust and PKR/SSR, Londres, Inglaterra, [6]Swedish Medical Center, Seattle, Estados Unidos, [7]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [8]Tibotec Inc, Yardley, Estados Unidos.

Antecedentes

El análisis primario de 48 semanas del estudio de Fase IIb aleatorizado (TMC278-C204) demostró que todas las dosis del inhibidor de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés) de nueva generación, TMC278, proporcionaron una eficacia potente y sustentada en pacientes sin tratamiento previo y fueron perfectamente toleradas. Se presentan los resultados de 96 semanas.

Métodos

El análisis TMC278-C204 evaluó la eficacia, seguridad y farmacocinética de tres dosis de TMC278 ciegas, 25, 75 y 150mg c/24 hrs durante 96 semanas e incluyó una dosis de 600mg c/24 hrs de control, etiqueta abierta de Efavirenz (EFV). Todos los pacientes recibieron dos inhibidores de transcriptasa inversa nucleósidos (NRTI, en inglés), AZT/3TC (76%) o TDF/FTC (24%).

Resultados

368 pacientes (33% mujeres) fueron agrupados al azar y recibieron tratamiento. La potente eficacia antiviral de TMC278 en la Semana 48 fue sustentada hasta la Semana 96. Todas las dosis de TMC278 produjeron >70% de pacientes con varga viral confirmada y sustentada <50 copias de ARN del VIH-1 /mL en la Semana 96, comparable con EFV. Los cambios medios de los valores de referencia en el conteo de células CD4 en la Semana 96 se incrementaron aún más en comparación con la Semana 48. En resumen, las incidencias de eventos adversos (AE, en inglés) serios (12.2% vs 14.6%), AE grado 3 o 4 (27.2% vs 21.3%) y anormalidades de laboratorio grado 3 o 4 (26.5% vs 23.6%) fueron similares entre los grupos combinados con TMC278 vs EFV, respectivamente. La frecuencia de los siguientes AE, cualquier grado, independientemente de la causalidad fue menor para TMC278 que para EFV: AE de erupciones cutáneas (9.7% vs 22.5%), del sistema nervioso (36.6% vs 53.9%) y psiquiátricos (16.1% vs 21.3%), dado que fueron incrementos en los niveles de colesterol y triglicéridos.

Conclusiones

El fármaco TMC278 fue, en términos generales, bien tolerado, con menor incremento en los lípidos séricos y menores incidencias de eventos de erupciones cutáneas, del sistema nervioso y psiquiátricos, en comparación con el fármaco EFV. El fármaco TMC278 demostró un elevada velocidad de respuesta y una respuesta virológica sustentada durante 96 semanas.

Eficacia de C204 a las 96 semanas

Parámetros (95% CI)		TMC278 35mg c/24 hrs (N = 93)	TMC278 75mg c/24 hrs (N = 95)	TMC278 150mg c/24 hrs (N = 91)	EFV (N = 89)[1]
Carga viral <50 copias/mL (ITT-TLOVR), %	Semana 48	80 (71-88)	80 (72-88)	80 (68-86)	81 (73-89)
	Semana 96	76 (68-85)	76 (62-81)	71 (62-81)	71 (61-80)
Cambio medio de los valores de referencia en el conteo de células CD4 (ITT), células/mm	Semana 48	122 (99-146)	145 (115-175)	143 (114-172)	127 (104-149)
	Semana 96	146 (122-170)	172 (140-204)	159 (126-191)	160 (133-186)

[1] N=88 para CD4

* Categoría B19 - Pruebas cínicas - fase I/II, resumen no. 5998.

Presentación oral

Un estudio de etiqueta abierta, aleatorizado y prospectivo sobre HAART basado en efavirenz versus lopinavir/ritonavir entre individuos infectados por VIH sin terapia antirretroviral previa, que busquen atención y tengan conteos de células CD4 <200/mm3 en México*

J. Sierra Madero[1], A. Villasis[1], P. Méndez[2], J.L. Mosqueda[3], I. Torres[4], F. Gutiérrez[5], I. Juárez[6], M. Magaña[7], C. Ramos[8], L. Pérez Saleme[9], L.E. Soto Ramírez[1], V. Dias Lima[10], F. Belaunzaran[1], J. Montaner[10]

[1]INCMNSZ, Enfermedades Infecciosas, México, México, [2]HGZ #53, IMSS, México, México, [3]Hospital General de León, México, México, [4]Hospital General de Puebla, Puebla, México, [5]HGZ #72, IMSS, México, México, [6]HGZ#25, IMSS, México, México, [7]HGZ #1 IMSS, SLP, México, México, [8]HGZ #29, IMSS, México, México, [9]Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, México, [10]The BC-Centre for Excelence in HIV/AIDS, Division of AIDS, Vancouver, Canadá.

Antecedentes

Es frecuente que los individuos VIH+ busquen atención médica de manera tardía, particularmente en zonas de bajos recursos. En este escenario no se ha evaluado la eficacia relativa de los regímenes de terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) de primera línea basados en inhibidores de proteasa (PI, en inglés) o inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés).

Objetivo

Comparar la eficacia del tratamiento HAART basado en efavirenz (EFV) vs tratamiento HAART basado en lopinavir/ritonavir (LPV/r) entre individuos VIH+ que no hayan recibido terapia antirretroviral (ART) previa, que busquen atención y tengan un conteo de células CD4 <200/mm3 en México.

Métodos

Éste es un estudio de etiqueta abierta, aleatorizado, prospectivo y multicentro que compara los agentes EFV vs LPV/r más AZT y 3TC (FDC) en individuos VIH+ que no hayan recibido ART y tengan conteos de células CD4 <200/mm3. El criterio de valoración primario fue el porcentaje de pacientes con ARN plasmático del VIH-1 (pVL) <50 copias/mL en 48 semanas (análisis de población con intención de tratar - ITT, en inglés). Los criterios de valoración secundarios incluyeron: el porcentaje de pacientes con <400 copias/mL a 48 semanas (ITT) y cambio de conteo de células CD4 mediante grupo de tratamiento. Además, evaluamos el porcentaje de pacientes con pVL <50 y <400 copias/mL usando análisis en tratamiento (OT, en inglés).

Resultados

189 pacientes (85% hombres) fueron agrupados al azar: 95 a EFV y 94 a LPV/r. La mediana del valor de referencia conteo de células CD4 fue 64 y 52 células/mm3, respectivamente (p=NS). Mediante análisis ITT, la proporción de pacientes con pVL <50 copias/mL en la semana 48 fue 70% con EFV y 54% con LPV/r (p=0.0141). La proporción de ITT de pacientes con pVL <400 copias/ml en la semana 48 fue 73% con EFV y 65% con LPV/r (p=0.25). El incremento medio del conteo de células CD4 a las 48 semanas fue 156.9 en EFV y 166.9 en LPV/r. Una interrupción prematura ocurrió en 27% y 34% en EFV y LPV/r (insuficiencia virológica: 7 y 16, perdidos en el seguimiento: 14 y 6, evento adverso y muerte: 5 y 10). En general, los resultados de los análisis OT e ITT fueron consistentes. El cambio medio en los niveles de colesterol y triglicéridos fueron 53 y 84 mg/dl en EFV y 62.5 y 168.5 mg/dl en LPV/r (p=0.24 y p=0.0036).

Conclusiones

En estos individuos infectados por VIH en estadio muy avanzado y que no habían recibido ARV hubo una eficacia virológica superior en comparación con LPV/r.

* Categoría B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento, resumen no. 3087.

Los primeros 15 años de la experiencia mexicana en la ampliación del acceso universal a antirretrovirales (1992-2006)*

E. Bravo-García, C. Magis-Rodríguez, E. Rodríguez-Nolasco
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, México, México

Antecedentes

De 1992 a 1997, el acceso a antirretrovirales (ARV) en México estuvo limitado sólo a personas de altos ingresos, personas con cobertura de seguridad social y voluntarios que fuesen incluidos en Protocolos Clínicos. A finales de 1997, al menos 50% de las personas que vivían con SIDA no tenían acceso a fármacos ARV. Como resultado de la presión política ejercida por las ONG y la movilización con opiniones técnicas, la Secretaría de Salud creó un fondo especial para ofrecer ARV a las persona sin seguridad social (FONSIDA). De 1998 a 2000, el gobierno compró ARV por 18 millones de dólares (USD). En 2001, al Secretaría de Salud se comprometió a ofrecer, para el 2006, tratamiento ARV todas las persona que lo necesitasen. Este objetivo se alcanzó en 2003. Nuestro objetivo es estimar la cobertura real de ARV en México en 2007.

Métodos

Usando el *software* Spectrum de Constella Group, y la metodología Workbook de UNAIDS, estimamos las necesidades de ARV de 1997 a 2006, de acuerdo con la prevalencia de VIH en México. Obtuvimos la información de personas que están recibiendo tratamiento ARV para cada año. Para la Secretaría de Salud, se empleó el sistema de información por computadora SALVAR, y obtuvimos datos de Instituciones de Seguridad Social del Boletín del Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA. Por último, comparamos ambas series analizando la cobertura de ARV.

Resultados

La cobertura de ARV se incrementó de 32% (1997) y 64% (2000) a 85% (2003). A finales del año 2006, más de 40,000 personas habían recibido tratamiento ARV en México. Al comparar estos datos con necesidades estimadas de ARV obtenidas mediante Spectrum, se obtuvo una cobertura de 98.5%.

Conclusiones

Desde 2003, el gobierno mexicano ofreció acceso gratuito a ARV. Sin embargo, estimamos que un grupo (aproximadamente de 500-600 personas) podría no estar recibiendo tratamiento ARV. El estigma, la discriminación, las barreras geográficas, culturales y lingüísticas, así como elecciones personales están entre las razones más importantes.

* Categoría B30 - Acceso a terapia, estrategias y modelos de suministro, resumen no. 15086.

Comportamientos y factores en búsqueda de atención para el apego entre pacientes VIH+ en cuatro hospitales de México*

L. DeMaria[1], S. Bautista-Arredondo[1], V. Wirtz[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Economía de la Salud, Cuernavaca, México,
[2]Instituto Nacional de Salud Pública, Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, México.

Antecedentes

México se comprometió en 2001 a ofrecer acceso universal al tratamiento contra VIH/SIDA en los sistemas de atención médica de seguridad social y salud pública. Casi se ha logrado la cobertura universal, pero poco se sabe sobre la historia de diagnóstico y atención personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), asimismo sobre el apego y patrones de búsqueda de atención a través de los distintos sistemas de salud, lo cuales son cruciales para asegurar y mejorar la calidad de la atención.

Métodos

Un total de 189 pacientes VIH+ que reciben atención en cuatro hospitales en México (un hospital de seguridad social, dos instituciones de tercer nivel y un hospital de salud pública) fueron entrevistados usando un cuestionario precodificado que abarca: estatus socioeconómico, salud, historia de la enfermedad, calidad de vida y apego. Las características de las muestras son similares a los promedios nacionales para pacientes VIH+ en términos del género, educación y forma de transmisión.

Resultados

En total, 53% fueron diagnosticados con VIH cinco años antes del estudio. La mayoría sospechaba que estaban infectados o presentaban síntomas al momento que fueron evaluados por primera vez; 91% fueron VIH+ en su primer examen, 98% habían recibido antirretrovirales (ART), de éstos, 66.7% durante menos de un año. Con respecto al tratamiento, 68% informaron sentirse mejor, 51% no presentaron síntomas y calificaron su calidad de vida con 74.8 (SD 18.7) en una escala de 100 puntos. Sólo 58% informó un apego completo durante el último mes; 22% informó la pérdida de un día de tratamiento y 20% la pérdida de ≥2 días de tratamiento. La mayoría (60%) dijo haber buscado atención en más de una institución durante el curso de su padecimiento. Aunque los servicios contra el VIH/SIDA son gratuitos, 76% señaló haber pagado por servicios en la institución principal donde recibieron atención.

Conclusiones

Las PVVS en México tienden a diagnosticarse tardíamente, y en el momento de este estudio los ARV eran nuevos para ellas. Se requieren intervenciones para reforzar el apego, por ejemplo, asesoría sobre efectos colaterales y estrategias recordatorias. Se debe investigar el impacto de la búsqueda de atención en múltiples instituciones sobre la evolución clínica del tratamiento.

* Categoría B30 - Acceso a terapia, estrategias y modelos de suministro, resumen no. 15189.

El daño dentro de la prisión: prevalencia y correlaciones de inyección durante el encarcelamiento entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) en Tijuana, México*

R.A. Pollini[1], J. Alvelais[2], M. Gallardo[2], A. Vera[1], R. Lozada[3], C. Magis-Rodríguez[4], S.A. Strathdee[1]

[1]UCSD School of Medicine, La Jolla, California, Estados Unidos, [2]PrevenCasa, A.C., Tijuana, Baja California, México, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, Baja California, México, [4]Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Ciudad de México, México.

Antecedentes

El encarcelamiento entre los UDI es común, quienes pueden inyectarse drogas y compartir las jeringas mientras están en la cárcel/prisión. Investigamos la prevalencia de la inyección durante el encarcelamiento y sus correlaciones entre los UDI en Tijuana, México.

Métodos

A partir de abril de 2006, se reclutaron UDI en Tijuana utilizando muestreos dirigidos por los entrevistados y se les hicieron encuestas administradas por los entrevistadores, así como pruebas de VIH, TB y sífilis. Se utilizó la regresión logística para identificar los factores asociados independientemente con el hecho de haberse inyectado en la cárcel/prisión.

Resultados

De los 1,056 UDI, 71% habían estado en la cárcel/prisión. La mayoría (92%) de los UDI que habían estado en la cárcel eran hombres, en promedio se habían inyectado durante 16 años y la media de encarcelamiento era de tres veces (IQR: 1-5). La mayoría (60%) reportó haberse inyectado mientras estaba en la cárcel; de éstos, 74% reportó haber utilizado jeringas compartidas antes por otras personas mientras estuvieron en la cárcel. Entre los factores independientemente asociados con la inyección dentro de la prisión se encuentran: haberse inyectado cocaína sola (RPA= 1.51; IC 95%: 1.02; 2.24) o con heroína (RPA=1.66; IC 95%: 1.11, 2.49); haber sido arrestados por portar jeringas estériles (RPA=2.00; IC 95%: 1.43, 2.80); haber vivido siempre en Tijuana (RPA=1.79; IC 95%: 1.21, 2.64); haber recibido jeringas recientemente (RPA=2.04; IC 95%: 1.48, 2.82), y haber tenido relaciones sexuales con un hombre mientras estaban encarcelados (RPA=5.13; IC 95%: 2.44, 10.79). Tener una menor edad era un factor de protección (RPA=0.7; IC 95%: 0.95, 0.99). Al explorar las interaccione potenciales, encontramos que las mujeres tendían a inyectarse menos en la cárcel/prisión (RPA=0.44; IC 95%: 0.24, 0.83), excepto aquéllas que siempre habían vivido en Tijuana (RPA=6.33; IC 95%: 1.12, 35.85).

Conclusiones

Más de la mitad de los UDI encarcelados se inyectaron mientras estaban en la cárcel/prisión; tres cuartas partes de éstos utilizaron jeringas compartidas antes por otras personas. Hasta donde sabemos, se han aplicado programas piloto de reducción de daños en cárceles/prisiones únicamente en dos áreas de México (Ciudad Juárez y una prisión en Tijuana). Es claro que los programas de reducción de daños en cárceles/prisiones sancionados por los oficiales del gobierno se justifican en Tijuana. Se requiere de investigaciones para determinar si compartir jeringas en la cárcel/prisión incrementa las probabilidades de que los internos sigan compartiendo jeringas una vez liberados.

* Categoría C27 - Reducción de daños, incluyendo la reducción de inyección insegura y otros enfoques de reducción de daños, resumen no. 4857.

Presentación oral

Factores predictivos de la utilización del programa de intercambio de agujas durante su implementación y expansión en Tijuana, México*

S. Strathdee[1], R. Lozada[2], C. Magis-Rodríguez[3], D. Abramavitz[1], A. Vera[1], J. Alvelais[4], K. Brouwer[1], R. Pollini[1], T.L. Patterson[5], Proyecto El Cuete

[1]University of California San Diego, Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]PRO-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]CENSIDA, Ciudad de México, México, [4]University of California San Diego, Tijuana, México, [5]University of California San Diego, Psychiatry, San Diego, Estados Unidos.

Objetivo

Hasta recientemente, hubo sólo un programa de intercambio de agujas (PIA) en operación en México, situado en Ciudad Juárez, Chihuahua. Estudiamos los factores que predisponen el inicio del PIA durante su reciente implementación y expansión en Tijuana, Baja California, en la frontera de México con Estados Unidos.

Métodos

Desde 2006-2007 se reclutó a usuarios de drogas inyectables (UDI) que se habían inyectado drogas en el último mes y que residían en Tijuana, utilizando muestreos dirigidos por los entrevistados y se les hicieron entrevistas y pruebas de VIH, sífilis y TB. Se utilizó la regresión de Poisson ponderada incorporando ecuaciones de cálculo generalizadas para identificar los factores que predisponen al inicio del uso de un PIA con un seguimiento de seis meses, lo cual explica la correlación entre el reclutador y los reclutados.

Resultados

De los 618 UDI que completaron las visitas iniciales y de seguimiento, 83% eran hombres, con una edad promedio de 37 años; 76% eran migrantes (48% de los cuales fueron deportados de Estados Unidos). En el momento de iniciarse el programa, 4.6% estaban infectados con VIH y 6.7% tenían títulos de sífilis >1:8. La respuesta al PIA se incrementó de 20% al inicio a 59% después de seis meses. En modelos de variables múltiples, los factores asociados con el inicio del PIA ($p<0.05$) incluían: haber asistido recientemente a lugares donde suelen inyectarse los UDI (Razón del Coeficiente Ajustada (AdjRR, en inglés): 1.5), haber sido arrestados por tener marcas en la piel por el uso de jeringas (AdjRR: 1.4), tener un miembro de la familia que utiliza drogas (AdjRR: 1.4) y tener una red más amplia de UDI (AdjRR: 1.01 por cada 10 personas); entre los factores asociados inversamente con el PIA se incluía: obtener jeringas en las farmacias (AdjRR: 0.5), ganar >=2500 pesos al mes (AdjRR: 0.6) y haber reportado recientemente la utilización de jeringas previamente compartidas por otras personas (AdjRR: 0.7). La incidencia de VIH hasta la fecha era de 2.20 por cada 10 personas por año (IC 95%: 0.44, 3.95).

Conclusiones

La respuesta a la expansión del PIA en Tijuana fue vigorosa. Al parecer el PIA está llegando a algunos de los UDI con alto riesgo de infección por VIH —aunque no a todos. Dado que la incidencia del VIH es consistente con una epidemia emergente de VIH, la lógica de la expansión del PIA y de los servicios de apoyo (por ejemplo, el tratamiento para abuso de drogas, consejería y pruebas voluntarias) es contundente. Dado que en Tijuana habita una elevada proporción de UDI originarios de otros lugares de México o de Estados Unidos, el futuro de la epidemia de VIH en Tijuana tiene implicaciones para ambos países.

* Categoría C27 – Reducción de daños, incluyendo la reducción de inyección insegura y otros enfoques de reducción de daños, resumen no. 3630.

Predictores de reducción del riesgo sexual entre trabajadoras sexuales inscritas en una intervención conductual en dos ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos*

T.L. Patterson[1], B.T. Mausbach[1], R. Lozada[2], H. Staines-Orozco[3], S.J. Semple[1], M.A. Fraga-Vallejo[4], A. De La Torre[5], H. Amaro[6], C. Magis-Rodríguez[7], S.A. Strathdee[1]

[1]University of California, San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos, [2]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [5]University of California, Davis, Davis, California, Estados Unidos, [6]Northeastern University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, [7]CENSIDA, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Antecedentes

Nuestro objetivo fue examinar la eficacia de una breve intervención conductual para promover el uso del condón entre trabajadoras sexuales (TSF) en dos ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos, donde la prevalencia de VIH y el uso de drogas inyectables está en aumento.

Métodos

Se seleccionó una muestra aleatoria de 924 TSF de edad >=18 años sin conocimiento de estar infectadas por VIH, viviendo en Tijuana y Ciudad Juárez, que recientemente habían tenido sexo sin protección con clientes y se hizo una intervención conductual de 30 minutos que incluyó una entrevista motivacional con principios de cambio conductual, o una condición didáctica de control. Al inicio del estudio y seis meses más tarde, se realizó una entrevista a dichas mujeres y una prueba de VIH, sífilis, gonorrea y clamidia.

Resultados

De las 924 TSF (474 en Tijuana; 450 en Ciudad Juárez), con medias de edad y tiempo en el trabajo sexual de 34 y 6 años; 94% tenían hijos; 18% usaban drogas inyectables. En la prueba inicial entre las TSF-UDI, la prevalencia de VIH, sífilis titers fue de >=1:8, la gonorrea y clamidia fue significativamente más alta: 13.9%, 22.1%, 12% y 18.4% comparada con 4.2%, 10.7%, 4% y 10.3% entre otras TSF. El seguimiento fue de 81%. Si se compara el grupo de intervención con el de control, la incidencia acumulativa de ITS disminuyó en 40% (p=0.049). La densidad de la incidencia de ITS entre el grupo de intervención contra el grupo de control fue de 13.8 vs. 24.92 por 100 py (p=0.034), y 0 contra. 2.01 por 100 py para VIH (p<0.001), con aumentos concomitantes en números totales y porcentajes de sexo protegido y disminución en números totales de sexo sin protección con clientes (p<0.05). En el grupo de intervención, los aumentos en la autoeficacia estuvieron asociados con aumentos en el uso del condón (p=0.008). Las TSF-UDI incrementaron el uso del condón con sus clientes pero no de la misma forma que otras TSF (p=0.09). Sin embargo, el incremento en los conocimientos de VIH fue asociado positivamente con el cambio en el uso del condón entre las TSF-UDI (p=0.025), pero no con las no IDU (p=0.950).

Conclusiones

Esta breve intervención conductual promete la reducción del VIH y las ITS asociadas con las conductas de riesgo entre las TSF de las dos ciudades fronterizas entre México y Estados Unidos, con un pequeño beneficio para las TSF-UDI. Se necesitan mejores intervenciones para TSF-UDI.

* Categoría C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales, resumen no. 4338.

El efecto de la migración sobre las conductas de alto riesgo en relación con el VIH entre migrantes mexicanos*

M.S. Sánchez[1], M.T. Hernández[1], A. Vera[1], C. Magis-Rodríguez[2], J.D. Ruiz[3], M.V. Drake[4], G.F. Lemp[1]

[1]California HIV/AIDS Research Program, University of California, Office of the President, Oakland, Estados Unidos, [2]CENSIDA, Secretaría de Salud, México, México, [3]Office of AIDS, California Department of Public Health, Sacramento, Estados Unidos, [4]University of California, Irvine, Estados Unidos.

Antecedentes

El impacto de la migración de México hacia Estados Unidos tiene el potencial de incrementar el riesgo de infección por VIH. Utilizando un diseño de estudio entre países, comparamos directamente las conductas individuales de alto riesgo en relación con el VIH antes y después de la migración.

Métodos

El California-Mexico Epidemiological Surveillance Pilot, es una colaboración binacional que combina técnicas focalizadas, de amplio alcance, muestreo en el lugar de reunión y métodos de escrutinio para calcular la conducta de alto riesgo en relación con el VIH. Recolectamos los datos sobre las conductas antes y después de la migración, creando datos de pares ordenados para cada tema, donde cada uno fungía como su propio control. Mediante el uso de regresión logística condicional exacta, calculamos el cociente de posibilidades con intervalos de confianza del 95%, controlando por el tipo de lugar de reunión y género.

Resultados

En 2005, 364 migrantes mexicanos varones se muestrearon en sitios de trabajo masculino y lugares de reunión comunitarios, bares y clubs en sitios rurales y urbanos de California. Aunque los resultados indican un disminución significativa posterior a la migración en el porcentaje de hombres que reportan un uso bajo del condón (83.1% vs. 65.3%, RM = 0.19, IC 0.07-0.48, p = 0.0001) y un uso compartido de agujas (18.4% vs. 3.0%, RM = 0.13, IC 0.02-0.51, p = 0.001) en los sitios de trabajo masculinos, resulta más alarmante el hecho de que luego de la migración haya un aumento significativo en el porcentaje de hombres en los sitios de trabajo masculinos y en los bares y clubs que adopta conductas de alto riesgo en relación con el VIH vinculadas con el sexo con un trabajador sexual (21.9% vs. 31.6%, RM = 1.95, IC 1.15-3.40, p = 0.014), trabajo sexual (2.5% vs. 5.5%, RM = 7.0, IC 1.08-158.96, p = 0.039) y sexo bajo de la influencia de drogas o alcohol (21.2% vs. 50.0%, RM = 21.14, IC 4.52-infinito, p < 0.0001).

Conclusiones

El efecto significativo de la migración sobre el aumento de las conductas de alto riesgo en relación con el VIH entre migrantes mexicanos varones sugiere que, sin una intervención, la epidemia de VIH podría expandirse entre esta población. Los aumentos significativos en conductas de alto riesgo relacionadas con el VIH en sitios de trabajo masculino, bares y clubs vuelve vulnerable a esta población a la transmisión del VIH a través de su trabajo en común y los ambientes sociales, particularmente aquéllos donde las mujeres rara vez están presentes. Estos resultados sugieren que las intervenciones de prevención se enfoquen a los sitos de reunión donde se concentra esta población difícil de alcanzar.

* Categoría D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH), resumen no. 15433.

Presentación oral

Migración a los Estados Unidos y actitudes frente al riesgo y la incertidumbre entre adolescentes mexicanos*

C. Tucker[1], P. Torres[2], A. Minnis[3], S. Bautista[2]

[1]East Coast Migrant Head Start, Raleigh, Estados Unidos, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, [3]Women's Global Health Imperative, Research Triangle Institute, San Francisco, Estados Unidos.

Antecedentes

Pocos estudios han investigado la migración y las conductas de riesgo entre los adolescentes. Sin embargo, la investigación en la población adulta ha documentado continuamente la existencia de índices más altos de prevalencia entre los migrantes. Para entender mejor la relación entre migración y conducta de riesgo, se llevó a cabo este estudio cualitativo para explorar cómo las actitudes individuales sobre el riesgo y la incertidumbre influyen sobre las decisiones de migración hacia los Estados Unidos entre los jóvenes mexicanos.

Métodos

Se realizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas con hombres y mujeres mexicanos jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (n = 47) provenientes de dos comunidades en México: una con una alta densidad de migración a Estados Unidos y la otra con una densidad baja. La mitad de los participantes correspondía a migrantes que habían regresado y la otra mitad, a no migrantes con parientes en Estados Unidos. Dos entrevistadores recabaron información sobre los antecedentes demográficos de los adolescentes, su decisión de emigrar, sus experiencias durante la migración, y la participación en conductas de riesgo. Las entrevistas se transcribieron en español y se codificaron usando el programa ATLAS.ti.

Resultados

Las actitudes frente al riesgo y las conductas de riesgo difirieron entre los migrantes que estaban de regreso y los no migrantes. Los jóvenes migrantes expresaron actitudes positivas frente al riesgo y la incertidumbre y más participación en conductas de riesgo, en comparación con los no migrantes. Los no migrantes expresaron mayor disposición a esperar las cosas y percibieron más oportunidades para ellos en México. La comunidad de origen, junto con la edad y el género, fueron factores importantes en la decisión de migrar.

Conclusiones

Los migrantes jóvenes pueden ser más vulnerables tanto por su corta edad como por sus actitudes frente al riesgo y la incertidumbre. Los hallazgos de este estudio cualitativo exigen más investigación sobre las actitudes frente al riesgo y la incertidumbre como un mecanismo potencial de selección que impacta la salud y la conducta de los migrantes.

* Categoría D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH), resumen no. 10288.

Presentación oral

Construir la capacidad de los proveedores de atención sobre VIH para responder a la VBG entre HSH/TG en escenarios de salud y escenarios comunitarios*

G.A. Egremy Mendivil[1], A. Eckman[2], K. Morrison[3], A. Luna[4]

[1]Iniciativa de Políticas en Salud, Capacitación, México, México, [2]Independent Consultant, Washington, Estados Unidos, [3]Constella Futures, Health Policy Initiative, Task Order 1, Washington, Estados Unidos, [4]Iniciativa de Políticas en Salud/México, Capacitación, México, México

Temas

La violencia basada en el género (VBG) es central para la vulnerabilidad de HSH y transgéneros (TG) frente a VIH, especialmente en el contexto del trabajo sexual. Los datos también sugieren que la VBG entre HSH/TG limita el acceso a la prevención, la atención y el tratamiento de VIH. No obstante, pocas intervenciones abordan esta vulnerabilidad en el contexto de los servicios de atención en salud. Para cubrir este vacío, se desarrolló un proyecto piloto en México y Tailandia para integrar la detección rutinaria de la VBG en los servicios relacionados con VIH. Se consideraron como objetivos cruciales desarrollar las capacidades de los trabajadores de salud y proponer nuevos materiales que sinteticen y hagan explícitos los vínculos entre la VBG y la vulnerabilidad de HSH/TG frente al VIH.

Descripción

Con base en una investigación formativa con 25 proveedores de servicio en México, el proyecto piloto identificó las necesidades en cuanto a desarrollo de capacidades entre proveedores en las áreas fundamentales de género y sexualidad, reducción del estigma y la discriminación específicas para HSH/TG, y violencia basada en el género, así como los roles específicos, las responsabilidades, los cambios de nivel de los sistemas, y las habilidades individuales necesarias entre los proveedores de servicios para detectar la VBG. Se desarrolló un currículo de 30 horas con estos módulos y se piloteó en dos sesiones de capacitación con 56 proveedores provenientes de ocho clínicas en México. Posteriormente, se adaptó el currículo al contexto tailandés.

Lecciones aprendidas

Abordar la VBG entre HSH/TG en un ambiente de servicios de salud requiere abordar temas fundamentales en relación con la capacidad de los sistemas de salud de integrar la equidad de género y reducir el estigma y la discriminación. Las lecciones aprendidas en otros esfuerzos para abordar el género, la violencia basada en el género y reducir el estigma y discriminación relacionado con VIH en los sistemas de salud fueron invaluables. En cuanto a la evaluación de la capacitación, los proveedores de servicios reportaron que fue valiosa, que les permitió adquirir nuevos conocimientos y comprender temas relacionados con VBG, estigma y discriminación y VIH pertinentes para su desempeño diario en la clínica. El impacto inicial de la capacitación incluyó el compromiso de establecer cambios complementarios en los niveles de los sistemas de provisión y servicios, y en los sistemas de referencia con el fin de responder a la VBG entre HSH/TG.

Siguientes pasos

Después de que se implementó el proyecto piloto en tres clínicas en México, se llevará a cabo una evaluación final en junio de 2008.

* Categoría D4 - Violencia: con base en el género, en la estructura social y en la familia, resumen no. 14446.

Presentación oral

El Condomóvil: llevar información y prevención de VIH a las mujeres más vulnerables en México*

P. Pérez Maldonado, M. Solís Neri, S. Ramírez Guzmán, M. López Medina, B. López López, Y. Salazar Ortega
Colectivo Sol, D.F., México.

Temas

Debido al aumento de los casos de VIH entre mujeres mexicanas —se estima que hay 42,000 mujeres que viven con VIH (MVV)— es urgente que ellas prioricen la salud sexual y reproductiva y tengan acceso al conocimiento, las habilidades y las tecnologías necesarias para entender y prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El Condomóvil, una unidad de prevención creativa y divertida, es una respuesta exitosa.

Descripción

El proyecto capacitó a ocho promotoras de salud, incluyendo MVV, jóvenes y amas de casa. Se decoró un automóvil con imágenes y mensajes de prevención para mujeres. El Condomóvil viaja a través de municipios marginados con alta prevalencia de VIH entre las mujeres como: Ecatepec, Nezahualcóyotl y Chalco, visitando hospitales, escuelas y plazas públicas. Instalamos un *stand* de información y una carpa muy visibles y ofrecimos minitalleres participativos sobre ITS, VIH y uso del condón; mercadeo social de lubricantes y de condones femeninos y masculinos; talleres de prevención positiva; juegos educativos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos; información y acceso a anticoncepción de emergencia; debates facilitados después de la presentación de videos y teatro; asesoría individualizada sobre VIH, violencia, derechos humanos, etc.; referencias a servicios sociales públicos y organizaciones comunitarias. Entre septiembre y diciembre de 2007, el Condomóvil distribuyó 6,000 condones masculinos y 1,000 femeninos, asesoró a 50 MVV y a otras 300 mujeres, y trabajó en colaboración con 13 instituciones públicas.

Lecciones aprendidas

Establecer una presencia en lugares públicos donde las mujeres suelen acudir y ofrecer intervenciones de prevención creativas y facilitadas por pares es una estrategia efectiva para superar los obstáculos basados en el género, tales como la falta de tiempo, vergüenza al abordar el tema de la sexualidad, y acceso limitado a la educación y las tecnologías de prevención.

Pasos a seguir

Expandir las rutas del Condomóvil a espacios alternativos de reunión de mujeres, tales como los mercados, y a otros municipios que, debido a la distancia física y el estatus socioeconómico marginado, tienen acceso limitado a la educación y a los servicios públicos de salud.

* Categoría D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas, resumen no. 10256.

Oaxacalifornia. Migración transnacional y respuesta al VIH/SIDA en un grupo étnico zapoteca mexicano*

R. Leyva Flores[1], F. Quintino[2], X. Castañeda[3], G. F. Lemp[4], J. Ruiz[5], C. Magis[6]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, Morelos, México, [2]Universidad Autónoma Metropolitana, Ciencias Médicas y Biológicas, D.F., México, [3]University of California, Berkeley, Public Health School, Berkeley, Estados Unidos, [4]University of California, California HIV/AIDS Research Program, Oakland, Estados Unidos, [5]California Epidemiology Branch, HIV/AIDS Epidemiology, Sacramento, Estados Unidos, [6]Secretaría de Salud, CENSIDA, D. F., México.

Antecedentes

La migración transnacional de grupos étnicos muestra uno de los efectos de la globalización sobre la cultura, la economía y la salud locales. En la migración México-Estados Unidos sobresalen los mixtecos y zapotecas de Oaxaca que migran a California. Este proceso generó un espacio social transnacional llamado Oaxacalifornia, con la presencia de redes sociales que influyen sobre la respuesta a los contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Este trabajo analiza los comportamientos culturales relacionados con la sexualidad, el manejo de riesgo y la respuesta social a la prevención del VIH/SIDA.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo en 2003-2004 en Oaxaca y California. Se entrevistó a 22 representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de salud que trabajan en cuestiones de ITS/VIH/SIDA y la migración de grupos étnicos, así como a 31 hombres y mujeres parejas de migrantes zapotecos.

Resultados

Se identificaron comportamientos culturales diferenciados en Oaxaca y California. La percepción de riesgo del VIH/SIDA y el uso del condón son superiores en California. En Oaxaca, las mujeres de los migrantes, así como los doctores, relacionan las ITS y el SIDA con el regreso de quienes se han ido. Las organizaciones sociales zapotecas en California han incluido la prevención del VIH/SIDA y el acceso a los servicios de salud como estrategias prioritarias; sin embargo, sus acciones cubren más a las mujeres que a los hombres. Los servicios de salud en California ofrecen pruebas de VIH gratuitas, pero su uso se percibe como riesgo de deportación. En Oaxaca existen pocos servicios de salud sexual. En ninguno de los dos sitios existen traductores/intérpretes para los grupos étnicos.

Conclusiones

La identidad étnica ha permitido la consolidación de una red social de apoyo que aumenta la capacidad de respuesta a las necesidades sociales y de salud de los zapotecas. La prevención y el cuidado de las infecciones de VIH/SIDA se perciben como temas prioritarios que podrían afectar sus interacciones sociales y su identidad en los lugares de origen y de destino. Los procesos de globalización (migraciones) tienen efectos locales que modifican las relaciones sociales y la percepción de riesgo del VIH.

* Categoría D13 - Raza, racismo y etnicidad, resumen no. 7211.

El papel de la negociación política por parte de poblaciones clave en la reducción del estigma y la discriminación en México*

H. Pérez Vázquez, J.J. Hernández Chávez, L. Cedeño Peña, E. Arriaga Ramírez
Colectivo Sol, D.F., México.

Tema

El conservadurismo extremo que caracteriza a la región de El Bajío, en México, constituye una amenaza a la vida, la integridad física y los derechos humanos de poblaciones clave. Colectivo Sol identificó la necesidad de analizar los desafíos que plantean el estigma y la discriminación asociados con el VIH desde una perspectiva local, tomando en cuenta la experiencia de las poblaciones directamente afectadas en la región: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales, personas VIH positivas y personas transgénero.

Descripción

13 organizaciones no gubernamentales de nivel local se unieron para pugnar por la reducción del estigma y la discriminación asociados con el VIH y promover transformaciones en las políticas y los programas públicos. Para ello se asumió el principio de la mayor participación posible de personas que viven con VIH/SIDA. Entre 2005 y 2007, cada organización no gubernamental recibió capacitación y financiamiento semilla. Estos insumos favorecieron la participación directa de una mayor cantidad de personas integrantes de poblaciones clave y la apertura de espacios de diálogo con responsables de la toma de decisiones. En 2007 se celebraron tres foros regionales con poblaciones clave para compartir experiencias y definir conjuntamente necesidades y prioridades. Los participantes fueron 48 trabajadores sexuales, 30 hombres que tienen sexo con hombres y 42 personas VIH positivas. Los foros dieron como resultado tres agendas de negociación política para el posicionamiento público de los integrantes de las poblaciones clave como voceros y la presentación de sus demandas a través de los medios locales de comunicación. Esas agendas fueron presentadas posteriormente en un encuentro entre integrantes de poblaciones clave y 21 responsables locales y regionales de la elaboración de políticas.

Aprendizajes

En la sociedad civil mexicana es poco frecuente la consulta a los sectores afectados de la población. No obstante, ese tipo de consulta suele generar procesos de apropiación, legitimación y mayor participación de las poblaciones clave. Este tipo de consulta resulta particularmente eficaz para encarar problemas tan complejos como el del estigma asociado con el VIH y la negociación política.

Pasos a seguir

Las organizaciones no gubernamentales y las poblaciones clave que participaron en el proceso continúan sosteniendo encuentros con responsables de la toma de decisiones y participan en comités estatales de SIDA, lo que les permite posicionar sus demandas. Una de las primeras transformaciones logradas en el ámbito de las políticas públicas es la Ley contra la Discriminación del Estado de San Luis Potosí. Los modelos que combinan investigación comunitaria, apoyo técnico y financiero y negociación política por parte de poblaciones clave deberían expandirse en México.

* Categoría E3 - Defesoría y cabildeo por parte de la sociedad civil, las comunidades afectadas y las personas que viven con VIH/SIDA, resumen no. 7242.

Presentación oral

La documentación fotográfica de las vidas de mujeres VIH positivas incrementa el compromiso político para la prevención a favor de la población femenina de México*

R. Arechar Lara[1], M.L. González Barrios[2], H. Esquivel Cerda[3], M.M. Padilla Cornejo[4]

[1]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, A.C., Aguascalientes, México, [2]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, A.C., Ciudad Juárez, Chihuahua, México, [3]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, A.C., Monterrey, Nuevo León, México, [4]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, A.C, Estado de México, México.

Temas

Se estima que 42,000 mujeres mexicanas viven actualmente con VIH/SIDA. Las mujeres suelen tener una escasa percepción del riesgo y siguen creyendo que el matrimonio las protege del virus, a pesar de que la mayoría de las infecciones de mujeres se produce mediante el contacto con la pareja masculina estable.

Descripción

Empleando el modelo denominado "Promesa Comunitaria", que se basa en la evidencia y fue desarrollado por los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, en inglés), cuatro líderes nacionales de mujeres VIH positivas capacitaron a otras 40 mujeres VIH positivas o afectadas por la epidemia en Chihuahua, Monterrey, el Estado de México y Aguascalientes en temas relacionados con la sexualidad, el género, los derechos humanos, las infecciones de transmisión sexual —incluyendo el VIH—, fotografía y elaboración escrita de historias de vida. Posteriormente, el grupo organizó una exposición de fotografía en cada uno de los estados de origen de las mujeres y presentó otra durante el Congreso Nacional de SIDA celebrado en México en 2007. Estas exposiciones ofrecieron la oportunidad de incrementar los conocimientos de los responsables de la toma de decisiones y de acentuar la conciencia de los desafíos que enfrentan las mujeres VIH positivas. Como resultado, 15 responsables estatales de la toma de decisiones se comprometieron a instrumentar medidas de prevención primaria y secundaria a fin de contribuir a reducir la expansión de la epidemia entre las mujeres. Las exposiciones atrajeron también la atención de 500 mujeres de la población general, a quienes se les dio orientación sobre el cambio de comportamiento necesario para reducir el riesgo de infección por VIH, así como información sobre consejería y pruebas voluntarias (CPV).

Aprendizajes

Las exposiciones fotográficas constituyen una eficaz forma de difusión y contribuyen a promover el compromiso político de los responsables de la toma de decisiones. Ayudan también a aumentar la visibilidad de la epidemia entre las mujeres, a promover el cambio de comportamientos y el acceso a CPV. La capacitación y el proceso de reflexión sobre su vida contribuyeron a reducir el estigma introyectado y a desmontar ideas sobre la transmisión azarosa entre las mujeres VIH positivas que participaron en el proyecto, así como a mejorar su capacidad como agentes de cambio en la prevención primaria y secundaria en sus comunidades.

Pasos a seguir

Este modelo debería reproducirse en todos los estados del país a fin de conseguir que los responsables de la toma de decisiones se comprometan a instrumentar cambios que contribuyan a limitar la epidemia y a mejorar la calidad de vida de las mujeres que viven con VIH/SIDA.

* Categoría E3 - Defesoría y cabildeo por parte de la sociedad civil, las comunidades afectadas y las personas que viven con VIH/SIDA, resumen no. 3527.

Consolidación de la atención a mujeres VIH positivas en México*

H. Pérez Vázquez[1], R. Arechar Lara[2], H. Esquivel Cerda[3], T. Oliveros Camacho[4], M. Solis Neri[5], M.L. González Barrios[6], M. Padilla Cornejo[7]

[1]Colectivo Sol, D.F., México, [2]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, Aguascalientes, México, [3]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, Nuevo León, México, [4]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, Chiapas, México, [5]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, D.F., México, [6]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, Chihuahua, México, [7]Mexicanas Positivas Frente a la Vida, Estado de México, México.

Tema

En México, la respuesta de la sociedad civil, el gobierno y los donantes a las mujeres VIH positivas ha sido lenta y desarticulada. Un grupo de mujeres que viven con VIH/ SIDA tomó la decisión de articular sus esfuerzos para estructurar un liderazgo capaz de pugnar por una mejor respuesta a las mujeres mexicanas en el terreno de la prevención y la atención del VIH.

Descripción

El objetivo de este esfuerzo fue hacer visible y fortalecer el trabajo programático y político de defensa y promoción de la red Mexicanas Positivas Frente a la Vida. Para ello, se llevaron a cabo procesos de capacitación orientados a mejorar los conocimientos y las habilidades del grupo central de la red. Estos procesos se enfocaron en la planeación estratégica, el género, los derechos humanos, la negociación política, el diseño de proyectos y la información, educación y comunicación (IEC). Durante el proceso la red se vinculó con 39 organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA o temas de mujeres. La estrategia de negociación política incidió directamente en 22 responsables de la toma de decisiones y dio lugar a un mayor compromiso político, programas y asignaciones presupuestales. Por primera vez en México, las mujeres que viven con VIH/ SIDA se hicieron visibles en tanto grupo a través de cuatro conferencias de prensa ante representantes de medios estatales de comunicación. El resultado de esto fue que 56 medios de comunicación dieron cobertura a la problemática de las mujeres con VIH y promovieron a la red. Otros resultados de este trabajo de desarrollo de capacidades incluyen: un plan quinquenal estratégico con objetivos específicos en negociación política, visibilidad y comunicación. Se diseñaron cuatro proyectos que recibieron financiamiento, tres de ellos de nivel local y uno que abarca a toda la red. A finales de 2007, la red tenía 50 integrantes. Para febrero de 2008, ya eran 130 sus integrantes.

Aprendizajes

En el contexto de una epidemia que se concentra en la población de hombres que tienen sexo con hombres, pero que afecta a un número creciente de mujeres, la existencia de una red nacional de mujeres que viven con VIH/ SIDA resulta crucial para promover la inclusión de las necesidades femeninas en la respuesta nacional.

Pasos a seguir

Instrumentar el plan estratégico y dar seguimiento a los compromisos asumidos por los responsables de la toma de decisiones, en colaboración y comunicación permanente con las integrantes de la red.

* Categoría E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa, resumen no. 14222.

No sólo clientes: nuevas perspectivas sobre poder, sexo y VIH en la vida de las trabajadoras sexuales en Tijuana, México*

S. Choudhury Southard
UCLA School of Public Health, Community Health Sciences, Los Angeles, Estados Unidos.

Temas

La investigación que se centra exclusivamente en las relaciones entre trabajadoras sexuales (TSF) y sus clientes es esencialmente errónea porque no considera en su totalidad la situación en que viven las TSF e ignora la influencia de las disparidades de poder. Este proyecto se propone arrojar nueva luz en la investigación de salud sexual con TSF al examinar cómo el poder —presente en distintos aspectos de la vida de las trabajadoras sexuales de Tijuana, como en sus relaciones con padrotes/jefes, clientes, familia, parejas regulares y otros trabajadores sexuales— afecta su capacidad para protegerse del VIH.

Descripción

Esta ponencia presenta los resultados de la etapa formativa de un estudio cualitativo más amplio que analiza cómo las disparidades poder afectan la susceptibilidad de las TSF frente al VIH. La recolección de datos constó de una serie de grupos focales realizados entre mayo y junio de 2008 con TSF que trabajan actualmente en Tijuana, México. Los grupos focales fueron analizados utilizando un enfoque modificado de la teoría entrañada en los datos (*Grounded theory*).

Lecciones aprendidas

Los resultados de los grupos focales indican que las mujeres que trabajan en la industria del sexo en Tijuana entienden que el trabajo sexual puede disminuir su sentido como personas, pero también la decisión de trabajar en esta industria puede ser un símbolo de poder porque les permite apoyar a sus familias, especialmente a sus hijos. Además, ellas conocen la importancia del uso consistente del condón con los clientes, pero reconocen que el conocimiento a solas es insuficiente para promover su salud sexual. Existen otros factores como los incentivos económicos, el acceso a condones, la violencia, las relaciones con jefes y novios, que afectan la capacidad de estas mujeres para protegerse activamente.

Pasos a seguir

Los resultados de la etapa formativa se usarán para incorporar las voces de las trabajadoras sexuales en el desarrollo de futuras etapas del estudio. La siguiente fase del proyecto es un estudio entrañado en los datos que se vale de entrevistas a profundidad semiestructuradas. El estudio se propone comprender mejor cómo las dinámicas de poder, sexualidad, cultura y salud sexual se confluyen en la vida de las TSF en Tijuana.

* Categoría D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención, resumen no. THAD0102.

A. Biología y patogenésis del VIH

Resumen: 14740

A10 - Epidemiología molecular de la diversidad del VIH

Epidemiología molecular del VIH en México: una epidemia dominada por el clado B con baja prevalencia de resistencia primaria a fármacos.

D. Garrido-Rodríguez[1], S. Ávila-Ríos[1], J. Vázquez-Pérez[1], C.E. Ormsby[1], E. Espinosa[1], J. Andrade-Villanueva[2], I. Torres-Escobar[3], P. Méndez-Cardós[4], A. Armenta-Solís[5], G. Reyes-Terán[1]

[1]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro para la Investigación de Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México, [2]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Unidad de VIH/SIDA, Guadalajara, Jalisco, México, [3]Hospital General de Puebla, Servicio Especializado de Atención a VIH/SIDA, Puebla, Puebla, México, [4]Hospital General de Zona No. 53 Los Reyes, Medicina Interna, Chalco, Estado de México, México, [5]Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Medicina, Acapulco, Guerrero, México.

Antecedentes: En México se desconoce en gran medida la epidemiología del VIH. En consecuencia, diseñamos el primer estudio de epidemiología molecular, donde el método de muestreo permite obtener valores representativos a nivel nacional. Este estudio generará información sobre la diversidad del VIH y sobre la prevalencia de resistencia primaria a fármacos en el país.
Métodos: Presentamos resultados parciales de 283 individuos sin tratamiento antirretroviral previo VIH+ provenientes de 7 estados de la republica mexicana. Para cada estado participante, se calcularon tamaños de muestras para reflejar la incidencia proporcional de VIH en la región. Se obtuvieron secuencias de ARN polimerasa viral plasmático (ViroSeq, Celera Diagnostics), y se confirmaron mutaciones de resistencia a fármacos antirretrovirales empleando la Base de Datos de Fármacos contra el VIH de Stanford. Se determinó el subtipo VIH-1 con la Herramienta de Identificación de Subtipos REGA.
Resultados: Encontramos una prevalencia notoriamente elevada de los aislados del clado B con sólo 0.35% de recombinantes y otros subtipos observados. Esto demuestra un escenario notablemente diferente en diversidad viral en comparación con Sudamérica (por ejemplo, Argentina, Brasil y Chile con 56.6%, 27.2% y 22.5% de recombinantes/otros subtipos, respectivamente), e incluso en países colindantes, por ejemplo, Estados Unidos de América (1.3%). Descubrimos una prevalencia de resistencia primaria a fármacos de 5.9% (para cualquier familia de fármacos antirretrovirales). Las frecuencias de varias mutaciones de resistencia primaria a fármacos en nuestra cohorte se diferenciaron considerablemente de aquéllas informadas en la Base de Datos de Stanford (por ejemplo, K103R, V179E, G190A en RT; L33F en proteasa) ($p<0.01$). El análisis filogenético no mostró resultados confiables debido a la elevada similitud de secuencias virales en la cohorte.
Conclusiones: Pese a los complejos flujos migratorios, la epidemia de VIH en México tiene características únicas que presentan una epidemia altamente homogénea, dominada por el subtipo B del VIH-1. La prevalencia de resistencia primaria a fármacos en México fue baja en comparación con las prevalencias observadas en países industrializados. Asimismo, los patrones de mutaciones de resistencia a fármacos mostraron diferencias significativas con otras cohortes. Estudios filogenéticos en curso con el gen env proveerán información sobre la historia epidemiológica del VIH en México.

Resumen: 14070

A10 - Epidemiología molecular de la diversidad del VIH

Comparar los *software* RIP, REGA y SIMPLOT para definir la recombinación del VIH-1 en la población de México

M. Escoto-Delgadillo[1], L. Flores Romero[2], L. Gómez Flores-Ramos[2], B. M. Vázquez Torres[3], B. M. Torres Mendoza[4], E. Vázquez Valls[5]

[1]Instituto Mexicano del Seguro Social, CIBO, Guadalajara, México, [2]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Guadalajara, México, [3]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México, [4]Universidad de Guadalajara, Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México, [5]Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE de Especialidades, CMNO, Guadalajara, México.

Antecedentes: El VIH-1 es un retrovirus caracterizado por elevadas tasas de recombinación. El objetivo de este estudio fue comparar tres programas de análisis de recombinación en la población de México.
Métodos: Se secuenciaron con éxito 250 muestras con el kit Trugene VIH-1, y se alinearon las secuencias de consulta usando el *software* Clustal W de Mega 3.1. Se analizó el subtipo y la recombinación entre subtipos con los *software* de combinación RIP 3.0, REGA y SIMPLOT 3.5.1. Un total de 70% de los valores obtenidos, incluso más, fueron aceptables.
Resultados: Del total de los pacientes analizados por medio de las tres técnicas, 191 (88.84%) fueron de subtipo B y 24 (11.16%) fueron de recombinaciones entre subtipos mediante una o más técnicas. De ellos, sólo 2 (8.33%) fueron concordantes en todos los programas. El promedio de todos los métodos fue 96.43% para el subtipo B y 3.57% para las recombinaciones entre subtipos, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: RIP, 95.8% fueron de subtipo B y 4.2% fueron de recombinaciones entre subtipos. REGA mostró 97.2% del subtipo B y 2.8% de recombinaciones entre subtipos. Por último, para el programa SIMPLOT, el subtipo B y la recombinación entre subtipos fueron 96.3% y 3.7% respectivamente.

Conclusiones: En general, el porcentaje de recombinación entre subtipos es muy similar entre las tres técnicas, aunque existe una baja concordancia entre ellas. El programa REGA fue el más estricto al momento de evaluar las recombinaciones entre subtipos. Los programas REGA y RIP tienen secuencias preestablecidas, mientras que el programa SIMPLOT permite al usuario la incorporación de diferentes secuencias para mejorar el análisis. Además, es la técnica más empleada en todo el mundo para el análisis de recombinación. En nuestra experiencia, preferimos usar el programa SIMPLOT debido a su *software* de uso fácil y a su reproducibilidad.

Resumen: 5414

A14 - Diversidad del VIH y respuesta a ARV

El fármaco raltegravir posee una potencia antiviral *in vitro*, eficacia clínica y patrones de resistencia similares en el VIH-1 de subtipo B y VIH-1 de subtipo no B

R. Danovich[1], Y. Ke[2], H. Wan[3], B.-Y. Nguyen[4], H. Teppler[4], W. Schleif[5], D. Hazuda[6], M.D. Miller[1], los Grupos de Estudio BENCHMRK-1 y BENCHMRK-2

[1]Merck and Co., Antiviral Research, West Point, PA, Estados Unidos, [2]Merck and Co., Marketing - FC2-SH, Shanghai, China, [3]Merck and Co., BARDS, Upper Gwynedd, PA, Estados Unidos, [4]Merck and Co., ID/Vaccines, Upper Gwynedd, PA, Estados Unidos, [5]Merck and Co., Vaccines and Biologics Research, West Point, PA, Estados Unidos, [6]Merck and Co., GCSA USA, Upper Gwynedd, PA, Estados Unidos

Antecedentes: El fármaco raltegravir es el primer inhibidor de integrasa aprobado para tratar la infección de VIH-1. Los datos presentados en este estudio fueron recabados para determinar si los aislados de VIH-1 provenientes de diferentes subtipos tienen una susceptibilidad similar al raltegravir, y si las trayectorias de resistencia al raltegravir son similares en los virus de subtipo B y virus de subtipo no B.

Métodos: Se evaluó la actividad antiviral contra aislados de VIH-1 en estudios de replicación de múltiples ciclos de células mononucleares de sangre periférica (PBMC en inglés). Se determinaron secuencias de integrasa a partir de virus aislados en la situación inicial y tras alguna insuficiencia biológica para pacientes en el estudio BENCHMRK 1 o 2 que padecieron insuficiencia biológica mientras tomaban raltegravir y recibían terapia de base optimizada (OBT en inglés). El ARN viral plasmático fue transcrito de forma reversa, amplificado mediante PCR anidada y secuenciado con base en la población usando procedimientos estándar. Las secuencias de muestras obtenidas tras la insuficiencia biológica fueron comparadas con la secuencia de valor inicial obtenida del mismo paciente. La empresa Monogram Biosciences, Inc. determinó las designaciones de los subtipos.

Resultados: En estudios de cultivo celular, la potencia del fármaco raltegravir contra seis aislados de subtipo B y 10 aislados del virus de subtipo no B fue similar (Promedio+/-SD IC95 = 14+/-4 nM y 20+/-13 nM, respectivamente). En la semana 24 del tratamiento con raltegravir más OBT de los estudios BENCHMRK-1 y -2 combinados, la velocidad de respuesta de los pacientes infectados con virus de subtipo no B fue similar a la velocidad de respuesta de los pacientes infectados con virus subtipo B (31 de 38 pacientes [81.6%] y 309 de 403 pacientes [76.7%] con <400 copias/ml, respectivamente). En pacientes con virus del subtipo no B quienes suspendieron la administración de raltegravir, se observaron las mutaciones primarias N155H o Y143R. Estas trayectorias de resistencia al fármaco raltegravir son consistentes con aquéllas informadas anteriormente para los virus de subtipo B.

Conclusiones: El fármaco raltegravir tiene una actividad equiparable contra aislados de virus tipo B y virus subtipo no B, y no se han observado diferencias evidentes con respecto a las trayectorias de mutación de resistencia. Estos resultados sustentan el uso continuo de raltegravir en pacientes adecuados infectados con VIH-1 independiente del subtipo.

Resumen: 9700

A14 - Diversidad del VIH y respuesta a ARV

Incidencia creciente de infecciones no relacionadas con el clado B a lo largo de la frontera México-Estados Unidos

U.F. Bredeek, B. Williams

Special Immunology Associates, Tucson, Estados Unidos.

Antecedentes: En todo el mundo se ha observado una diversidad creciente de las cepas del VIH. La abrumadora mayoría de las infecciones en los Estados Unidos son causadas por cepas del clado B.

Métodos: A comienzos del año 2003, se clasificaron por genotipo infecciones del VIH recientemente diagnosticadas (VIH GenoSURETM, Labcorp). De forma prospectiva, se recabó información sobre la resistencia primaria y el subtipo (clado). El Rio Special Immunology Associates es la clínica especializada en VIH más grande del Sur de Arizona y la más grande en su tipo a lo largo de toda la frontera con México entre San Diego y El Paso.

Resultados: Entre los años 2003 y 2007, se observaron en la clínica 233 pacientes recientemente diagnosticados. De ellos, se clasificó por genotipo a 158 pacientes. Un total de 16 (10.1%) fue diagnosticado con infecciones no relacionadas con el clado-B

(NCB en inglés) (C:8, A:1, AG:1, BF:1, D:3, E:1, H:1). En pacientes con infección VIH diagnosticados antes del año 2003, la frecuencia global de infección no relacionada con el clado B fue 1.06%. La incidencia de infecciones no relacionadas con el clado B se incrementó de 0% en el año 2003 a 15% en el año 2007 (5 de 33). Un total de 5 de 16 pacientes (31%) no tuvo factores de riesgo evidentes hacia la infección no relacionada con el clado B y la pudieron haber adquirido a nivel local. La resistencia primaria a fármacos en general de las infecciones del clado B fue 13.2%, con la resistencia a inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés) siendo la más común. La mutación K103N fue la mutación más común detectada en 10/182 (5.5%) pacientes recientemente diagnosticados con VIH. La resistencia primaria a fármacos de cualquier clase disminuyó de 16% en 2003 a 6% en 2007.

Conclusiones: En una clínica especializada en VIH a lo largo de la frontera Estados Unidos-México, un número significativo de nuevas infecciones de VIH son causadas por cepas distintas a las cepas de VIH del clado B. La resistencia primaria a fármacos parece ser estable o declinante en esta cohorte.

Resumen: 14854

A14 - Diversidad de VIH y respuesta a ARV

Resistencia a antirretrovirales y diversidad de recombinantes inter-subtipos del VIH-1 en México

E. Vázquez Valls[1], M. Escoto Delgadillo[2], L. Gómez Flores-Ramos[3], B.M. Vázquez Torres[4], L. Flores Romero[3], B.M. TorresMendoza[5]

[1]Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE Especialidades, CMNO, Guadalajara, México, [2]Instituto Mexicano del Seguro Social, CIBO, Guadalajara, México, [3]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Guadalajara, México, [4]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México, [5]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Clínicas Médicas, Guadalajara, México.

Antecedentes: El propósito de este estudio fue describir las mutaciones de resistencia a fármacos y la resistencia a antirretrovirales encontradas en recombinantes inter-subtipo en la región occidental de México.

Métodos: Se llevó a cabo una evaluación de resistencia en muestras de plasma de 215 pacientes VIH positivos. Se realizó la secuenciación de ADN mediante el sistema de clasificación por genotipo Trugene VIH-1. Se obtuvieron datos sobre las mutaciones asociadas con resistencia a fármacos antirretrovirales usando el *software* Stanford (http://hivdb.stanford.edu). Se determinaron los subtipos y los recombinantes mediante los programas Mega 3.1 y Simplot 3.5.1 respectivamente. Se evaluó la historia clínica.

Resultados: De los pacientes, 115 fueron expuestos a tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés). Un total de 94.9% fueron del subtipo B y 5.1% fueron recombinaciones inter-subtipo. De ellos, el recombinante BD fue el de mayor prevalencia (3.7%), seguido por el recombinante BG (0.9%) y por el recombinante BF (0.5%). Recibió HAART 2.8% del recombinante BD, 0.5% del recombinante BG y 0.5% del recombinante BF. Las mutaciones más frecuentes en el recombinante BD fueron: M461 (1.4%), V82A, 184V y L90M (0.9%) en la proteasa y, M41L, L210W y T215Y (1.4%), F77L (0.9%) en la retrotranscriptasa. Para el recombinante BG, sólo se encontraron las siguientes mutaciones en la retrotranscriptasa: E138D, Y181C y M184V (0.5%). Por último, para el recombinante BF, no se encontraron mutaciones de relevancia. Detectamos resistencia a fármacos únicamente en el inter-subtipo del recombinante BD a NFV, DLV y NVP (1.4%); ATV, FPV, SQV, AZT, D4T y DDI (0.9%); y en el recombinante BG a 3TC, FTC, DLV y NVP (0.5%). No hubo diferencias estadísticas entre la frecuencia de mutaciones y la resistencia a fármacos entre las recombinaciones de subtipo B e inter-subtipo $p<0.05$.

Conclusiones: La recombinación inter-subtipo del recombinante BD presentó el índice más elevado de mutaciones de resistencia a fármacos a 9 antirretrovirales, seguido por el recombinante BG a 4 antirretrovirales y por el recombinante BF sin mutaciones. Estos resultados deberían ser relacionados con la baja prevalencia de recombinaciones inter-subtipo en México, lo que hace necesario incrementar la muestra

Resumen: 13804

A15 - Genética del hospedero y evolución del VIH

Evolución del VIH en una cohorte de México: impacto de los genes HLA clase I

S. Ávila-Ríos, H. Valenzuela-Ponce, D. Garrido-Rodríguez, J. Blanco-Heredia, C.E. Ormsby, E. Espinosa, G. Reyes Terán

Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Estudios anteriores han sugerido que la presión selectiva del linfocito T citotóxico (CTL, en inglés) está fuertemente dirigida a la evolución del VIH a nivel poblacional. Dado que las respuestas del CTL son definidas y restringidas por los genes HLA clase I, podrían existir patrones únicos de evolución del VIH en distintas poblaciones, dependiendo de las distribuciones de frecuencia del alelo de antígenos de histocompatibilidad (HLA, en inglés).

Métodos: Presentamos resultados parciales de un estudio en una cohorte infectada con clado B de 280 pacientes mexicanos sin tratamiento previo. Se clasificaron por tipo los genes A, B y

C de HLA clase I mediante SSP-PCR y se obtuvieron secuencias del gen VIH Pol a partir de virus libres en el plasma y a partir de virus integrado en células mononucleares circulantes. Se realizó una búsqueda de asociaciones del polimorfismo HLA-VIH usando pruebas exactas de Fisher corregidas por valores q de Storey.

Resultados: Tras la corrección de múltiples comparaciones, 16 asociaciones de polimorfismo HLA-VIH permanecieron significativas; cinco de estas asociaciones no habían sido informadas en estudios anteriores, lo que posiblemente representa características únicas de la evolución del VIH en nuestra cohorte. Asimismo, la mayoría de las asociaciones observadas fueron predichas mediante mapas de epítopes confirmados, herramientas de búsqueda de entidades de epítopes y/o modelos matemáticos de selección. Cada paciente tuvo en promedio 1.73 polimorfismos detectados sólo en la transcriptasa reversa pro-viral y 1.07 polimorfismos detectados sólo en la transcriptasa reversa plasmática ($p<0.001$). Estas proporciones en la proteasa fueron 0.68 y 0.67, respectivamente. La presencia de algunos alelos HLA estuvo significativamente asociada con las proporciones de polimorfismo pro-viral/plasma mayores (por ejemplo, Cw01) y menores (por ejemplo, A24, A29, Cw04). Asimismo, las posiciones de los grupos de portadores específicos fueron significativamente más polimórficas, ya sea en las secuencias pro-virales o en las secuencias virales plasmáticas.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que los antecedentes genéticos únicos pueden originar la evolución del VIH en una dirección particular en diferentes poblaciones infectadas con VIH, lo que podría considerarse en estrategias de control. También mostramos que los alelos HLA específicos pueden tener un impacto mayor sobre la evolución del VIH, seleccionando mutaciones que están fijas en virus replicativamente competentes mientras que otros seleccionan mutaciones que se revierten y permanecen almacenadas en el depósito viral.

Resumen: 14627

A16 - Modelos animales y celulares de la patogénesis del VIH

Morfología y funcionalidad heterogéneas de sincitios en la fusión célula-célula dependiente del gen Env del VIH-1

N. A. López Balderas, L. Huerta, C. Larralde, E. Lamoyi

Instituto de Investigaciones Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Inmunología, Distrito Federal, México.

La expresión de la glucoproteína de envoltura (Env) del virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) sobre las superficies de células infectadas les permite unirse y fusionarse con células CD4+ T circundantes no infectadas para formas sincitios. La detección de virus inductor de sincitios en la circulación de pacientes infectados con VIH se asocia con un índice incrementado de eliminación de CD4+ linfocitos y con la progresión hacia el SIDA. Por lo tanto, la fusión célula-célula puede tener una función patógena importante *in vivo*. Hemos desarrollado un ensayo de fusión para el estudio cuantitativo de la fusión entre las células Env + con las células CD4+ Jurkat. Este método combina la citometría de flujo y la transferencia resonante de energía de fluorescencia para la cuantificación exacta y objetiva de una duración de células fusionadas y no fusionadas durante la formación de sincitios. Hemos aplicado esta metodología para estudiar la dinámica de la población celular durante la fusión celular y para el análisis de la diversidad y funcionalidad de los sincitios. Encontramos diferencias importantes en el número, tamaño y granularidad, así como en la composición celular promedio de sincitios, lo que depende del tiempo de co-cultivo y de las proporciones iniciales de patrones de fusión. Además, encontramos que 20% de los sincitios eran capaces de responder a estímulos mitógenos, determinados por la expresión de la síntesis CD25 y IL-2. Estos resultados demuestran que los sincitios reclutaron células CD4+ y podrían tener una función importante en la eliminación de estas células. Además, podrían activarse y participar en la activación de células circundantes. Estas observaciones sustentan la hipótesis de que los sincitios pueden tener un impacto considerable en su microambiente. Con el apoyo de CONACYT, México, Grant 61425, Universidad Nacional Autónoma de México, PAPITT Grants: IN229307

Resumen: 13343

A19 - Factores genéticos del hospedero de patogénesis

Genotipo CCR5Δ32 en personas infectadas con VIH-1 y personas no infectas pero expuestas a VIH-1 en Yucatán, México

L. Vera[1], K. Carmen[2], N. Valadez[2]

[1]Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones Regionales Dr Hideyo Noguchi, Mérida Yucatán, México, [2]Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida Yucatán, México.

Antecedentes: Se ha informado que la deleción homocigota de 32 pares de bases (Δ32/Δ32) del gen CCR5 confiere cierta resistencia contra la infección del VIH, mientras que el genotipo heterocigótico ha sido asociado con una baja progresión de la enfermedad.

Métodos: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia del genotipo CCR5Δ32 en personas infectadas con VIH-1 y personas no infectas pero expuestas a VIH-1 en Yucatán, México. Se analizaron 101 muestras de las cuales 50 corresponden a personas infectadas con el VIH-1 (grupo 1) y 51 corresponden a personas no infectas, seronegativas pero expuestas a VIH-1 (grupo 2). El grupo 1 fue subdividido de acuerdo con la progresión clínica. Se identificaron los genotipos mediante PCR a partir de ADN extraído de sangre periférica con cebadores: CCR5 R y CCR5 F que amplifican un fragmento 184 pares de bases.

Resultados: En el grupo 1, 22 % correspondieron al genotipo w/Δ32 y 78 % fueron w/w. Del grupo 2 (personas no infectas pero expuestas), 13.8 % fueron w/Δ32, 3.9 % Δ32 /Δ 32 y 82.4 % w/w. De acuerdo con la progresión clínica en el grupo 1, observamos el genotipo heterocigótico en 5/37 progresores normales, en 3/10 progresores lentos y en 3/3 no progresores.

Conclusiones: Se encontró el genotipo heterocigótico w/Δ32 en 22% de personas infectadas con VIH y en 13.8 % personas no infectas pero expuestas a VIH. Se observó el genotipo heterocigótico w/Δ32 en 100% de los no progresores, lo que sustentan su participación en la progresión clínica en este grupo.

Resumen: 9701

A19 - Factores genéticos del hospedero de patogénesis

Frecuencia de alelos HLA clase 1 en población mestiza VIH-1 seropositiva en el Norte de México

F. C. López-Marquez[1], V. Martinez-Ordaz[2], R. Argüello-Astorga[1], D. Middleton[3], M. J. Vaquera[4], E. Burgos-Cordova[1], G. Ocampo-Gómez[1], E. García-Ortiz[5]

[1]Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Coahuila, Centro de Investigación Biomédica, Torreón, México, [2]Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Medical Unit Specialty High, 71, Torreón, México, [3]City Hospital, Regional Histocompatibility and Immunogenetics Laboratory, Belfast, Irlanda, [4]Secretaría de Salud, Hospital General de Torreón, Torreón, México, [5]Instituto Mexicano del Seguro Social, División Genética, Centro de Inestigación Biomédica CMNO, Guadalajara, México.

Antecedentes: Las poblaciones mexicanas muestran un mosaico variable de grupos étnicos a lo largo del país. Las descripciones del perfil de HLA en poblaciones VIH-1 seropositivas son una preocupación importante dada la asociación entre genotipos de HLA y la progresión al SIDA. Este estudio analiza alelos HLA clase 1 en una muestra seleccionada de individuos VIH-1 seropositivos.

Métodos: En un análisis transversal, 59 individuos adultos VIH-1 seropositivos tratados con antirretrovirales (ARV) fueron entrevistados en el servicio de infectología del Hospital General de Torreón, México. Todos ellos dieron su consentimiento informado para obtener ADN genómico. Se amplificaron los genes HLA-A y -B mediante PCR y se identificaron los alelos mediante secuenciación directa. Se empleó el *software* STATA 0.9 para realizar la estadística descriptiva en los resultados.

Resultados: La edad promedio fue de 36.11 años, 76% eran hombres y 24% mujeres. La vía de transmisión fue 97% por contacto sexual, 3% por contacto sexual y usuarios de drogas inyectables (UDI). 29% eran seropositivos y 71% estaban en fase de SIDA. En total, 56% se encontraba en tratamiento con antirretrovirales e inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (ARV-NNRTI, en inglés), 98% bajo tratamiento con inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés) y 39% con inhibidores de proteasa (PI, en inglés). En total, 45.76% mostró alelos HLA-A de progresión rápida, 18.64% alelos de progresión lenta y 6.8% ambos tipos de alelos. 49% mostró alelos HLA-B de progresión lenta, 30.51% alelos de progresión rápida, 8% al menos 2 alelos de progresión lenta y 12% mostraron ambos tipos de alelos (ver Tabla 1).

Conclusiones: Nuestros datos preliminares sugieren que 50% de la muestra analizada mostró alelos de progresión rápida para HLA-A y alelos de progresión lenta en HLA-B, generando una situación interesante en nuestra población; es importante incrementar el tamaño de la muestra para analizarla progresión hacia el SIDA en subgrupos y corroborar aún más si el valor de predicción de alelos HLA es útil es nuestra población.

Tabla 1

HLA-A	01♦(3.39)	02◊(35.59)	11♦(5.08)	23♦(5.08)	24♦(27.12)	26◊(11.86)	29♦(6.78)	32◊(6.78)
HLA-B	08♦(5.08)	14◊(16.94)	18◊(5.08)	27◊(1.69)	35♦(27.12)	44◊(15.25)	51◊(11.86)	57◊(15.25)
♦ progresión rápida	◊ progresión lenta							

Resumen: 12281

A19 - Factores genéticos del hospedero en la patogénesis

Identificación de los polimorfismos CCR5Δ32 y T303A del gen CCR5 en poblaciones maya y mestiza de Yucatán, México

N.R. Pavia, I. Quintal, N. Valadez, R.A. Góngora, L.G. Salomón, D. Lara

Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones Regionales "Dr Hideyo Noguchi", Mérida, México.

Antecedentes: Entre los polimorfismos CCR5, los especímenes CCR5Δ32, T303A y 893delC causan la terminación prematura de la traducción. El polimorfismo CCR5Δ32 ha sido asociado con el cáncer, diabetes, infección por VIH y la progresión del SIDA. El polimorfismo T303A ha sido asociado con la susceptibilidad a la infección por VIH. La frecuencia de estos polimorfismos fluctúa con respecto al grupo étnico y grupo poblacional estudiado. Se desconoce la frecuencia de estos polimorfismos en las poblaciones maya y mestizas de Yucatán, México.

Métodos: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de los polimorfismos CCR5Δ3 y T303A del gen CCR5 en poblaciones maya y mestizas de Yucatán, México. Analizamos 280 muestras, 140 de población maya y 140 de población mestiza. Se identificaron los genotipos mediante PCR a partir de ADN extraído de sangre periférica con cebadores: CCR5 R y CCR5 F para CCR5Δ32 y F2 - R2 para T303A.

Resultados: Genotipo hemicigótico de CCR5w/CCR5. Se encontró Δ32 en 9.28% de la población maya y en 0.72% de la población mestiza, las muestras restantes fueron de genotipo tipo silvestre. Para el polimorfismo T303A, se encontró el genotipo hemicigótico en 5% de la población mestiza y el genotipo tipo silvestre estuvo presente en el 100% de la población maya y en 95% de la población mestiza.

Conclusiones: El polimorfismo CCR5Δ32 está presente en la población maya y la población mestiza de Yucatán. Se encontró el polimorfismo T303A de gene CCR5 sólo en la población mestiza de Yucatán.

Resumen: 3110

A22 - Factores virales y factores de los hospedero en no progresores a largo plazo

Caracterización longitudinal de un VIH deficiente de Nef-LTR en un no progresor a largo plazo

J.A. Vázquez-Pérez, S. Ávila-Ríos, K.J. Torres, E. Sevilla-Reyes, G. Reyes-Terán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Varios mecanismos han sido asociados con la falta de progresión en la enfermedad de VIH, incluyendo factores inmunológicos, genéticos y virológicos. Pocos informes han descrito infecciones con cepas atenuadas de VIH en algunos no progresores a largo plazo, como por ejemplo, un trabajo en Syndey Blood Bank Cohort, que caracteriza seis individuos infectados por un VIH deficiente de nef-LTR a través de una transfusión sanguínea. Un abordaje posterior de la importancia de este tipo de mecanismos virológicos en la atenuación del VIH podría llevar al desarrollo de estrategias para reducir la virulencia del VIH.

Métodos: Caracterizamos un virus deficiente de Nef en un no progresor a largo plazo (LTNP, en inglés) mexicano tras 8 años de infección (sistemáticamente conteos de células CD4 + T > 500 células/ul y cargas virales <3000 copias/ml). Se amplificó la región nef-LTR a partir de ARN viral y ADN genómico de células sanguíneas mononucleares periféricas (PBMC, en inglés) mediante PCR anidada. Las secuencias de nucleótidos de productos de PCR y clones independientes fueron secuenciadas, alineadas y analizadas con Clustal X y MEGA 4.0. Se descartaron otros factores asociados con la no progresión, por ejemplo, la eliminación de CCR5Δ32 o alelos HLA protectores.

Resultados: Un análisis que abarcó un periodo de infección de ocho años demostró una pérdida progresiva de la secuencia Nef desde las secuencias tempranas (432 nucleótidos) vs las secuencias estudiadas más recientes (363 nucleótidos). No se predijo que alguno de estos virus se tradujera a una proteína Nef completa, ya que variedad de eliminaciones alrededor del aminoácido 75 introdujo codones de terminación en fase en las posiciones de aminoácidos 81 o 116. Ninguno de los virus presentó una región PXXP completa, lo que ha demostrado ser esencial para diversas funciones de Nef. Además se observaron eliminaciones en ambos sitios de unión del Factor Nuclear de Células T Activadas (NFAT, en inglés).

Conclusiones: Nuestros estudios confirman la importancia del gene Nef en la patogénesis del VIH y sustentan observaciones anteriores en cuanto a la contribución de eliminaciones del gen Nef a la no progresión.

Resumen: 5358

A25 - Mecanismo de la disfunción inmunológica

PD-1 sirve como un marcado de la disfunción inmunológica en individuos VIH+ con cargas virales controladas, pero no en el VIH+ con cargas virales más elevadas y una inmunodeficiencia considerable

M.C. Iglesias Chiesa, N.G. Hernández Álvarez, A. Cruz Lagunas, C. Nouzé, M. Patlán, C.E. Ormsby Jenkins, G. Reyes Terán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, México D.F., México.

Antecedentes: La disfunción de las células T CD8+ específicas es una característica importante de la infección por VIH. Hallazgos recientes han mostrado que la molécula co-inhibidora PD-1 media parcialmente este defecto. La expresión PD-1 en las células T CD8+ se asocia con una proliferación disminuida, con la secreción de citocinas, y con una mayor sensibilidad a apoptosis. Sin embargo, poco se ha informado sobre el impacto de la expresión de la molécula PD-12 sobre la función citotóxica de las células T CD8+, una de sus funciones más importantes. Cuantificamos la expresión de perforina como un indicador de la función citotóxica sobre las células T PD-1+CD8+ en diferentes grupos de pacientes infectados por VIH.

Métodos: Se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica (PBMC, en inglés) criopreservadas de controladores VIH+ (CT; VL<10,000 copias/ml células T CD4+ >500 células/µl), progresores típicos VIH+ (TP; VL>10,000 copias/ml y células T CD4+ <500 células/µl) y controladores (HC, en inglés) no contagiados por VIH. Usamos citometría de flujo para analizar la expresión de PD-1 y perforina en las células T CD8+ dejadas sin estímulo o tras una estimulación de 12 horas con Staphylococcus aureus enterotoxina B (SEB, en inglés) o con un grupo de péptidos de 15-mer que abarcan la proteína Gap.

Resultados: Se encontró un porcentaje inferior de las células T perforina+CD8+ en TP al compararlos con CT (ya sea sin estimulo p=0.006; SEB p=0.017 o en células estimuladas con Gap p=0.017), mientras que el porcentaje de células T PD-1-+CD8+ fue mayor en TP, pero la diferencia no alcanzó una significación estadística. Análisis más detallados mostraron que en las células estimuladas con Gap de células TP, PD-1+ y células T PD-1-CD8+ no difirieron en su capacidad de expresar perforina. Sin embargo, la expresión de perforina en CT fue inferior en células T PD-1+CD8+ al momento de compararlas con las células T PD-1+CD8+ (p=0.043).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la molécula PD-1 funciona con un marcador de la deficiencia citotóxica en las células T CD8+ específicas del VIH en controladores de VIH, pero no en individuos con una inmunodeficiencia más avanzada. Se están realizando más experimentos para explicar la importancia de PD-1 como marcador de la disfunción citotóxica en diferentes estadios de la infección.

Resumen: 14187

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Prevalencia de mutaciones asociadas con la resistencia en niños mexicanos infectados por VIH tras múltiple fracaso con ARV

M.L. Cabrera Ruíz[1], N. Pavia-Ruz[2], L. Xochihua-Diaz[1], P. Villalobos-Acosta[2], R. Rodríguez-Díaz[3], L. Fuentes-Romero[3], R. Muñoz-Hernández[4], L. Soto-Ramírez[3]

[1]Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de VIH/SIDA, Ciudad de México, México, [2]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México, [3]Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, Unidad de Virología Molecular, Ciudad de México, México, [4]Universidad Nacional Autónoma de México, Clínicas de Atención a Niños con VIH, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El tratamiento con antirretrovirales (ARV) en niños se asocia con menor frecuencia con carga viral no detectable que en los adultos, y podría estar relacionado con una mayor acumulación de mutaciones asociadas con la resistencia (RAM, en inglés). Sin embargo, se cuentan con muy pocos datos sobre la frecuencia de RAM en los niños, en especial en países en desarrollo. Nuestro objetivo fue describir las RAM más frecuentes en niños que recibieron dos o más combinaciones de ARV provenientes de tres centros de cuidado terciario en la ciudad de México.

Métodos: Partiendo de todas las pruebas de resistencia genotípica enviadas a nuestro laboratorio de referencia de tres clínicas pediátricas especializadas en SIDA en la ciudad de México, incluimos 27 niños que habían recibido al menos dos combinaciones de ARV. Informamos la prevalencia de las RAM individuales de acuerdo con las pruebas genotípicas (Viroseq 2.0, Celera Diagnostics).

Resultados: Incluimos los resultados de 27 niños (14 hombres y 13 mujeres) con una edad promedio de 9.8 años (2-17), quienes tuvieron falla a dos (10/37%); tres (6/22.2%); y más de tres (11/40.7%). El promedio de duración del tratamiento con ARV fue 7.19 años (1 a 12.8). Todos los pacientes recibieron inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés), 26 inhibidores de proteasa (PI, en inglés) y 14 inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés). Las RAM más frecuentes fueron: NRTI: M184V (77.8%), M41L (70.3%), K70R y T215Y (37%), L210W y D67N (33.3%) y T215F y K219Q (26%). NNRTI: K103N y A98G (18.5%),

V108I, Y181C y G190A (11.1%) y Y181V (7.4%). PI: I54V (44.4%), M46I (37%), V82A (33.3%), L90M (22%), D30N (11%) y V32I, I47A, V82F, I50V e I84V (7.4%).
Conclusiones: Como resultado del uso de tratamientos ARV con respuesta virológica incompleta, la acumulación de mutaciones en los niños es alta para las tres principales clases de fármacos. Esta frecuencia es mayor que en adultos para NRTI y PI, pero para no para NNRT, dado que los fármacos de este grupo no se usan de manera secuencial ni durante periodos prolongados. Debemos aspirar a mejores respuestas virológicas en los niños con el fin de evitar la acumulación de RAM y las limitaciones de secuenciación.

Resumen: 11953

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Perfil de resistencia a fármacos antirretrovirales entre niños mexicanos infectados con VIH

R. Barrero-Barreto[1], R. Rodríguez-Díaz[2], R. Muñoz-Hernandez[3], P. Villalobos-Acosta[1], L. Fuentes-Romero[2], L.E. Soto-Ramírez[2], N. Pavia-Ruz[4]

[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas. Clínica de Niños con VIH, México D.F., México, [2]Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, Virología Molecular, México D.F., México, [3]Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, México D.F., México, [4]Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Clínicas de Atención a Niños con VIH, México D.F., México.

Antecedentes: El tratamiento contra la infección de VIH en pacientes pediátricos es una tarea desafiante. El surgimiento de mutaciones del VIH-1 que confieren resistencia a fármacos antirretrovirales (ARV) ha sido señalado como la principal causa del fracaso terapéutico y limita las opciones uso de fármacos eficaces empleados como un tratamiento de rescate. La transmisión vertical y horizontal de estas mutaciones es la principal preocupación al momento de realizar estrategias de control del SIDA. Comprender el desarrollo de resistencia es un componente clave de un tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) exitoso en estos niños.
El objetivo de nuestro estudio fue analizar la frecuencia de mutaciones asociada a la resistencia a fármacos contra el VIH en una población de niños infectados con VIH en la Ciudad de México.
Métodos: Los pacientes pediátricos infectados con VIH-1 mediante transmisión vertical que recibieron atención en dos clínicas especializadas en SIDA en la Ciudad de México durante un periodo de un año fueron incluidos y clasificados en dos grupos: pacientes sin tratamiento previo y pacientes que presentaron fracaso terapéutico antirretroviral. Con el fin de identificar mutaciones asociadas con la resistencia, se llevó a cabo una secuenciación del gen VIH Pol (Viroseq 2.0, Celera Diagnostics).
Resultados: Se incluyeron 49 pacientes: 25 en el grupo de fracaso terapéutico (edad promedio 10.9 años, 28% con inmunosupresión severa, y 48% en etapa clínica C) y 24 individuos sin tratamiento previo (50.1 meses, 58% con inmunosupresión severa). Todos los pacientes en el grupo de fracaso terapéutico habían recibido fármacos a base de inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés) y fármacos a base de inhibidores de proteasa (IP, en inglés), sólo nueve habían recibido fármacos a base de inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés). Entre los 25 pacientes del grupo de fracaso terapéutico, 18 (72%) tuvieron mutaciones asociadas con NRTI, seis (24%) tuvieron mutaciones asociadas con NNRTI y 15 (60%) presentaron mutaciones asociadas con PI. En el grupo sin tratamiento antirretroviral previo no se detectaron mutaciones.
Conclusión: Éste es el primer informe que describe el perfil de resistencia a ARV entre niños infectados con VIH en México. Un estudio prospectivo más amplio proveerá evidencia adicional sobre la evolución del perfil de resistencia a ARV y ayudará al tratamiento ARV personalizado, en especial en pacientes con fracaso terapéutico.

Resumen: 13134

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Mutaciones relacionadas con la resistencia a darunavir en pacientes mexicanos

R.A. Rodríguez-Díaz, L.L. Fuentes-Romero, E.I. Vidal-Laurencio, M. Hernández-Flores, L.E. Soto-Ramírez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, México.

Antecedentes: Darunavir (DRV) ha demostrado actividad contra cepas con múltiples mutaciones de inhibidores de proteasa (PI, en inglés) secundarias y primarias. Se ha descubierto que 11 mutaciones relacionadas con la resistencia (RAM, en inglés) en diez posiciones de la proteasa (V11I, V32I, I47V, I50V, I54L/M, G73S, L76V, I84V y L89V) están relacionadas con la resistencia a DRV. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la prevalencia de mutaciones relacionadas con la resistencia a DRV en pacientes con múltiples experiencias de ARV.
Métodos: Analizamos 721 secuencias de proteasa de VIH-1 (sistema Viroseq 2.0, Celera Diagnostics) provenientes de un centro de referencia en la Ciudad de México con un tratamiento ARV e historia de seguimiento y ausencia de al menos tres combinaciones de tratamiento antirretroviral altamente activo

(HAART, en inglés) usando el algoritmo Stanford. Consideramos resistencia al DRV al encontrar alguna resistencia intermedia o alta.

Resultados: Encontramos 123 casos con una historia completa de ARV y criterios de inclusión de marzo de 2003 a septiembre de 2007. De éstos, se halló sólo un paciente con resistencia de nivel elevado (HLR, en inglés) a DRV y 32 pacientes con resistencia intermedia (IR, en inglés). La secuencia con HLR tuvo 3 mutaciones PI y pertenecieron a un paciente con 5 combinaciones de ARV y uso previo de 5 PI. Aquéllos con IR tuvieron de 1 a 4 mutaciones siendo las más comunes I84V 17/32 (53.1%), L33F 16/32 (50%), L76V 8/32 (25%), G73S 7/32 (21.8%), V32I/I54L (12.5%), I47V/L89V (9.3%), V11I (6.2%) y I50V (3.1%), con un promedio de 3.2 PI. Existe una diferencia estadística entre el número de ARV empleados en pacientes con evidencia de resistencia vs sin resistencia (promedio 3.2 vs. 2.6 p=0.019), mientras que no se encontró diferencia significativa alguna en el tiempo total en el tratamiento con PI.

Conclusiones: Pese a la falta de uso de DRV durante el periodo de estudio en nuestro país, encontramos que 27.6 % de los pacientes con tres o más combinaciones de HAART mostraron resistencia significativa al DRV. Este efecto se debe principalmente a la acumulación de mutaciones específicas, por ejemplo, I84V, L76V y L33F, que pueden haber estado relacionadas con un cambio significativo prácticamente doble en estudios fenotípicos. La baja prevalencia de I50V probablemente esté relacionada con el uso poco frecuente de APV/FAPV (8.1%).

Resumen: 14216

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Prevalencia de mutaciones de resistencia en México: alta prevalencia de resistencia a NNRTI en la región central

C.E. Ormsby[1], D. Garrido-Rodríguez[1], J. Andrade-Villanueva[2], S. Ávila-Ríos[1], A. Armenta-Solís[3], I. Torres-Escobar[4], P. Méndez-Cardós[5], G. Reyes-Terán[1]

[1]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro para la Investigación de Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México, [2]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Unidad de VIH/SIDA, Guadalajara, Jalisco, México, [3]Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Medicina, Acapulco, Guerrero, México, [4]Hospital General de Puebla, Servicio Especializado de Atención a VIH/SIDA, Puebla, Puebla, México, [5]Hospital General de Zona No. 53 Los Reyes, Medicina Interna, Chalco, Estado de México, México.

Antecedentes: En todas las poblaciones que han empleado intensamente la terapia antirretroviral ha ido apareciendo VIH con resistencia primaria a fármacos. Conocer la frecuencia y naturaleza de las principales cepas con resistencia primaria actuales en todas las poblaciones es una preocupación de salud importante.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio prospectivo para medir las mutaciones de virus alojados en pacientes sin tratamiento previo que recibieran atención en dos grandes hospitales de referencia y en algunas clínicas locales especializadas en VIH en la región central y oeste de México. Se determinó la resistencia usando el algoritmo de Base de Datos de Fármacos Stanford y datos de prevalencia.

Resultados: El estudio incluyó a 382 pacientes (75.2% varones) que tenían una mediana de carga viral de 5.0, una mediana del conteo de células CD4+ de 213, y una mediana de edad de 32.8 años al momento de realizar la determinación del genotipo. La cohorte incluyó pacientes infectados en fecha tan reciente como cuatro meses y hasta 20 años (mediana 2.0) anteriores a la fecha de análisis. Encontramos que hubo una resistencia significativamente mayor (p<0.0001) a inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés) (5.7% de los pacientes) que a los inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés) (0.8%), principalmente debido a la presencia de las mutaciones K103RT y V179DEI. La prevalencia de estas mutaciones fue significativamente mayor (p<0.001) en esta cohorte que la prevalencia informada en la Base de Datos de Fármacos Stanford. La mutación V179DEI fue significativamente más prevalente (p<0.005) en el estado central de Puebla que en el resto de los otros estados incluidos en el estudio. Las mutaciones de resistencia para PI fueron insignificantes en la cohorte.

Conclusiones: En la región central de México, existe una elevada prevalencia de resistencia primaria a NNRTI, lo cual aún no se ha explicado satisfactoriamente por medios biológicos o inmunológicos, o por la calidad del tratamiento y el apego al mismo.

Resumen: 14652

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Mutaciones de multiresistencia asociada con el uso de inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos/nucleótidos en la región oeste de México

B.M. Torres Mendoza[1], M. Escoto-Degadillo[2], B.M. Vázquez-Torres[3], L. Gómez Flores-Ramos[4], L. Flores Romero[4], E. Vázquez-Valls[5]

[1]Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Depto. Clínicas Médicas, Guadalajara, México, [2]Instituto Mexicano del Seguro Social, CIBO, Guadalajara, México, [3]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Guadalajara, México, [4]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Guadalajara, México, [5]Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE de Especialidades, CMNO, Guadalajara, México.

Antecedentes: La transcriptasa reversa es el objetivo principal de una intervención antirretroviral y las mutaciones de análogos de timidina (TAM, en inglés) son la principal fuente de resistencia a múltiples NRTI. El objetivo fue asociar la frecuencia de TAM con NRTI utilizados en pacientes con VIH/SIDA provenientes de la región oeste de México.
Métodos: Durante los años 2002 y 2004 se sometieron a estudio 92 pacientes con VIH/SIDA provenientes de cuatro centros médicos, ≥18 años de edad, terapia antirretroviral (ARV) ≥1 año, carga viral ≥5000 copias/mL y conteo CD4 ≤500 células/µl. Se secuenció el gen RT (37-248 codones) usando el Equipo para Determinación de Genotipo TruGene HIV-1. Se obtuvo la resistencia a antirretrovirales usando el *software* Stanford (http://hivdb.stanford.edu). Se asociaron las TAM con resistencia medicamentosa a: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3tC), Zalcitabina (ddC), Didanosina (ddI), Stavudina (d4T), Abacavir (ABC), usando las razones de posibilidades (OR, en inglés) con un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significación de p≤0.05 (SPSS 13).
Resultados: 82 (89.1%) varones y 10 (10.9%) mujeres fueron sometidos a estudios, la media de células CD4 y carga viral ± SD fueron 208.7 ± 238.5 células/µL y 245,707 ± 280,378 copias/mL, respectivamente. Las TAM y nRTI fueron encontradas de la siguiente manera (n= tratamiento-paciente/total de pacientes): M41L (OR 2.49, IC95% 0.29-21.3), D67N (1.47 IC95% 1.27-1.7), M184V (1.33 IC95% 1.17-1.51) y L210W (1.33 IC95% 1.17-1.51) a AZT (n=84/92); M41L (3.23 IC95% 1.25-8.84), V118I (3.29 IC95% 1.05-9.8), L210W (3.39 IC95% 1.23-9.32) y T215Y (3.75 IC95% 1.5-9.16) a ddC (n=36/92); D67N (2.03 IC95% 0.75-5.48), T215Y (1.37 IC95% 0.56-3.35) y K219Q (1.16 IC95% 1.05-1.29) a ddI (n=58/92); M184V (5.16 IC95% 1.11-23.99) a 3tC (n=65/92); L210W (2.77 IC95% 0.84-9.8) y T215Y (1.47 IC95% 0.59-3.64) a d4T (n=60/92); L210W (3.10 IC95% 0.75-12.8) y D67N (2.08 IC95% 0.5-8.46) a ABC (n=9/92).
Conclusiones: En la región oeste de México, la asociación de riesgo de las TAM con antirretrovirales tiene el siguiente orden de importancia: ddC, AZT, ddI, d4T y ABC.

Resumen: 8825

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Resistencia a LPV, TPV y DRV de acuerdo con tres diferentes algoritmos en muestras provenientes de pacientes que experimentaron terapia altamente antirretroviral en la Ciudad de México

A. Campos[1], R.A. Rodríguez-Díaz[2], L.L. Fuentes-Romero[2], L.E. Soto-Ramírez[3]

[1]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Clínica de Enfermedades Infecciosas/VIH, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Infecciosas/Laboratorio de Virología Clínica, Ciudad de México, México, [3]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Infecciosas/Clínica de VIH, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Comparar tres algoritmos de resistencia comúnmente empleados para identificar resistencia a lopinavir (LPV), tipranavir (TPV) y darunavir (DRV) en secuencias de proteasa del VIH-1 provenientes de pacientes que recibieron terapia altamente antirretroviral en la Ciudad de México (HARTEP, en inglés) en un centro de tercer nivel.
Métodos: Fueron sometidas a estudio secuencias de proteasa del VIH-1 (Viroseq 2.0; Celera Diagnostics) provenientes de pacientes con insuficiencia virológica e historia antirretroviral de tres o más combinaciones de fármacos con al menos un inhibidor de la proteasa (PI, en inglés). Se llevó a cabo un análisis genotípico usando algoritmos de resistencia comúnmente empleados: Universidad de Stanford (US), Universidad de Leuven (UL) y algoritmos derivados de estudios clínicos (CSDA, en inglés). Se evaluaron proporciones de conformidad con el índice de kappa.
Resultados: Se incluyeron 120 secuencias de proteasa del VIH-1. La mediana de los IP empleados fue 3. Los PI más usados fueron Indinavir 22.8%, Ritonavir 22.5%, Saquinavir 21.3%, Lopinavir 17.4%, Nelfinavir 12%, Amprenavir 3% y Atazanavir 0.6%. No hubo pacientes que emplearan Tipranavir (TPV) o Darunavir (DRV). Se identificó 46 secuencias como resistentes a por lo menos un PI: 30 a LPV solo, 15 a TPV (14 con resistencia a LPV concomitante) y 1 a DRV (con resistencia a LPV y TPV concomitante). La prevalencia de resistencia a LPV, TPV y DRV en al menos un algoritmo fue 37.5%, 12.5% y 0.87%, respectivamente. Aunque las secuencias identificadas como resistentes a TPV o DRV fueron reportadas sólo por US y no por UL o CSDA, identificamos 77 (64%) y 58 (48%) secuencias con al menos una mutación asociada a la resistencia (RAM, en inglés) previamente reportada a TPV o DRV, respectivamente, con una media de 2.5 y 1.4 RAM. Los casos de resistencia a LPV fueron identificados mediante los tres algoritmos con una media de 7.5 RAM. Las proporciones de conformidad a LPV entre los algoritmos fueron: US vs CSDA, 80%; CSDA vs UL, 90%; UL vs US, 85% (índice de kappa: 0.47, 0.76 y 0.59, respectivamente).
Conclusiones: Los algoritmos de resistencia tuvieron proporciones de conformidad de nivel medio a alto en detección de resistencia a PI. Aunque los fármacos TPV y DRV son una opción para 87.5% y casi 100% de pacientes HARTEP, respectivamente, las RAM a estos PI son relativamente comunes, mientras que la LPV sigue siendo una excelente opción de tratamiento en 62.5% de los casos.

Resumen: 6210

A32 - Vigilancia de la resistencia antirretroviral

Resistencia primaria genotípica en pacientes crónicamente infectados seleccionados para pruebas clínicas en México

F. Silva[1], J. Andrade[2], L. Espinosa-Aguilar[1], P. Volkow[3], D. Carranza[4], J.L. Mosqueda[5], L.E. Soto-Ramírez[1], J. Sierra-Madero[1]

[1]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México, [2]Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, México, [3]Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México, [4]Médica Sur, Ciudad de México, México, [5]Hospital General de León, Enfermedades Infecciosas, Guanajuato, México.

Antecedentes: En la actualidad se recomienda una evaluación de resistencia a fármacos antirretrovirales para individuos VIH+ que no han recibido antirretrovirales (ARV) en áreas con elevada prevalencia de resistencia transmitida. Estudios anteriores en México han informado pruebas contradictorias con respecto a la prevalencia de resistencia primaria a fármacos (PDR, en inglés) en este país.

Métodos: Para estimar la prevalencia de PDR y mutaciones de resistencia relevantes en una muestra de pacientes infectados por VIH que viven en México, analizamos las pruebas de resistencia genotípica de todos los pacientes que no habían recibido antirretrovirales y quienes fueron seleccionados para pruebas clínicas entre febrero de 2004 y enero de 2008, provenientes de cinco centros de referencia, tres de la Ciudad de México y dos de otros estados. Se obtuvieron mutaciones asociadas con la resistencia (RAM, en inglés) de una base de datos de supervisión.

Resultados: Se analizaron 193 genotipos. La mediana de edad fue de 34 años, 154 (79.7%) eran mujeres. La mediana de tiempo del diagnóstico de VIH fue 182 días (IQR 52-505) y la mediana de células CD4+ /ml fue 208 (IQR 136-328). Se documentó la PDR a cualquier fármaco en nueve pacientes (4.7%, 95% CI 1.6-7.6): cuatro (2%) mostraron resistencia a inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés), uno (0.5%) a inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés), uno (0.5%) sólo a PI; dos (1%) a NRTI y PI, y uno (0.5%) a las tres clases. De acuerdo con la ubicación geográfica, la PDR fue más prevalente sin significación estadística en los centros de la Ciudad de México en comparación con otros estados: 7.2% y 2.7%, respectivamente (p= 0.26 OR 0.36 IC 95% 0.9-1.48). Los RAM más comunes para NRTI fueron: M41L(1%), D67N(1%) y T215S, 115F, 151M, 219E, K219Q en 0.5%; para NNRTI: K103N (1.5%), y 100I, K103R, V108I en 0.5% ; y para PI: I54V (1.5%), M46I (1%), V82A (1%), L33F y Q58E en 0.5%.

Conclusiones: La resistencia transmitida a ART en pacientes sin tratamiento previo en México está por debajo de los límites de la evaluación de resistencia universal recomendada antes de tratamiento. Sin embargo, todos los pacientes evaluados estaban crónicamente infectados, lo que quizá disminuya las posibilidades de detectar PDR. La resistencia a NNRTI ha llegado a ser la más frecuente, tal como se describe en países en vías de desarrollo.

Resumen: 13691

A40 - Inhibidores de proteasa

POTENT: un estudio prospectivo y aleatorizado que compara la eficacia y seguridad de tipranavir/ritonavir y darunavir/ritonavir

D.W. Cameron

3. University of Ottawa at The Ottawa Hospital, Canadá, Infectious Diseases, Ottawa, Canadá.

Antecedentes: La eficacia y seguridad de tipranavir/rotonavir (TPV/r 500/200 mg 1 c/12 hrs) en pacientes que han recibido antirretrovirales han sido demostradas a gran escala, estudios de Fase III RESIST (n=746). Darunavir/ritonavir (DRV/r) fue analizado en los estudios de búsqueda de dosis Fase II POWER (600/100 mg 1 c/12 hrs: n=131). No es posible realizar comparaciones de estudios transversales entre los estudios RESIST y POWER debido a diferencias en las características de valores de referencia relacionadas con la enfermedad y paciente, número de individuos, uso de otros fármacos activos (enfuvirtida), años naturales y duración de estudio y metodologías analíticas. El estudio POTENT es una comparación directa, aleatorizada, prospectiva, recientemente iniciada y patrocinada por Boehringer Ingelheim de los fármacos PV/r y DRV/r en pacientes que han recibido antirretrovirales (ARV) con al menos susceptibilidad parcial a inhibidores de proteasa (PI, en inglés).

Métodos: La eficacia y seguridad de TPV/r (500/200mg 1 c/12 hrs) y DRV/r (600/100 mg 1 c/12 hrs) más terapias de base optimizadas (OBR, en inglés) serán comparadas durante un año en pacientes que recibieron triterapia con resistencia a >1 PI y al menos una susceptibilidad parcial tanto a TPV como a DRV mediante evaluación virtual de resistencia a fenotipos. El OBR contendrá >2 inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés) activos; más enfuvirtida o raltegravir o maraviroc (si el paciente no ha recibido estos agentes); o 0 o 1 NRTI activo más 2 de enfuvirtida, raltegravir o maraviroc. Se determinarán la respuesta al tratamiento (VL <50 copias/mL)

en la Semana 48; el tiempo de perder la respuesta virológica o insuficiencia virológica (>400 y >50 copias/mL); el estatus de tratamiento y la respuesta virológica en cada visita de estudio; y las respuestas inmunológicas.

Resultados: Se agruparán 1:1 al azar 800 pacientes a TPV/r o DRV/r. Los resultados están previstos para finales del año 2009.

Conclusiones: Los resultados del estudio POTENT permitirán a los médicos definir de mejor manera las diferencias observadas sobre la eficacia y tolerabilidad entre TPV/r y DRV/r, así como para identificar cuáles pacientes obtendrán beneficios virológicos e inmunológicos de cada fármaco. El estudio además proporcionará información respecto de la eficacia y seguridad de TPV/r y DRV/r empleados con nuevos antirretrovirales de nuevas clases de fármacos.

Resumen: 15323

A41 - Inhibidores de entrada

Los inhibidores de la isomerasa disulfida de proteína actúan como inhibidores de fusión de VIH-1

S.M. Flores-Treviño, L. Ixtepan-Turrent, C. Rodríguez-Padilla, H.H. Lara-Villegas

Universidad Autónoma de Nuevo León - Facultad de Ciencias Biológicas, Laboratorio de Inmunología y Virología, Nuevo León, México.

Antecedentes: Los estudios en el tratamiento anti-VIH han permitido el desarrollo de antirretrovirales que pueden operar en varios estadios de la infección por VIH. Entre los inhibidores del VIH, los inhibidores de fusión han abierto un nuevo camino para prevenir la entrada del VIH, erradicando la infección viral. Los blancos principales potenciales son aquellos elementos involucrados en el estadio de fusión, HIV-1 gp120 y gp41, células T CD4 y co-receptores. En la actualidad, se ha identificado un nuevo paso en el estadio de fusión: isomerasa disulfida de proteína (PDI, en inglés), que proporciona nuevos blancos antirretrovirales potenciales. Una función importante de PDI es su actividad reductiva, la cual es crucial para función del VIH. Por lo tanto, este trabajo se enfocó en el estudio de la inhibición del VIH.

Métodos: En primer lugar, determinamos si los inhibidores PDI protegían las células objetivo de la infección por VIH, actuando como inhibidores de fusión, empleando anticuerpos anti-PDI. Se emplearon otros dos compuestos como bloqueadores de la PDI: Bacitracina, que compite por el sitio catalítico con la PDI, y el componente DTNB (ácido 5,5'-ditiobis-2-nitrobenzoico), el cual se une a los grupos SH y libera TNB. La toxicidad celular de estos dos componentes se analizó primero mediante un Ensayo con Luciferasa y MTT. En una segunda instancia, se usó un ensayo con MAGI (el cual porta un gen indicador) y también un Ensayo con Luciferasa para establecer la capacidad del componente para inhibir la infección por VIH. Asimismo, usamos células fusogénicas HL2/3 en células HeLa.

Resultados: Los resultados demuestran que Bacitracina, DTNB y Ab anti-PDI presentan actividad anti-VIH-1 tipo respuesta a la dosis. Estos componentes son inhibidores de fusión del VIH-1 y actúan no sobre el virus, sino sobre la célula y, como resultado, las células fusogénicas HL2/3 son inactivadas vía una respuesta a la dosis contra las células HeLa.

Conclusiones: Este trabajo representa una nueva propuesta para el desarrollo de fármacos antirretrovirales en el tratamiento de la infección por VIH-1 exponiendo nuevos blancos para fármacos anti-VIH-1. Se deberán alentar más estudios sobre componentes anti-PDI.

B. Investigación clínica, tratamiento y atención

Resumen: 10108

B2 - Estadios de pronóstico de enfermedad

Valoración endoscópica de la masa tisular adenoide: Una guía clínica de la evolución de la enfermedad y respuesta a terapia en pacientes infectados con VIH

E. Espinosa[1], L. Velázquez-Villaseñor[2], A. Soda-Merhy[1], K. Torres[1], Y. Ablanedo-Terrazas[1], C. Ormsby[1], G. Reyes-Terán[1]

[1]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, México, México, [2]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Otorrinolaringología, México, México.

Antecedentes: Se llevó a cabo el presente estudio con el fin de evaluar la relación entre el diámetro de las adenoides, medido a través de endoscopia, con la carga viral (VL, en inglés) del VIH en el tejido y para determinar el curso de tiempo de la carga viral de VIH en el tejido adenoideo después de iniciar un programa de tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) y compararlo con la carga viral en plasma.

Métodos: Se llevó a cabo el estudio en un centro de investigación de un hospital público especializado en VIH de atención terciaria. Se llevaron a cabo extirpaciones de adenoides basalmente y posteriormente a los tres y seis meses del tratamiento. Además, se midió el diámetro de las adenoides mediante endoscopia simple de la nasofaringe y se calculó su correlación con la carga viral del VIH adenoidal.

Resultados: La cohorte consistió de 27 pacientes, 25 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 34.7 años. Con el transcurso del tiempo, se redujo el diámetro de las adenoides, con medias de 8.52, 5.61 y 4 mm, respectivamente. Esto se correlaciona significativamente con la VL en plasma y adenoidal, pero la correlación fue más alta con la VL en tejido. A los tres meses, si bien se redujo la carga viral del VIH casi 5 puntos en escala logarítmica hasta un nivel por debajo de 1 en escala logarítmica, la carga viral del VIH adenoidal se redujo sólo 2.36 en escala logarítmica, quedando también arriba de 4 en escala logarítmica. A los seis meses, la carga viral del VIH en plasma disminuyó aún más hasta 0.205 en escala logarítmica, pero la carga viral del VIH permaneció en 2.424 en escala logarítmica.

Conclusiones: La medición endoscópica simple del diámetro de las adenoides es un buen indicador de la reducción de la carga viral del VIH en este tejido. Un diámetro del tejido adenoideo <10 mm pronostica una buena respuesta a la terapia con HAART. La carga viral del VIH en el tejido adenoidal es más resistente a HAART que la carga viral del VIH en plasma, y quizá se necesiten más de seis meses para alcanzar los niveles asintóticos.

Resumen: 8301

B4 - Impacto de la enfermedad - morbilidad/mortalidad

Análisis de eventos serios no relacionados con el SIDA en una cohorte retrospectiva de la Red Latinoamericana sobre SIDA (LATINA)

W. Belloso[1], L. Orellana[2], J. Sierra Madero[3], B. Grinsztejn[4], A. La Rosa[5], V.G. Veloso[4], O. Garcia Messina[6], J. Sanchez[5], E. Perez[7], J. Peinado[5], R. Ismerio Moreira[4], R. Lopez[3], A. Barragan[3], M.H. Losso[7]

[1]Hospital Italiano/CICAL, Buenos Aires, Argentina, [2]CICAL, Buenos Aires, Argentina, [3]Instituto Nacional de Nutrición y Cs Medicas S Zubirán, México D.F., México, [4]Instituto de Pesquisa Clinica Evandro Chagas-FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil, [5]INMENSA, Lima, Perú, [6]Hospital Piñero, Buenos Aires, Argentina, [7]Hospital JM Ramos Mejia/CICAL, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: La evidencia siguiere que la infección de VIH está relacionada con un riesgo creciente de las condiciones serias definitorias no relacionadas con el SIDA (sNAC, en inglés), como las enfermedades en etapas terminales de órganos vitales, vasculopatías y neoplasias.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que han tenido seguimiento en los sitios participantes de LATINA entre enero de 1997 y diciembre de 2007. Se llevó a cabo un estudio de casos y controles anidados considerando como casos a todo paciente que padeciera un Infarto de Miocardio (MI, en inglés), Apoplejía, Arteriopatía Coronaria (CAD, en inglés), cirrosis, insuficiencia renal en etapa terminal o neoplasias no relacionadas con el SIDA. Se seleccionaron al azar tres controles coetáneos para cada caso, agrupados por sexo, edad y sitio. Se usaron las pruebas de Kruskal-Wallis y distribución chi cuadrada para la comparación preliminar. Se ajustó un modelo logístico condicional que incluía los factores relacionados con el tratamiento, el estado inmunológico y los factores de riesgo conocidos para los casos no relacionados con el SIDA.

Resultados: Se incluyeron 125 casos en el análisis. 25% fueron mujeres, 69% caucásicas y 53% heterosexuales. 35 casos (28%) tenían una sNAC vascular (MI, CAD o apoplejía), 48 (38%) una hepatopatía en etapa terminal, 40 (32%) neoplasias y 2 (2%) alguna nefropatía en etapa terminal. La Diabetes [OR en bruto y 95% CI: 3.5 (1.5, 8.5)], Hiperlipidemia [2.2 (1.4, 3.5)], Depresión [2.72 (1.0, 7.7)], HBV [2.10 (1.3, 3.5)] y co-infección por virus de la hepatitis C (HCV, en inglés) [4.8 (2.7, 8.8)] fueron identificadas como variables asociadas con las sNAC, así como el último valor de CD4+ registrado antes del momento del evento ($p<0.0001$) y el Área Bajo la Curva de CD4+ del año previo (media de casos = 326, media de control = 426, $p<0.0001$). El mejor modelo predictivo para las sNAC incluyó todas estas variables.

Conclusiones: La incidencia y los tipos de las sNAC en LATINA son similares a aquéllos descritos anteriormente. Encontramos una fuerte asociación entre las sNAC y la inmunodeficiencia relacionada con el VIH después de ajustar otros de factores riesgo específicos conocidos. Deberían tomarse en consideración a las sNAC al momento de planear servicios clínicos para pacientes de VIH en nuestra región. Son necesarios otros estudios para evaluar el beneficio del inicio temprano de la terapia HAART en América Latina.

Resumen: 14896

B4 - Impacto de la enfermedad - morbilidad/mortalidad

Desarrollo de la Cohorte Red Latinoamericana sobre el SIDA (LATINA)

M.H. Losso[1], L. Orellana[2], V.G. Veloso[3], J. Sierra Madero[4], A. La Rosa[5], E. Perez[1], L. Arreguin[6], B. Grinsztejn[3], O. García Messina[7], J. Peinado[5], R. Ismerio Moreira[3], W. Belloso[8]

[1]Hospital JM Ramos Mejía/CICAL, Buenos Aires, Argentina, [2]CICAL, Buenos Aires, Argentina, [3]Instituto de Pesquisa Clinica, Evandro Chagas-FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil, [4]Instituto Nacional de Cs Meds y Nutrición S Zubirán, México DF, México, [5]INMENSA, Lima, Perú, 6Instituto Nacional de Cs Medicas y Nutrición S Zubirán, México DF, México, [7]Hospital Piñero, Buenos Aires, Argentina, 8Hospital Italiano/CICAL, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: Muchos países que durante la última década han brindado acceso universal a la atención y tratamiento a personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), están ubicados en América Latina. Sin embargo, hasta ahora se ha publicado o presentado poca información sistemática sobre los aspectos críticos de la epidemia con una perspectiva regional. LATINA es una iniciativa multinacional que tiene como objetivo establecer una colaboración regional en este sentido.
Métodos: Cada país participante estableció un Centro de Coordinación (CC) responsable de la compilación de datos provenientes de los sitios, y responsable además de la expansión de la Red Nacional. Un Equipo Técnico está a cargo del desarrollo o la compatibilización de las bases de datos. Un Equipo de Gestión de Datos coordina el proceso iterativo del control de calidad de los datos enviados, el análisis de los hallazgos y la presentación de los resultados. La Cohorte Retrospectiva de LATINA incluyó datos epidemiológicos y clínicos básicos de pacientes que recibieron seguimiento desde enero de 1997 hasta el momento en los sitios de participación. Se ha considerado incluir nuevos sitios y países en un proceso en curso.
Resultados: Desde febrero de 2008, siete sitios de cuatro centros de coordinación (Argentina, Brasil, México y Perú) completaron su inclusión de datos en la Cohorte Retrospectiva. Un total de 5,505 pacientes han sido incluidos con una media de 3.2 personas/año de seguimiento. Las características demográficas de los pacientes de la Cohorte se asemejan a los aspectos locales de la epidemia. Un total de 30.4% de los pacientes son mujeres, 21.2% de los pacientes tienen historial de condiciones que definen el SIDA (incidencia 4.7 por 100 personas/año) y 4.6% de los pacientes murieron (incidencia 1.44 por 100 personas/año). Un total de 4,261 (77.4%) pacientes recibieron tratamiento antirretroviral de combinación (cART, en inglés) y 143 pacientes padecieron trastornos severos no relacionados con el SIDA (incidencia 0.83 eventos por 100 personas/año de seguimiento).
Conclusiones: Muchos sitios en América Latina tienen la capacidad de completar la revisión sistemática de los datos clínicos y generar resultados regionales relevantes. La Cohorte Retrospectiva LATINA proporciona la base para otros análisis de investigación y colaboración.

Resumen: 13336

B5 - Nuevas estrategias de monitoreo de laboratorio que incluyen pruebas rápidas

Pruebas rápidas de VIH en paralelo durante el embrazo o en parto en Baja California, México

R. Viani[1], M.R. Araneta[1], P. Hubbard[2], M. López[3], G. López[3], J. Ruiz-Calderón[3], G. García-Noriega[3], S. Spector[1]

[1]University of California San Diego, La Jolla, Estados Unidos, [2]University of California San Diego, San Diego, Estados Unidos, [3]Tijuana General Hospital, Tijuana, México.

Antecedentes: La atención perinatal mejorada del VIH en países en vías de desarrollo y países con desarrollo medio puede mejorarse con la detección rápida y precisa de las mujeres embarazadas infectadas con VIH. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficiencia de las pruebas paralelas rápidas de VIH en mujeres embarazadas con situación de VIH desconocida en Baja California, México.
Métodos: A las mujeres embarazadas que acudían a la unidad materno-infantil o a la clínica de atención prenatal en el Hospital General de Tijuana y dieron su consentimiento, se les extrajeron muestras de sangre para las pruebas rápidas de VIH con Determine® VIH-1/2 y UniGold Recombigen VIH. A todos los pacientes con >1 prueba rápida positiva, se les practicó una prueba Western blot confirmatoria. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivos y negativos de la estrategia de las pruebas rápidas paralelas fueron evaluados

tomando el algoritmo de transferencia Western blot y VIH EIA como la regla de oro.

Resultados: De septiembre a diciembre de 2007, 1,029 (95%) de 1,083 mujeres en trabajo de parto otorgaron su consentimiento para participar. Entre noviembre y diciembre de 2007, 320 (98%) de 326 mujeres que buscaron asistencia prenatal otorgaron su consentimiento para participar. La seroprevalencia del VIH fue similar entre mujeres analizadas durante el trabajo de parto (7 de 1,029, 0.68%) en comparación con aquéllas que buscaron atención prenatal (2 de 320, 0.63%; p=0.92). Las mujeres infectadas con VIH mostraron una tendencia significativamente mayor a usar metanfetaminas (66.7% vs 6.2%, p<0.001), tener un esposo/pareja que usara metanfetaminas (44.4% vs 11.3%, p=0.014) y tener más parejas sexuales en los dos años anteriores (2.22 vs 1.42, p=0.26) que las mujeres no infectadas. Las nueve VIH positivas tuvieron tanto pruebas rápidas positivas como pruebas Western blot confirmatorias positivas. Un individuo tuvo un resultado falso positivo en ambas pruebas. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivos y negativos de la estrategia de pruebas rápidas paralelas fueron de 100%, 99.92%, 90% y 100%, respectivamente.

Conclusiones: Estos hallazgos documentan una sensibilidad, especificidad y exactitud de predicción excelentes de la estrategia de pruebas rápidas paralelas en el Hospital General de Tijuana.

Resumen: 14243

B5 - Nuevas estrategias de monitoreo de laboratorio, incluidas las pruebas rápidas

Diferencias de género en la carga viral del VIH-1 y conteos de células CD4 en pacientes mexicanos sin terapia antirretroviral previa

M. Hernández-Flores, E.Y. Vidal-Laurencio, M.d.R. Velásquez-Pastrana, L.E. Soto-Ramírez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Infectología, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Varios estudios han informado que las mujeres tienen una menor concentración de ARN viral en plasma en comparación con los hombres antes del inicio de la terapia antirretroviral. Nuestro objetivo fue determinar si existen diferencias entre los valores de carga viral y conteo de células CD4 entre los hombres y las mujeres que no hayan recibido terapia antirretroviral en México.

Métodos: Seleccionamos a todos los pacientes infectados con VIH mayores de 18 años contenidos en la base de datos de nuestra Clínica de SIDA de 1997 a 2007 que tuvieron dos determinaciones consecutivas de CDA y carga viral, separadas con un lapso de tiempo de tres a seis meses. De los 528 pacientes sin terapia antirretroviral previa, sólo 66 hombres y 16 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión. Excluimos a los pacientes considerados de progresión lenta hacia el SIDA. Llevamos a cabo un análisis longitudinal y una regresión lineal de los datos recabados para determinar el efecto del género sobre la carga viral y conteos de CD4.

Resultados: No se encontró diferencia significativa alguna en el conteo promedio de células CD4 entre mujeres (461 células/mm3) y hombres (497 células/mm3) (p=0.61). Las mujeres tuvieron una menor carga viral promedio (4.42 log 10) que los hombres (4.47 log 10) sin diferencia significativa (p=0.71). No encontramos correlación alguna entre la carga viral y el conteo de células CD4 en las mujeres, pero ésta sí fue clara en los hombres (p=0.05, ANOVA).

Conclusiones: Se encontró que las concentraciones de VIH en el plasma eran más bajas entre las mujeres, pero sin diferencia estadística alguna con las concentraciones de los hombres al ajustar los conteos de células CD4, como se describió previamente. En los hombres se encontró una correlación significativa entre los conteos de células CD4 inferiores y las cargas virales elevadas, pero no en las mujeres, sin embargo el tamaño de nuestra muestra podría ser una limitante.

Resumen: 15284

B5 - Nuevas estrategias de monitoreo de laboratorio que incluyen pruebas rápidas

Patrones TAM en pruebas de resistencia genotípica de niños mexicanos con VIH

L.E. Soto-Ramírez[1], M.L. Cabrera-Ruiz[2], L. Xochihua-Díaz[2], P. Villalobos-Acosta[3], R. Rodríguez-Díaz[1], L. Fuentes-Romero[1], R. Muñoz-Hernández[4], N. Pavia-Ruz[3]

[1]Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, Unidad de Virología Molecular, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de VIH/SIDA, Ciudad de México, México, [3]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México, [4]Universidad Nacional Autónoma de México, Clínicas de Atención a Niños con VIH, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La acumulación de Mutaciones de Análogos de Timidina (TAM, en inglés) debe ser muy considerable en los niños debido al uso prolongado de zidovudina y combinaciones no supresoras de antirretrovirales (ARV). Se cuenta con muy poca información sobre la frecuencia de TAM en niños, en especial en los países en vías de desarrollo. Nuestro objetivo fue describir los patrones más frecuentes de TAM en niños mexicanos con falla de ARV provenientes de tres centros de atención terciaria ubicados en la ciudad de México.

Métodos: Incluimos 33 pruebas genotípicas (Viroseq 2.0, Celera Diagnostics), realizadas en nuestro laboratorio de referencia, de tres clínicas pediátricas especializadas en SIDA ubicadas en la Ciudad de México que contaban con un historial completo de uso de ARV. Se correlacionaron los patrones de las TAM con el género, la edad, el tiempo en el tratamiento con ARV, la exposición a AZT/d4T y la resistencia a tenofovir TDF (algoritmo Stanford).

Resultados: Se incluyeron los resultados de pruebas de resistencia de 33 niños (16 hombres/17 mujeres) con una edad promedio de 9.06 años (2-17). El tiempo medio en el tratamiento con ARV fue de 6.7 años (1-12.8), mientras que el tiempo con AZT/d4T fue de 6.5 años (1-12.8). Ocho niños tuvieron el patrón 1 de TAM (24.2%); y seis niños, el patrón 2 (18%). Ambos grupos con un tiempo promedio de exposición al AZT/d4T de ocho años. De los niños con el patrón 1 de TAM, cinco (62.5%) eran hombres, 75% eran mayores de 10 años, y sólo uno (12.5%) cumplió con los criterios para la resistencia a TDF. De aquellos con TAM 2, 4 (66.6%) eran mujeres, 57% eran mayores a 10 años y todos tuvieron resistencia al TDF. Sólo un niño tuvo el complejo de multiresistencia Q151M. De los otros 18 niños, 11 NO tuvieron TAM y siete tuvieron 1 a 5 TAM sin patrón específico, con una exposición a AZT/d4T de 5.1 a 6.17 años, respectivamente.

Conclusiones: El desarrollo de TAM en niños está claramente relacionado con el tiempo de exposición al AZT/d4T. El patrón 1 es más frecuente en los varones y no se relaciona con la resistencia a TDF, en tanto que el patrón 2 parece ser más frecuente en las mujeres y siempre se correlaciona con la resistencia a TDF. Son necesarios más datos para confirmar estas asociaciones.

Resumen: 4180

B9 - Infecciones oportunistas (Excluyendo TB)

Manifestaciones de segmento posterior ocular asociadas con la infección de VIH

M. Ruiz-Cruz, C. Ormsby, G. Reyes-Terán, CIENI

INER, CIENI, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Las manifestaciones del SIDA en el segmento ocular posterior pueden dividirse en cuatro categorías: vasculopatía retinal, neoplasias inusuales, anomalías neuro-oftalmológicas e infecciones oportunistas. Las infecciones oportunistas, en particular la retinitis por citomegalovirus (CMV), son las más comunes. Llevamos a cabo una revisión retrospectiva y prospectiva de las manifestaciones oftalmológicas con el fin de evaluar el tipo y la cantidad de éstas en una clínica de SIDA de referencia.

Métodos: Estudio retrospectivo y de observación con estadística descriptiva y revisión de los historiales clínicos. Registramos los datos demográficos de todos los pacientes, la información clínica y oftalmológica.

Resultados: Se revisaron 515 pacientes a lo largo de 3.5 años. Se diagnosticaron 86 casos (16%) de enfermedades oftalmológicas del segmento ocular posterior. La edad media fue 35 años. 90% eran hombres. Aproximadamente 80% estaban recibiendo tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés). El conteo más bajo de linfocitos CD4+ fue 98 células/mm3. La retinitis por CMV fue la enfermedad más común con 62 pacientes (72%). De éstos, 18 desarrollaron síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS, en inglés) y uveítis, y siete desarrollaron desprendimiento de la retina (38.85). Seis pacientes mostraron presentación atípica de retinitis por CMV. Otras enfermedades oculares fueron la toxoplasmosis ocular inactiva (n=1); retinopatía por VIH (n=5); granuloma coroideo (n=3) dos de ellos asociados con la tuberculosis pulmonar (TB); necrosis retinal aguda (n=2); sífilis ocular (n=6), coroiditis asociada con Criptococo diseminado (n=1); cambios de pigmentación en la retina y coroides con etiología incierta; retinopatía diabética (n=3), una de ellas asociada con retinitis por CMV; y vitritis secundaria a histoplasmosis (n=1).

Conclusiones: La terapia HAART está cambiando el curso clínico de la retinitis por CMV, con la presentación de desarrollos atípicos. El seguimiento oftalmológico es necesario en todas las etapas de la infección por VIH. En pacientes con TB ocular, el tratamiento debe ser más agresivo, asociado con el uso de esteroides sistémicos si dicho uso afecta al nervio óptico o la mácula. La asociación del CMV y la retinopatía diabética debe alertarnos sobre un resultado deficiente; además, los pacientes con desprendimiento de retina pierden la mayor parte de su agudeza visual.

Resumen: 9375

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

Análisis de una cohorte global sobre los resultados de tratamiento contra la tuberculosis (TB) en PLVIH

C. Gunneberg[1], M. Hosseini[1], S. Scheele[1], H. Getahun[1], C. Daniels[1], A. Reid[2], C. Watt[1], K. Floyd[1], P. Nunn[1]

[1]Organización Mundial de la Salud, Stop TB Department, Ginebra, Suiza, [2]UNAIDS, Ginebra, Suiza.

Antecedentes: La TB (tuberculosis) es una de las principales causas de muerte en pacientes con infección de VIH. Los Programas Nacionales contra la TB (NTP, en inglés) recaban datos de análisis de cohorte sobre los resultados del tratamien-

to contra la tuberculosis siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En algunos países, estos datos están fragmentados por el estado del VIH. El Departamento STB de la OMS recabó cada año datos de estos países y se presentan aquí.

Métodos: La OMS envió cuestionarios anuales a 211 NTP en el 2007. Se informaron datos anuales de resultados de la cohorte de TB para la cohorte de 2005, los cuales fueron desagregados por estado de diagnóstico: nuevas citologías positivas o negativas pulmonares o extrapulmonares. Algunos países informaron estos resultados además para personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS). Se combinaron los datos de cohorte agrupados por países para proporcionar los datos del resultado global del tratamiento contra el VIH. Éstos se compararon con los datos de algunos países para aquéllos conocidos por ser VIH negativos o de estado desconocido.

Resultados: De 211 países que enviaron el cuestionario, 47 identificaron 6,113 casos entre PVVS con nueva citología positiva de TB, 40 países identificaron 5,421 casos para nueva citología negativa de TB, y 35 identificaron 2,679 casos de tuberculosis extrapulmonar. Brasil, Myanmar, México y Estados Unidos proporcionaron 75% de todos los casos evaluados. El éxito del tratamiento contra la TB (cura y conclusión) en PVVS fue más deficiente que en otros casos de TB en todas las ocasiones: el éxito del tratamiento en los casos de citologías positivas, 55% vs 80%, en los casos de citologías negativas 52% vs 78%, y en los casos extrapulmonares 50% vs 74%. La muerte como resultado fue más alta en PVVS con TB: en los casos de citologías positivas 17% vs 5%, en los casos con citologías negativas 21% vs 5% y en extrapulmonar 20% vs 4%.

Conclusiones: Las PVVS con TB tienen un éxito de tratamiento aproximadamente 25% más bajo, y es aproximadamente cuatro veces más probable que mueran durante el tratamiento en comparación con pacientes con TB sin infección por VIH. Estos resultados están por debajo de lo óptimo. Esta fuente de datos de rutina podría apoyar el análisis entre países del impacto del tratamiento mejorado sobre los resultados a lo largo del tiempo.

Resumen: 14334

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

La desnutrición y citopenias son condiciones para las que un estudio de la Médula Ósea (BMS) es valioso para diagnosticar infecciones diseminadas en pacientes VIH+ con fiebre

M. Gómez-Palacio[1], F. Quiñones-Falconi[2], B. Crabtree-Ramírez[1], V. Rodríquez-Rivera[1], R. Vega-Barrientos[1], C.E. Ormsby[1], G. Reyes-Terán[1]

[1]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Laboratorio de Microbiología, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El estudio de la Médula Ósea (BMS, en inglés) se utiliza comúnmente para diagnosticar infecciones diseminadas. Pocos informes evalúan la utilidad de realizar un estudio BMS en pacientes con infección por VIH y fiebre. El objetivo de este estudio fue determinar qué condiciones indican la necesidad de un estudio BMS.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a BMS que fueron atendidos en nuestro instituto entre enero de 2005 y noviembre de 2007. Se excluyeron pacientes sin fiebre o con expedientes médicos incompletos. Se obtuvo el eestatus de VIH y sólo se incluyeron individuos VIH+. De la base de datos se obtuvieron características demográficas, síntomas clínicos, resultados radiográficos, de laboratorio e inmunológicos. Todos los pacientes tuvieron un hemocultivo (HC); otros estudios fueron: esputo, lavado broncoalveolar, biopsia pleural, punción lumbar y efusión lumbar. Se dividieron los pacientes en: a) pacientes con prueba de diagnóstico negativa; b) pacientes con diagnóstico definitivo obtenido mediante un estudio BMS; c) pacientes con diagnóstico obtenido mediante otros estudios distintos a BMS. Se analizaron todas las variables ya sea con regresión logística sobre variables continuas o mediante la prueba de Fisher para comparaciones dicotómicas y fueron corregidas para múltiples comparaciones ($p<0.05$).

Resultados: Se realizaron 357 estudios BMS; 286 tuvieron un expediente clínico y fueron VIH+. 85.66% (245) fueron varones. 68% de los individuos tuvieron niveles CD4+ 50 células/mm3. 119 (41.6%) no pudieron ser diagnosticados desde el punto de vista etiológico por ningún método. De los pacientes diagnosticados desde el punto de vista etiológico, 76 (45.5%) fueron diagnosticados mediante el estudio BMS y 35 (20.95%) a través de HC/esputo; el resto, 52 (31.13%) fueron diagnosticados a través de otros métodos. En total, 24 (14.37%) pacientes tuvieron el mismo diagnóstico a través de BMS y a través de HC/esputo, mientras que 52 (31.13%) fueron exclusivamente diagnosticados a través de BMS. Las variables que predijeron considerablemente un BMS informativo fueron los linfocitos (95%CI<687células/mL;p<0.001), hematocritos (CI<31.9%;p<0.001), plaquetas (CI<136900 células/ml;p<0.001) y albúmina (CI<2.7mg/dL;p<0.001); la disnea fue inversamente asociada con un BMS informativo (OR =0.101,CI 0.002-0.747;p=0.02). El diagnóstico más común encontrado mediante BMS fue: MAC (44.7%), seguido por M. Tuberculosis (31.6%) e Histoplasmosis (19.7%), Criptoccocus (4.5%).

Conclusiones: En individuos VIH+ con fiebre, el estudio BMS es una herramienta valiosa para el diagnóstico etiológico de infecciones diseminadas; especialmente en pacientes con desnutrición y/o citopenias.

Resumen: 5791

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

La relación costo-efectividad de un programa de detección de tuberculosis dirigida que emplea la prueba QuantiFERON TB Gold entre poblaciones con alto riesgo de VIH en Tijuana, México: Proyecto PreveTB

J.L. Burgos[1], S. Bautista[2], A. Valencia[3], S. Strathdee[1], R. Deiss[1], R. Laniado[4], R. Castaneda[4], R. Lozada[5], R. Garfein[1]

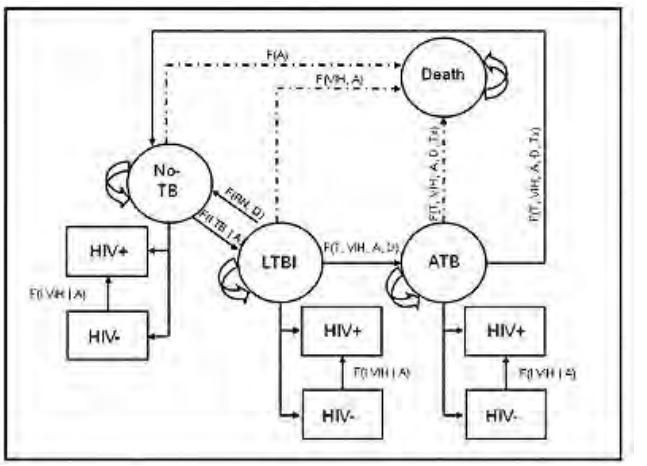
[1]Division of International Health and Cross Cultural Medicine, School of Medicine, University of California San Diego, San Diego, California, Estados Unidos, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de Estilos de Vida y Salud, Cuernavaca, México, [3]Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de Salud Internacional y Análisis de Políticas, Cuernavaca, México, [4]Hospital General, Medicina Interna, Tijuana, México, [5]Patronato ProCOMUSIDA, Tijuana, México.

Antecedentes: El costo global para tratar nuevos casos de tuberculosis (TB) en países de alta carga fue estimado en >$1 mil millones por año. En México no existen programas que detecten activamente la infección por TB latente (LTBI, en inglés), ya que la vacunación BCG ampliamente difundida lleva a resultados falsos-positivos de la prueba cutánea de tuberculina. Recientemente, las pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA, en inglés) desarrolladas a base de células T, por ejemplo QuantiFERON® TB Gold In-Tube (QFT-GIT), emplean antígenos específicos para M. Tuberculosis que no reaccionan de manera cruzada con BCG. Estudios recientes han demostrado que los IGRA son económicamente factibles para detectar LTBI en escenarios baja prevalencia y recursos elevados; sin embargo, no existen estudios que evalúen esta metodología en escenarios de alta carga y con recursos limitados. En este estudio comparamos el costo-efectividad de un programa de detección y tratamiento contra LTBI dirigido a individuos con alto riesgo de VIH en Tijuana, México (Proyecto PreveTB) debido a la ausencia de este tipo de programas.

Métodos: Se empleó un modelo matemático discreto de transición de estado para evaluar el costo por año de vida ajustado por calidad (QALY, en inglés) ganado y los casos de TB prevenidos en un periodo de 20 años realizando una comparación con y sin el proyecto PreveTB. Se obtuvieron variables independientes del modelo inicial de la literatura publicada y de la detección de TB usando QFT-GIT entre 503 individuos de alto riesgo (usuarios de drogas inyectables, usuarios de drogas no inyectables, trabajadores sexuales e indigentes) reclutados en la calle para el proyecto PreveTB. Los resultados se redujeron hasta ahora en 3% por año. Se realizó un análisis de sensibilidad de una sola vía.

Resultados: Las variables dependientes iniciales de la prevalencia de LTBI fluctuaron de 42% en trabajadores sexuales no usuarios de drogas inyectables a 68% en usuarios de drogas inyectables. En 20 años, estimamos que el programa evitaría 85 casos de TB activa (65.7 prevenidos) y 32 muertes relacionadas con TB. El costo por QALY fue estimado en $300 dólares estadounidenses.

Estructura del Modelo



A = Edad
VIH = Eestatus de VIH
RN = Remisión espontánea
D = Detección de LTBI
Tr=Tratamiento (LTBI y ATB)
I = Incidencia
T = Tiempo
----» Transición a estados de absorción

Conclusiones: En escenarios de creciente incidencia VIH y TB endémica, el hecho de dirigir el diagnóstico de LTBI y el tratamiento a grupos de alto riesgo para la co-infección probablemente origine ahorros en los costos, en especial si se combinan con otros programas.

Resumen: 15301

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

Prevalencia de resistencia a claritromicina de las cepas Mycobacterium avium aisladas de pacientes mexicanos infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana

V. Rodríguez[1], G. Reyes-Teran[1], F. Quiñones-Falconi[2], R. Vega[1], B. Crabtree[1], M. Gómez-Palacio[1]

[1]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, México, México, [2]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Laboratorio de Microbiología, México, México.

Antecedentes: La incidencia del complejo Mycobacterium avium (MAC, en inglés) diseminado en pacientes con conteo CD4 <100/mm3, sin tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) y profilaxis contra MAC es de 20-40%. Un factor importante para esta incidencia constante es no recibir profilaxis, quizá por el desconocimiento del paciente acerca de su estatus de VIH. La media de conteo de células CD4 de pacientes recientemente diagnosticados con VIH en nuestro centro fue 28 cel/ul y la prevalencia de MAC fue 8%. Debido a que la profilaxis y el tratamiento de esta infección con macrólidos ha observado un incremento considerable de resistencia a la claritromicina. Existen datos de 17% de resistencia inicial a macrólidos, pero no existen estudios de México. Por ello, llevamos a cabo un estudio para determinar la prevalencia de resistencia a la claritromicina de las cepas Mycobacterium avium aisladas de pacientes mexicanos infectados con VIH y diagnosticados en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que recibieron atención en nuestro instituto de enero de 2000 a diciembre de 2007 con infecciones por complejo MAC en sitio estéril asociadas con VIH (sangre, médula ósea, tejido). Se descubrieron 96 casos y se tomaron 48 cepas para realizar una evaluación de susceptibilidad a la claritromicina mediante el método de Etest. En total, 27 tuvieron expedientes clínicos completos.

Resultados: De 48 aislados de MAC en sitios estériles y asociados con VIH, 16 (33.3%) fueron resistentes a la claritromicina. De los 27 pacientes con expedientes clínicos completos, ninguno tuvo profilaxis contra MAC y seis (22%) fueron resistentes a la claritromicina. La mediana de edad fue 35 años (intervalos de 23-54 años). El conteo de células CD4 medio fue 35 células/mm3 (intervalo 4-142). Hubo 10 muertes (37%), con una supervivencia total de 3.3 meses. Los pacientes fallecidos tuvieron valores característicamente bajos de: conteo de células CD4 (media 20/mm3 en contraste con 44/mm3), conteo de leucocitos, conteo de plaquetas, albúmina; y tuvieron valores de fosfatasa alcalina y carga viral más elevados que los pacientes sobrevivientes. Las características clínicas fueron similares entre los grupos.

Conclusiones: Hubo una prevalencia alta de resistencia a la claritromicina inicial de los aislados de MAC en sitio estéril y asociados con VIH: 33.3%. A las personas infectadas con VIH se les debería examinar periódicamente aislados iniciales de MAC para evaluar la resistencia a la claritromicina.

Resumen: 13679

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

Complicaciones de BCG en niños mexicanos infectados con VIH: enfermedad localizada y diseminada

P. Villalobos-Acosta[1], R. Muñoz-Hernández[2], E.M. Aguilar[1], L. Romano-Mazzotti[1], J.I. Santos-Preciado[3], N. Pavia-Ruz[4]

[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas. Clínica de niños con VIH, México D.F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención para Niños con VIH, México D.F., México, [3]Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F., México, [4]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Clínicas de Atención a Niños con VIH, México D.F., México.

Antecedentes: En países con una elevada prevalencia de tuberculosis, se aplica rutinariamente la vacuna BCG (Bacille Calmette-Guérin) en los recién nacidos. La infección por VIH ha sido identificada como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones de BCG. El manejo de estas complicaciones sigue siendo controvertido. Describimos la frecuencia, características y evolución clínica de niños infectados por VIH con complicaciones relacionadas con BCG.

Métodos: Se revisaron los expedientes clínicos y la cartilla de vacunación nacional (CVN) de 289 niños infectados por VIH quienes recibirían atención de dos clínicas especializadas en VIH en la Ciudad de México durante un periodo de diez años (1997-2007). Se analizaron datos demográficos y clínicos pertinentes de pacientes vacunados con BCG.

Resultados: Se documentaron 11 (3.8%) casos de complicaciones de BCG. Nueve casos presentaron complicaciones localizadas (BCGL, en inglés) y dos desarrollaron enfermedad diseminada (BCGD, en inglés). Todos los pacientes, salvo uno, recibieron una dosis entre el momento de su nacimiento y los cuatro meses de edad. El otro paciente (BCGD) recibió dos dosis, en su nacimiento y a los seis años. La edad media del diagnóstico de VIH fue 9.6 meses; todos los casos fueron de transmisión materno-fetal. Diez casos fueron clasificados como estadio C3, la carga viral media fue 760,000 copias/ml y el conteo medio de CD4+ fue 17%. Nueve pacientes recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés). El tiempo medio para presentar BCGL fue de 1.3 meses tras iniciar una terapia antiretroviral (ARV), y fue de seis tras la administración de BCG. Se desarrolló BCGD dos meses después de la segunda dosis y el paciente murió seis meses más tarde. Todos los pacientes con BCGL padecieron linfadenopatia ipsilateral, y 50% presentaron cambios inflamatorios y/o fistulización. Seis pacientes recibieron fármacos antituberculosos. Se logró la remisión en nueve pacientes en

un periodo medio de cinco meses. Sólo en 3/5 pacientes se presentó una recuperación de M. bovis.
Conclusiones: Las complicaciones de BCG no son comunes en niños infectados por VIH. En nuestros pacientes, se presentaron en niños de corta edad, y poco después de iniciar tratamiento ARV. La terapia antituberculosa no mejoró la evolución clínica global. Estos resultados sustentan la recomendación de que no se deben emplear como rutina fármacos antituberculosos en el manejo de una enfermedad localizada BCG.

Resumen: 9296

B10 - Infecciones por micobacterias (incluyendo TB y MAC)

Tendencias en tuberculosis e infección por VIH en la era del HAART: Incidencia declinante total y ocurrencia frecuente de infección por M. bovis en población mexicana

L. Espinosa-Aguilar, J. Sierra-Madero, J. Sifuentes-Osornio, A. Villasis-Keever, A. Ponce de Leon, A. Galindo-Fraga, M. Bobadilla-Del Valle, M.L. Guerrero, G.M. Ruiz-Palacios

Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es una presentación frecuente de la infección por VIH a nivel mundial. El objetivo de este estudio fue describir la incidencia y evolución clínica de TB en pacientes infectados por VIH en México en la era del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés).
Métodos: Todos los pacientes con TB activa observados en nuestra clínica de VIH ubicada en la Ciudad de México de enero de 1998 a junio de 2007 fueron evaluados retrospectivamente.
Resultados: De 1,651 individuos con VIH observados, 92 (5.5%) padecían TB activa. El índice de TB por pacientes/año declinó significativamente de 3% en 1998 a 1% en 2007 (descenso de -4.4; $p<0.05$). La TB fue el padecimiento definitorio de SIDA en 58 casos (63%), seguida por Citomegalovirus (CMV) y sarcoma de Kaposi (KS, en inglés). La mediana de edad fue de 36.9 años y 91.3% eran hombres. La mediana del conteo de células T CD4 /ml fue de 74 (IQR 25-169) en pacientes con TB y 197 (IQR 66-346) en pacientes sin TB ($p<0.007$). Del total, 48 pacientes (52%) tuvieron TB extrapulmonar TB y 23 (25%) tuvieron una enfermedad diseminada. En 64 individuos (69%) la TB fue diagnosticada mediante cultivo: se aisló M. tuberculosis en 47 casos y M. bovis en 17. De los 86 (92%) pacientes que iniciaron el tratamiento contra TB, 51 (56%) pacientes sanaron y a 16 (17%) se les perdió en el seguimiento. La resistencia primaria a fármacos anti-TB fue de 9.3%, mientras que la resistencia secundaria fue de 5.4%; no se observó resistencia extrema al fármaco (XDR, en inglés). En 47 pacientes se inició tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) tras el diagnóstico de TB en una mediana de tiempo de 30 días (IQR 7-98 días) y 11 (23%) desarrollaron insuficiencia virológica durante el seguimiento. En 13 casos (14%) se tuvo diagnóstico de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS, en inglés); de ellos, 10 fueron hospitalizados y ninguno falleció. La mortalidad global fue de 18.5% (17 casos); la TB fue la causa de muerte en 11%.
Conclusiones: La incidencia de TB activa en este grupo de individuos infectados por VIH en México fue más baja que la incidencia informada antes del tratamiento HAART.

Resumen: 9515

B12 - Coinfecciones por hepatitis: (incluyendo HBV, HCV)

Coinfección por virus de Hepatitis B con VIH en un centro de cuidados terciarios en la Ciudad de México

S. Loza-Jalil, E. Vidal-Laurencio, L. Soto-Ramirez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La coinfección de VIH con el virus de la Hepatitis B (HBV, en inglés) es común en países en vías de desarrollo debido a las trayectorias de transmisión compartidas. La información en estos países es escasa, ya que muchos pacientes no son evaluados para HBV. Describimos las características de pacientes coinfectados en un centro de cuidados terciaros ubicado en México.
Métodos: Revisamos la base de datos de 905 pacientes en toda la historia de nuestra clínica de SIDA y la comparamos con todos los diagnósticos de HBV con el fin de detectar individuos coinfectados. Obtuvimos datos demográficos, fecha de adquisición de infecciones virales, así como datos de laboratorio.
Resultados: Encontramos 48 individuos coinfectados (5.4%), 47 eran hombres. La edad promedio en la última visita fue de 39.7 años, y en el momento del diagnóstico de VIH fue 32.5 años. En total, cuatro fueron infectados por HBV antes de la infección por VIH, 26 después de la infección por VIH y 18 fueron diagnosticados al mismo tiempo. Todas las infecciones de HBV fueron adquiridas por transmisión sexual, salvo cuatro (transfusión sanguínea). La mayoría de los pacientes recibieron al menos un fármaco activo contra HBV como parte del tratamiento antirretroviral, seis recibieron tratamiento específico contra HBV y cinco pacientes no recibieron tratamiento alguno.

En total, 16 individuos mostraron seroconversión al HBV. En total, 27 pacientes tuvieron transaminasas elevadas persistentes (en tratamiento), 12 pacientes presentaron siempre niveles normales y nueve pacientes tuvieron reducción de transaminasas. Sólo en cuatro casos la carga viral de HBV fue indetectable en algún punto durante el tratamiento. En total, seis pacientes fallecieron, ya sea por hepatocarcinoma (2), neumonía por Pneumocystis jiroveci (1), insuficiencia hepática aguda (1), neumonía nosocomial (1) o infección diseminada por el complejo Mycobacterium avium (1). En total, tres pacientes fueron sometidos a biopsia hepática, un paciente con histoplasmosis, uno con hepatitis activa crónica y uno más con fibrosis portal y colestasia.

Conclusiones: En la Ciudad de México no se presta atención a la infección por HBV en pacientes coinfectados, dado que muchos de los pacientes no tienen una evaluación completa y no reciben tratamiento específico. La mayoría de los pacientes coinfectados en la Ciudad de México adquirieron HBV por vía sexual al contraer VIH o posterior a ello.

Resumen: 5328

B13 - Aspectos no epidemiológicos de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo HPV y sífilis

Tipos de papiloma humano en lesiones bucales similares a verrugas entre pacientes con VIH/SIDA en la Ciudad de México

V. Ramírez-Amador[1], G. Anaya-Saavedra G[1], M. Guerrero-Tenorio[2], I. González-Ramírez[3], M. Guido-Jiménez[4], A. García-Carranca[5], Emory University Rollins School of Public Health, Emory AIDS International Training and Research Program. Clínica Especializada Condesa (CEC), SSA.

[1]Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciencias de la Salud, Ciudad de México, México, [2]Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Ciudad de México, México, [3]Universidad Autónoma Metropolitana, Doctorado en Ciencias Biológicas, Ciudad de México, México, [4]Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, [5]Instituto Nacional de Cancerología y Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El virus del papiloma humano (HPV, en inglés) se ha convertido en un problema importante en individuos VIH positivos, en particular desde la introducción de terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés). El objetivo del presente estudio fue comparar la prevalencia y distribución de los tipos de HPV en lesiones bucales similares a verrugas en un grupo de pacientes con VIH/SIDA.

Métodos: Un estudio de observación, descriptivo y transeccional que incluyó pacientes con VIH/SIDA que recibieron atención en el CEC de julio de 2004 a noviembre de 2007, en la Ciudad de México. En primer lugar, se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes con una lesión bucal similar a verrugas, posteriormente un examen bucodental detallado y una biopsia con sacabocados, considerando los criterios de diagnóstico de EC-Clearinghouse para lesiones bucales asociadas con HPV. Se registró la información demográfica y clínica. Se empleó la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, en inglés) para detectar ADN de HPV mediante cebadores de consenso L1 (MY09/11, GP5+/6+) y sus productos fueron secuenciados directamente.

Resultados: Se incluyeron 17 hombres VIH positivos consecutivos, con lesiones bucales asociadas con HPV. La mediana de edad fue 32 (22-68) años. Seis pacientes (35.3%) eran fumadores actuales, diez (58.8%) estaban en un estado avanzado de la enfermedad y diez (58.8%) se encontraban bajo tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) (mediana de tiempo, 588 [Q1-Q3, 468-821] días). Se amplificó ADN de HPV en nueve lesiones, el tipo más común encontrado fue el 13 (3/33.3%), seguido por el 6 (2/22.2%). Los tipos 16, 31, 32 y 74 de HPV fueron encontrados cada uno en una lesión (11.1%). El diagnóstico histórico en diez muestras fue "lesión relacionada con HPV" (58.8%), "papiloma" en cinco (29.4%) e "hiperplasia epitelial multifocal" en dos (11.8%). Seis (66.7%) de los nueve pacientes con ADN de HPV amplificable estaban bajo HAART, con una mediana de tiempo de 588 (Q1-Q3, 468-821) días.

Conclusiones: La mayoría de las lesiones bucales similares a una verruga están vinculadas con la infección por HPV y asociadas con el uso de terapia HAART, lo que sugiere que el tratamiento contra VIH parece tener algún papel sobre la infección bucal por HPV en individuos con VIH/SIDA.

Resumen: 12836

B14 - Profilaxis de infecciones asociadas al VIH; vacunas, por ejemplo, contra neumococo, hepatitis y HPV, profilaxis con cotrimoxazol e IPT

Prácticas de inmunización (BCG, OPV, sarampión) en niños infectados con VIH en una clínica de atención pediátrica

R. Muñoz-Hernández[1], M. Ortega-Juárez[1], P. Tovar-Larrea[1], J.I. Santos-Preciado[2], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, Ciudad de México, México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La mayoría de los niños infectados con VIH recibieron la vacuna contra sarampión, OPV y BCG al momento

del diagnóstico. La literatura informa de eventos adversos serios asociados con la implementación de estas vacunas, pero los países en vías de desarrollo continúan aplicándolas, con la remota posibilidad de adquirir IPV o detener la aplicación de BCG.

Objetivo: Describir las vacunas aplicadas a un grupo de niños infectados con VIH y complicaciones severas secundarias a la vacuna contra el sarampión, OPV y BCG.

Métodos: Revisión el expediente médico y la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) de pacientes que recibieron atención en la Clínica de Atención a Niños con VIH/SIDA UNAM, desde su nacimiento hasta diciembre de 2007. Se incluyó información demográfica y clínica sobre vacunación y complicaciones.

Resultados: Se incluyó información de 84 CNV y expedientes médicos. La edad promedio es 8.4 años (2-17). En total, 97.6% son casos perinatales. El diagnóstico de VIH/SIDA fue establecido a una edad promedio de 3 años. Las vacunas usadas fueron: BCG (1 dosis) 88%; OPV (3 dosis) 70%, OPV (<3 dosis) 30%, DPT (3 dosis) 43% o DPT+Hib+HepB (3 dosis) 45%, DPT dosis final (2 dosis) 50%; Sarampión 92%, Hepatitis B (3 dosis) 45%. No se informaron complicaciones serias con la aplicación de la vacuna contra OPV o sarampión. Dos niños presentaron enfermedad diseminada secundaria a BCG (un niño de 7 años, con una dosis adicional, y una niña de 12 meses).

Conclusiones: Ninguno de los pacientes tuvo complicaciones severas ni parálisis a causa de la vacuna OPV o contra el sarampión. En total, 2/84 pacientes (2.4%) presentaron enfermedad diseminada a causa de la vacuna BCG, ambos presentaron inmunosupresión severa. Si bien existe el riesgo de complicaciones a partir de estas vacunas, es necesario valorar la relación riesgo-beneficio de conformidad con cada caso. Recomendamos la implementación de IPV para disminuir el riesgo de parálisis post-vacuna.

Resumen: 818

B16 - Trastornos de reconstitución inmunológica

Manifestaciones bucales del síndrome inflamatorio reconstitución inmunológica

V. Ramírez-Amador[1], E. Espinoza[2], G. Anaya-Saavedra[1], I. González-Ramírez[1], G. Reyes-Terán[2]

[1]Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México

Antecedentes: La recuperación inmunológica con terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) puede conllevar respuestas inflamatorias excesiva conocidas en su conjunto como síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS, en inglés). Las lesiones orales (LO) como candidosis (OC), leucoplasia vellosa (HL, en inglés) y úlceras bucales recurrentes (ROU, en inglés) están notablemente ausentes entre los numerosos informes de IRIS. Hemos evaluado la hipótesis que existen condiciones bucales que aparecen bajo terapia antirretroviral que muy probablemente se deban a la reconstitución inmunológica en lugar de deberse a la supresión inmunológica remanente.

Métodos: Estudio de cohortes y prospectivo realizado dentro de la cohorte de 95 pacientes infectados con VIH quienes iniciaron terapia HAART y recibieron atención en una clínica especializada en SIDA en la Ciudad de México (Clínica Especializada Condesa) entre septiembre de 2003 y marzo de 2005. Los pacientes otorgaron su consentimiento por escrito, se les hizo una exploración bucal y se tomó una muestra de sangre inmediatamente antes de iniciar la terapia HAART y a las 4, 8 y 12 semanas posteriores. Se consideraron elegibles los individuos que lograron una reducción satisfactoria (≥1 log10) de carga viral (VL, en inglés) en las primeras 8 semanas o un promedio de reducción de 1 en escala logarítmica/mes y un incremento sustentado de las células T CD4+ de ≥50/ul después de HAART.

Resultados: Entre los 71 pacientes que respondieron a todo el tratamiento, dos presentaron nuevos signos clínicos de OC, dos desarrollaron ROU, tres HL y uno sarcoma bucal de Kaposi (OKS, en inglés). Los conteos de células T CD4+ al inicio de LO en todos no sugirieron supresión inmunológica remanente. Estos ocho posibles casos de IRIS mostraron una reducción más rápida de la carga viral en la semana cuatro de tratamiento en comparación con los pacientes que respondieron por completo y que no padecían IRIS; así como un incremento en los porcentajes de células T CD4+ y conteos de células T CD8+, no observado en pacientes con una respuesta viral satisfactoria a la terapia HAART, pero sin incremento en los conteos de células T CD4+ (discordantes) quienes desarrollaron infecciones oportunistas.

Conclusiones: El inicio de OC, HL, OKS o ROU durante la terapia HAART en pacientes con VL satisfactoria y respuesta de células T CD4+ puede representar casos IRIS estables, distinguibles de infecciones oportunistas. Con el respaldo de la Comisión de Equidad y Género de la Honorable Cámara de Diputados.

Resumen: 8870

B16 - Trastornos de reconstitución inmunológica

Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica en pacientes con sarcoma de Kaposi que iniciaron HAART en México

P. Volkow-Fernández[1], P. Cornejo-Juárez[2]

[1]Instituto Nacional de Cancerología, Infectología, Distrito Federal, México, [2]Instituto Nacional de Cancerología, Infectología, Distrito Federal, México.

Antecedentes: La recuperación de las funciones inmunológicas con la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) ha sido asociada con el deterioro clínico a pesar del control de los parámetros inmunológicos y virológicos, así como de la condición llamada síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (IRIS, en inglés). La exacerbación del sarcoma Kaposi (KS, en inglés) ha sido informada como un IRIS, pero su prevalencia y factores de riesgos son desconocidos. El objetivo fue determinar el espectro clínico y los predictores de IRIS en KS en pacientes que inician HAART en México.

Métodos: Un estudio retrospectivo de todos los pacientes con SIDA y KS que inician HAART entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de julio de 2007 en un centro oncológico de tercer nivel en México. La condición IRIS-KS fue definida como la presencia de uno de los siguientes parámetros: un incremento en el tamaño y número de lesiones causadas por KS, aparición o exacerbación de linfedema y aparición o un incremento de las opacidades pulmonares en una radiografía torácica. Usamos como controles aquellos pacientes con SIDA-KS que no cumplieron los criterios de IRIS.

Resultados: Un total de 167 pacientes con VIH fueron admitidos como pacientes de primera vez durante el periodo de estudio, 66 pacientes presentaron KS (39.5%). 40 pacientes iniciaron HAART < 6 meses antes de la primera consulta: 18 (45%) pacientes experimentaron IRIS (mediana de tiempo de 12 semanas después de HAART); 22 pacientes sirvieron como grupo de control. Todos los pacientes fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mediana de edad de 33 ± 7.4 años. Los pacientes con KS que desarrollaron IRIS tuvieron más lesiones dérmicas diseminadas, así como una afectación bucal y gastrointestinal en comparación con los pacientes de control (p=0.01). Todos los pacientes con IRIS recibieron quimioterapia, todos fueron hospitalizados y cinco murieron debido a complicaciones IRIS-KS. Diez pacientes de control recibieron quimioterapia (p=0.01), ninguno fue hospitalizado (p< 0.0001), tres pacientes murieron (no relacionado con KS) (p=0.01).

Conclusiones: La prevalencia de IRIS-KS en este grupo de pacientes fue alta y estuvo asociada con un incremento en la mortalidad. Los pronosticadores asociados con el desarrollo de IRIS-KS fueron extendidos a la enfermedad KS y a la afectación visceral, el último pronosticador mencionado de incremento a la mortalidad.

Resumen: 12507

B17 - Neoplasias relacioandas con el SIDA (KS, linfoma, carcinoma cervical y anal) incluyendo infección por HHV8

Enfermedad prevalente y HPV y neoplasia en hombres VIH+ en la frontera Estados Unidos-México

A. Khalsa[1], J. Martínez[2]

[1]Centro de Salud Familiar La Fe CARE Center, Family Medicine Texas Tech University, El Paso, Estados Unidos, [2]Women's Health Care Services, Obstetrics and Gynecology, Vinton, Estados Unidos.

Antecedentes: Si bien en varias cohortes de hombres VIH+ se han informado altas tasas de enfermedad HPV anal y lesiones intraepiteliales escamosas (SIL, ésta y las siguientes siglas son en inglés) relacionadas, la prevalencia en hombres mexicanos no ha sido descrita específicamente con anterioridad.

Métodos: Un estudio transversal prospectivo en curso está siendo llevado a cabo en una cohorte de ~580 pacientes VIH+ varones en El Paso Texas en la frontera Estados Unidos-México. Se enviaron muestras anales obtenidas con hisopos Dacron® para valor su citología de base líquida (ThinPrep®) y ADN de HPV de alto riesgo (HR) de captura de híbridos en hombres que han declarado por sí mismos tener una historia de sexo anal receptivo sin protección. Los pacientes con resultados anormales de atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) o mayores fueron referidos para anoscopía de alta resolución (HRA), y aquellos con un condiloma extenso, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL) o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) en patología fueron referidos para coagulación infrarroja (IRC).

Resultados: Se realizó un análisis en 238 hombres hasta ahora, de los cuales 88.5% son mexicanos, con edades que fluctúan de 22 a 71 años. Se obtuvieron resultados Pap poco satisfactorios en 0.8% (2/238) y resultados anormales en 24.3% (58/238), 92.3% (48/52) de los cuales fueron positivos para HR HPV, 43.1% (25/58) mostraron ASCUS, 53.4% (31/58) LSIL y 1.7% (1/58) HSIL. De los 58 pacientes identificados con resultados anormales, 60.3% (35/58) tuvieron datos disponibles de HRA. De éstos, 54.3% (19/35) tuvieron condiloma y 26 fueron sometidos a biopsias, de los cuales 7.7% (2/26) mostraron atipia, 30.8% (8/26) mostraron neoplasia

intraepitelial anal I (AIN I), 23.1% (6/26) mostraron neoplasia intraepitelial anal II (AIN II,) y 3.8% (1/26) mostraron carcinoma invasor (en un paciente asintomático que no tenía una historia de enfermedad anal previa, quien tuvo ASCUS en el primer Pap y pólipo en el examen). De los ocho pacientes en los cuales se realizó el IRC hasta el día de hoy, todos toleraron perfectamente el procedimiento de paciente ambulatorio sin hemorragias ni complicaciones por infecciones ni recurrencias a corto plazo.

Conclusiones: Estos resultados confirman la alta prevalencia de SIL anal en HSH predominantemente mexicanos VIH+ y su asociación con la infección por HR HPV, corroborando la importancia de la revisión de rutina en esta población.

Resumen: 1708

B17 - Neoplasias relacioandas con el SIDA (KS, linfoma, carcinoma cervical y anal) incluyendo infección por HHV8

Origen linfático del sarcoma Kaposi bucal - análisis inmunohistoquímico de 39 casos

G. Martínez-Mata[1], V. Ramírez-Amador[1], I. González-Ramírez[1], G. Anaya-Saavedra[1], O. Paes de Almeida[2], Estudio apoyado por FAPESP (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo)

[1]Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Departamento de Ciencias de la Salud, Ciudad de México, México, [2]Facultad de Odontología de Piracicaba-Unicamp, Oral Diagnosis Department, São Paulo, Brasil.

Introducción: La histogénesis de las células fusiformes del sarcoma de Kaposi bucal (OKS, en inglés) sigue siendo controversial, pero diferentes estudios a base de PCR e inmunohistoquímica han sugerido un origen linfático. El objetivo del presente estudio fue determinar el perfil inmunológico de OKS y su posible diferenciación linfática.

Métodos: Estudio retrospectivo de observación y comparativa en un periodo de 14 años (junio de 1993 a diciembre de 2007) en el Laboratorio de Histopatología Bucal de la UAM-X, en la Ciudad de México. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos de expedientes médicos. Secciones de bloques de tejido de archivo incluido en parafina y fijada con formol de 39 OKS (casos) y 30 granulomas piogénicos bucales (OPG, en inglés) (controles), fueron analizados mediante inmunohistoquímica (método ABC) usando los siguientes anticuerpos: vimentina, αSMA, desmina, proteína S-100, CD1a, CD117, CD34, D2-40, HHV-8, CMV y p24. Para la comparación de variables nominales y dimensionales, se emplearon las pruebas de Ji2 y U-Mann Whitney, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 69 muestras bucales. La edad media de los pacientes fue de 32 (Q1-Q3, 25-43) años. La mayoría de los casos de OKS (32 pacientes; 82%) provino de la Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México. 24 pacientes con OKS (74.4%) estuvieron bajo terapia antirretroviral combinada, con una mediana de tiempo de 62.5 (14-369) días. 14 casos de OKS fueron mucocutáneos (35.9%), el paladar estuvo involucrado en 70.6% de ellos. La mediana del conteo de linfocitos CD4+ fue 112 (Q1-Q3, 36.5-166.2) células/mm3, y la mediana de la carga viral fue de 2510 (Q1-Q3, 359.7-197500) copias/ml. Todos los casos y los controles fueron positivos para vimentina y CD34, y negativos para la proteína S-100, p24 y CD1a. Las 39 muestras de OKS fueron positivas para HHV-8, αSMA y D2-40, cinco (12.8%) fueron positivas para CD117 y sólo dos (5.1%) para CMV. Todos los casos de OPG fueron positivos para desmina, mientras que todos los OKS fueron negativos.

Conclusiones: La inmunotinción positiva de la infección por D2-40 y HHV-8 hallada en secciones de OKS sugiere poderosamente su naturaleza linfática.

Resumen: 14141

B17 - Neoplasias relacioandas con el SIDA (KS; linfoma, carcinoma cervical y anal) incluyendo infección por HHV8

Neoplasia en niños mexicanos infectados por VIH: experiencia de 22 años en un hospital pediátrico de tercer nivel

P. Villalobos-Acosta[1], E. Plascencia-Gómez[1], S. Sadovinsky[2], E. Villaseñor[1], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas. Clínica de niños con VIH, México D.F., México, [2]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Patología, México D.F., México.

Antecedentes: El riesgo de neoplasia se incrementa con una infección por VIH. Existe poca información acerca de la asociación entre el cáncer y la infección por VIH en niños. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia en niños infectados por VIH con neoplasias malignas.

Métodos: Se revisaron expedientes médicos de niños infectados por VIH que recibieron atención en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México (Hospital Infantil de Mexico Federico Gómez) durante un periodo de 22 años (1985-2007). Se analizaron datos demográficos, eestatus inmunológico/viral en dispositivo, tratamiento antirretroviral (ART, en inglés), tipo de neoplasia, manejo y evolución clínica.

Resultados: En total, 381 expedientes médicos de pacientes históricos fueron estudiados. Sólo nueve casos (2.36%) de neoplasias fueron identificados, cuatro neoplasias ocurrieron durante el periodo de 1985 a junio de 1994: dos sarcomas Kaposi (KS, en inglés), un carcinoma cervical y un leiomiomatosis intestinal. Los expedientes médicos completos de estos pacientes no estuvieron disponibles para su análisis. De julio de 1994-2007, cinco pacientes fueron diagnosticados con una neoplasia. La edad media de dispositivo de cáncer fue 99.4 meses, los varones se infectaron con mayor frecuencia, y tres pacientes fueron clasificados como estadio C3. Tres pacientes presentaron linfoma, un paciente fue diagnosticado con glioblastoma y se documentó un caso de tumor intracraneal. En cuatro pacientes, el diagnóstico de infección por VIH y neoplasias fueron concomitantes, el otro paciente desarrolló cáncer tras 65 meses de ART. Dos pacientes con linfoma murieron sin recibir ART ni quimioterapia/radioterapia, y el paciente con tumor intracraneal falleció a pesar del tratamiento con quimioterapia. Los dos pacientes restantes (linfoma y glioblastoma) recibieron quimioterapia y tratamiento quirúrgico/radioterapia, respectivamente. Ambos pacientes están mejorando después de 30 y 48 meses de seguimiento, y ambos están recibiendo tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés).

Conclusiones: Pese a nuestro número limitado de pacientes, resulta interesante que durante la primera mitad de este estudio hubo dos pacientes con KS, una enfermedad poco común en la era del tratamiento HAART. Como se ha informado anteriormente, los linfomas fueron el tipo más común de neoplasia.

Resumen: 3926

B18 - Neoplasias no relacionadas con el SIDA, morbilidad y envejecimiento

Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes infectados con VIH y bajo terapia HAART - un estudio transversal en pacientes mexicanos

D.E. Hernández Gaeta, M.A. Durán Sánchez, A. Ruiz Fuentes, A. Cruz Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social, H.G.Z. No. 27 Medicina Interna, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La prevalencia mundial del síndrome metabólico (MS, en inglés) en pacientes infectados con VIH y bajo terapia HAART es de 10 a 12% en distintas series. En México, la presencia de MS en la población general es de 30%, lo que sugiere que en pacientes con VIH debe haber una elevada prevalencia.

Métodos: Se recabaron características clínicas y biológicas para evaluar la prevalencia de MS en pacientes con al menos seis meses de terapia con antirretrovirales (ARV). Además se valoraron características de lipodistrofia y esquemas ARV a los que el MS se asocia con mucha frecuencia. El MS fue definido mediante la asociación de al menos tres de los siguientes criterios: trigliceridemia >150 mg/dl, HDL colesterol <40 mg/dl en hombres o <50 mg/dl en mujeres, glicemia >110 mg/dl, circunferencia de la cintura >102 cm en hombres u 88 cm en mujeres, presión sanguínea sistólica >135 mmHg o presión sanguínea diastólica >85 mmHg.

Resultados: Evaluamos a 192 pacientes con al menos seis meses de tratamiento con ARV y que hubiesen cumplido las características clínicas y biológicas para el presente estudio. El MS estuvo presente en 71 pacientes con una prevalencia de 36.9%. La duración promedio del tratamiento fue de 35 meses. La presencia de lipodistrofia estuvo presente en 46 de 71 pacientes. En otros datos de los pacientes, ellos tuvieron un conteo medio de células CD4 de 382. La carga viral fue menor de 50 copias en 86% de los pacientes. Los tres esquemas más comunes fueron EFZAZT- 3TC, SQN/r-3TC-ABC y LPV/r-ABC-DDI en más de 15 combinaciones.

Conclusiones: La prevalencia de MS en una cohorte de pacientes mexicanos es mucho mayor que en otras poblaciones con VIH.

Resumen: 4171

B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

Continuación de PI reforzado 1 c/12 horas vs cambio a ATV/RTV 1 c/24 hrs para el tratamiento de lipodistrofia: análisis primario de 48 semanas de estudio ReAL prospectivo, aleatorizado, de etiqueta abierta y multicentro

G. Moyle[1], J.-M. Girard[2], J. Andrade[3], P. Salvato[4], J. Bogner[5], P. Hay[6], I. Santos[7], L. Astier[8], M. Pans[8], S. Biguenet[9], A.Antinori[10], The ReAL Study Group

[1]Chelsea and Westminster Hospital, Londres, Inglaterra, [2]Saint-Antoine Hospital, París, Francia, [3]Hospital Civil de Guadalajara, México, México, [4]Diversified Medical Practices PA, Houston, Estados Unidos, [5]Medizinische Klinik Der LMU, Munich, Alemania, [6]St.George's Hospital, Londres, Inglaterra, [7]Hospital de la Princesa, Madrid, España, [8]Bristol-Myers Squibb Research and Development, Braine L'Alleud, Bélgica, [9]Bristol-Myers Squibb Research and Development, Rueil-Malmaison, Francia, [10]Istituto Malattie Infettive I.R.C.C.S, Roma, Italia.

Antecedentes: El fármaco atazanavir (ATV) es un potente inhibidor de la proteasa (PI, en inglés) que es perfectamente tolerado

al administrarse una vez al día y ha sido ampliamente estudiado en pacientes sin tratamiento previo. Los datos comparativos han demostrado una eficacia similar con un perfil lípido superior en comparación con LPV/RTV. El estudio ReAL evalúa el impacto sobre la composición corporal al cambiar de cualquier PI reforzado de dosis dos veces al día (PI/RTV) a un régimen que contiene QD ATV/RTV en pacientes con lipohipertrofia.

Métodos: Pacientes con una circunferencia de cintura >90 cm y una carga viral <400 copias/mL fueron agrupados al azar (2:1) a ATV/RTV versus PI/RTV continua. Se emplearon CT para cuantificar el tejido adiposo visceral, subcutáneo y total (VAT, SAT y TAT, en inglés); se empleó DEXA para valorar la grasa troncal y grasa de las extremidades. Criterio de valoración primario: cambios en la relación grasa troncal - grasa de las extremidades mediante la técnica DEXA a 48 semanas.

Resultados: 201 pacientes fueron agrupados al azar (200 recibieron tratamiento, 131 recibieron ATV/RTV, 69 recibieron PI/RTV [72% LPV/RTV]). En la semana 48, no hubo diferencia significativa entre los regímenes en cambio porcentual medio de los valores de referencia en la relación grasa troncal - grasa de las extremidades (0.02 vs -0.02 para ATV/RTV y PI/RTV, respectivamente) y en cambio medio de los valores de referencia en VAT, SAT, TAT, VAT a TAT y VAT a SAT. Los índices de rebote vírico fueron similares (≥50 copias/mL: 5% vs 6% para ATV/RTV y PI/RTV, respectivamente). El cambio medio de los valores de referencia de CD4 (ATV/RTV vs PI/RTV) fue 14.5 vs 44 células/mm3. Los cambios porcentuales medios de los valores de referencia en lo que respecta a los lípidos en ayunas (ATV/RTV vs PI/RTV) fueron: colesterol total -13% vs -1% (P<0.0001); colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL, en inglés) -6.2% vs -2.6% (P=0.22); colesterol lipoproteína de baja densidad (LDL, en inglés) -10.4% vs 2.6% (P=0.0086); triglicéridos -23.8% vs -11.7% (P=0.04); colesterol no de lipoproteína de alta densidad (Non-HDL, en inglés) -14.8% vs -0.6% (P<0.0001). Los índices de descontinuación fueron (ATV/RTV vs PI/RTV) 8% vs 10%. En Resumen, los eventos adversos fueron equiparables tanto en ATV/RTV como PI/RTV.

Conclusiones: En este análisis de 48 semanas, el cambio de PI reforzado con dosis de dos veces al día a ATV reforzado con dosis una vez al día en pacientes que padecían lipohipertrofía originó un cambio no significativo en la composición corporal con la conservación de la eficacia y reducción significativa en los niveles de colesterol total, colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL, en inglés), colesterol lipoproteína de baja densidad (LDL, en inglés) y colesterol no de lipoproteína de alta densidad (Non-HDL, en inglés). Está planeado un seguimiento hasta la semana 96.

Resumen: 12823

B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

Análisis combinado de 48 semanas de DUET-1 y DUET-2: el impacto de las características iniciales sobre la respuesta virológica a la etravirina (TMC125; ETR)

P. Cahn[1], J.-M. Molina[2], W. Towner[3], M. Peeters[4], J. Vingerhoets[4], G. Beets[4], B. Baeten[4], G. De Smedt[4]

[1]Fundación Huésped, Buenos Aires, Brasil, [2]Assistance Publique Hôpitaux de Paris and University of Paris, París, Francia, [3]Kaiser Permanente, Los Angeles, Estados Unidos, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica.

Antecedentes: El análisis combinado de 48 semanas de los estudios de fase III DUET-1 y -2 controlados con placebo, doble ciego, aleatorizados y en curso demostró la eficacia y seguridad del agente etravirina (TMC125; ETR) en pacientes que no habían recibido tratamiento previo.

Métodos: Pacientes que no habían recibido tratamiento previo con resistencia a inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés) documentada, ≥3 mutaciones primarias a inhibidores de la proteasa (PI, en inglés) y carga viral (VL, en inglés) >5000 copias/mL fueron agrupados al azar 1:1 para recibir etravirina 200mg o placebo dos veces al día más un régimen de base (darunavir/r, NRTI[s] optimizado ± enfuviritida). El criterio de valoración primario fue el porcentaje de pacientes con VL confirmada <50 copias/mL (población con intención de tratar; algoritmo de tiempo para perder la respuesta virológica). Los análisis de subgrupo valoraron el efecto de las características iniciales sobre la respuesta a etravirina.

Resultados: 1,203 pacientes fueron incluidos en el análisis combinado: 599 y 604 pacientes en los grupos con etravirina y placebo, respectivamente. Las características de los valores de referencia y la demografía fueron equiparables entre los grupos de tratamiento: varones (90% vs 89%), mediana de edad (46 vs 45 años), caucásicos (70% vs 70%), VL (ambos 4.8 log10c/mL), conteo CD4 (99 células/mm3 vs 109 células/mm3), coinfección por hepatitis B o C (13% vs 12%) y uso previo de NNRTI (92% vs 92%). La Tabla 1 muestra el impacto de las características de los valores iniciales sobre la respuesta virológica. La proporción de pacientes que respondió al tratamiento también fue mayor en el grupo con etravirina versus placebo cuando se analizó por género, edad, región o uso previo de NNRTI.

Conclusiones: En la semana 48, de modo consistente, más pacientes en el grupo con etravirina lograron una VL indetectable <50 copias/mL en comparación con el grupo con placebo, independientemente de las características iniciales. La VL inicial, el conteo de células CD4 y ENF fueron predictores significativos de respuesta en ambos grupos de tratamiento.

Tabla 1. Impacto de las características iniciales sobre la respuesta

	Pacientes que respondieron al tratamiento (<60 copias/mL en la semana 48), % (número de pacientes)			
	Etravinna +BR (n=599)	Placebo + BR (ns604)	Diferencia versus grupo con placebo	Valor p
Efecto por demografía del paciente				
Raza				
Negra	53 (37/70)	34 (24/70)	19	0.0150
Caucásica	61 (228/373)	42 (156/376)	20	<0.0001
Hispano	57 (34/60)	36 (24/66)	20	0.0118
Efecto de las características de la enfermedad				
* Carga viral				
<30,000c/mL	76 (125/166)	56 (97/174)	20	<0.0001
30,000 – 100,000c/mL	61 (126/206)	39 (82/213)	23	<0.0001
> 100,000c/mL	49 (112/228)	28 (61/217)	21	<0.0001
* Conteo de células CD4				
<50 células/mm3	45 (96/213)	22 (45/209)	24	<0.0001
50-200 células/mm3	65 (136/208)	48 (99/208)	18	0.0002
200-350 células/mm3	74 (88/119)	52 (65/125)	22	0.0001
≥ 350 células/mm3	72 (42/58)	51 (31/61)	22	0.0061
* Coinfección por Hepatitis B y/o C				
Negativo	61 (304/495)	38 (190/495)	23	<0.0001
Positivo	60 (43/72)	51 (34/67)	9	0.3028
*** Efecto de uso ENF**				
Sin uso de ENF	59 (192/327)	36 (117/322)	22	<0.0001
Uso repetido de ENF	52 (62/119)	24 (30/123)	28	<0.0001
ENF usado *de novo*	71 (109/153)	59 (93/159)	13	0.0116

* Predictores significativos de respuesta en ambos grupos de tratamiento.
Valores p derivados del modelo de regresión logística.

Resumen: 11221

B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

Respuesta virológica comparable y susceptibilidad in vitro a darunavir en pacientes infectados con aislados de VIH subtipo B y no subtipo B que participan en el estudio de Fase III ARTEMIS

I. Dierynck[1], S. De Meyer[1], E. Lathouwers[1], C. Vanden Abeele[1], T. Van De Casteele[1], R. DeMasi[2], A. Hill[3], S. Spinosa-Guzman[1], M.-P. de Béthune[1], G. Picchio[2]

[1]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [2]Tibotec Inc, Yardley, PA, Estados Unidos, [3]University of Liverpool, Liverpool, Inglaterra.

Antecedentes: ARTEMIS es un estudio en curso de Fase III que evalúa la eficacia y seguridad de darunavir con ritonavir a dosis baja (DRV/r) versus lopinavir con ritonavir a dosis baja (LPV/r) en pacientes que no hayan recibido tratamiento. En el análisis primario de 48 semanas, DRV/r logró una respuesta virológica (VL<50 copias/mL) de 84% versus 78% del LPV/r. En este estudio fue sometido a estudio el efecto del subtipo de VIH-1 sobre la respuesta virológica y la susceptibilidad *in vitro* a DRV.

Métodos: Los pacientes fueron agrupados al azar para recibir DRV/r 800/100mg una vez al día o lopinavir/r 800/200mg una dosis diaria total, más un régimen de base fijo (TDF y FTC). Virco realizó la determinación de genotipo, del subtipo y del fenotipo (Antivirogram).

Resultados: La mayoría de los pacientes (61%) hospedaban el subtipo B de VIH-1; otros subtipos prevalentes encontrados fueron del subtipo C (13%) y CRF01_AE (17%); 9% hospedaban otros subtipos. Los conteos de células CD4 y la carga viral (VL, en inglés) iniciales fueron similares entre los subgrupos. A continuación se resumen las respuestas virológicas en subgrupos y subdivisiones del tratamiento (ver Tabla 2).
En la subdivisión de DRV, la diferencia [95% CI] en la respuesta entre los pacientes con una infección por subtipo C y CRF01_AE versus infección por subtipo B fue 6% [–7.3; 18.8] y 4% [–6.8; 14.9], respectivamente. La mediana de los valores EC50 (intervalos) del DRV fueron similares para aislados de VIH-1 de subtipo C (1.12 nM [0.23-3.46]) y subtipo CRF01_AE (1.27 nM [0.35-4.30]) en comparación con aislados de VIH-1 de subtipo B (1.79 nM [0.38-5.07]).
Conclusiones: El estudio ARTEMIS, tratamiento con DRV/r una vez al día fue uniformemente eficaz, independientemente del subtipo de VIH-1, lo que confirma la amplia actividad del fármaco DRV/r. Por consiguiente, la susceptibilidad in vitro a DRV fue equiparable a través de los subtipos del VIH-1 estudiados.

Resumen: 12039

B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

Análisis de resistencia a la combinación darunavir (DRV) y etravirina (TMC125; ETR) de los estudios DUET combinados: ¿cuándo podemos escatimar las otras nuevas clases?

R. Haubrich[1], J. Schapiro[2], J. Vingerhoets[3], S. Nijs[3], M. Peeters[3], G. De Smedt[3], B. Woodfall[3], M. de Bethune[3], G. Picchio[4]

[1]University of California San Diego, San Diego, Estados Unidos, [2]National Hemophilia Center, Sheba Medical Center, Ramat Gan, Israel, [3]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [4]Tibotec, Yardley, Estados Unidos.

Antecedentes: El diseño de regímenes para pacientes que no han recibido tratamiento requiere la evaluación simultánea de resistencia a múltiples agentes. En la actualidad no se conoce por completo el número de agentes nuevos/activos necesarios para suprimir lo mejor posible la replicación de VIH.
Métodos: Un análisis de subgrupos de los estudios DUET combinados de pacientes que no estén usando enfuvirtida como un nuevo fármaco; se excluyeron interrupciones por una insuficiencia no virológica (n=406). Las mutaciones asociadas con la resistencia (RAM, en inglés) anteriormente descrita, a ETR o DRV y el fenotipo (Antivirogram) fueron analizados como pronosticadores de un ARN de VIH confirmado <50 copias/mL en la Semana 24. Se evaluaron respuestas virológicas en subgrupos con diferentes patrones de genotipo/fenotiopo de DRV y ETR.
Resultados: Las velocidades de respuesta declinaron con los números crecientes de RAM de DRV y ETR iniciales combinados: 78% para 0 RAM totales, 0% para >3 RAM a DRV y ETR. En la tabla se muestra la proporción de pacientes con perfiles de resistencia a ETR/DRV que lograron ARN de VIH <50 copias/mL a las 24 semanas. Aquéllos con respuesta virológica >65% están sombreados (ver Tablas 3 y 4). Se observaron velocidades de respuesta >65% con cualquier combinación de hasta 3 RAM a DRV+ETR y hasta 40 FC en susceptibilidad a DRV cuando el ETR FC fue <3.
Conclusiones: Se lograron respuestas virológicas en el rango de aquéllas observados en pacientes que no habían recibido tratamiento (>65%) con ETR+DRV más régimen de base en ausencia de otras nuevas clases, siempre que el número total de RAM a ETR+DRV RAMs fuese igual o menor a 3. Se observaron respuestas elevadas en pacientes con más resistencia, pero estos pacientes podrían beneficiarse de agentes activos adicionales.

Tabla 2

		VL<50 copias/mL en la Semana 48 n/N (%)		
	N	DRV/r	LPV/r	Diferencia en la respuesta DRV/r–LPV/r % (95% CI)
En general (ITT-TLOVR)	689	287/343 (84)	271/346 (78)	5 (–0.5, 11.2)
Subtipo de VIH-1				
B	418	171/210 (81)	162/208 (78)	4 (–4.2; 11.3)
C	89	34/39 (87)	41/50 (82)	5 (–10.2; 20.6)
CRF01_AE	117	53/62 (85)	45/55 (82)	4 (-9.8; 17.2)

Tablas 3 y 4. Análisis de resistencia a ETR/DRV

Análisis de genotipo No. de RAM a ETR	No. de RAM a DRV				
	0	1	2	3	>3
0	78	82	73	78	63
1	67	71	75	50	35
2	100	93	56	45	27
3	67	57	29	60	27
>3	0	40	17	30	0

Análisis de fenotipo ETR FC	Cambio doble de DRV (FC)		
	≤10	10-40	>40
≤ 3	76	65	53
3-13	61	41	0
>13	50	20	0

Resumen: 12243

B20 - Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

La incidencia y severidad de eventos del sistema nervioso y psiquiatrícos son similares con etravirina (TMC125, ETR) versus placebo: datos combinados de 48 semanas de estudios DUET de Fase III

C. Katlama[1], T. Campbell[2], M. Schechter[3], M. Peeters[4], C. Bicer[4], R. Sinha[4], L. Leopold[5], G. De Smedt[4]

[1]Hôpital Pitié-Salpêtrière, París, Francia, [2]University of Colorado Health Sciences Center, Colorado, Estados Unidos, [3]Universidade Federal do Rio de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [5]Tibotec Inc, Yardley, Estados Unidos.

Antecedentes: Los eventos neuropsiquiátricos han sido asociados con otros inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés). La etravirina (TMC125, ETR), un NNRTI de nueva generación, proveyó una eficacia durable y estadísticamente superior vs placebo durante 48 semanas en pacientes que habían recibido tratamiento en estudios DUET de Fase III. Este análisis combinado y preplaneado de DUET-1 y -2 se centra en una comparación de eventos del sistema nervioso (NS, en inglés) de interés y eventos psiquiátricos observados con etravirina vs placebo después de que los pacientes recibieran al menos 48 semanas de tratamiento o que lo interrumpieran.

Métodos: Los pacientes con resistencia a NNRTI documentada y ≥ 3 mutaciones primarias a inhibidores de la proteasa (PI, en inglés) recibieron etravirina 200mg o placebo, ambos en una dos cada 12 horas, con un régimen de base de darunavir/r, uno o varios inhibidores de transcriptasa inversa nucleósidos (NRTI, en inglés) seleccionados por el investigador ± enfuvirtida. Se identificaron eventos específicos antes de cerrar la base de datos con base en el tipo de eventos asociados comúnmente con otros NNRTI, en especial con efavirenz.

Resultados: La población con intención de tratar (ITT, en inglés) incluyó 1,203 pacientes; 599 vs 604 pacientes recibieron etravirina vs placebo, respectivamente (mediana de edad de 45 años, 10.7% mujeres, mediana de la carga viral (VL, en inglés) inicial 4.8 log10 copias/mL, mediana del conteo de células CD4 105 células/mm3). Las incidencias de trastornos del NS (17.2% vs 19.7%, p=0.2660) y psiquiátricos (16.7% vs 19.5%, p=0.2042) con etravirina fueron equiparables con el placebo. Los eventos de NS más frecuentes fueron: cefalea (10.9% etravirina vs 12.7% placebo), vértigo (3.2% vs 4.3%) y somnolencia (1.8% vs 2.3%). Los eventos psiquiátricos más frecuentes fueron: insomnio (7.2% vs 8.3%), depresión (4.2% vs 6.6%), ansiedad (3.8% vs 4.1%) y trastornos del sueño (1.3% vs 0.8%). Todos los otros eventos fueron informados en <1% de los pacientes. Las incidencias de eventos de NS (0.2% vs 0.8%) y psiquiátricos (0.3% vs 1.3%) de grado 3 fueron bajas; no hubo eventos psiquiátricos o del NS de grado 4 en el grupo de etravirina. Los eventos de NS y psiquiátricos que llevaron a la interrupción fueron 0% vs 0.5% y 0.2% vs 0.2%, respectivamente.

Conclusiones: En los estudios DUET, la incidencia y severidad de eventos neuropsiquiátricos observados con etravirina fue similar a la incidencia del placebo durante 48 semanas.

Resumen: 4835

B20 - Pruebas clínicas – fase III/post-licenciamiento

Eficacia y seguridad por grupo racial en individuos que no han recibido tratamiento ARV con atazanavir/ritonavir o lopinavir/ritonavir: resultados de 48 semanas del estudio CASTLE (AI424138)

D. McGrath[1], J. Uy[2], R. Yang[1], A. Thiry[1], M. Mancini[1], J. Absalon[1], for the CASTLE Study Group

[1]Bristol Myers Squibb, Research and Development, Wallingford, Estados Unidos, [2]Bristol Myers Squibb, Research and Development, Lawrenceville, Estados Unidos.

Antecedentes: El estudio CASTLE ha demostrado que el fármaco atazanavir potenciado con ritonavir (ATV/r) no es inferior a lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r) en términos de eficacia antirretroviral en pacientes que no han recibido tratamiento previo, con una elevación significativamente menor de lípidos y una mejor tolerabilidad gastrointestinal (GI, en inglés). Se han informado diferencias basadas en la raza respecto de la eficacia y seguridad entre individuos infectados por VIH que han recibido tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés). La información proveniente de estudios clínicos aleatorizados es insuficiente.

Métodos: CASTLE es un estudio prospectivo, de etiqueta abierta y aleatorizado que compara el fármaco ATV/r en una dosis c/24 hrs con LPV/r en una dosis c/12 hrs, ambos en combinación con tenofovir/emtricitabina en una dosis fija en 883 pacientes. La proporción de individuos con ARN de VIH <50c/mL (respuesta virológica confirmada -CVR, en inglés), cambios del conteo de células CD4, eventos adversos (AE, en inglés) y cambios de lípidos en ayunas se presenta por raza hasta la semana 48.

Resultados: (Ver Tablas 5 y 6.) Los cambios medios porcentuales en el colesterol total en ayunas, colesterol No-HDL y triglicéridos fueron consistentemente inferiores en ATV/r que LPV/r, independientemente de la raza.

Conclusiones: ATV/r en dosis c/24 horas y LPV/r en dosis c/12 horas presentan una eficacia y respuesta inmunológica variables dependiendo de la raza. Los individuos en el grupo con ATV/r presentaron una menor elevación en TC, no HDL y TG y pocos eventos adversos gastrointestinales, independientemente de la raza.

Tablas 5 y 6

Individuos aleatorizados	ARN de VIH <50 c/mL en la Semana 48 [paciente que responde al tratamiento /Evaluable (%)], intención de tratar		Cambio de conteo de células CD4 del valor de referencia en la Semana 4 (cells/mm3) Mediana (Q1,Q3)[N observados]	
Raza	ATV/r N=440	LPV/r N=443	ATV/r N=440	LPV/r N=443
Todos	343/440 (78)	338/443 (76)	191 (114, 271)[370]	200(122, 291)[363]
Blanca	159/207 (77)	162/221 (73)	226 (135, 313)[170]	204 (126, 299)[181]
Negra	59/83 (71)	62/80 (78)	142 (85, 222)[66]	190 (133, 261)[65]
Asiática	35/42 (83)	37/41 (90)	198 (135, 240)[36]	220 (100, 330)[37]
Otros	90/108 (83)	77/101 (76)	188 (110, 255)[98]	193 (124, 274)[80]

	AE relacionados con el tratamiento de grado 2-4 hasta la semana 48 - individuos bajo tratamiento: todos los AE y AE seleccionados de interés clínico							
	Todos		Diarrea		Náusea		Ictericia	
Raza	ATV/r n/N (%)	LPV/r n/N (%)	ATV/r	LPV/r	ATV/r	LPV/r	ATV/r	LPV/r
Blanca	59/207 (29)	63/221 (29)	4%	14%	5%	8%	6%	0
Negra	20/85 (24)	12/77 (16)	1%	5%	1%	3%	0	0
Asiática	10/42 (24)	17/40 (43)	0	10%	0	8%	5%	0
Otros	26/107 (24)	37/99 (37)	<1%	10%	5%	11%	2%	0

Resumen: 3865

B20 Pruebas clínicas - fase III/post-licenciamiento

Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por VIH que no han recibido tratamiento antirretroviral en regímenes con ritonavir con atazanavir o lopinavir: Resultados de la semana 48 del estudio AI424138

J. Su, J. Absalon, M. Mancini, U. Iloeje, D. McGrath, for the BMS AI424138 Study Group

Bristol-Myers Squibb Company, Wallingford, Connecticut, Estados Unidos.

Antecedentes: La tolerabilidad gastrointestinal (GI, ésta y las demás siglas son en inglés) es un componente importante en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), asimismo tiene cierta influencia sobre el apego e insuficiencia virológica entre los pacientes bajo tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART) a base de inhibidores de la proteasa (PI).

Métodos: AI424138 es un estudio prospectivo, multicéntrico, de etiqueta abierta y aleatorizado que compara dosis c/24 horas de ATV/r con dosis c/ 12 horas de LPV/r, ambos en combinación con tenofovir y emtricitabina en dosis c/24 horas. Se evaluaron los criterios de valoración de la HRQoL empleando la calificación de calidad de vida del síndrome del intestino irritable (IBS-QoL) para individuos bajo tratamiento con valores de referencia evaluables (≥28/34 incisos respondidos). Los principales análisis resumen cambios de los valores de referencia en la calificación global IBS-QoL hasta la Semana 24. No se ha establecido un cambio de relevancia clínica en VIH. Los análisis retrospectivos valoraron: categorías de cambio de calificación; eventos adversos gastrointestinales (GI AEs) (diarrea, náusea, vómito) hasta la Semana 24 para individuos con IBS-QoL evaluable y en la Semana 24.

Resultados: De 692/878 (79%) individuos tratados con IBS-QoL de referencia evaluables: la mediana de edad fue 35 años; 71% eran varones; 57% blancos; la mediana de ARN de VIH fue 5.02 log10 c/mL y la mediana de células CD4 fue 210 células/mm3 (ver Tabla 7).

Hubo más individuos con exacerbación de la IBS-QoL en LPV/r en comparación con ATV/r (P<0.01). La diferencia fue más grande en la Semana 4 en los individuos con CD4 inicial <50 células/mm3 (ATV/r 14% vs LPV/r 29%). Hasta la semana 24, 7% (20/299) de los individuos con ATV/r en comparación con 15% (46/300) de individuos con LPV/r tuvieron 2-4 GI AEs relacionados con el tratamiento (P=0.001).

Conclusiones: El ATV/r causó menos GI AEs en comparación con LPV/r. Más individuos con LPV/r tuvieron una exacerbación de ≥2 puntos de las calificaciones globales IBS-QoL, sin embargo se desconoce la relevancia clínica de este hallazgo. La diferencia en las reducciones de la calificación IBS-QoL entre ATV/r y LPV/r son más pronunciadas al comienzo del tratamiento en individuos con bajos conteos de células CD4.

Resumen: 12960

B20 - Pruebas clínicas – fase III/post-licenciamiento

La incidencia de erupción cutánea observada con NNRTI etravirina (TMC125, ETR) en los estudios DUET Fase III empleando datos combinados de 48 semanas

A. Mills[1], B. Grinsztejn[2], C. Katlama[3], M. Peeters[4], K. Janssen[4], T. Kakuda[5], R. Sinha[4], G. De Smedt[4]

[1]Anthony Mills MD Inc, Private Practice, Los Angeles, Estados Unidos, [2]Instituto de Pesquisa Clinica Evandro Chagas-Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil, [3]Hôpital Pitié-Salpêtrière, París, Francia, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Belgium, [5]Tibotec Inc, Yardley, Estados Unidos.

Antecedentes: La erupción cutánea es un efecto secundario conocido de la terapia contra el VIH. Presentamos un análisis

Tabla 7

Calificación global IBS-QoL Cambio de B/L	ATV/r				LPV/r			
	B/L N=335	Semana 4 N=306	Semana 12 N=301	Semana 24 N=290	B/L N=342	Semana 4 N=316	Semana 12 N=310	Semana 24 N=289
Cambio medio (SE)	89.9(0.83)	3.2 (0.71)	4.6 (0.69)	4.3 (0.77)	91.2(0.78)	-0.7 (0.66)	0.2 (0.89)	1.4 (0.88)
% Exacerbación (≤-2 puntos)	-	17	15	16	-	32	26	25

detallado sobre la erupción cutánea en los estudios DUET Fase III, multicéntricos, controlados con placebo, aleatorizados y en curso empleando datos combinados de 48 semanas.

Métodos: Los pacientes que ha recibido tratamiento con resistencia a inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés) y ≥3 mutaciones primarias a inhibidores de la proteasa (PI, en inglés) fueron agrupados al azar para recibir etravirina 200mg o placebo, ambos en una dosis dos veces al día, con un régimen de base consistente en darunavir/r, uno o varios NRTI seleccionados por el investigador ± enfuvirtida. La seguridad y tolerabilidad están siendo valoradas en estos estudios.

Resultados: 1,203 pacientes fueron incluidos en el análisis (mediana de edad 45 años, 10.7% mujeres, mediana de la carga viral (VL, en inglés) inicial 4.8 log10 copias/mL, conteo de células CD4 105 células/mm3); 599 recibieron etravirina y 604 placebo. La incidencia de erupción cutánea fue de 19.2% (etravirina) vs 10.9% (placebo) (p<0.0001). La mayoría de las erupciones cutáneas tuvieron una severidad de leve a moderada con etravirina (1.3% grado 3, ninguno grado 4); en términos generales ocurrieron en los inicios del tratamiento (mediana de inicio 14 días), fueron de duración limitada (mediana de 15 días) y en pocas ocasiones originaron la interrupción del tratamiento (2.2%). En los puntos de medición tras las primeras semanas de tratamiento, la incidencia de erupción cutánea con etravirina fue baja y similar a la del placebo. La erupción cutánea fue en la mayoría de los casos maculopapular; en el grupo con etravirina de los estudios DUET no se informaron casos de síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme o necrólisis epidérmica tóxica. El conteo de células CD4 o una historia de erupción cutánea relacionada con NNRTI no funcionaron como factor de predicción de erupción cutánea en el grupo con etravirina, y la relación con la exposición farmacocinética no fue evidente. En el grupo con etravirina, la erupción cutánea hubo una incidencia mayor en las mujeres en comparación con los varones (30% vs 18%, respectivamente); no hubo diferencias en la severidad de la erupción cutánea o interrupciones originadas por el erupción cutánea entre los géneros. No hubo un patrón específico de anormalidades de laboratorio asociadas con la erupción cutánea.

Conclusiones: En los estudios DUET, las erupciones cutáneas se presentaron con mayor frecuencia con etravirina que con placebo. Las erupciones cutáneas tuvieron en su mayoría una severidad de leve a moderada, ocurrieron en las etapas tempranas y en pocas ocasiones llevaron a la interrupción del tratamiento.

Resumen: 12360

B20 - Pruebas clínicas – fase III/post-licenciamiento

El impacto del régimen de base sobre la respuesta virológica a etravirina (TMC125; ETR): análisis combinado de 48 semanas de los estudios DUET-1 y DUET-2

G. Di Perri[1], J. Valdez Madruga[2], K. Sathasivam[3], M. Peeters[4], J. Vingerhoets[4], C. Corbett[4], S. Bollen[4], G. De Smedt[4]

[1]University of Turin, Turín, Italia, [2]Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, São Paulo, Brasil, [3]Whitman-Walker Clinic, Washington DC, Estados Unidos, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica.

Antecedentes: Los estudios DUET-1 y -2 estudios controlados con placebo, doble ciego, aleatorizados, de Fase III y en curso que investigan la eficacia, seguridad y tolerabilidad de NNRTI etravirina de nueva generación (TMC125; ETR) en pacientes infectados por VIH y que han recibido tratamiento.

Métodos: Pacientes con resistencia a NNRTI documentada, ≥3 mutaciones primarias a inhibidores de la proteasa (PI, en inglés) y una carga viral (VL, en inglés) >5000 copias/mL fueron agrupados al azar 1:1 para recibir etravirina 200mg dos veces al día o placebo dos veces al día con un régimen de base (BR, en inglés) que consiste de darunavir/r, uno o varios NRTI optimizados y enfuvirtida (ENF) opcional. El criterio de valoración primario fue el porcentaje de pacientes con una VL confirmada <50 copias/mL. La sensibilidad antirretroviral (ARV) inicial se determinó mediante la calificación de sensibilidad fenotípica (PSS, en inglés). El análisis de subgrupos se hizo con los datos del estudio DUET combinado para determinar el impacto de BR sobre la respuesta virológica a la etravirina.

Resultados: Se administró etravirina o placebo a 599 y 604 pacientes, respectivamente. Las características de referencia fueron equiparables entre los grupos de etravirina y placebo con respecto a la mediana de la VL inicial (ambos 4.8 log10 copias/mL), conteo de células CD4 (99 células/mm3 vs 109 células/mm3), uso de ENF global (45.4% vs 46.7%), sensibilidad a darunavir (DRV), sensibilidad a NRTI y la mediana del número de ARV de sensibilidad en la situación inicial. La Tabla 8 muestra el impacto del BR sobre la respuesta virológica.

Conclusiones: En general, la proporción de pacientes que respondieron al tratamiento en cada grupo se incrementó con el aumento de sensibilidad ARV en el BR. Sin embargo, un número significativamente mayor en el grupo con etravirina logró una VL indetectable (<50 copias/mL) en comparación con el grupo con placebo a las 48 semanas, independientemente del BR.

Tabla 8. Impacto de BR sobre la respuesta virológica

	Pacientes que respondieron al tratamiento, % (<50 copias/mL en la semana 48)			
	Etravinna + BR (n=599)	Placebo + BR (n=604)	Diferencia versus grupo con placebo	Valor p
Efecto de sensibilidad a ENF*				
Re-uso o no uso de ENF	57	33	24	<0.0001
ENF *de novo*	71	59	13	0.0116
Efecto de sensibilidad a DRV**				
FC ≤ 10	74	58	16	<0.0001
10 < FC ≤ 40	63	28	35	<0.0001
FC > 40	40	2	39	<0.0001
Efecto de sensibilidad a NRTI				
NRTI de sensibilidad 0	63	34	29	<0.0001
NRTI de sensibilidad 1	70	52	18	<0.0001
NRTI de sensibilidad ≥ 2	76	66	10	0.1188
Efecto de PSS				
ARV de sensibilidad 0	46	6	40	<0.0001
ARV de sensibilidad 1	63	32	31	<0.0001
ARV de sensibilidad ≥ 2	78	67	11	0.0022

La sensibilidad a ENF, DRV y NRI, y PSS fueron predictores significativos de respuesta en ambos grupos de tratamiento. Los valores p se derivaron del modelo de regresión logística. FC = cambio doble.

*ENF fue clasificado como sensibilidad si no había sido empleado con anterioridad.

**DRV fueron clasificados como sensibilidad si se observaba un FC ≤ 10.

Resumen: 8734

B20 - Pruebas clínicas – fase III/post-licenciamiento

Diferencias de género entre pacientes que no han recibido terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa potenciados (PI): resultados del estudio CASTLE (AI424138)

J. Absalon[1], J. Uy[2], Y. Rong[1], M. Mancini[1], D. McGrath[1]

[1]Bristol-Myers Squibb Company, Research & Development, Wallingford, Connecticut, Estados Unidos, [2]Bristol-Myers Squibb Company, Lawrenceville, Nueva Jersey, Estados Unidos.

Antecedentes: Entre los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés) se han informado diferencias de género en la eficacia y toxicidad. Se cuenta con pocos datos de los estudios clínicos aleatorizados.

Métodos: Estudio prospectivo, de etiqueta abierta y aleatorizado que compara ATV/r en dosis c/24 horas con LPV/r en dosis c/12 horas, ambos con tenofovir/emtricitabina en dosis fija en 883 pacientes que no han recibido tratamiento. La proporción de individuos con ARN de VIH <50c/mL, eventos adversos (AE, en inglés), cambios de lípidos en ayunas y células CD4 hasta la 48 semana se presenta por género. Las comparaciones del tratamiento entre géneros son retrospectivas.

Resultados: 31% de (N=277) de los individuos fueron mujeres. (Ver Tablas 9 y 10 en la siguiente página). Los índices de AE gastrointestinales de grado 2-4 relacionados con el tratamiento difirieron entre mujeres versus hombres en diarrea (2% vs.3% ATV/r, 9% vs. 12% LPV/r) y náuseas (7% vs. 3% ATV/r, 14% vs. 5% LPV/r). Los índices de otros AE relacionados con el tratamiento de grado 2-4 difirieron <5% entre los géneros dentro de la clasificación por órganos y sistemas para ambos regímenes.

Conclusiones: En pacientes que no habían recibido tratamiento, el fármaco ATV/r demostró una eficacia similar, una incidencia inferior de AE gastrointestinal y un perfil lipídico significativamente mejor (TC, TG, no HDL) en comparación con LPV/r, independientemente del género. En general, otros hallazgos sobre la seguridad fueron consistentes entre los géneros.

Tablas 9 y 10

	Mujeres		Hombres	
	ATV/r N=138	LPV/r N=139	ATV/r N=302	LPV/r N=304
ARN de VIH < 50 c/mL*	105 (76%)	101 (73%)	238 (79%)	237 (78%)
Media de cambio de células CD4 [SE] de los valores de referencia (células/mm3)	199 [11.8]	221 [12.5]	205 [8.7]	219 [8.9]

Media de lípidos % de cambio de los valores de referencia a la Semana 48				
	Mujeres		Hombres	
	ATV/r N=118	LPV/r N=105	ATV/r N=255	LPV/r N=232
Colesterol Total (TC)	7*	22	16*	27
HDL	28	47	29	33
No HDL	1*	16	11*	24
LDL	10	16	16	20
Triglicéridos (TG)	2*	35	21*	60

Resumen: 12495

B20 - Pruebas clínicas – fase III/post-licenciamiento

ARTEMIS: Seguridad y eficacia a la Semana 48 del fármaco darunavir/r por género, edad y raza

J. Andrade-Villanueva[1], G. Hererra[2], P. Chiliade[3], B. Van Baelen[4], E. Lefebvre[5], L. Lavreys[4]

[1]Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México, [2]Departamento de Enfermedades Infecciosas, CIMA Hospital, San José, Costa Rica, [3]Family Health International, Arlington, VA, Estados Unidos, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [5]Janssen-Cilag, Tilburg, Países Bajos.

Antecedentes: ARTEMIS es un estudio de Fase III controlado que investiga la eficacia y seguridad de darunavir/ritonavir (DRV/r) 800/100mg en dosis c/24 horas en comparación con lopinavir/r en pacientes con VIH sin tratamiento previo. En la semana 48, los datos globales mostraron que DRV/r 800/100mg ofrece una opción eficaz, perfectamente tolerada en una dosis c/24 horas para pacientes que reciben tratamiento por primera vez. Este análisis evaluó la seguridad y la eficacia de acuerdo con el género, edad y raza.

Métodos: Los pacientes recibieron DRV/r 800/100 en dosis c/24 horas (n=343) más tenofovir/emtricitabina (dosis diaria fija). Todos los datos de seguridad disponibles y los datos sobre eficacia a la Semana 48 (carga viral <50 copias/mL) fueron analizados por género (varones n=239, mujeres n=104), edad al inicio (≤30 años n=115; 31-45 años n=175; ≥46 años n=53) y raza (Negra n=80; Caucásica n=137; Hispana n=77; Asiática n=44) (ITT-TLOVR).

Resultados: Las características de referencia eran similares entre los subgrupos. La carga viral media inicial fue 4.85 log10 copias/mL; la mediana de conteo de células CD4 fue 225 células/mm3. Los eventos adversos más comunes (independientemente de la severidad y causalidad) en la población global fueron en general aquéllos observados con más frecuencia en los subgrupos analizados. Al comparar la seguridad entre todos los subgrupos de género, edad y raza mostró que había una incidencia inferior de diarrea en mujeres y asiáticos (26% y 23%, respectivamente, vs 28-37%), una incidencia inferior de náuseas en negros (9%, vs 13-20%), una incidencia inferior de cefalea en asiáticos (2%, vs 12-24%) y una mayor incidencia de infección de vías respiratorias altas en asiáticos (27%, vs 10-19%); estas diferencias no fueron consideradas como clínicamente relevantes. La eficacia a la semana 48 fue similar entre los subgrupos (fluctuando de 80% en caucásicos a 100% en asiáticos) y consistente con la observada en la población global (84%).

Conclusiones: No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la tolerabilidad o en la eficacia a las 48 semanas en el grupo con DRV/r 800/100mg en una dosis c/24 horas en pacientes que recibieron tratamiento por primera vez, independientemente del género, edad o raza. El fármaco DRV/r 800/100mg es una opción de tratamiento eficaz, perfectamente tolerada en una dosis c/24 horas para pacientes que son tratados por primera vez.

Resumen 14633

B30 - Acceso a terapia, estrategias y modelos de suministro

Respuesta a la primera combinación antirretroviral en pacientes en el programa de tratamiento ART en la Ciudad de México

S.V. Ortega-Peña[1], R.A. Rodríguez-Díaz[1], J.B. Andrés-Aguilar[1], L.E. Soto-Ramírez[2], M.P. Osnaya-Vázquez[1]

[1]Clínica de Especialidades Condesa, Programa VIH/SIDA, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Infectología-Investigación, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La terapia antirretroviral reduce significativamente el riesgo de progresión de la enfermedad del VIH y la muerte. De hecho, muchos médicos especializados en VIH consideran que los individuos que han recibido terapia apropiada contra el VIH y mantienen un buen apego a ésta podrían tener un expectativa de vida cercana a la normal. Nuestro objetivo fue determinar el porcentaje de pacientes con carga viral por debajo de 50 copias/ml y un incremento del conteo de células CD4 después de iniciar un tratamiento antirretroviral (ARV) en el Programa Gubernamental de la Ciudad de México.

Métodos: Revisamos 487 expedientes de pacientes que han tenido citas médicas de octubre a diciembre de 2007 y, de ellos, seleccionamos 190 expedientes con historia ARV completa. Todos los pacientes estaban en su primer tratamiento ARV, el cual había iniciado entre 2002 y 2007.

Resultados: En total, 71% (135/190) de los pacientes inició con inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (NNRTI, en inglés), 27.4% inició un régimen con inhibidores de la proteasa (PI, en inglés), de los cuales sólo 5.8% no usó un PI potenciado (PI-r) y 2.1% inició con un esquema base sólo en NRTI (4/190). El conteo promedio de células CD4 y carga viral en la situación inicial fueron 212 células/mm3 y 4.97 logs/10. El porcentaje de pacientes con carga viral por debajo del límite de detección fue 52.1% y el incremento medio de células CD4 fue 238 células/mm3. La carga viral (VL, en inglés) detectable fue encontrada en la misma proporción de pacientes sin respuesta adecuada a combinaciones a base de PI/PI-r y NNRTI (47.9 %).

Conclusiones: Existe una buena respuesta al tratamiento en pacientes que inician tratamiento en el programa ARV de la Ciudad de México, con repuestas similares entre aquellos individuos que usan NNRTI y PI ya sea potenciados o solos.

Resumen: 14660

B30 - Acceso a terapia, estrategias y modelos de suministro

Los pacientes mexicanos con SIDA siguen llegando tarde a los servicios de salud, pese el acceso universal al tratamiento

J.P. Gutierrez, A.R. Shiba-Matsumoto, M. Cortés-Carrera

National Institute of Public Health, Division of Economics / Center for Evaluation Research & Surveys, Cuernavaca, México.

Antecedentes: El gobierno mexicano se ha comprometido en proveer tratamiento antirretroviral (ARV) para todo aquél que lo necesite. Son necesarios datos sobre las características de los pacientes para informar de mejor manera el manejo de este programa y evaluar su calidad.

Métodos: Empleando datos del registro de casos de VIH, se construyó una base de datos de instalaciones sanitarias para pacientes VIH positivos. A partir de esta base de datos, se seleccionó una muestra de instalaciones XX para realizar entrevistas a los pacientes con base en una probabilidad proporcional al tamaño.

Resultados: De los 1,184 pacientes entrevistados, menos de 1% fueron diagnosticados antes del año 1990, 20% entre 1990 y 1999, 40% entre 2000 y 2005, y el resto entre 2006 y 2007. En total, 847 (71%) eran varones y 345 mujeres. Más de la mitad (55%) fueron evaluados por primera vez debido a problemas de salud y por recomendación de un médico. Aproximadamente 68% de los pacientes entrevistados informaron que no recibieron consejería antes de la prueba y 40% no recibió consejería después de la prueba. Cerca de 90% estaba bajo tratamiento ARV al momento de la entrevista. Si bien la mayoría informó estar apegándose al tratamiento, 12% reconoció haber perdido al menor una dosis diaria en los últimos cuatro días.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes con SIDA entrevistados han sido diagnosticados recientemente y estaban presentado síntomas de VIH. Casi 90% de los pacientes entrevistados estaban bajo tratamiento ARV en ese momento, pero los indicadores informados sugieren que poco menos de 90% tiene un buen apego, incluso en un periodo de cuatro días.

Resumen: 9085

B31 - Integrar prevención en los servicios de atención y tratamiento

Utilidad de un consentimiento facilitado para la evaluación rápida del virus de inmunodeficiencia humana 1/2 (VIH 1/2) entre mujeres embarazadas en un centro perinatal en Ciudad de México, México

F.J. Ortíz Ibarra[1], N.G. Plazola Camacho[1], A. Esteves Jaramillo[2], D. Pimentel Nieto[3], M. Escalante[1], A. Ramírez Landin[1], C. del Río Chiriboga[4], G. Pérez Palacios[5]

[1]Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Programa de Investigación y Capacitación Internacional en SIDA de la Emory University (AITRP), Ciudad de México, México, [3]Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Psicología, Ciudad de México, México, [4]Emory University School of Medicine, Department of Infectious Diseases, Atlanta, Estados Unidos, [5]Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La evaluación rápida y de rutina del VIH en mujeres embarazadas que desconocen su eestatus serológico no es una práctica común en la atención prenatal en México. Estudiamos la utilidad de un consentimiento facilitado en los sitios donde se da consejería a las mujeres embarazadas antes de hacer una prueba rápida de VIH con el fin de iniciar una terapia antirretroviral y reducir el riesgo de transmisión madre a hijo.
Métodos: Se llevó a cabo el estudio entre octubre de 2007 y enero de 2008, entre mujeres que buscaban atención ambulatoria prenatal en el Departamento de Obstetricia de un hospital perinatal en la Ciudad de México (INPer). Para la selección de los datos incluidos en el documento llamado "Consentimiento Facilitado", se tomaron en cuenta las características socioculturales. El contenido de esta herramienta fue validado desde un punto de vista clinimétrico y psicológico, considerando el impacto emocional entre las mujeres evaluadas. Se llevó a cabo la prueba OraQuick Advance con una muestra de fluido oral después de la aceptación, posteriormente se proporcionaron los resultados a cada mujer después de 20-40 minutos a través de un médico.
Resultados: Durante el periodo de estudio, se realizaron 1,293 pruebas y una mujer embarazada tuvo una prueba rápida positiva, cuyo resultado fue confirmado mediante la prueba Western-Blot (seroprevalencia de VIH = 0.077%, 95% CI, 0.002-0.430). En total, 92% de las mujeres evaluadas consideraron que la información provista en el consentimiento facilitado era clara y suficiente para aceptar o rechazar la prueba.
Conclusiones: El "consentimiento facilitado" fue una herramienta bien aceptada con una excelente respuesta para la evaluación rápida de VIH entre mujeres embarazadas en México.
Apoyado por Prevención y Manejo de Población Infectada por VIH/SIDA, proyecto P-138, Secretaría de Salud de México.

Resumen: 148

B32 - Impacto y nivel de integración de la atención al VIH con otros sistemas de provisión de atención a la salud

Impacto de un nuevo modelo de prevención y tratamiento para personas que viven con VIH en Puerto Vallarta, México: colaboración entre organizaciones de la sociedad civil y gobiernos federales y estatales

Y.A. Vargas-Infante[1], P. Campos-López[2], H. Chang[3], J. Gruttadauria[4], T. Pérez-Mancilla[5], C. López-Lira6, M. Ruiz-Orozco[7], H. Rodríguez-Hernández[8], M. Villa-Estrada[6], J. Saavedra[9]

[1]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 'Salvador Zubirán', Unidad de Epidemiología Clínica, México, México, [2]AIDS Healthcare Foundation, Latin American Bureau, Guadalajara, México, [3]AIDS Healthcare Foundation, Global Affairs, Amsterdam, Países Bajos, [4]AIDS Healthcare Foundation, U.S. and Latin America Public Affairs, Los Angeles, Estados Unidos, [5]Secretaría de Salud de Jalisco, Jurisdicción sanitaria VIII, Puerto Vallarta, México, [6]Secretaría de Salud de Jalisco, Laboratorio clínico central, Puerto Vallarta, México, [7]Secretaría de Salud de Jalisco, Clínica ambulatoria para la prevención y atención del SIDA e ITS, Puerto Vallarta, México, [8]Hospital Regional de Puerto Vallarta, Estadística, Puerto Vallarta, México, [9]Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Dirección General, Puerto Vallarta, México.

Antecedentes: Para mejorar la prevención y atención del VIH/SIDA, las fuerzas federales y estatales de México se unieron a través de organizaciones no gubernamentales durante el año 2006. Se abrió una nueva clínica (CAPASITS) en Puerto Vallarta para beneficiar 220,368 habitantes. Nuestro propósito fue medir el impacto de este nuevo modelo en México.
Métodos: Estudio de cohortes bidireccional para evaluar y comparar información operacional recabada por el departamento de salud regional, el hospital general local y los expedientes del CAPASITS. Para el análisis, se definieron dos periodos: pre-CAPASITS (Nov05-Oct06) y post-CAPASITS (Nov06-Sep07). Las mediciones del impacto incluyeron: a) demanda de prueba de anticuerpos al VIH; b) informe de nuevos casos de VIH; c) decesos relacionados con VIH/SIDA; d) índice de consultas médicas provistas; e) pacientes en el programa de seguimiento; f) individuos en tratamiento antirretroviral (ART); g) casos en ART e insuficiencia virológica (ART-VF, en inglés); h) casos en ART y carga viral de ARN del VIH <400 copias/mL (ART-VS); e i) apego al ART. El ART-VF fue definido como supresión fallida al ARN del VIH-1 por 1.5 log10 copias/mL, o

rebote en la Semana 24. El análisis estadístico incluyó las pruebas Wilcoxon y Students t.

Resultados: Habiendo comparado los periodos pre-CAPASITS vs. post-CAPASITS: la demanda de la prueba de anticuerpos al VIH se incrementó 76.5% (media=55 vs. 110 por mes, P=0.02); el informe de nuevos casos se incrementó 147% (N=32 vs. 79, P=0.01); los decesos relacionados con VIH disminuyeron 41% (N=17 vs. 10,P<0.001) en el Hospital General, y 36% (N=28 vs. 18,P<0.001) en el país; las consultas clínicas aumentaron 1.8 veces (media = 81 vs. 149.9 por mes, P=0.001); el número de personas que viven con VIH/SIDA integradas al programa regional se incrementó 3 veces (N=56 vs.167,P<0.001), y los pacientes en ART mejoraron en una relación 2.6 mayor (N=53 vs.140,P<0.001). El índice de pacientes en ART-VF disminuyó de 47.1% (N=25/53) a 11% (N= 11/96), P<0.001; y los individuos en ART-VS se incrementaron de 38% (N=20/53) a 85% (N=82/96), P<0.001. La frecuencia de apego >95% entre los individuos en ART aumentó de 32% (N=17/53) hasta 93% (N=128/138), P<0.001.

Conclusiones: Incrementar los recursos humanos y materiales llevó a resultados exitosos e impactantes de los programas de VIH/SIDA en la provincia de México.

Resumen: 5474

B32 - Impacto y nivel de integración de la atención al VIH con otros sistemas de provisión de atención a la salud

Capacitación sobre VIH en la frontera México-Estados Unidos – el abordaje de las necesidades de capacitación de los médicos sobre enfermedades infecciosas demanda ser colaborativo

T. Donohoe[1], M. Bernstein[2], J. Pearl[3], T. Freese[4], J. Sederberg[5], N. Mandel[6], M. Reyes[2]

[1]David Geffen School of Medicine at UCLA, UCLA/Pacific AIDS Education and Training Center, Los Angeles, Estados Unidos, [2]Pacific AIDS Education and Training Center, UCSF School of Medicine, San Francisco, Estados Unidos, [3]Sexually Transmitted Diseases (STD)/HIV Prevention Training Center, California Department of Public Health (CDPH)/Division of Communicable Disease Control (DCDC), Oakland, Estados Unidos, [4]Pacific Southwest Addiction Technology Transfer Center, UCLA Integrated Substance Abuse Programs, Los Angeles, Estados Unidos, [5]Francis J. Curry National Tuberculosis (TB) Center, San Francisco, Estados Unidos, [6]National Resource Center, AIDS Education and Training Centers, San Francisco, Estados Unidos.

Temas: La frontera México-Estados Unidos es la frontera más cruzada en el mundo, lo cual tiene repercusiones sanitarias entre las personas más pobres de los Estados Unidos. Los médicos fronterizos encargados de las necesidades de atención primaria señalaron la necesidad de capacitación sobre VIH para: integrar capacitaciones con departamentos de salud locales y centros regionales de capacitación; proveer capacitaciones en municipios rurales de difícil acceso; ofrecer crédito en Educación Médica Continua; incorporar la sensibilidad cultural; e incluir médicos mexicanos.

Descripción: Desde el año 2004, el Pacific AIDS Education and Training Center (PAETC) ha empleado un modelo cooperativo y multicéntrico para dar una capacitación anual en el Manejo de TB, STD, VIH, Hepatitis C y Farmacodependencia en la frontera. Algunos de los temas tratados son: Impacto sobre las familias y comunidades; Centrándose en la adicción; Centrándose en las pruebas; y Manejo del paciente binacional. Los participantes en la capacitación incluyen el CDPH/DCDC/STD/HIV Prevention Training Center, Francis J. Curry National TB Center, Pacific Southwest Addiction Technology Transfer Center y AETC National Resource Center. La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos provee recursos para la traducción simultánea para los médicos mexicanos; en 2007 más de 150 médicos de la frontera acudieron a la capacitación.

Lecciones aprendidas: Atender las necesidades de capacitación de los médicos fronterizos en un solo espacio resulta eficiente y permite a los médicos realizar mejores diagnósticos de los pacientes en riesgo de múltiples problemas de salud, y coordinar los servicios de atención y prevención apropiados. A los capacitados se les pidió identificar "una cosa que harían diferente como resultado de la capacitación". 30 días después de la capacitación, más de 75% de quienes respondieron afirmaron que estaban en condiciones de lograr el cambio deseado. Los ejemplos incluyen aplicar los nuevos conocimientos y habilidades, cómo emplear nuevos procedimientos con pacientes que usan metanfetamina; evaluación del riesgo ampliada; inclusión de Hepatitis C; y atención continua del VIH para pacientes que regresan a México.

Pasos a seguir: La colaboración continuará ofreciendo capacitación conjunta y desarrollando la currícula y recursos que ofrezcan una perspectiva binacional y un *continuum* ampliado de atención al paciente.

Resumen: 8613

B36 - Pruebas clínicas y terapia antirretroviral

Perfil de eficacia y seguridad de la solución oral APTIVUS o cápsulas co-administradas con una dosis baja de ritonavir (APTIVUS/r) en niños y adolescentes que ha recibido tratamiento después de dos años del mismo (estudio de Fase I/IIa)

J.C. Salazar[1], P. Cahn[2], C. Giaquinto[3], R. Yogev[4], J. Mikl[5], A. Jelaska[5], Esquipo de estudio PACTG1051

[1]Connecticut Children's Medical Center, Pediatric y Youth HIV Program, Hartford, Estados Unidos, [2]Fundacion Huésped, Buenos Aires, Argentina, [3]Azienda Ospedaliera, Padova, Italia, [4]Children's Memorial Hospital, Pediatric Infectious Diseases, Chicago, Estados Unidos, [5]Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Ridgfield, Estados Unidos.

Antecedentes: Análisis de dos años de seguimiento de un estudio internacional de etiqueta abierta sobre de la solución oral (OS, en inglés) experimental APTIVUS co-administrada con ritonavir (APTIVUS/r) en dosis baja en niños. Se llevó a cabo el análisis por grupos de edad y formulación (OS vs cápsulas). Todos los pacientes están siendo tratados con APTIVUS/r en dosis alta (375/150 mg/m2) más régimen de base optimizado.

Resultados: En total, 78 pacientes (24 2-<6 años; 26 6-<12 años; 11 12-18 años) ingresaron a un estudio de seguridad y eficacia de largo plazo. 50 pacientes completaron >100 semanas de terapia. En la Tabla 11 se muestra la mediana de los cambios en resultados virológicos e inmunológicos de los valores de referencia a la Semana 100. A la semana 100, 24.1%-56% de los pacientes lograron una carga viral (VL, en inglés) de <400 copias/mL; 20.7%-48% de los pacientes lograron <50 copias/mL. Las respuestas virológicas fueron similares, independientemente de la formulación. Los eventos gastrointestinales fueron los eventos adversos (AE, en inglés) reportados con mayor frecuencia; la mayoría fueron de severidad leve. 28.7% de los pacientes experimentaron AE serios, durante 100 semanas de seguimiento, la mayoría de las infecciones llevaron a la hospitalización. 13.9% interrumpieron APTIVUS/r debido a los AE. Nueve pacientes (8%) presentaron un incremento ALT de grado 3/4; seis de ellos contaban con 12-18 años. Dos pacientes fallecieron; ninguna de las muertes fueron consideradas como relacionadas con el fármaco de estudio.

Conclusiones: Se observaron respuestas virológicas e inmunológicas sustentadas durante dos años de terapia APTIVUS/r en niños que han recibido tratamiento con edades de 2-18 años. El perfil de seguridad de APTIVUS/r se mantuvo sin cambios con la terapia a largo plazo. APTIVUS/r (375/150 mg/m2 dosis) es un ARV potente y perfectamente tolerado para pacientes pediátricos (ver Tabla 11).

Tabla 11

Grupo etario	Mediana de número de mutaciones de la proteasa al inicio	% VL <400 copias/mL (ITT NCF)	% VL < 50 Copias/mL (ITT NCF)	Mediana de cambio de la situación inicial
				Conteos de células CD4 en células/mm3 y en CD4%
2-<6 años (OS) (N=25)	10	56.0	48.0	+294 (+6)
6-<12 años (OS) (N=37)	13	29.7	29.7	+121 (+4)
12-18 años (OS) (N=24)	17	25.0	20.8	+12 (+1)
12-18 años (cápsulas) (N=29)	13	24.1	20.7	+45 (0)

Resumen: 14932

B36 - Pruebas clínicas y terapia antirretroviral

Respuesta al tratamiento con lopinavir/ ritonavir entre niños y adolescentes mexicanos infectados por VIH

R. Muñoz-Hernández[1], D. Jarillo-Quijada[2], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, México D.F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Experimental, México D.F., México.

Antecedentes: Existen pocas alternativas disponibles para el tratamiento de infección por VIH/SIDA en pacientes pediátricos. El fármaco LPV/r ha originado un mayor avance en el tratamiento de niños infectados por VIH. En nuestro país la información referente al uso de este fármaco sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio fue describir la respuesta al tratamiento con LPV/r en niños o adolescentes infectados por VIH.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se revisaron expedientes clínicos de pacientes infectados por VIH con una edad <18 años. Se analizaron los hallazgos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio (células CD4+, carga viral, triglicéridos y colesterol).

Resultados: El estudio incluyó 40 pacientes, 22 mujeres. La edad promedio fue 8.5 años (1.11-17.8 años), la edad media al momento del diagnóstico fue 2.5 años (5 meses-5.4 años). En total, se clasificaron 47% como estadio C2-C3. 27 pacientes habían recibido ART, con un periodo de tratamiento promedio de 45 meses (14-108 meses). Todos los pacientes recibieron LPV/r y dos NNRTI. 40% de los pacientes que habían recibido ART presentaron lipodistrofia (ver Tabla 12).

Tabla 12

	Pacientes que habían recibido tratamiento ART n=27	Pacientes sin tratamiento previo n=13
Carga viral inicial (<50) 12 meses 24 meses	 4.7 log 10 20/27 (74%) 15/18 (82%)	 5.8 log10 11/13 (84%) 6/6 (100%)
CD4+ inicial 12 meses 24 meses	21% 28% 30% n=18	6% 24% 34% n=6
Hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia inicial 12 meses 24 meses	 12/27 (44%) 18/27 (66%) 11/18 (62%)	 3/13 (22%) 5/13 (38%) 1/6 (17%)

Conclusiones: Los niños infectados por VIH, tanto los que habían recibido ART como los que no habían recibido tratamiento previo, presentaron una respuesta a LPV/r. Ambos grupos logaron una buena respuesta virológica e inmunológica en la visita de 12 meses y 24 meses. Estos resultados sustentan la efectividad de LPV/r tanto en niños que han recibido ART como en niños que no han recibido tratamiento previo.

Resumen: 13314

B36 - Pruebas clínicas y terapia antirretroviral

Respuesta discordante a terapia antirretroviral entre niños mexicanos infectados por VIH

C. Sifuentes-Vela[1], L. Romano-Mazzotti[1], P. Villalobos-Acosta[1], E. Plascencia-Gómez[1], J.I. Santos-Preciado[2], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Clínica para atención de niños con VIH, México D.F., México, [2]Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F., México.

Antecedentes: La infección por VIH-1 causa la eliminación de las células CD4+ y la inmunodeficiencia resultante. La terapia antirretroviral (ARV) reduce la carga viral (VL, en inglés), incrementa el número de células CD4+ y reduce la morbimortalidad entre las personas con VIH. Si bien en estudios con adultos la respuesta discordante ha sido relacionada con la progresión de la enfermedad y con un diagnóstico deficiente, existe poca información referente a la frecuencia, características y evolución clínica de niños infectados por VIH que desarrollan una respuesta discordante inmunológica/viral al tratamiento antirretroviral.

Métodos: En este estudio retrospectivo se incluyeron pacientes infectados por VIH provenientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Los individuos fueron incluidos si durante su primer año de tratamiento ARV se conocía la información completa referente a su estatus inmunológico/viral. La respuesta inmunológica/viral fue clasificada como: respuesta buena, respuesta positiva, concordante e incompleta, respuesta concordante y negativa, y respuesta discordante. Se analizó la información demográfica y clínica pertinente.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes para el análisis (38 niñas, 30 niños). Ninguno de los pacientes había recibido tratamiento ARV previo, 33 pacientes tenían una edad menor a 2 años, 23 pacientes tenían entre 2 y 5 años de edad, y 12 pacientes tenían 5 años de edad o más. 90% de los pacientes recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART, en inglés). (Ver Tabla 13 en la siguiente página.)

Tabla 13

Respuesta Inmunológica/Viral	Seguimiento	
	6 meses n=68	12 meses n=62
	No. pacientes	No. pacientes
Respuesta buena (CD4 normal, VL<50)	4 (5.8%)	8 (12.9%)
Respuesta positiva, concordante e incompleta (CD4+,VL+)	18 (26.4%)	20 (32.2%)
Respuesta concordante y negativa (CD4-,VL-)	12 (17.6%)	9 (14.5%)
Respuesta discordante (CD4+/VL- or CD4-/VL+)	34 (50%)	25 (40.3%)

Las complicaciones infecciosas fueron similares en todos los grupos.

Conclusión: La frecuencia de la respuesta discordante en niños fue de 40-50%, lo que es mayor a los índices informados en adultos. En nuestro estudio, ni el tratamiento ARV ni el estatus inmunológico/viral en el diagnóstico fueron determinantes para el desarrollo de una respuesta discordante. La respuesta discordante es un escenario frecuente que debe seguir siendo estudiado para establecer su importancia clínica en pacientes pediátricos.

Resumen: 12065

B40 - Lipodistrofia, anormalidades metabólicas, enfermedad cardiovascular

ARTEMIS: Seguridad y tolerabilidad en lípidos de darunavir y Iopinavir en pacientes que no han recibido tratamiento antirretroviral

E. Arathoon[1], E. Baraldi[2], P.L. Lim[3], C. Vanden Abeele[4], M. Opsomer[4], J. Slowick[5], L. Lavreys[4]

[1]Clínica Familiar Luis Angel García, Ciudad de Guatemala, Guatemala, [2]Embassy Drive Medical Centre, Pretoria, South Africa, [3]Tan Tock Seng Hospital, Singapur, Singapur, [4]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica, [5]Tibotec Inc, Yardley, PA, Estados Unidos.

Antecedentes: Para el estudio ARTEMIS de Fase III, los pacientes adultos infectados por VIH que no habían recibido tratamiento fueron agrupados al azar para recibir DRV/r 800/100mg en dosis c/24 horas (n=343) o LPV/r 800/200mg (dosis diaria total; n=346); todos recibieron tenofovir/emtricitabina. DRV/r fue eficaz y bien tolerado, con una incidencia inferior de toxicidades gastrointestinales en comparación con LPV/r. Estudios previos han demostrado que otros inhibidores de la proteasa (PI, en inglés) alteran los perfiles de lípidos en pacientes infectados por VIH. Analizamos la seguridad en lípidos de DRV/r versus LPV/r en el estudio ARTEMIS.

Métodos: Las valoraciones de seguridad estuvieron basadas en eventos adversos y anormalidades de laboratorio; a lo largo del estudio se valoraron las incidencias y la severidad. Los resultados de los parámetros relacionados con los lípidos fueron clasificados como por arriba o por debajo de los puntos límite NCEP en cualquier momento del periodo de observación, lo cual fue entre el inicio y una media de 54.8 (grupo con DRV/r) or 53.3 (grupo con LPV/r) semanas. Durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio, se prohibió el uso de agentes reductores de lípidos como pravastatina, lovastatina y simvastatina, a los pacientes que tomaban DRV/r, aunque se les permitió el uso de fibratos.

Resultados: Las anormalidades emergentes por el tratamiento en colesterol total y triglicéridos fueron mayores con LPV/r que con DRV/r en la Semana 48 (ver Tabla 14). Esta diferencia fue considerada a consecuencia del uso de agentes modificadores de lípidos, que fueron usados en proporciones similares de pacientes en el grupo con DRV/r (21 pacientes; 6%) y el grupo con LPV/r (26 pacientes; 8%) durante el periodo de tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con DRV/r 800/100mg c/24 horas estuvo asociado con menor frecuencia con elevaciones en triglicéridos y colesterol total que el tratamiento con LPV/r.

Tabla 14

Parámetro de laboratorio		DRV/r	LPV/r
Colesterol total	NCEP alto (≥200 mg/dL), n (%)	97 (28)	131 (38)
Triglicéridos	NCEP alto (≥150 mg/dL), n (%)	126 (37)	183 (54)
Lipoproteína de baja densidad	NCEP alto (≥130 mg/dL), n (%)	85 (25)	88 (26)
Lipoproteína de alta densidad (HDL)	NCEP bajo (≤40 mg/dL varones; ≤50 mg/dL mujeres), n (%)	64 (19)	66 (19)
Relación colesterol total / HDL	Mediana de valores al inicio y a la Semana 48	4.02 (BL); 4.09 (Semana 48)	3.94 (BL); 3.97 (Semana 48)

Resumen: 9098

B40 - Lipodistrofia, anormalidades metabólicas, enfermedad cardiovascular

Los polimorfismos de interleucina-18 están asociados con el síndrome de lipodistrofia en pacientes brasileños con VIH

L. Castelar[1], A.P. Fernandes[1], M.M. Silva[1], E.C. Castelli[2], N.H.S. Deghaide[2], C.T. Mendes[2], R.S. Sanches[1], M.R.R. Rodriguez[3], E.A. Donadi[2]

[1]School of Nursing of Ribeirão Preto - University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, [2]Faculty of Medicine of Ribeirão Preto - University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, [3]Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería, San Luis Potosí, México.

Antecedentes: Los altos niveles en plasma de Interleucina 18 (IL-18) han sido descritos como una característica patogénica importante del síndrome de lipodistrofia (LS, en inglés) en pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral. Algunos sitios de polimorfismo de la IL-18 han sido asociados con el nivel de producción de esta citocina. Por lo anterior, evaluamos la hipótesis de que los polimorfismos en la IL-18 están asociados con el LS.

Métodos: Para el estudio se reclutaron 88 pacientes con SL, 79 sin SL (ambos grupos tratados con terapia antirretroviral) y 133 controles saludables (HC, en inglés). Se detectaron polimorfismos de un solo nucleótido (SNP, en inglés) de IL-18 en las posiciones -607 C/A y -137 C/G empleando ADN amplificado por PCR hibridizado con cebadores específicos de secuencia.

Resultados: Hubo diferencias significativas en el genotipo y distribución de alelos del polimorfismo -607 C/A del gen IL-18 entre los pacientes con y sin LS, pero no hubo diferencias entre los pacientes y los controles. El alelo de -607A y el genotipo de -607AA se incrementaron significativamente en pacientes con LS en comparación con los pacientes sin LS (p=0.0004, OR=2.348; IC95%=1.473 - 3.742 y p=0.0071, OR=4.075; IC95%=1.443 - 11.513, respectivamente). El alelo de -607C y el genotipo de -607CC se incrementaron significativamente en pacientes sin LS en comparación con los pacientes con LS (p=0.0004, OR=0.426; IC95%=0.267 - 0.679 y p=0.0048, OR=0.391; IC95%=0.209 - 0.733, respectivamente). No se observaron diferencias significativas con respecto al genotipo de -137 G/C y la distribución de los alelos entre los pacientes y los controles.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio sugieren que el alelo -607A y el genotipo -607AA se relacionan con un mayor riesgo a desarrollar el síndrome de lipodistrofia y que el alelo -607C y el genotipo -607CC presentan cierta resistencia al desarrollo de LS.

Resumen: 9978

B41 - Otras reacciones adversas y complicaciones de la terapia antirretroviral

Valor diagnóstico de factores de riesgo específicos de estadio para el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica

E. Espinosa, C.E. Ormsby, A. Peña-Jimenez, M.-T. Cantoral, A. Peralta Prado, R. Vega-Barrientos, G. Reyes-Terán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Investigación de Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Los estudios de caso describen el Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmunológica (IRIS, en inglés), un deterioro clínico atribuible a la recuperación inmunológica durante la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés). A través de estudios retrospectivos se han determinado los factores de riesgo de IRIS, como bajos conteos iniciales de células T CD4+, con un poder predictivo aún no evaluado y que requiere estudios prospectivos. La valoración de los riesgos en poblaciones de alto riesgo demanda factores adicionales.

Métodos: Análisis intermedio de seis meses de una cohorte prospectiva en curso que inicia la terapia HAART. Criterios de inclusión: adultos VIH+, sin terapia HAART previa, elegibles para el tratamiento, sin signos de inflamación y un seguimiento mínimo de seis meses. Criterios de eliminación: carga viral detectable a las Semana 24, incremento de las células CD4 <50 células/µL, uso de inmunomodulantes. Se analizaron datos clínicos con regresión logística. Dado que la inclusión gradual de los pacientes de acuerdo con los conteos iniciales de células CD4 demostró una reversión total de la exactitud predictiva de algunas variables en las células/µL 16 - 48, usamos un valor límite del conteo de 50 células/µL para generar grupos y evaluar variables significativas y determinar intervalos de 95% de confianza mediante un remuestreo.

Resultados: De 41 pacientes con suficiente seguimiento, control viral, incremento de células CD4+ y acuerdo de diagnóstico, 23 pacientes (58.97%) presentaron un evento de IRIS en una mediana de tiempo de 56 días (10 - 167). La mediana del conteo inicial de células CD4+ fue de 38 células/mL (3- 326), y de la carga viral Log 5.60 (3.12-6.59). Entre las variables de los pacientes <50 CD4/µL que predicen un evento de IRIS estaban el conteo de plaquetas más elevado, conteo de células T CD8+ y conteo total de linfocitos (potencialmente relacionado con la inflamación), con una mediana de C.I. de sensibilidad >80% y C.I. de especificidad >72.7%.

Las variables de diagnóstico para el grupo >50CD4 fueron un mayor nivel de ácido úrico sanguíneo, menor BMI (asociado con el síndrome consuntivo), baja proporción %CD4 y CD4/CD8 (relacionado con el estadio), con C.I. de sensibilidad >85.7% y C.I. de especificidad >91.7%.

Conclusiones: Se identificaron diferentes grupos de pacientes con distintos factores de riesgo de IRIS, lo que demanda una vigilancia diferencial. La capacidad predictiva de los factores de riesgo los hace útiles para mejorar el seguimiento del HAART. Los factores de riesgo específicos de grupo pueden indicar diferentes mecanismos subyacentes. En esta cohorte se realizará una validación transversal de los resultados.

Resumen: 1351

B41 - Otras reacciones adversas y complicaciones de la terapia antirretroviral

Función renal en individuos que no han recibido tratamiento expuestos a tenofovir (TFV)/emtricitabina en combinación con atazanavir/ritonavir (ATV/r) o lopinavir/ritonavir (LPV/r): resultados de 48 semanas del estudio CASTLE (BMS AI424138)

D. McGrath[1], L. Zhu[2], A. Thiry[1], R. Yang[1], M. Child[2], X. Xu[2], H. Sevinsky[2], M. Mancini[1], J. Absalon[1], R. Bertz[2], por el Grupo de estudio CASTLE

[1]Bristol Myers Squibb, Research and Development, Wallingford, Estados Unidos, [2]Bristol Myers Squibb, Discovery Medicine and Clinical Pharmacology, Lawrenceville, Estados Unidos.

Antecedentes: Se ha reportado deterioro renal en pacientes que han tomado TFV. Tanto ATV/r como LPV/r han demostrado incrementar de manera moderada las exposiciones a TFV. Reportamos datos de la función renal de 48 semanas, provenientes de un estudio aleatorizado en curso que compara los fármacos ATV/r y LPV/r, ambos con TFV/emtricitabina en pacientes infectados por VIH que no han recibido tratamiento (n=883).

Métodos: Se evaluó la depuración de creatinina calculada (CrCL, en inglés) (fórmula Cockroft-Gault) en cada visita. Se valoró la farmacocinética (PK, en inglés) del TFV, ATV/r y LPV/r en un subconjunto de individuos que recibieron ATV/r (n=18) y LPV/r (n=21) en la semana 4 empleando métodos no compartimentales.

Tabla 15

CrCL Mediana % Δ (Q1,Q3) [N]			
	Semana 4	Semana 24	Semana 48
ATV/r	-6 (-14, 3) [435]	-3 (-11, 6) [419]	-1% (-11, 8) [398]
LPV/r	-7 (-14, 2) [429]	-3 (-13, 6) [410]	-1% (-11, 11) [374]

Resultados: La demografía inicial fue equilibrada; 19% (ATV/r) y 18% (LPV/r) de individuos eran estadounidenses afroamericanos. Los índices de hipertensión (8% en ambos grupos) y diabetes (2% en ambos grupos) eran equiparables en la situación inicial (ver Tabla 15).

A la semana 48, en 4% y 5% de los individuos con ATV/r y LPV/r ocurrió una reducción de los valores de referencia de CrCL > 25% a ≤ 50%, respectivamente; ninguno tuvo una reducción > 50%. Los incrementos medios de los valores de referencia en la semana 48 en la creatinina sérica fueron 0.05 mg/dL y 0.02 mg/dL en ATV/r y LPV/r, respectivamente. La PK de TFV de ambos grupos fue similar. La estadística calculada y el 90% CI para la relación de medias geométricas de AUC(TAU) estuvieron dentro de 0.80 y rango de no-efecto 1.25. Las estadísticas calculadas de Cmáx y Cmín estuvieron dentro de 4% entre los dos grupos. La ATV y PK de LPV fueron consistentes con los datos históricos en combinación con TFV en individuos infectados por VIH.

Conclusiones: Hubo cambios mínimos en la función renal en los individuos infectados por VIH, y que no habían recibido tratamiento, tratados con ATV/r o LPV/r en combinación con TFV/emtricitabina durante 48 semanas. Las exposiciones a TFV fueron similares con ATV/r y LPV/r.

Resumen: 11980

B53 - Farmacocinética y costo-efectividad de la atención y el tratamiento

Impacto de TMC125 en hospitalizaciones y costos de hospital: hallazgos de 24 semanas de estudios combinados DUET

K. Gebo[1], S. Martin[2], C. Corbett[3], G. De Smedt[3]

[1]Johns Hopkins University, Baltimore, Estados Unidos, [2]Johnson & Johnson Pharmaceutical Services, LLC, Mechelen, Bélgica, [3]Tibotec BVBA, Mechelen, Bélgica.

Antecedentes: DUET -1 y -2 son estudios de Fase III, controlados con placebo, doble ciego, aleatorizados, en curso y di-

señados idénticamente que han demostrado la superioridad de TMC125 (etravirina, ETR) + régimen de base (BR; darunavir/r, inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos (NRTI, en inglés) y enfuvirtida opcional [ENF]) versus placebo + BR en pacientes infectados por VIH-1 que han recibido tratamiento. Recientemente, se han reportado los resultados de la eficacia y seguridad de los estudios DUET-1 y -2. Se registraron los eventos de hospitalización y la duración de la estancia hospitalaria de cada paciente.

Métodos: Este análisis evaluó, a las 24 semanas, las diferencias en hospitalizaciones y días de hospitalización para examinar las implicaciones de costos entre TMC125+BR y placebo+BR en la población del estudio DUET combinado. Se analizaron los índices de hospitalización mediante regresión binomial negativa examinando el efecto del nivel de conteo CD4 inicial. Se asignaron costos diarios de hospitalización por encima del rango de las estimaciones publicadas de $1,308 a $2,441 (excluyendo el tratamiento ARV), las cuales fueron aumentadas a dólares de 2006.

Resultados: Se incluyeron 1,203 pacientes: 599 vs. 604 en los grupos TMC125 versus placebo, respectivamente. Las características iniciales y el seguimiento promedio fueron equiparables entre los grupos. El número (%) de pacientes hospitalizados fue 64 (11%) vs. 99 (16%) para TMC125+BR vs. placebo+BR, respectivamente (p=0.003). Los índices de hospitalización y el número de días de hospitalización se incrementaron con conteos iniciales decrecientes de células CD4 en ambos grupos. En los pacientes con conteo de células CD4 <50 al inicio, TMC125+BR demostró una disminución estadísticamente significativa en el índice de hospitalización versus placebo+BR (p=0.006). Los días totales de hospitalización observados durante el periodo de seguimiento de 24 semanas fueron 1105 versus 1700 para TMC125+BR versus placebo+BR. Los costos hospitalarios se estimaron en $1.4 - $2.7 millones para TMC125+BR versus $2.2 - $4.1 millones para placebo+BR.

Conclusiones: Para la Semana 24, la combinación TMC125+BR mostró una reducción estadísticamente significativa en los índices de hospitalizaciones globales versus placebo+BR. Las reducciones en el número de hospitalizaciones y el tiempo transcurrido en el hospital representan un beneficio clínico para los pacientes y ahorros significativos en los costos de hospital para el sistema sanitario.

Resumen: 11853

B53 - Farmacocinética y costo-efectividad de la atención y el tratamiento

Análisis de costos en los Estados Unidos de supresión virológica total en pacientes infectados por VIH que han recibido tratamiento en estudios DUET

S. Martin[1], A. Hill[2]

[1]Johnson & Johnson Pharmaceutical Services, LLC, Mechelen, Bélgica, [2]University of Liverpool, Liverpool, Inglaterra.

Antecedentes: El objetivo del tratamiento antirretroviral es la supresión a largo plazo del ARN de VIH por debajo de 50 copias de ARN de VIH /mL. Los estudios DUET 1 y 2 evaluaron la eficacia de etravirina, un NNRTI de segunda generación (TMC125) versus placebo, administrados con un régimen de base optimizado (OBR, en inglés) de NRTI, darunavir/ritonavir (DRV/r) y enfuvirtida (ENF) opcional, en pacientes que han recibido tratamiento.

Métodos: Se emplearon los costos de tratamiento antirretroviral publicados en Estados Unidos (MedSpan Price Check PC). Los índices de supresión de ARN de VIH <50 copias en distintos grupos de tratamiento fueron analizados en combinación con costos de fármacos con el fin de calcular los costos por paciente con <50 copias de ARN de VIH/mL.

Resultados: Para los estudios DUET 1 y 2, el costo promedio anual por paciente de antirretrovirales en el grupo con TMC125 fue de $46,740, con 25% del costo total originado por los NRTI, 34% por inhibidores de la proteasa (PI, en inglés), 24% por ENF y 17% por TMC125. El costo medio global en el grupo con placebo fue de $38,768. El costo por paciente con ARN de VIH <50 fue de $79,220 en el grupo con TMC125 (respuesta del 59% a la Semana 24) versus $94,557 en el grupo con placebo (respuesta del 41% a la Semana 24). Para un presupuesto de tratamiento fijado en $1 millón, esto llevaría a que 12.6 pacientes mostraran supresión del ARN de VIH si se les administrase OBR + TMC125, versus 10.6 pacientes si se les administrase OBR más placebo.

Conclusiones: En los estudios DUET, el tratamiento con TMC125 se asoció con reducciones significativas en el costo por paciente con <50 copias de ARN de VIH /mL. No hubo diferencia significativa alguna en los índices de eventos adversos entre los grupos, pero hubo un índice inferior de progresión al SIDA en el grupo con TMC125, lo que podría influir en las evaluaciones de valor.

C. Epidemilogía, prevención e investigación en prevención

Resumen: 9074

C1 – Historia natural, progresión y supervivencia

Utilidad de las infecciones virales oportunistas de mucosa bucal como marcadores clínicos de la progresión de la enfermedad de VIH: un estudio retrospectivo de 15 años

N. Arzate-Mora[1], A. Ceballos-Salobreña[2], R. Berrazueta[3], K. Ortega[4], L. Gaitán Cepeda[5]

[1]Laboratorio de Patología Clínica y Experimental, División de Estudios de Postgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México, [2]Departamento de Medicina Bucal, Escuela Dental, Universidad de Granada, Granada, España, [3]Departamento de Medicina Bucal, Escuela Dental, Universidad de Granada, Granada, España, [4]Departmento de Patología Oral, Centro Dental de Atención Especial, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brazil, [5]Laboratorio de Patología Clínica y Experimental, División de Estudios de Postgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.

Antecedentes: El valor de diagnóstico atribuido a las infecciones virales oportunistas de la mucosa bucal (OVIOM) en pacientes infectados con VIH/SIDA que se encuentren recibiendo terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) es controvertido. Por consiguiente, el objetivo principal es determinar si existe asociación de OVIOM con el estatus inmunológico y virológico.

Métodos: Se empleó una cohorte española de 15 años compuesta por 1,140 pacientes VIH+/SIDA provenientes del Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional "Carlos Haya", de Málaga, España. Todos los pacientes fueron examinados oralmente y las OVIOM se diagnosticaron siguiendo el criterio de diagnóstico OL-VIH propuesto por EC-Clearinghouse WHO-CDC-Atlanta, Estados Unidos. Se obtuvo información referente a la edad, género, forma de contagio, conteos de células CD4+ y la carga viral de 1998 a la fecha. El estatus inmunológico se estableció como: inmunodeficiencia moderada (CD4+ >500/mL); media (CD4+ >200 - <500/mL) o severa (CD4+<200/mL). El estatus virológico se consideró como: carga viral no detectable (UDVL, en inglés); Grado 1 (carga viral <10,000 copias/mL) y Grado 2 (carga viral >10,000 copias/mL). Con respecto al año de observación, los pacientes fueron agrupados en: grupo de era pre-HAART (469 pacientes examinados de 1993 a 1997); y grupo de era HAART (671 pacientes observados de 1998 a 2007). En cada grupo se determinó la prevalencia de OOIV y se relacionó con el estatus inmunológico y virológico. La prueba se llevó a cabo dos veces (p<0.05 IC95%).

Resultados: Las OVIOM disminuyeron de 28.2% (pre-HAART) a 24.3% (era HAART) (p>0.05). La prevalencia de Herpes labialis disminuyó de 7.4% (pre-HAART) a 2.6% (era HAART) (p <0.05). La prevalencia de leucoplasia vellosa bucal (OHL, en inglés) no mostró cambio alguno con respecto a la era HAART (p>0.05). La prevalencia del sarcoma de Kaposi disminuyó de 3.7% (pre-HAART) a 0.43% (era HAART) (p<0.05). Pudimos identificar la asociación de una prevalencia mayor de OHL con una inmunodeficiencia severa y una carga viral superior en el grupo de la era HAART (p<0.05).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que la OHL conserva su valor de diagnóstico en el grupo de la era HAART y sustenta su utilidad como un marcador clínico de insuficiencia inmunológica/viral en pacientes infectados por VIH/SIDA bajo terapia HAART.

Resumen: 13054

C2 - Tendencias en morbimortalidad

Disminución de la morbimortalidad entre niños infectados por VIH-1 por vía perinatal en Baja California, México

R. Viani[1], M.R. Araneta[1], P. Hubbard[2], G. López[3], E. Chacon-Cruz[3], S. Spector[1]

[1]University of California San Diego, La Jolla, Estados Unidos, [2]University of California San Diego, San Diego, Estados Unidos, [3]General Hospital de Tijuana, Tijuana, México.

Antecedentes: Este estudio se propuso caracterizar tendencias temporales en la progresión de la enfermedad de VIH entre niños infectados por VIH-1 por vía perinatal, a quienes se les dio seguimiento en la Clínica Pediátrica especializada en VIH en Tijuana, Baja California, México.

Métodos: A los niños diagnosticados con infección perinatal por VIH en la Clínica Pediátrica especializada en VIH en el Hospital General de Tijuana entre 1998 y agosto de 2007 se les observó longitudinalmente el porcentaje de células CD4, el valor log10 de ARN de VIH en plasma, el tratamiento antirretroviral, el uso hospitalario y la morbimortalidad.

Resultados: Durante el periodo de estudio se dio seguimiento a un total de 73 niños; 52% eran varones. La edad media en el momento del diagnóstico de VIH fue 2.3 años (SD ± 3.19). Al momento de diagnóstico de VIH, 51% estaban en el grupo C de clasificación CDC, y 50 (68%) presentaron ≥ 1 hospitalizaciones previas. La neumonía fue la morbilidad más común (48%) al momento del diagnóstico de VIH y antes del mismo, seguida por retraso del desarrollo (26%) y neumonía por P. jiroveci (19%). Para los años 1998-2001, 2002-03, 2004-05 y 2006-07, el uso de terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) se incrementó a 60%, 75%, 83%, 94%

(p<0.001) al igual que la media de CD4% (23.4%, 23.2%, 26.9% y 29.0%, respectivamente, p=0.009), mientras que el valor log10 del ARN de VIH disminuyó significativamente (4.49, 4.23, 4.00 y 3.79, respectivamente; p=0.019). La mortalidad general fue de 31% (23/73) con neumonía como la causa más común de muerte (43% de todas las muertes), seguida por la tuberculosis (21%). Los índices de mortalidad disminuyeron de 30.4%, 25%, 8.9%, 9.3% (p=0.035) en los años 1998-2001, 2002-03, 2004-05 y 2006-07, respectivamente. De igual modo, el porcentaje de niños hospitalizados disminuyó significativamente con el transcurso del tiempo (69.6%, 40.6%, 42.2%, 30.2%, respectivamente; p=0.006). El análisis de supervivencia de Kaplan Meier mostró que la supervivencia media fue de 11.2 años; la supervivencia de 1 año fue de 87%, la supervivencia de 2 años de 83%, y 66% sobrevivió más allá de su quinto cumpleaños.

Conclusiones: Estos hallazgos indican una tendencia elevada, pero declinante de morbimortalidad en esta cohorte en niños infectados por VIH-1 por vía perinatal en Baja California, México.

Resumen: 14143

C2 - Tendencias en morbimortalidad

Mortalidad causada por el SIDA en México: un análisis de tendencias y proyeccciones en el futuro

M.P. Rivera Reyes, K. Sánchez Sánchez

Secretaría de Salud, CENSIDA, México DF, México.

Antecedentes: En diferentes países se ha comprobado el impacto de la terapia antirretroviral (ARV) sobre la mortalidad y la calidad de vida de las personas infectadas con VIH/SIDA. Sin embargo, no se han percibido cambios en la mortalidad causada por el SIDA en México, pese a que en 2006 se alcanzó el acceso universal al tratamiento.

Métodos: Se analizaron los índices de mortalidad causada por SIDA durante el periodo 2000-2005, controlando factores como el sexo, estado de residencia y condición de derecho a un servicio de salud específico. Con el fin de predecir la tendencia esperada de mortalidad en México relacionada con el impacto del acceso universal al tratamiento ARV, se realizaron proyecciones con base en la experiencia de tres países latinoamericanos (Costa Rica, Brasil y Argentina) y en la población con derecho a algún servicio de salud específico en México.

Resultados: No se encontraron diferencias en la mortalidad causada por SIDA en México durante el periodo 1997-2005. Los índices de mortalidad anual por SIDA durante el periodo promediaron alrededor de 4.4 fallecimientos por cada 100,000 personas. La mortalidad por SIDA en hombres (1998-2005) mostró una tendencia relativamente estable, mientras que se incrementó en las mujeres (+10%). La mortalidad por SIDA por la condición de derecho a un servicio de salud específico (2000-2005) disminuyó en la población con derecho a un servicio de salud específico (-15%), y se incrementó en la población sin derecho a servicios de salud durante los primeros cuatro años (+16.5%), mientras que se mantuvo estable en los últimos dos años. Se observaron diferencias importantes al realizar un análisis por estados de residencia: en 187 estados la mortalidad disminuyó en la población con derecho a un servicio de salud específico, mientras que sólo en siete estados no disminuyó entre la población sin derecho a servicios de salud. Las proyecciones más confiables para México apuntan hacia una reducción de 4.4 a 3.8 muertes por cada 100,000 personas para finales del periodo 2005-2012.

Conclusiones: Las diferencias encontradas pueden relacionarse con un acceso universal temprano a terapia ARV, el suministro de servicios de atención integral adicional y la calidad de la atención.

Resumen: 12451

C3 - Modelado

Un modelo matemático de riesgos de VIH entre sexoservidoras en México

A. Bórquez[1], J.P. Gutiérrez[2], J.M. García Calleja[3], G.P. Garnett[1]

[1]Imperial College London, Infectious Disease Epidemiology, Londres, Inglaterra, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, México, México, [3]Organización Mundial de la Salud, Investigación e Información Estratégica, Ginebra, Suiza.

Antecedentes: Aunque estudios previos han sugerido que la prevalencia de VIH entre trabajadoras sexuales (TSF) en México es tan bajo como en la población en general (aproximadamente 0.3%), los datos recientes muestran que en algunas áreas la prevalencia de VIH entre TSF equivale a 6%. La literatura referente al comportamiento de las TSF sugiere que el bajo índice de uso de condón con parejas regulares podría ser el principal puente de transmisión en este grupo. A través de este estudio exploramos las implicaciones de los riesgos observados usando un modelo matemático.

Métodos: Se recabaron datos sobre el comportamiento de riesgo de una muestra de TSF mexicanas para validar los instrumentos conductuales de la Vigilancia de Segunda Generación implementada por CENSIDA, con el respaldo de la OMS/ONUSIDA en México. Los datos de entrevistas cara a cara de 2,401 TSF provenientes de Morelos y Michoacán se analizaron y se emplearon para parametrizar un modelo de ecuación diferencial ordinaria de la dinámica de transmisión del VIH.

Resultados: El tiempo que llevan dentro del trabajo sexual, la falta de educación y tener parejas estables fueron los principales predictores de la falta de uso de condón con los clientes (con razones de probabilidad 1.36 para las que llevaban en el trabajo sexual durante más de cinco años, 1.56 para las que no tuvieron educación en comparación con las que tenían educación primaria y 1.28 para las que estaban en una relación estable). La falta de uso de condón con parejas no pagadas estuvo casi siempre asociada con el hecho de estar en una relación estable. El modelo subraya la importancia de patrones mezclados entre clientes y trabajadoras sexuales: para una población de clientes homogéneos mezclada al azar con trabajadoras sexuales, quienes determinan el uso de condón, la prevalencia máxima fue de 16%, mientras que, al simular dos grupos de clientes que se mezclan de forma desigual con TSF dependiendo del uso de condón, la prevalencia fue de 3%.

Conclusiones: Los riesgos asociados con una pareja estable parecen ser altos en las TSF y requieren encuestas más enfocadas. El modelo fue sensible a distintos parámetros que no han sido medidos con detalle en esta encuesta. Los programas de uso del condón deben mantenerse en esta población.

Resumen: 190

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

Uso de metanfetamina en poblaciones masculinas y femeninas en la frontera México-Estados Unidos

M. Shedlin[1], R. Ramos[2], S. Villalobos[2], M.E. Ramos Rodríguez[3]

[1]Univerity of Texas at El Paso, Health Promotion, El Paso, Estados Unidos, [2]US-México Border Health Association, El Paso, Estados Unidos, [3]Programa Compañeros A.C., Ciudad Juárez, México.

Temas: Las ciudades transfronterizas de México-Estados Unidos han sido señaladas como fuentes importantes para la comercialización y uso de metanfetaminas (MA). Tijuana/San Diego reportan un núcleo establecido de usuarios de MA (Case, Ramos, et al 2007). Las comunidades fronterizas como Ciudad Juárez/El Paso están comenzando a reportar un incremento en el número de usuarios que ingresan a tratamiento y dan a luz en los hospitales de la zona.

Descripción: Nuestro estudio ofrece la oportunidad de calificar el uso emergente de MA entre hombres y mujeres en un contexto transfronterizo. Se realizaron entrevistas a profundidad entre 100 usuarios de MA, así como a 25 informantes clave, como proveedores de tratamiento. El cuestionario semiestructurado para usuario incorporó temas provenientes de investigaciones fronterizas anteriores. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, además se identificaron los temas y se codificaron para un análisis de contenido. Los campos incluyeron: conocimiento de MA; patrones de uso, redes y ámbitos de uso, diferencias de género y edad en el uso, y comportamientos de riesgo específicos para VIH. Las áreas investigadas incluyeron tipología de las MA y los nombres de slang, formas de administración (inyección versus fumar) y prácticas sexuales influidas por el uso de MA. Se exploraron factores contextuales con implicaciones de otras fronteras.

Lecciones aprendidas: La investigación sobre MA demuestra las asociaciones con riesgos para la salud y sexo inseguro en diferentes poblaciones y lugares geográficos. Además, la investigación muestra que los usuarios de MA que se inyectan además tienen riesgo de infecciones transmitidas vía sanguínea por el uso de una sola jeringa entre varias personas. Mucho del trabajo reciente acerca del uso de MA ha sido llevado a cabo entre poblaciones HSH (Clatts, et.al). La presentación identificará factores contextuales que influyen sobre el uso heterosexual; 2) describirá el rango de actitudes y comportamientos que afectan el uso; y 3) describirá cómo el uso puede afectar el VIH en la frontera México-Estados Unidos y en otras fronteras internacionales.

Pasos a seguir: Se producirá un manual que describa la investigación con el fin de apoyar la replicación. El manual proveerá lineamientos para comunidades a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. Las recomendaciones para la prevención se harán después de triangular los datos de uso de MA con hallazgos de entrevistas con proveedores del área.

Resumen: 2081

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

Riesgo intrafamiliar para mujeres: exposición máxima a VIH/protección mínima

M.P. Mireles-Vieyra, M. Rodríguez-Lara, M.L. López Aguilera, R.M. Cruz - Mireles

PROFIN VIH A.C., Distrito Federal, México.

Antecedentes: Las infecciones por VIH en mujeres han mantenido una tendencia ascendente, pero, contrario a lo que indican las predicciones, la promiscuidad no es el elemento crítico, ya que la mayoría de los informes involucran a mujeres infectadas por sus parejas permanentes, un contexto en el cual es raro o imposible usar la protección requerida debido a factores socioculturales o informativos.

Métodos: Un análisis retrospectivo de 100 mujeres VIH positivas provenientes de áreas urbanas y rurales, con edades de

entre 18 y 45 años, 90% de las cuales tenía ingresos mensuales superiores a seis salarios mínimos, cuyas parejas masculinas estaban infectadas, y con un mínimo de ocho años de vida compartida antes del diagnóstico de VIH.

Resultados: En 7 de cada 10 casos, la pareja masculina nunca usó un condón antes del diagnóstico, y ninguna mujer informó usar condón femenino. La frecuencia promedio del coito vaginal sin protección fue de dos veces por mes, lo que significa aproximadamente 340 eventos de coito vaginal en un periodo de exposición de 10 años. El coito anal fue practicado por 45% de estas parejas, con un rango de 1 a 6 eventos por año, y 93% de las parejas masculinas reportó conducta bisexual oculta. Su actividad sexual —coito anal—, por lo general involucró a hombres desconocidos (7 de cada 10 casos). El alcoholismo estuvo involucrado en 6 de cada 10 casos y en promedio no se usó condón en 50% de estos encuentros.

Conclusiones: Que el factor de riesgo más grande para las mujeres que adquieren VIH sea la exposición a través de las relaciones sexuales con sus parejas masculinas permanentes, donde se pueden tomar pocas o ninguna medidas preventivas —e incluso tampoco se promueven—, revela no sólo el peligro de exposición a infecciones, sino también deficiencias en lo que respecta a la protección de los derechos humanos, que parecen no avanzar aquí, ya que estamos lidiando con una unidad altamente peligrosa y velada en términos de la integridad física y emocional de las personas: la familia.

Resumen: 4772

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

¿La homofobia percibida puede ser un factor de protección? Correlaciones de menores posibilidades de estatus VIH positivo entre HSH bisexuales

A. Fernández Cerdeno[1], C. Gayet[2], C. Magis-Rodríguez[3]

[1]San Diego State University / University of California, San Diego, Graduate School of Public Health, San Diego, Estados Unidos, [2]FLACSO México, Población y Desarrollo, México D.F, México, [3]CENSIDA, Investigación Operativa, México D.F., México.

Antecedentes: Entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tener sexo con mujeres y encubrir las preferencias sexuales, se considera en ciertas ocasiones como un reflejo de homofobia percibida y puede influir en el riesgo a contraer VIH. En 2005 y 2006, llevamos a cabo una encuesta basada en lugares de encuentro para determinar la prevalencia de VIH y la discriminación percibida entre HSH en cuatro ciudades de México. A aquéllos que resultaron VIH positivos, se les garantizó acceso a los servicios públicos de atención médica para su tratamiento. Los objetivos del estudio son analizar las relaciones entre el estatus de VIH, historia bisexual y comunicación de las preferencias sexuales a familiares cercanos.

Métodos: Una muestra aleatoria de 1,111 HSH, obtenidos a través de muestreo por tiempo-lugar (TLS, en inglés) basado en lugares de encuentro, fue sometida a evaluación de VIH (Determine® u Orasure®) y respondieron un cuestionario sobre comportamiento sexual y discriminación percibida. Empleamos la herramienta SPSS 15.1 para computar pruebas de diferencias medias de grupo, asociaciones (Chi cuadrada LR) y regresiones logísticas multivariadas.

Resultados: La prevalencia de VIH fue de 10%. De todos los participantes, 42.2% informó tener sexo con mujeres a lo largo de su vida. Hubo una firme asociación entre esta variable y el estatus de VIH (p=.007). En una regresión logística, los participantes que informaron bisexualidad fueron significativamente menos propensos a ser VIH positivos (OR .56; 95% CI .368-.886). Mediante un ajuste por edades, el conocimiento de los padres acerca de las preferencias sexuales y los años de relaciones sexuales HSH fortalecieron la relación (AOR .406; 95% CI .207-.633, p=.003). Estos efectos no estuvieron presentes para sexo reportado reciente con mujeres (p=.328). Los dos grupos difirieron ligeramente en la media de años de actividad homosexual, pero no en la media de número de parejas recientes masculinas.

Conclusiones: Al ajustar por correlaciones significativas, los HSH seleccionados al azar que informaron actividad bisexual fueron 60% menos propensos a ser VIH positivos que aquéllos con actividad homosexual consistente. Estos grupos no difieren grandemente en muchos otros de los principales factores de riesgo conductuales. Esta relación merece más investigación así como la influencia de la homofobia en el aumento del riesgo observado en HSH consistentes.

Resumen: 9485

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

Diferencia en comportamientos de riesgo para la adquisición de VIH entre migrantes mexicanos a los Estados Unidos y una población no migrante

C. Magis-Rodríguez[1], F. Estrada Márquez[2], M.L. Argote Cusi[1], E. Bravo-García[1], G. F Lemp[3], M. T Hernández[3], J. D Ruíz[4], L. López Falomir[5]

[1]CENSIDA, México, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, [3]UARP, California, Estados Unidos, [4]California DHS Office of AIDS, Sacramento, Estados Unidos, [5]COESIDA, Guadalajara, México.

Antecedentes: El presente estudio es parte de The California-Mexico Epidemiological Surveillance Pilot (CMESP), un proyecto binacional que evalúa la vulnerabilidad de los migrantes mexicanos a la infección por VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS). Diversos comportamientos de riesgo han sido asociados con la población migrante incluidos el acudir con trabajadoras sexuales, tener sexo sin protección y durante el uso de drogas y alcohol. Este estudio comparó los comportamientos de riesgo a VIH/SIDA entre migrantes mexicanos hacia los Estados Unidos y una población no migrante.

Métodos: Este estudio transversal de caso, no caso de 396 migrantes mexicanos en Jalostotitlán, Jalisco, comparó los comportamientos de riesgo de VIH/SIDA entre migrantes mexicanos hacia Estados Unidos y una población no migrante. Se creó un índice de riesgo para estos comportamientos. Los casos se definieron como adultos mexicanos (18-49 años de edad) que hubieran vivido o trabajado en los Estados Unidos durante al menos un mes en el último año. Los no casos fueron definidos como adultos mexicanos sin experiencia migratoria. El índice de comportamiento de riesgo consideró el número de parejas sexuales en el último año, tipo de pareja sexual, uso de drogas o alcohol durante el último encuentro sexual y uso de condón.

Resultados: La muestra incluyó 181 migrantes y 215 no migrantes, 76% varones y 24% mujeres. El comportamiento de riesgo de contraer VIH fue asociado con el hecho de ser migrante masculino, tener educación a nivel primaria, estar casado o vivir en pareja y con el hecho estar entre los 18 y 19 años de edad al momento de la entrevista. El índice de riesgo de los migrantes fue más elevado en comparación con los no migrantes (4.62/9 vs 4.58/9). En esta muestra, la historia de migración hacia Estados Unidos en el último año incrementó la probabilidad de un comportamiento de riesgo asociado con la transmisión del VIH/SIDA e ITS con un poder estadístico de 59%.

Conclusiones: Los migrantes mexicanos a los Estados Unidos fueron más propensos a involucrarse en comportamientos de riesgo que los no migrantes. Se debe desarrollar programas de prevención en la comunidad de origen de los migrantes y en los lugares de destino para reducir la transmisión de VIH e ITS a lo largo de la frontera México-Estados Unidos.

Resumen: 9795

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

Temporalidad en la percepción de los riesgos asociados con sexo anal sin protección entre HSH

J. Orduño Ceja

Red Electrónica SEXUANET, Investigación, Santiago de Querétaro, Qro, México.

Temas: Pese a tener conocimiento sobre el riesgo de contraer VIH, muchos HSH eligen tener sexo sin protección. Existen pocos estudios sobre el asunto, por ello, se llevó a cabo una investigación cualitativa sobre la configuración intersubjetiva que determina la adopción de medidas de prevención contra el VIH.

Descripción: En 2007, investigadores de antropología, psicología, filosofía y lingüística emplearon entrevistas a profundidad, historias de vida, estudios de caso y análisis de contenido para estudiar la práctica de sexo anal sin protección en 50 HSH urbanos jóvenes. Se descubrió que los HSH perciben su mundo espacio-temporal inmediato como "inmune" al VIH y que van a ser capaces de lidiar con la infección después. Se protegían a sí mismos de riesgos subjetivos de naturaleza inmediata (frustración, soledad, aislamiento) ignorando los peligros, cuyas reacciones aparecen a largo plazo (VIH/SIDA). El tiempo inmediato parece más seguro de lo que es, restando importancia a los riesgos objetivos altamente probables.

Lecciones aprendidas: El sexo anal sin protección representa un vacío entre los riesgos percibidos y los riesgos objetivos, y éstos riesgos no son evaluados de manera neutra ni sin influencias culturales e históricas. Los HSH reaccionan a los riesgos influidos por variables de tiempo de naturaleza simbólica y emocional más que por un análisis lógico-racional acerca de la relación costo-beneficio.

Pasos a seguir: Para que las estrategias de prevención del VIH entre HSH sean altamente efectivas, éstas deben considerar que los riesgos son procesos dinámicos en lugar de eventos sin duración. Esto requerirá el uso de modelos que no consideren el sexo anal sin protección como si fuera un fenómeno negativo, sino como un comportamiento legitimado intersubjetivamente debido a la construcción temporal y social del riesgo y la vulnerabilidad históricamente acumulada.

Resumen: 9801

C4 - Factores de riesgo para adquirir VIH

Conocimiento y actitud hacia el VIH/SIDA y comportamiento sexual en una población de estudiantes mexicanos de una universidad privada al Sur de la Ciudad de México

M. Sierra[1], B. Tena[2]

[1]CIF BIOTEC, Fundación Médica Sur, Ciudad de México, México, [2]Instituto Mexicano de la Juventud, Sexuality, Ciudad de México, México.

¿Por qué los jóvenes que tienen conciencia acerca del VIH y un alto nivel de conocimiento acerca del virus, siguen teniendo un comportamiento de riesgo?

Antecedentes: El objetivo a nivel mundial de la educación sexual en personas jóvenes es reducir los riesgos de resultados potencialmente negativos, como los embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, volviéndose una prioridad establecer programas adecuados a través del escrutinio social de actitudes hacia el VIH entre las comunidades jóvenes. Considerando que pocos estudios en México han abordado estas tendencias, este trabajo se propuso investigar el conocimiento actual sobre SIDA como una enfermedad emergente, actitudes de conducta de personas no infectadas hacia a pacientes seropositivos y medir las prácticas sexuales responsables de una cohorte seleccionada al azar de 165 estudiantes de una universidad privada del sur de la Ciudad de México.

Métodos: Las tendencias de los comportamientos de riesgo en jóvenes y prácticas responsables entre estudiantes fueron evaluadas a través de la implementación y análisis del Cuestionario de Vigilancia Conductual de Family Health Internacional (FHI). El estudio se centró en obtener información del conocimiento actual sobre VIH, actitud social y comportamiento sexual en tres grupos objetivo: estudiantes que no han tenido actividad sexual, un segundo grupo que tiene sexo responsable con condón y una tercera muestra con vida sexual activa sin protección.

Resultados: El análisis de los resultados indicó que los tres grupos tenían un conocimiento superior de la transmisión del VIH, pero no todos ellos señalaron tener prácticas sexuales responsables. También, en todos los grupos se encontró un comportamiento estigmatizante bien definido contra los pacientes VIH seropositivos.

Conclusiones: El conocimiento del VIH no estuvo correlacionado con prácticas sexuales seguras y responsables entre nuestros grupos estudiados. Los estudiantes bien informados mostraron un alto nivel de desprecio hacia los pacientes VIH seropositivos, y un número significativo de los estudiantes estudiados mostró actitudes estigmatizantes burdas. Debería promoverse en México una mayor conciencia sobre el VIH como un asunto moral.

Resumen: 9636

C4 - Factores de riesgos para adquirir VIH

Riesgos laborales y VIH/SIDA

F.C. López-Marquez[1], R. Rodríguez-Reyes[2], E. Burgos-Cordova[1], J.A. Cantu-Ruiz[3], E. Morales-Landeros[3], V.M. Velazco-Rodríguez[4]

[1]Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Coahuila, México, Centro de Investigació Biomédica, Torreón, México, [2]Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona No.46, Gómez Palacio, México, [3]Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 16., Torreón, México, [4]Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad 71, Torreón, México.

Antecedentes: El riesgo de exposición ocupacional al VIH existe y cualquier hospital u otra instalación debería tener un departamento para manejar el riesgo. Durante el riesgo ocupacional, la infección por VIH ocurre principalmente por exposición percutánea con sangre de personas que viven con VIH/SIDA.

Métodos: Realizamos un estudio transversal en los hospitales General de Zona No. 16 de Torreón, México y No. 46 de Gómez Palacio, México, del Instituto Mexicano del Seguro Social con 200 trabajadores de la salud. A través de los departamentos de educación, se invitó a unas conferencias de sensibilización de riesgos laborales, a las que acudió el equipo médico de base formado por médicos residentes, médicos, enfermeras, personal administrativo y de almacén, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó una encuesta sobre seroepidemiología para evaluar la percepción del riesgo, además, se les tomaron muestras de sangre para la obtención de plasma y se analizaron con ELISA técnica de 3ª generación, DoubleCheckGold HIV1 & 2 ICN Farmacéutica. Se realizó el análisis usando estadística descriptiva.

Resultados: Las muestras de los 200 trabajadores fueron negativas, el promedio de accidentes por año fue de 4. 80%; los accidentes no fueron informados. La categoría con la exposición más elevada fue la de enfermeras seguida por la de los médicos internos pasantes.

Conclusiones: La mayoría de la población reconoce la gravedad de la exposición ocupacional y la necesidad de fortalecer las medidas para prevenir accidentes. Es importante sensibilizar a los trabajadores de la salud para que acudan al lugar apropiado en su sitio de trabajo a informar cualquier accidente, así como implementar precauciones estándar y, cuando sea necesario, recibir tratamiento profiláctico. Debe haber una capacitación continua a todo el personal sobre la prevención de la exposición ocupacional.

Resumen: 10616

C6 - Epidemiología de la tuberculosis y el VIH

Prevalencia y correlaciones de infección por Mycobacterium tuberculosis mediante ensayo en tubo QuantiFERON TB Gold entre usuarios de drogas inyectables en Tijuana, México

R.S. Garfein[1], L. Liu[2], R. Lozada[3], T.C. Rodwell[1], A. Catanzaro[4], R. Laniado-Laborin[5], K. Brouwer[1], A. Mantsios[1], P.G. Chiles[4], R. Deiss[1], S.A. Strathdee[1], por el Proyecto El Cuete

[1]University of California San Diego, International Health and Cross-Cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]University of California San Diego, Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [3]Patronato ProCOMUSIDA, Tijuana, México, [4]University of California San Diego, Medicine, San Diego, Estados Unidos, [5]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México.

Antecedentes: Tijuana, México está experimentando una creciente epidemia de VIH entre poblaciones marginadas lo que puede presagiar un aumento de TB activa debido a la reactivación de infección por TB latente (LTBI, en inglés). Estimamos la prevalencia de LTBI entre usuarios de drogas inyectables (UDI) quienes se encuentran en alto riesgo de contraer una coinfección por VIH/TB e identificamos correlaciones de la infección.

Métodos: Los participantes fueron UDI actuales, edad >18 años, que fueron reclutados usando un muestreo dirigido por los entrevistados (RDS, en inglés) para un estudio longitudinal de cohortes llevado a cabo por PrevenCasa, A.C. en Tijuana. Tras obtener su consentimiento informado, los individuos completaron entrevistas de valoración, consejería previa a la prueba y venopunción para la evaluación rápida de VIH y cribado de TB empleando el ensayo en tubo QuantiFERON TB Gold (QFT). Los participantes VIH+ y aquéllos que reportaron síntomas que sugerirían una TB activa fueron referidos a atención médica. Se empleó regresión logística ponderada ajustando para RDS, para identificar correlaciones de QFT-positividad.

Resultados: De los 1,020 participantes con resultados QFT completos, la mediana de edad fue 37 años (IQR 31-42 años), 89% eran varones y 98% habían nacido en México. La mayoría (78%) había viajado a los Estados Unidos, 97% se había inyectado heroína con más frecuencia y 78% tenían cicatrices de vacunación de TB. La prevalencia de QFT+ fue 67% y de VIH+ fue 4.3%. Los síntomas que sugieren TB activa fueron reportados en 13 (1.3%); sólo 1 fue VIH+. La correlación QFT-positividad estuvo significativamente asociada con: reclutamiento en el sitio con la más elevada concentración de uso de drogas (razón de posibilidades ajustada [AOR]=1.69; p=0.002), inyección >5 años (AOR=2.41; p<0.001), haber nacido en México (AOR=2.92; p=0.017) y los años de haber vivido en Tijuana (AOR=1.02; p<0.001), pero estuvo inversamente asociada con haber usado drogas alguna vez en los Estados Unidos (AOR=0.64; p=0.006).

Conclusiones: La muy elevada prevalencia de LTBI entre UDI en Tijuana combinada con el riesgo de coinfección con VIH indica la clara necesidad de diagnóstico y tratamiento de TB. La asociación entre el tiempo vivido en Tijuana y la duración del uso de drogas inyectables sugiere que los programas dirigidos a UDI en comunidades de alto uso de drogas de Tijuana están justificados.

Resumen: 7303

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Distribución de infecciones de transmisión sexual y VIH entre trabajadoras sexuales en Tijuana, México

M. Rusch[1], K.C. Brouwer[1], R. Lozada[2], S.A. Strathdee[3], M. Fraga-Vallejo[4], J. Bucardo[5], P. Orozovich[5], C. Magis-Rodríguez[6], T.L. Patterson[5]

[1]University of California San Diego, Division of International Health and Cross Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [2]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]University of California San Diego, Family & Preventive Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina, Tijuana, México, [5]University of California San Diego, Department of Psychiatry, La Jolla, Estados Unidos, [6]Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El trabajo sexual es cuasi legal en Tijuana, México, donde la prevalencia de VIH/ITS es alta entre trabajadoras sexuales (TSF). Examinamos la distribución espacial de VIH e ITS por sitio de trabajo entre TSF en Tijuana.

Métodos: TSF de 18 años de edad y mayores que informaron sexo sin protección con ≥1 cliente en los últimos dos meses fueron sometidas a evaluación para VIH, sífilis, gonorrea y clamidia. La prevalencia acumulativa de VIH/ITS fue mapeada de acuerdo con el sitio de trabajo. El análisis espacial utilizando Getis-Ord Gi* se usó para evaluar la distribución geográfica de VIH/ITS. Las mujeres con múltiples sitios de trabajo fueron ponderadas por el número inverso de sitios.

Resultados: De las 484 TSF, 176 (36.4%) tuvieron al menos una ITS; 36 (7.6%) fueron VIH positivas. Mientras que 42.2% de las TSF fueron identificadas como trabajadoras sexuales "de calle", 45.1% de dijo trabajar frente a un bar u hotel específico. Los 82 sitios de trabajo identificados estaban concentrados (puntuación Z del vecino más próximo = -8.11) en el distrito de la "zona roja" (86.6%), con 13.4% dispersos en otras áreas de la ciudad. El agrupamiento de VIH/ITS sólo se evaluó en esta área concentrada. La proporción de VIH/ITS total en

cualquier sitio estuvo linealmente relacionada con la proporción de mujeres que trabajan en ese lugar (β=0.94; ordenada al origen=0.06); sin embargo, cinco sitios representaron 37.6% de todas las tres ITS y cuatro sitios representaron 44.0% de los casos de VIH. Si bien estos sitios no estaban concentrados, uno fue identificado como "zona de conflicto" por el número de casos de VIH/ITS (puntuación Z = 2.34), pero no los controles (puntuación Z = 1.54), en comparación con los bares vecinos.
Conclusiones: Dentro de la "zona roja", no se encontró una concentración de sitios con elevados números de ITS; sin embargo, unos cuantos sitios representan una gran proporción de la carga de VIH/ITS. Estos hallazgos apoyan la idea del uso de intervenciones a nivel estructural centradas en los sitios de trabajo con el fin de aumentar el diagnóstico, prevención y tratamiento de ITS entre las TSF en Tijuana.

Resumen: 7315

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Correlaciones de la infección por sífilis entre mujeres y hombres usuarios de drogas inyectables en Tijuana, México

M. Rusch[1], M. Gallardo[2], K.C. Brouwer[1], R. Lozada[3], A. Vera[1], P. Gonzales[4], S.A. Strathdee[1], Proyecto El Cuete

[1]University of California San Diego, Division of International Health and Cross Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [2]PrevenCasa, Tijuana, México, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [4]California Department of Public Health, California Office of Binational Border Health, San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: En Tijuana, México, la superposición del comercio de drogas y sexo está contribuyendo a la transmisión de VIH/ITS. Examinamos las correlaciones de la infección por sífilis y el agrupamiento espacial entre usuarios de drogas inyectables (UDI).
Métodos: De 2006 a 2007, se reclutó a 1,056 UDI que se habían inyectado en el último mes y residían en Tijuana usando un muestreo dirigido por los entrevistados (RDS, en inglés) y fueron sometidos a entrevistas y evaluación de VIH, sífilis y TB. La sífilis activa fue definida como TPPA positiva y valor cuantitativo de RPR >1:8. La regresión logística lineal identificó correlaciones de sífilis activa. Se empleó estadística del vecino más próximo y Anselin Local Morans I para valorar la agrupación espacial.
Resultados: Entre los hombres (N=898), la prevalencia ponderada de sífilis activa fue de 4.0% (95% CI: 2.6-5.2); y entre las mujeres (N=158) de 9.2% (95% CI: 4.6-16.8). Ser joven, mujer, estar casado, ser VIH-positivos, vivir cerca de la "zona roja" y haber reportado comercio sexual y uso de varias drogas estuvo invariablemente asociado con sífilis. Los factores independientemente asociados con sífilis activa fueron: ser mujer (AOR:2.3; 95% CI: 1.3-3.7), ser VIH-positivo (AOR:3.2; 95% CI: 1.4-7.3) y vivir cerca de la "zona roja" (AOR:2.2; 95% CI: 1.4-3.5). Fue más probable que las mujeres estuvieran involucradas en el trabajo sexual (6.2% vs. 37.3, p<0.001) y fueron también más propensas a reportar el uso de varias drogas (85% vs. 74%; p=0.003), pero no hubo interacciones significativas con el género. Tanto los casos de sífilis como los controles mostraron un agrupamiento general significativo; sin embargo, mientras que los controles se agruparon en varias zonas distintas, incluída la "zona roja", los casos de sífilis se agruparon sólo en la "zona roja".
Conclusiones: Las UDI están experimentando una carga especialmente elevada de sífilis. Se requieren nuevos métodos, como las intervenciones basadas en la geografía, para mejorar el tratamiento y las estrategias de prevención para UDI femeninas y sus parejas.

Resumen: 14459

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Alto riesgo de neoplasia intraepitelial anal en hombres VIH positivos que tienen sexo con hombres en México

E. Lazcano-Ponce[1], C. Aranda-Flores[2], B. Allen-Leigh[3], L. Zamilpa-Mejía[1], G. Vargas-Guadarrama[1], A. Gutiérrez-Luna[1], P. Hernández-Nevárez[1], J.L. Viramones[4], C.J. Conde-Glez[5]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Oncología, Ciudad de México, México, [3]Instituto Nacional de Salud Pública, División de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Ciudad de México, México, [4]Merck Sharp & Dohme de México, Ciudad de México, México, [5]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Cuernavaca, México.

Antecedentes: La prevalencia del virus del papiloma humano (HPV, en inglés) es un asunto de salud importante para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) VIH positivos y VIH negativos. Este estudio evaluó la prevalencia y factores asociados a la infección por HPV y lesiones intraepiteliales anales entre HSH VIH positivos y negativos en México.
Métodos: Se reclutaron 114 HSH de entre 18 y 59 años de edad en Cuernavaca, México, incluidos 48 hombres VIH positivos. A todos los sujetos se les realizó una anoscopía de alta resolución para detectar neoplasia intraepitelial anal (AIN, en inglés). Se determinó HPV de forma independiente en tres sitios anogenitales distintos. Se empleó la hibridación inversa

para identificar 37 tipos de HPV (24 tipos de bajo riesgo y 13 de alto riesgo). Múltiples modelos de regresión logística evaluaron los factores asociados.

Resultados: La prevalencia global HPV fue de 71.9%, con 65.7% en el canal anal, 58.7% en la región perianal y 44.7% en el pene. La prevalencia de HPV 16 y 18 en el canal anal fue de 24.6%, lo que es tres veces más alto que en el pene (7.9%), y el doble que en la región perianal (14.0%). La frecuencia de AIN grado 2 y grado 3 fue de 8.7% y 13.2%, respectivamente. Los factores de riesgos asociados con AIN grados ≥2 fueron: infección con HPV de alto riesgo (OR 3.2; 95% CI 1.1-9.8); relaciones sexuales receptivas con otros hombres (OR 3.3; 95% CI 1.2-8.9), seropositividad VIH (OR 3.9; 95% CI 1.2-12.2); HPV 16 o 18 en el canal anal (OR 5.9; CI 95% 2.1-16.8); tener tanto VIH como múltiples infecciones con cinco o más genotipos de HPV (OR 10.1; 95% CI 1.9-52.5); y tener un conteo de células CD4 <200 (OR 11.4; 95% CI 2.1-61.1).

Conclusiones: La frecuencia de HPV en la región anogenital en HSH mexicanos y la prevalencia de HPV de alto riesgo (tipos 16 y 18) en el canal anal son elevadas. Hubo un riesgo mayor de AIN grados ≥2 entre HSH VIH positivos, en especial en aquéllos con tipos de HPV de alto riesgo, múltiples infecciones por HPV o un conteo bajo de células CD4.

Resumen: 9852

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Prevalencia de las lesiones anogenitales asociadas al PVH en hombres en HAART en una Clínica de VIH en Puerto Vallarta, México

G. Vargas-Guadarrama[1], P. Campos-López[2]

[1]CAPASITS/AIDS Healthcare Foundation, Puerto Vallarta, Jalisco, Mexico, [2]AIDS Healthcare Foundation, Chief Latin American Bureau, Guadalajara Jalisco, Mexico.

Antecedentes: El virus de papiloma humano (PVH) es una infección de transmisión sexual (ITS) muy frecuente y responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En México existen pocos datos sobre la prevalencia y los factores de riesgo de condiloma anogenital en hombres infectados con VIH en terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés).

Objetivo: Evaluar la frecuencia y los factores de riesgo asociados con las verrugas anogenitales en hombres seropositivos en terapia antirretroviral altamente activa en una clínica ambulatoria de VIH en Puerto Vallarta, México (CAPASITS).

Métodos: Entre diciembre de 2007 y enero de 2008 se llevó a cabo un estudio transversal, se realizó un chequeo sistemático de diagnóstico de condiloma perianal y genital a pacientes externos consecutivos, al cual se dio seguimiento en el CAPASITS. Entre los exámenes se incluyó una inspección visual del área anogenital externa en busca de verrugas; se revisaron las historias clínicas para obtener información sobre factores relacionados con la socio-demografía, el comportamiento sexual, el estilo de vida, las infecciones de transmisión sexual y el conteo de células CD4. Se examinaron primero los factores de riesgo potencial mediante una tabulación cruzada. Se aplicaron diferentes pruebas de acuerdo con las características de las tablas: la prueba de distribución chi cuadrada de Pearson, la prueba exacta de Fisher. Se calculó la asociación utilizando los índices de probabilidades e intervalos de confianza de 95%.

Resultados: Se incluyó a 51 hombres. 35.3% (18/51) eran heterosexuales. La edad promedio fue de 36.6 años (SD=10.6); todos ellos estaban recibiendo HAART; el número promedio de células CD4 fue de 237 células/mm3 (SD=187); 51% (26/51) tenían <200 células CD4; 68.9% había estudiado solamente durante ≤9 años; 92% (47/51) bebía alcohol con regularidad; 68% (35/51) fumaba tabaco; 51% (26/51) tenía una historia de uso de drogas. La edad de la iniciación sexual (EIS) observada en 66% (34/51) fue de ≤16 años. 70% (36/51) tenía una historia de ITS. En general 1/3 (16/51) tenía condilomas anogenitales. Los factores asociados a los condilomas eran: escolaridad de ≤9 años (razón de probabilidades 11.2; 95%CI 1.3- 94.8); EIS ≤16 años (razón de probabilidades 5.2; 95% CI 1.08-26.6), CD <200 células/mm3 (razón de probabilidades 4.5; 95%CI 1.2-16.8) e historia de ITS (razón de probabilidades 0.5 95% CI 0.4-07).

Conclusiones: Este chequeo sistemático reveló un alto índice de condiloma anogenital en pacientes con VIH en terapia HAART. Debe proponerse un examen minucioso como un protocolo estándar a todos los pacientes infectados por el VIH.

Resumen: 15127

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Los comportamientos de uso de drogas están independientemente asociados a las infecciones de transmisión sexual entre las trabajadoras sexuales en dos ciudades fronterizas entre México y Estados Unidos

O. Loza[1], G. Martínez[2], R. Lozada[3], S. Strathdee[1], H. Staines-Orozco[4], M. Fraga-Vallejo[5], P. Orozovich[1], A. de la Torre[6], C. Magis-Rodríguez[7], T.L. Patterson[1], Proyecto Mujer Segura

[1]University of California, San Diego, School of Medicine, La Jolla, CA, Estados Unidos, [2]Salud y Desarrollo Comunitario de Ciudad Juárez, A.C.; Federación Mexicana de Asociaciones Privadas, Ciudad Juárez, México, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, A.C., Tijuana, México, [4]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Facultad de Medicina, Ciudad Juárez, México, [5]Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina, Tijuana, México, [6]University of California, Davis, Chicana/o Studies Program, Davis, CA, Estados Unidos, [7]Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Ciudad de México, México.

Objetivo: Identificar los factores correlacionados con las ITS (sífilis, gonorrea y clamidia) entre las trabajadoras sexuales (TSF) en Tijuana (en la frontera con San Diego, CA) y Ciudad Juárez (en la frontera con El Paso, Texas).
Métodos: Se llevaron a cabo entrevistas iniciales a TSF de >=18 años de edad sin infección de VIH conocida que viven en Tijuana y Ciudad Juárez y que recientemente han tenido sexo sin protección con clientes y se les realizaron pruebas de sífilis (utilizando las pruebas TP-PA y de RPR), gonorrea y clamidia (utilizando una reacción en cadena de la ligasa). Se identificaron los factores correlacionados con cada ITS mediante la regresión logística.
Resultados: De 920 TSF con una edad promedio de 33.4 años, 68.6% tenía clientes de Estados Unidos, 18.09% había utilizado drogas inyectadas, 14.2% había utilizado con frecuencia o siempre drogas ilegales antes o durante el sexo en el último mes; 3.2% se había inyectado metanfetamina en el último mes y, en los últimos 6 meses, 37.7% había tenido clientes de sexo masculino que utilizaban drogas inyectadas. La prevalencia de VIH, sífilis activa (título <=1:8), gonorrea y clamidia fue de 5.8%, 10.3%, 6.4% y 13.0% respectivamente. Entre los factores independientemente asociados a la sífilis activa se incluía el uso frecuente o constante de drogas ilegales antes o durante el sexo (razón de probabilidades ajustada =2.1; IC 95%: 1.2-3.7), haberse inyectado drogas alguna vez (razón de probabilidades ajustada=2.4; IC 95%: 1.4-4.2), y tener clientes de Estados Unidos (razón de probabilidades ajustada =2.8; IC 95%: 1.4-5.6). Entre los factores independientemente asociados a la gonorrea se incluían utilizar con frecuencia o siempre drogas ilegales antes o durante el sexo (razón de posibilidades ajustada =6.0; IC 95%:3.0-11.8); trabajar en Tijuana en contraposición con Ciudad Juárez (razón de probabilidades ajustada =4.7; IC 95%:1.8-12.5), y tener clientes de sexo masculino que utilizaban drogas inyectadas (razón de probabilidades ajustada =2.3; IC 95%:1.2-4.6). Entre los factores independientemente asociados con la clamidia se incluían: trabajar en Tijuana en contraposición con Ciudad Juárez (razón de probabilidades ajustada=2.3; IC 95%: 1.4-3.8), inyectarse metanfetamina (razón de probabilidades ajustada =2.6; IC 95%: 1.2-6.0) y ser muy jóvenes (razón de probabilidades ajustada =0.96/año; IC 95%: 0.93-0.98).
Conclusiones: Entre las TS en estos ambientes, los comportamientos de uso de drogas tenían una relación más estrecha con las ITS que los comportamientos sexuales. Se requiere de intervenciones para ayudar a las trabajadoras sexuales a lograr una negociación sexual más segura en el contexto de su uso de drogas o el de su pareja sexual. La alta prevalencia de ITS en estas ciudades fronterizas indica la necesidad de una respuesta binacional a la prevención y el tratamiento.

Resumen: 14497

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Seroprevalencia del virus HSV-2 entre personas infectadas con VIH de Morelos, México

I. Yáñez-Álvarez[1], M. Sánchez-Alemán[2], F. Martínez-Salazar[1], C. Conde-Glez[2], M. Meza-Alvarado[3], A. García-Serrato[4], E. Gama-Hernández[5]

[1]Facultad de Farmacia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, México, [2]Insituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, [3]Hospital General de Cuautla, Cuautla, México, [4]CAPASITS-Cuernavaca, Cuernavaca, México, [5]Hospital General de Jojutla, Jojutla, México.

Antecedentes: La infección con HSV-2 podría ser un indicador de los comportamientos sexuales, y la pronunciada asociación con el VIH refleja factores de riesgo de infección comunes. La replicación sintomática y asintomática de HSV-2 ocurre con mayor frecuencia en las personas infectadas con VIH. Las reactivaciones del HSV-2 promueven la replicación del VIH en el tracto genital. El objetivo del estudio fue determinar la seroprevalencia del virus HSV-2 y la seroincidencia en una cohorte de personas infectadas con VIH de Morelos, México.
Métodos: Personas infectadas con VIH de tres hospitales regionales (Cuautla, Cuernavaca y Jojutla) proporcionaron muestras de sangre para detectar la carga viral de VIH y realizar un conteo de células CD4 por lo menos cada seis meses. Se detectaron anticuerpos contra el HSV-2 mediante la prueba ELISA (Anti HSV-2, Euroinmun.). Se calculó el coeficiente de riesgo en Intervalos de Confianza de (IC 95%), utilizando el Modelo de Riesgo Proporcional de Cox para evaluar los factores asociados a los anticuerpos contra el HSV-2. Se llevó a cabo un análisis estadístico con SPSS 14.0.
Resultados: Participaron 302 personas en el estudio (93 mujeres y 208 hombres). La seroprevalencia inicial del HSV-2 fue de 49.0%. 18 meses después la seroincidencia del HSV-2 fue de 39.6%. Se detectaron 61 nuevos casos de infección con HSV-2 en 154 pacientes que no estaban infectados con HSV-2 al iniciarse el estudio. Las personas que tenían una carga viral de VIH tenían 1.6 veces más riesgo de presentar anticuerpos contra el HSV-2 que las personas que tenían una carga viral no detectable. Los participantes con <200 células CD4/mm3

tenían 1.4 veces más de riesgo de presentar anticuerpos contra el HSV-2 que los participantes con >200 células CD4/mm3.
Conclusiones: Casi la mitad de los participantes tenían una coinfección con HSV-2 y VIH al inicio del estudio; además, 61 participantes adquirieron una infección con HSV-2 durante el seguimiento; si adquieren el virus HSV-2, entonces podrían estar transmitiendo el VIH. La alta carga viral de VIH y el bajo número de células CD4 estaban asociados a una infección con HSV-2, lo que posiblemente afectaba la calidad de vida de las personas con VIH. Es necesario apoyar programas preventivos entre las personas con VIH.

Resumen: 4348

C7 - Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) secretorias y el VIH en las mujeres en México

R. Ubaldo

Secretaría de Salud de México, Dirección de Prevención y Participación Social, Ciudad de México, México.

Introducción: Las ITS se consideran un problema de salud pública debido a que tienen una alta prevalencia y complicaciones. Este trabajo se propone mostrar la experiencia de México en este campo.
Objetivos: Determinar la incidencia de ITS secretorias y VIH en las mujeres que acuden a los Centros de CENSIDA y determinar los factores de riesgo asociados.
Métodos: A las personas que acudieron entre enero de 2004 y marzo de 2005 se les aplicó una encuesta sero-epidemiológica estructurada con variables tales como: factores sociodemográficos, antecedentes de ITS, prácticas riesgosas, inicio de la vida sexual y utilización del condón. Se tomaron muestras de la secreción cérvico-vaginal y muestras de sangre para investigar las ITS. Se detectó en la sangre VIH, Hepatitis B (VHB) y sífilis (S); en la secreción se detectó clamidosis (CT), gonorrea (G), M. Hominis (MGH), U urealítico (UU), tricomoniasis (TV), vaginosis bacterial (VB) y candidiasis vaginal (CV). Se pidió la participación voluntaria, y se ofreció confidencialidad y asesoramiento, tratamiento específico y continuado hasta siete días.
Resultados: En las 5,746 mujeres estudiadas se observó lo siguiente: VIH 2.37%; VHB 1.79% y S 5.57%. En estudios cérvico-vaginales: VB 66.4%; UU 35.6%; CV 32.1%; MH 16.7%; CT (IFD) 14.5%; CT (ligasa) 9.43%; G (cultivo) 13.8%; G (ligasa) 3.48%. Edad promedio: 26 años; escolaridad superior al promedio, con un promedio de tres parejas sexuales. Antecedentes de ITS: 79.8% (de tipo secretorio), utilización del condón 38%. Antecedente de comercio sexual 0.44%.
Conclusiones: Las ITS secretorias presentadas mostraron una elevada incidencia, en especial de VB, cervicitis por UU y MH, así como CT y G. Por lo que se refiere a las muestras serológicas, se encontró la presencia de VIH y S. Las prácticas de riesgo como escaso uso del condón, tener más de una pareja sexual y comercio sexual constituyen motivos para reforzar el programa de acción nacional de prevención de VIH/SIDA e ITS para la atención de ITS en las mujeres y se considera altamente prioritario dar un tratamiento oportuno para controlarlas.

Resumen: 9524

C7 - Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y el VIH

Incremento en la incidencia de sífilis en individuos que acuden a una clínica de cuidado terciario para VIH/SIDA: en busca de los factores de riesgo

D. de la Rosa-Zamboni, A. de la Torre, J.G. Sierra-Madero, R.A. López, N. Mora, A. Barrera, L. Arreguín, J.B. Andrés, K. Escobedo, M.d.L. Guerrero, G.M. Ruiz-Palacios

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Desde 2005 se ha observado un incremento de la incidencia de sífilis entre los hombres con VIH/SIDA que acuden a una institución de cuidado terciario en la Ciudad de México. El propósito de este estudio fue determinar los comportamientos de riesgo que podrían favorecer el incremento de sífilis en esta población.
Métodos: Realizamos una entrevista cara a cara estructurada sobre las características demográficas y el comportamiento de riesgo relacionado con el VIH a 113 sujetos de sexo masculino que fueron atendidos de manera prospectiva en la clínica de VIH/SIDA del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición desde el año 2005. Se tomaron muestras de sangre para realizar pruebas de VIH y sífilis (VDRL/FTABS) en intervalos regulares durante su seguimiento.
Resultados: No se incluyeron mujeres en el estudio debido a que eran muy pocas. La incidencia (100/persona/año) de sífilis aumentó de 3.5% en 2005 a 9% en 2006 y a 32% en 2007. De los 113 sujetos de sexo masculino que respondieron la entrevista, 21 (19%) tuvieron resultados positivos de sífilis durante el periodo del estudio. Los hombres con VIH y sífilis fueron comparables a aquéllos que tenían VIH sin sífilis por lo que respecta a su edad, escolaridad, empleo e ingresos. Los

comportamientos asociados estadísticamente a un riesgo incrementado de VIH/sífilis fueron: tener sexo oral sin utilizar un condón (razón de probabilidades=2.71 [IC 95% 0.90, 8.45] P=0.04), una historia de abuso de drogas recreativas reportada por ellos mismos (razón de probabilidades=2.66 [0.80, 8.32] P=0.06), uso de alcohol o drogas recreativas durante el sexo (razón de probabilidades=2.96 [0.92, 8.7] P=0.03) y no utilizar nunca un condón o utilizarlo sólo justo antes de una eyaculación en comparación con su utilización siempre antes de la penetración (razón de probabilidades =3.20 [0.71, 12.86] P=0.06).

Conclusiones: El sexo oral sin protección, el uso de alcohol y drogas y no utilizar un condón antes de la penetración son comportamientos de alto riesgo de VIH/sífilis. Se requiere urgentemente tomar medidas prácticas, incluyendo servicios de prevención de ITS y educación para los proveedores de atención médica con el fin de poner un alto a la propagación de la sífilis en esta población.

Resumen: 12933

C8 - Epidemiología de la hepatitis viral y coinfección con VIH

La epidemiología conductual del VIH y sus co-morbilidades entre los usuarios de drogas inyectadas a lo largo de la frontera entre Texas y México: un análisis de clases latentes

M.A. Sayegh[1], S. Arbona1, M. Firestone-Cruz[2], R. L. Ramos[3], S.K. Melville[1]

[1]HIV/STD Program, Texas Department of State Health Services, Austin, Tx, Estados Unidos, [2]University of Toronto, Toronto, Canadá, [3]US-Mexico Border Health Association, El Paso, Tx, Estados Unidos.

Antecedentes: El área fronteriza entre Texas y México, que abarca 15 condados, reportó aproximadamente 8% de los 2,981 casos de SIDA en Texas en el año 2007; mientras que los índices de VIH y otras ITS en la frontera constituyen la mitad de los índices para todo el estado, y representan un incremento desde el año 1999. El uso de drogas inyectadas es una de las principales formas de transmisión del VIH y sigue siendo un foco importante de la intervención y los esfuerzos para la prevención de VIH/ITS. El propósito de este estudio es examinar las clases latentes de factores conductuales que preceden a la infección por VIH/ITS entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) que viven a ambos lados de la frontera entre El Paso y Ciudad Juárez.

Métodos: Se utilizó un Muestreo Dirigido por los Entrevistados para recopilar datos conductuales y de seroprevalencia de 361 UDI que vivían en el área. Un análisis de clases latentes en el que se emplearon técnicas de Mokken para la construcción de escalas de medición identificó rasgos conductuales subyacentes de los UDI con VIH/ITS.

Resultados: Se asoció una clase latente de comportamientos de individuos con VIH+/virus de la hepatitis (HCV), entre los que se incluía: ausencia de traslape entre la pareja sexual y los compañeros de consumo de drogas; inyectarse lejos de casa; ausencia de compañeros sexuales regulares o el tener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres; uso de heroína y otras drogas (Rho: 0.95, Crit z: 3.65, Escala H: 0.49). Los individuos con VIH-/HCV+ se caracterizaban por el traslape de parejas sexuales y de consumo de drogas, comportamientos sexuales heterosexuales, inyectarse en casa o en casas de amigos y el uso de heroína principalmente (Rho: 0.97, Crit z: 3.65, Escala H: 0.37).

Conclusiones: Estos análisis demuestran que el uso de drogas intravenosas está ubicado en una compleja red causal de otros factores conductuales y sexuales de riesgo de VIH/ITS y redes de usuarios pequeñas y cerradas. Las actividades de salud pública para reducir la transmisión sanguínea por medio del uso de drogas inyectadas deben incorporar la educación sexual, la educación sobre riesgos y la distribución de condones como parte de sus esfuerzos. Los programas de reducción de riesgo sexual y distribución de condones necesitan incluir información sobre el abuso de sustancias y las derivaciones.

Resumen: 13540

C9 - Epidemiología de las vulnerabilidades frente al VIH

Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas no inyectadas en Tijuana, México

R. Deiss[1], R. Lozada[2], S. Strathdee[3], J. Alvelais[4], M. Gallardo[4], P. Orozovich[5], J. Cuevas[5], R. Garfein[5]

[1]University of California, San Diego, Division of International Health and Cross-Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [2]Patron ProCOMUSIDA, Tijuana, México, [3]University of California, San Diego, Division of International Health and Cross-Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [4]Preven-Casa, A.C., Tijuana, México, [5]University of California, San Diego, Division of International Health and Cross-Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos.

Antecedentes: En Tijuana, México, se ha reportado una elevada prevalencia de VIH en los grupos fundamentales incluyendo usuarios de drogas inyectadas (UDI), trabajadores sexuales (TS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Sin embargo, no se ha estudiado suficientemente el perfil de riesgo de los usuarios de drogas no inyectadas (UDNI). Evaluamos la prevalencia de VIH y examinamos los comportamientos de riesgo de VIH de los usuarios de drogas no inyectadas para de-

terminar la magnitud y el riesgo de la transmisión fuera de estos grupos fundamentales.

Métodos: Se reclutó a individuos abordándolos en la calle, y se les sometió a una entrevista de evaluación se riesgos y a pruebas de VIH en un programa comunitario de salud. Se diferenció a los usuarios de drogas no inyectadas que además eran trabajadores sexuales u hombres que tienen sexo con hombres, con el fin de evaluar la prevalencia del VIH y los comportamientos asociados al uso de drogas no inyectadas por sí solos. Se emplearon estadísticas descriptivas para analizar a los usuarios de drogas no inyectadas.

Resultados: De los 503 participantes, 190 (38%) eran UDNI que no eran HSH ni TS. La edad promedio de éstos fue de 34 años (IQR: 27-42); 40% eran mujeres y 11% eran personas sin hogar. La metanfetamina fue la droga más comúnmente utilizada en los últimos seis meses. La prevalencia del VIH fue de 5.3%, pero sólo 37% se había sometido antes a pruebas de VIH. En cambio, la prevalencia de VIH entre los trabajadores sexuales (n=45), los HSH (n=21) y los usuarios de drogas inyectadas (n=232) fue del 9%, 4% y 3% respectivamente. En los últimos seis meses, 45% de los UDNI reportaron haber tenido más de una pareja sexual ocasional; 34% reportó utilizar siempre condón con una pareja sexual ocasional; 13% y 17% reportó haber dado o recibido algo a cambio de sexo, respectivamente, pero sólo 24% de los UDNI reportó haber utilizado siempre condón en estos encuentros. Por último, 11% de los UDNI reportó haber tenido sexo no protegido con un usuario de drogas inyectadas.

Conclusiones: La prevalencia relativamente alta de VIH entre los UDNI en Tijuana sugiere que la transmisión del VIH ha ocurrido fuera de los grupos tradicionales. A todos los usuarios de drogas en Tijuana se les debe ofrecer intervenciones amplias, que incluyan pruebas de VIH, promoción del uso del condón y reducción de riesgos sexuales.

Resumen: 6396

C9 - Epidemiología de las vulnerabilidades frente al HIV

El escaso conocimiento de la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos entre las mujeres embarazadas en el Hospital General de Tijuana, Baja California, México

P. Hubbard[1], M.R. Araneta[2], J. Ruiz-Calderón[3], R. Vianni[2]

[1]UCSD/ Hospital General de Tijuana, Tijuana, México, [2]UCSD, San Diego, Estados Unidos, [3]Hospital General de Tijuana, Tijuana, México.

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre la transmisión del VIH de madres a hijos entre las pacientes de cuidados prenatales y en trabajo de parto en el Hospital General de Tijuana, Baja California, México.

Métodos: Entre marzo y noviembre de 2003, se inscribió a las pacientes de cuidados prenatales (n=1294) y en trabajo de parto (n=495) para medir la prevalencia del VIH y evaluar el conocimiento sobre el VIH por medio de un cuestionario administrado por médicos. Las preguntas versaban sobre el conocimiento de los factores de riesgo y síntomas de VIH; las preguntas sobre la transmisión de madres a hijos trataban de la prevención y abordaban la cuestión de si la transmisión podía ocurrir durante el embarazo, durante el parto o como consecuencia de la lactancia.

Resultados: Las participantes eran jóvenes (edad promedio: 24.6 años) en desventaja económica (46% tenía una escolaridad inferior al 6° grado; 47% ganaba menos de 3,000 pesos al mes). En general, ambos grupos tenían un alto nivel de conocimiento sobre la transmisión general del VIH, pero su conocimiento sobre la transmisión del virus de madres a hijos y su prevención era escaso. Mientras que 81.2% sabía que el VIH podía transmitirse de madres a hijos, únicamente la tercera parte sabía que el VIH podía transmitirse durante el parto (30.4%) o la lactancia (35.7%), y sólo 26.9% estaba consciente de que la transmisión de madres a hijos podía prevenirse con la quimioprofilaxis. Las mujeres con poca escolaridad (< 6° año) ahora tendían a saber más de la transmisión a través de la leche materna (40.2% vs 31.8%, p=0.01) en comparación con las mujeres con más educación. Un análisis multivariado demostró que la baja escolaridad (<6° año) (razón de probabilidades=1.49, IC 95% 1.16-1.92, p=0.002) estaba asociada al conocimiento de que el VIH puede transmitirse a través del amamantamiento aun después de que se hicieron ajustes para los diversos ingresos, la paridad, las muestras representativas anteriores de los diversos sectores sociales y el uso de drogas ilícitas. En el análisis multivariado las pacientes en trabajo de parto tendían más a saber que la transmisión de madres a hijos puede prevenirse. No se asociaron covariados con el conocimiento de que el VIH puede ser transmitido de madres a hijos durante el embarazo o durante el parto.

Conclusiones: El conocimiento general de la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos fue notablemente escaso tanto entre las pacientes en cuidados prenatales como en las pacientes en trabajo de parto. Dos terceras partes de la población general del estudio no tenían conciencia de las formas comunes de transmisión perinatal. Deben explorarse métodos alternativos de educación para la salud a fin de hacer llegar a las poblaciones mensajes clave similares sobre la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos.

Resumen: 14592

C10 - Estudios seroepidemiológicos del VIH

La prevalencia de anticuerpos contra el VIH en los programas de vigilancia en la Ciudad de México

J.B. Andrés-Aguilar[1], R.A. Rodríguez-Díaz[1], S.V. Ortega-Peña[1], L.E. Soto-Ramírez[2], M.P. Osnaya-Vázquez[1]

[1]Clínica de Especialidades Condesa, Programa VIH/SIDA, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Infectología-Investigación, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El VIH/SIDA es la causa de más de 5% de las muertes en todo el mundo. En la Ciudad de México, se reportaron 512 muertes el año pasado. Los programas de vigilancia pueden detectar más tempranamente la infección por VIH y ofrecer mejores respuestas al tratamiento y disminuir los comportamientos sexuales riesgosos. Los índices de infección por VIH han disminuido en asociación con los programas que buscan reducir los comportamientos sexuales de riesgo.

Objetivo: Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de los anticuerpos contra el VIH en los programas de vigilancia implementados en la población general.

Métodos: De octubre a diciembre de 2007 llevamos a cabo 10 programas de vigilancia epidemiológica en la población general de la Ciudad de México, donde se sometió a 1,964 personas a pruebas de VIH; se detectaron anticuerpos contra el VIH mediante una prueba de 4ª generación (VIDAS HIV DUO Ultra Biomerieux).

Resultados: De entre las 1,964 personas estudiadas, cuyas edades que van de los 16 a 79 años, detectamos 27 muestras positivas para anticuerpos contra el VIH, todas ellas de hombres. El resultado del Wb en esas muestras fue positivo en 16 casos, negativo en nueve e indeterminado en tres. De estas tres muestras, dos fueron reactivas únicamente al antígeno. La prevalencia de VIH encontrada en este estudio fue de 0.81% (16/1,964) para el programa de vigilancia de la Ciudad de México, aplicado a la población general.

Conclusiones: Encontramos una mayor prevalencia de anticuerpos contra el VIH en la población general (0.81%) que la reportada por el programa gubernamental nacional (0.3%). Deben reforzarse los programas de prevención en la Ciudad de México en las poblaciones con bajo riesgo.

Resumen: 7336

C12 - Diseños novedosos de investigación para la prevención

El uso de muestreos dirigidos por entrevistados en una población oculta en riesgo de infección por VIH: ¿A quiénes reclutan los reclutadores seropositivos?

D. Abramovitz[1], E. Volz[2], S.A. Strathdee[3], T.L. Patterson[4], S.D.W. Frost[2]

[1]University of California San Diego, International Health and Cross-cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]University of California San Diego, Department of Pathology and Antiviral Research Center, San Diego, Estados Unidos, [3]University of California San Diego, International Health and Cross-Cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [4]University of California San Diego, Department of Psychiatry, San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: El muestreo dirigido por los entrevistados (RDS, en inglés) es un método basado en redes que se utiliza cada vez más en los estudios relacionados con el VIH para reclutar a las poblaciones ocultas. Dado que es "dirigido por los entrevistados", tiende a tener un sesgo debido a las diferencias en la eficacia del reclutamiento, a la homofilia (es decir, a los diversos patrones de reclutamiento) y a la heterogeneidad de grados (es decir, las diferencias de probabilidad de selección). Dado que existen métodos para ajustar este sesgo, no constituye un problema. Por otra parte, el sesgo presente en las muestras RDS podría contribuir a facilitar la identificación de redes de alto riesgo. Estudiamos los patrones de reclutamiento de participantes seropositivos e identificamos los factores asociados con el hecho de ser reclutado por un participante seropositivo en un estudio basado en el RDS.

Métodos: Se reclutó a usuarios de drogas inyectadas (UDI) de <=18 años de edad que se habían inyectado en el último mes y que residían en Tijuana, México, y se les sometió a entrevistas y a pruebas de VIH, sífilis y TB. También se utilizó una regresión logística que incorporaba el peso de los participantes en el momento del reclutamiento y explicaba la correlación entre el reclutador y los reclutados para identificar los factores de pronóstico asociados con ser reclutado por una persona UDI seropositiva.

Resultados: De 1,056 usuarios de drogas inyectadas, 4.4% de la muestra estaba constituida por sujetos seropositivos y éstos generaron 4.7% de los reclutados, lo cual indica que no hubo variaciones en la eficacia del reclutamiento debidas al estatus de seropositivos. Sin embargo, los sujetos seropositivos reclutaron 10% de sujetos seropositivos, mientras que los sujetos seronegativos reclutaron a sólo 4% (p=0.06). Entre los factores asociados independientemente a ser reclutado por un sujeto seropositivo se incluyen: infección vitalicia de sífilis (razón de probabilidades ajustada: 2.8 p=0.002), haber tenido alguna vez sexo con una persona seropositiva (razón de probabilida-

des ajustada: 6.3, p.<0.001), y haber utilizado recientemente el programa de intercambio local de agujas (razón de probabilidades ajustada: 2.4, p=0.004).

Conclusiones: Los UDI seropositivos tendieron a reclutar a otros UDI seropositivos. En comparación con los reclutados por UDI seronegativos, los reclutados por los usuarios seropositivos tenían comportamientos de mayor riesgo. Más allá de su éxito para reclutar a poblaciones ocultas, el muestreo RDS puede facilitar la identificación de redes de alto riesgo y podría convertirse en un vehículo para las intervenciones basadas en la red.

Resumen: 4757

C15 - Métodos en epidemiología social

Un enfoque alternativo para monitorear la epidemia de VIH: un diseño participativo de la Encuesta Nacional Mexicana sobre Sexualidad

C. Gayet[1], C. Magis-Rodríguez[2], F. Juárez[3], M. Bozon[4], J.P. Gutíerrez[5]

[1]FLACSO México, Población y Desarrollo, México D.F., México, [2]CENSIDA, Investigación Operativa, México D.F., México, [3]El Colegio de México, CEDUA, México D.F., México, [4]INED, París, Francia, [5]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Antecedentes: Si bien se han realizado esfuerzos por monitorear la epidemia de VIH/SIDA en México, transmitida principalmente por vía sexual, se desconocen los patrones de comportamiento sexual de la población general. Una propuesta metodológica para complementar la estrategia de monitoreo incluye la recopilación de historias sexuales por medio de una Encuesta Nacional sobre Sexualidad. A diferencia de otras encuestas, ésta es la primera encuesta doméstica nacional sobre sexualidad planeada en México y requiere de un diseño participativo que incluya la perspectiva de la sociedad civil, de las poblaciones afectadas por el VIH/SIDA, la comunidad científica interdisciplinaria y las áreas del gobierno implicadas.

Métodos: En 2005 se inició la preparación de la Encuesta Nacional sobre Sexualidad (ENASEX). Los primeros meses se dedicaron a considerar la importancia de contar con información sobre sexualidad a nivel nacional entre los diversos grupos interesados en la epidemia (ONG, gobierno, científicos y PVVS) . Se dedicaron cuatro meses a analizar los cuestionarios y encuestas de otros países sobre sexualidad y la información con la que se contaba previamente para México. Durante 2006 se llevó a cabo un estudio cualitativo de biografías sexuales en cinco contextos mexicanos. Se organizaron seis reuniones para tratar temas sexuales (masculinidad, sexualidad HSH, violencia, migración y perspectivas de género), con expertos de 26 instituciones —académicas, gubernamentales y civiles— con el fin de identificar los temas y preguntas prioritarios. Con estos aportes, se diseñó el cuestionario con una perspectiva biográfica sexual, poniendo énfasis en recuperar las experiencias de las personas del mismo sexo.

Resultados: La sociedad civil mostró un interés real en refrendar los objetivos de la ENASEX. La información disponible sobre México demostró la disposición de la población general a responder preguntas íntimas. El estudio cualitativo reveló la diversidad de las biografías sexuales, contextos normativos y lenguajes. Las reuniones de expertos resaltaron los temas esenciales para monitorear la epidemia. La ENASEX se diseñó con una amplia participación científica y social.

Conclusiones: La preparación de la ENASEX demostró que es factible diseñar un proyecto cuantitativo de calidad científica interdisciplinaria con una amplia participación social, mejorar el monitoreo de la epidemia de VIH/SIDA y elaborar estrategias de prevención más adecuadas.

Resumen: 9020

C16 – Desarrollo de capacidades para la investigación en prevención del VIH

Promover la salud sexual y el empoderamiento de las mujeres a través del placer: una revisión de la literatura

W. Knerr[1], A. Philpott[2], J. McEachran[3]

[1]The Pleasure Project, Oxford, Inglaterra, [2]The Pleasure Project, Nueva Delhi, India, [3]The Pleasure Project, Melbourne, Australia.

Problemas: ¿Pueden utilizarse elementos de placer para promover el sexo seguro y el empoderamiento, en particular entre las mujeres? Exploramos esta cuestión mediante una revisión exhaustiva de la literatura sobre el tema, con base en un examen preliminar de la evidencia publicada como Un Punto de Vista en la revista *The Lancet* ("Cómo promover la protección y el placer: para amplificar la eficacia de las barreras contra las infecciones de transmisión sexual y el embarazo", Volumen 368 1, Dic 2006).

Descripción: El placer sexual está reconocido como un factor clave para la salud sexual (por ejemplo, por la OMS y por la Asociación Mundial de la Salud Sexual), y es una motivación primaria para tener relaciones sexuales. Se ha identificado la falta de placer sexual, que se ha percibido en asociación con el sexo seguro (por ejemplo, con el uso del condón), como un factor importante en el hecho de que la gente tenga sexo sin protección. Sin embargo, la mayoría de los programas de prevención del VIH utilizan el miedo a la enfermedad y otros incentivos negativos para intentar motivar a la gente a que practique un sexo más seguro. Esta revisión explora la evidencia del incremento de las prácticas de sexo seguro mediante los enfoques positivos

de la sexualidad basados en la literatura publicada, la literatura gris, documentos de proyectos y actas de congresos.

Lecciones aprendidas: Hay muy poca investigación sobre el impacto y el potencial de los enfoques positivos de la sexualidad. Esta revisión pone al descubierto la evidencia existente y examina los resultados psicosociales y en materia de salud de los enfoques positivos del sexo seguro; el modo en que la dinámica de género y del poder influye en —y se ve influida por— los enfoques del sexo seguro orientados al placer; si la promoción del placer para el sexo seguro puede empoderar a la gente de modo que pueda renegociar los límites sexuales y de género para practicar el sexo seguro; la eficacia de los enfoques orientados al placer en comparación con los enfoques convencionales orientados a la enfermedad y el riesgo, y los contextos en los que las campañas de sexo seguro enfocadas en el placer pueden o no ser exitosas.

Pasos a seguir: Se utilizará esta reseña como base para posteriores investigaciones con el fin de evaluar la promoción positiva del sexo seguro y como el primer recurso de su tipo para las organizaciones que trabajan en programas para el sexo seguro.

Resumen: 9980

C16 – Desarrollo de capacidades para la investigación en prevención del VIH

Un programa transfronterizo de capacitación para la prevención del VIH en la región de la frontera con Estados Unidos del noroeste de México: un modelo de colaboración binacional

R. Lozada[1], J.L. Burgos[2], G. Rangel[3], A. Vargas[4], S. Brodine[5], M. Zúñiga[2], A.M. Valles[6], J. Alvelais[7], J. Mccutchan[8], T.L. Patterson[9], L. Sirikhulvadhana[2], S. Strathdee[2]

[1]ISESALUD de Baja California, Coordinación del Programa Estatal de VIH/ITS, Mexicali, México, [2]University of California, San Diego, International Health and Cross Cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [3]El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Población, Tijuana, México, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina, Tijuana, México, [5]San Diego State University, Graduate School of Public Health, San Diego, Estados Unidos, [6]Universidad Autónoma de Baja California, Postgrado, Tijuana, México, [7]Hospital General, Clínica Municipal de VIH, Tijuana, México, [8]University of California, San Diego, Medicine, San Diego, Estados Unidos, [9]University of California, San Diego, Psychiatry, San Diego, Estados Unidos.

Problemas: El VIH está aumentando en Tijuana, ciudad situada en la frontera noroeste de México con los Estados Unidos. En 2005, USAID y la Higher Education for Development otorgaron financiamiento, en asociación con el programa TIES, a dos universidades mexicanas: El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y la Universidad Autónoma de Baja California en Tijuana (UABC) y a dos universidades de California: la Universidad de California en San Diego (UCSD) y la Universidad Estatal de San Diego (SDSU). Entre otros participantes se encuentran el Ministerio de Salud y ONG.

Descripción: Nuestro objetivo estratégico es coordinar la capacitación binacional para la prevención de VIH/SIDA en el noroeste de México. Las metas de esta capacitación son: 1) Crear una infraestructura binacional para capacitar a profesionales de la salud mexicanos y estadounidenses en material de prevención y evaluación de programas; 2) Facilitar las oportunidades educativas a nivel de Maestría para los profesionales de la salud en Tijuana en prevención del VIH, evaluación de programas y elaboración de políticas; 3) Crear oportunidades sustentables de aprendizaje transfronterizo en materia de actividades de prevención de VIH/SIDA en San Diego y Baja California para estudiantes de Tijuana y San Diego.

Lecciones aprendidas: El interés en las actividades de prevención del VIH rebasó las expectativas. Hasta la fecha, un total de 211 residentes de México y 120 residentes de Estados Unidos han recibido capacitación para prevenir el VIH mediante tres diplomados, dos congresos binacionales, dos talleres y cuatro viajes de estudio. Se han otorgado un total de 256 becas a estudiantes mexicanos para que asistan a programas educativos que participen en la prevención del VIH. Este programa ha contribuido a elevar los niveles de conciencia, a formar dirigentes y fomentar la voluntad política de hacer de la prevención del VIH una prioridad.

Pasos a seguir: Desarrollar las capacidades para enfrentar la prevención del VIH/ITS mediante intervenciones específicas, innovadoras y medibles a lo largo de la región fronteriza; se requiere de una respuesta binacional de implementación de capacitaciones adecuadas para las diferentes etapas de la epidemia. Entre los esfuerzos reconocidos por la Secretaría de Salud del estado para sustentar el éxito de las estrategias de capacitación se incluyen talleres regulares de capacitación en la UABC y el COLEF, con diplomados, capacitaciones, congresos binacionales y actividades de campo.

Resumen: 13577

C16 – Desarrollo de capacidades para la investigación en prevención del VIH

De la investigación a la acción: documento de para la prevención del VIH/SIDA en los centros penitenciarios de México

S.E. Izazola Licea, Pérez Guevara G., Cruz Paez G., Astorga Loyola YM, Magis Rodríguez C. Subsecretario del Sistema penitenciario, Secretario de Seguridad Pública, y Centro Nacional para el Control, Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal, Dirección de evaluación, Distrito Federal, México.

Problemas: Se requiere de atención interdisciplinaria para las personas que tienen restricciones a su libertad. Su situación incluye problemas de salud pública. La permanencia de internos que viven con VIH, la escasa o nula información sobre el tema y los factores que los vuelven más vulnerables a infectarse, sirvieron de estímulo para la elaboración, en el año 2007, de la "Guía para la Prevención de VIH para el Personal de los Centros Penitenciarios", por parte de la Secretaría de Salud y CENSIDA.
Descripción: Para elaborar la guía se empleó bibliografía previamente reseñada, hubo reuniones técnicas y se organizó el seminario "Conciencia y Coordinación para la Prevención del VIH en los Centros Penitenciarios". La guía fue el primer documento elaborado de manera conjunta en México por las autoridades sanitarias y penitenciarias; su objetivo es proporcionar herramientas teóricas y metodológicas a los lectores, así como informar sobre la perspectiva general de la epidemia, haciendo énfasis en la importancia de su participación a fin de contribuir a la prevención del VIH. La Guía ha sido leída por la mayoría de los empleados de los 445 centros penitenciarios del Sistema Penitenciario Mexicano, cuyas autoridades locales representativas contribuyeron a la elaboración de la Guía.
Lecciones aprendidas: La guía, como material de referencia, ha contribuido al mejoramiento de la atención que se les proporciona a los internos que viven con VIH/SIDA, así como a visualizar los vínculos entre los factores de riesgo —tales como el uso de drogas intravenosas y otras ITS— y para despertar la conciencia hacia la práctica de acciones positivas.
Pasos a seguir: Es necesario que los encargados de la toma de decisiones, así como el personal administrativo y operativo de los centros penitenciarios, homologuen sus conocimientos a fin de proporcionar una mejor atención a los internos (hombres y mujeres) que viven con VIH/SIDA, a través de acciones coordinadas con las autoridades sanitarias.

Resumen: 4764

C16 - Capacitación para la investigación para la prevención del VIH

Elaborar la mejor encuesta: identificar las prácticas sexuales de los adolescentes

S. Díaz[1], A.E. Quiroz[2]

[1]UNFPA, Ciudad de México, México, [2] 1,2,3 **Contándote** Ciudad de México, México.

Problemas: Calcular el nivel de riesgo para adquirir el VIH entre adolescentes es difícil en el mejor de los casos. Es necesario tomar en cuenta algunas prácticas generales y problemas al diseñar encuestas para obtener información de la población juvenil y registrar sus comportamientos de riesgo de VIH con la mayor exactitud posible.
Descripción: Se utilizará una encuesta que se llevó a cabo en el Estado de Guerrero, México, a principios del año 2008, como estudio de caso sobre qué funcionó como se esperaba y qué no, durante el proceso de recopilación de datos. Se examinará el proceso de la herramienta para encuestar, desde la selección de las muestras hasta el guión de las preguntas. También se presentarán y se compararán otras encuestas que se han utilizado para medir los comportamientos de riesgo de los adolescentes.
Lecciones aprendidas: Si bien se dispone de reglas de confidencialidad y de diferentes metodologías para la elaboración de encuestas, si un adolescente no confía en que el entrevistador no revelará su identidad, por ejemplo, a sus padres, las respuestas pueden reflejar aquello que el adolescente percibe que se espera de él, en lugar de reflejar los hechos reales. Deben considerarse y desarrollarse formas creativas y no ortodoxas de redactar y formular las preguntas. La exactitud durante el proceso de recopilación de datos no implica el uso de un lenguaje que, si bien puede ser científicamente correcto, puede no ser entendido por los sujetos estudiados. La selección de los entrevistadores puede ser tan importante como el diseño de la encuesta; el mero hecho de hacer preguntas no basta para obtener una respuesta veraz. Los entrevistadores deben abstenerse de hacer juicios, no sólo en su lenguaje hablado sino también en su lenguaje corporal.
Pasos a seguir: Se analizarán los datos de la encuesta y, dependiendo de los hallazgos, también podrá desarrollarse otra herramienta cualitativa para las encuestas a fin de explicar la diferencia entre las actitudes en un grupo selecto de adolescentes. Además, se tomarán en cuenta diferentes modalidades para la realización de encuestas en el futuro.

Resumen: 14802

C17 - Vigilancia conductual

Prevención sexual del VIH: uso del condón y detección del VIH en México

M.d.P. Rivera-Reyes[1], G. Paredes-Orozco[2]

[1]CENSIDA, Ciudad de México, México, [2]UNAM, Ciudad de México, México.

Antecedentes: En México, tradicionalmente se ha estudiado el comportamiento sexual por medio de encuestas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, las cuales se han concentrado sobre todo en las mujeres. Pocas han explorado el comportamiento de los hombres (la última de ellas es la Encuesta Nacional sobre Salud Reproductiva, ENSAR). Entre las preguntas planteadas se incluyen las relacionadas con el uso del condón y con el número de parejas sexuales durante el último año. En términos de la prevención del VIH, los hombres con más de

una pareja sexual reciente o que no utilizan el condón para la prevención de ITS o para la planeación familiar son la población objetivo.

Métodos: La ENSAR incluye información sobre las prácticas sexuales de hombres de 20 a 49 años de edad. Se utilizaron datos obtenidos del Boletín Informativo del Sector Grupal, y el Consejo Nacional de Población para calcular el porcentaje de la población mexicana con atención médica pública que se hizo pruebas de VIH en 2006.

Resultados: 8.5% de los hombres mexicanos de 20 a 49 años de edad reportaron haber tenido más de una pareja sexual durante el año previo a la entrevista. 77.8% de los hombres de 20 a 24 años de edad que reportaron haber tenido más de una pareja sexual, reportó haber utilizado condón durante su última relación sexual, mientras que sólo 14.3% de los hombres mayores lo utilizó. Apenas 1.4% de la población mexicana se hizo pruebas de infección por VIH durante el año 2006.

Conclusiones: Un importante porcentaje de hombres mexicanos adopta prácticas sexuales que incrementan el riesgo de transmisión del VIH, pero el uso del condón es poco común entre los hombres mayores. Por otra parte, el porcentaje de aquéllos que se realizan pruebas de VIH es pequeño. Se concluye que no es común una cultura de prevención y detección del VIH entre los hombres mexicanos. Los datos presentados aquí son una primera aproximación al tema; pero se requiere de más datos sobre uso del condón por tipo de pareja sexual y tipo de contacto sexual, así como sobre las pruebas de VIH.

Resumen: 6248

C17 - Vigilancia conductual

Percepción del riesgo de infección por VIH en mujeres del estado de Chihuahua, México

J. Duque Rodríguez[1], R. Quintana E.[1], T. Fierro P.[2], N. Lora O.[2], G. Esquivel F.[3], A. Guzmán M[2], K. García H[2], Mujeres del Estado de Chihuahua

[1]Secretaría de Salud, COESIDA, Chihuahua, México, [2]Servicios de Salud de Chihuahua, COESIDA, Chihuahua, México, [3]Secretaría de Salud de Chihuahua, COESIDA, Chihuahua, México.

La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en México y en nuestro estado ocurre principalmente por la vía sexual en más de 90% de los casos. Este mecanismo representa alrededor de 60% en las parejas heterosexuales y, a juzgar por los datos recientes, el coeficiente de infección entre hombres y mujeres ha alcanzado el 5:1, especialmente entre las amas de casa. Con el fin de establecer un programa de prevención para mujeres elaborado específicamente para el estado de Chihuahua, diseñamos una encuesta para las mujeres que viven con infección de VIH que nos permite determinar sus factores de riesgo, los conocimientos y la información que requieren y las necesidades de promoción del uso de métodos de barrera. Se aplicó la encuesta a 90% de las mujeres que asisten a los centros de tratamiento de VIH (CAPASITS) en nuestro estado. 62 encuestas demuestran que 95% de las mujeres tienen de 1 a 3 hijos; 55% están casadas o viven con una pareja, y 57% inició su vida sexual antes de los 18 años de edad. 26% es obligado a tener relaciones sexuales, y únicamente 3% está constituido por trabajadoras sexuales. 51% no sabe cómo contrajo la infección. 16% utiliza siempre el condón, y 32% lo utiliza ocasionalmente. 66% simplemente desconoce los riesgos. Para 66% la fuente principal de información es la televisión y los centros de salud comunitarios. Nuestra encuesta establece que se tiene muy poco conocimiento de la información en este grupo de mujeres y un manejo muy bajo de las prácticas de prevención de riesgos y de los mecanismos de autoprotección. Estas conclusiones permitirán establecer un programa educativo y de prevención dirigido a este grupo específico de mujeres en nuestro Estado.

Resumen: 14038

C18 - Medición de nuevas infecciones por VIH

Características basales de pacientes infectados con VIH que acuden a un Instituto Nacional de Salud en la Ciudad de México: evidencia de la detección tardía de infección por VIH y la necesidad urgente de contar con un programa de consejería y pruebas voluntarias (CPV) eficiente

B. Crabtree-Ramírez, M. Gómez-Palacio, V. Rodríguez-Rivera, G. Reyes-Terán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Ciudad de México, México.

Antecedentes: Existe poca información sobre las características basales de los pacientes infectados con VIH que son admitidos a los Institutos Nacionales de Salud en México en la era post-HAART. Esta información es de importancia vital para evaluar la necesidad de programas de CPV. El objetivo de este estudio es describir las características basales y la mortalidad de los individuos infectados con VIH hospitalizados durante un periodo de seis meses en el año 2007, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en la Ciudad de México.

Métodos: Todos los pacientes con VIH que fueron hospitalizados en el INER durante más de 24 horas del 1° de julio al 31

de diciembre fueron evaluados. Se registraron sus características demográficas, la carga viral de VIH y el conteo de células T CD4+ al inicio de su internamiento, así como la principal dolencia en el momento de ingresar, el diagnóstico definitivo y la mortalidad durante la hospitalización.

Resultados: Se hospitalizó a un total de 109 pacientes durante el periodo que abarcó el estudio. 92% eran de sexo masculino (con una media de 32 años de edad, en un rango de 18 a 66). Se admitió a 85 pacientes (78%) a través de la sección de urgencias, en la mayoría de los casos debido a enfermedades respiratorias (88%). Se realizó el diagnóstico de infección por VIH durante el periodo de hospitalización a 73 pacientes (68%). El número promedio de células T CD4+ al inicio del internamiento fue de 31 células/mm3 (1-813), 94% tenían menos de 200 células/mm3; la carga viral promedio fue de 373 000 copias/mL. El patógeno respiratorio más común identificado durante la hospitalización fue el P. jiroveci (25.2%), seguido de micosis (9.3%) y micobacteria (M. tuberculosis y MAC; 7.5%). 31 pacientes (28%) murieron durante la hospitalización.

Conclusiones: Más de 90% de nuestros pacientes buscan atención médica en una etapa muy avanzada de la enfermedad, y la mayoría no es consciente de su condición de infectados con VIH. Como consecuencia de esto, la mortalidad sigue siendo elevada. Estos datos apoyan la necesidad urgente de implementar un programa de CPV en nuestro país.

Resumen: 13457

C19 - Vigilancia del VIH y el SIDA

Falsos negativos de VIH-1 en los centros de pruebas y asesoría en la región central de México

M. Viveros-Rogel, L.L. Fuentes-Romero, R.A. Rodríguez-Díaz, M. Hernández-Flores, G. Díaz-Murillo, J.B. Andrés-Aguilar, L.E. Soto-Ramírez

Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Infecciosas, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Los falsos negativos de las pruebas de VIH-1 en los centros de pruebas y consejería podrían estar relacionados con la infección primaria o con problemas en la detección de anticuerpos. El objetivo del estudio fue buscar infección primaria por VIH en una cohorte de vigilancia de la resistencia de la OMS en la región central de México.

Métodos: Analizamos 2,453 muestras negativas de VIH confirmadas por la prueba ELISA de 3ª generación de 11 centros de pruebas y consejería en nueve estados de la región central de México. 70 mezclas de plasma (35 muestras de 20 ul de cada uno) fueron sometidas a pruebas de carga viral (CV) (Prueba de monitoreo v1. Roche para VIH-1 COBAS AmpliPrep/COBAS AMPLICOR). Cada muestra tipo con CV detectable (> 50 copias/ml) fue vuelta a probar en nuevos sub-mezclas (7 muestras de 100 ul cada una) para identificar las muestras positivas. Se sometió a la prueba ELISA de 4ª generación (la prueba de inmunofluorescencia ELFA VIDAS HIV DUO Ultra para VIH5) a todas las muestras con CV detectable, para determinar anticuerpos contra el VIH y niveles de antígeno p24; se calificaron como positivas las muestras con un valor límite de >0.25.

Resultados: De las 2,453 muestras incluidas en el análisis, 6 (0.24%) tenían una CV detectable (en un rango de 21,800 a > 100,000 copias/ml) y provenían de cinco de los 11 centros. Todas las muestras examinadas en la prueba ELFA mostraron un alto nivel de anticuerpos contra el VIH (en un rango de 6 a 21). Dos muestras con los niveles más bajos de anticuerpos tuvieron los valores de CV más altos, lo que sugiere que estos individuos habían sido infectados recientemente con VIH pese a que ya habían sufrido una seroconversión. Las seis muestras fueron consideradas falsos negativos en la prueba ELISA de 3ª generación.

Conclusiones: Pese a las mejoras en la prevención de la transmisión y diagnóstico del VIH en México, todavía hay fallas en los programas de vigilancia epidemiológica en algunos centros de pruebas y asesoría en la región central de México. Es necesario mantener los esfuerzos de prevención para evitar un diagnóstico erróneo de VIH.

Resumen: 8986

C19 - Vigilancia del VIH y SIDA

Creación de un perfil epidemiológico de VIH/SIDA en la frontera entre México y Estados Unidos

N. Cramer[1], L. Foster[2], K. Rooney[2], T. Stopka[3], J. Ruiz[3], A. Nakamura[3], S.R. Bailey[4], N. Ngo[5], J. Hitt[5], E. Bravo-García[6], C. Magis-Rodríguez[6]

[1]National Alliance of State & Territorial AIDS Directors, Washington, Estados Unidos, [2]HIV & Hepatitis Epidemiology Program, New Mexico Department of Health, Santa Fe, Estados Unidos, [3]Office of AIDS, California Department of Public Health, Sacramento, Estados Unidos, [4]HIV/AIDS Surveillance, Arizona Department of Health Services, Phoenix, Estados Unidos, [5]HIV/STD Epidemiology and Surveillance Branch, Texas Department of State Health Services, Austin, Estados Unidos, [6]Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Problemas: Se está desarrollando el Perfil Epidemiológico de VIH/SIDA de la Frontera entre México y Estados Unidos con el fin de proporcionar una descripción exhaustiva de la situación actual de la epidemia de VIH/SIDA en la región fronteriza de

México y Estados Unidos. Un perfil epidemiológico ayudará a los funcionarios de salud pública, investigadores, creadores de políticas y organizaciones comunitarias a tomar decisiones futuras sobre prevención, investigación, atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Descripción: El equipo de colaboradores incluyó a compañeros de vigilancia e investigación de Arizona, California, Nuevo México y Texas. Los miembros del equipo binacional eran de la Alianza Nacional de Directores de SIDA Estatales y Territoriales, del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México y de la Organización Panamericana de la Salud. El equipo trabajó para crear y completar cápsulas de datos uniformes, así como para preparar los relatos del perfil. Mucha de la orientación y del trabajo se dio a través de conferencias telefónicas regulares y reuniones en persona.

Lecciones aprendidas: Mientras que esta tarea es sumamente benéfica para los actores comunitarios relevantes, representa ciertos retos para los involucrados. Las jurisdicciones que trabajaron juntas tienen diferentes sistemas de recolección de datos, disponibilidad de datos y capacidad de apoyar el proyecto. Las habilidades transculturales, técnicas y de comunicación han demostrado ser las fortalezas del grupo.

Pasos a seguir: Se tiene planeado publicar en 2008 los primeros dos capítulos del perfil que describen a la población fronteriza y el alcance de la epidemia de VIH a lo largo de la frontera. Próximamente se darán a conocer análisis adicionales para aumentar el perfil; entre ellos, se incluirán análisis del riesgo, el comportamiento respecto a las pruebas de laboratorio, utilización de servicios y estudios especiales. Con la publicación de los primeros dos capítulos del perfil, el equipo buscará también obtener fondos para continuar colaborando y para publicar los últimos tres capítulos.

Resumen: 6172

C19 - Vigilancia del VIH y SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en 23 condados de la frontera entre México y Estados Unidos

T.J. Stopka[1], J. Ruiz1, A. Nakamura1, L. Foster[2], K. Rooney[2], S.R. Bailey[3], N. Ngo[4], H. Jeff[4], N. Cramer[5], L. Freitas[6], S. Tweeten6, E. Bravo-García[7], C. Magis-Rodríguez[7]

[1]California Department Public Health, Office of AIDS, Sacramento, Estados Unidos, [2]New Mexico Department of Health, HIV & Hepatitis Epidemiology Program, Santa Fe, Estados Unidos, [3]Arizona Department of Health Services, Office of HIV, STD and Hepatitis C Services, Phoenix, Estados Unidos, [4]Texas Department of State Health Services, HIV/STD Epidemiology and Surveillance, Austin, Estados Unidos, [5]National Alliance of State & Territorial AIDS Directors, Washington, DC, Estados Unidos, [6]San Diego Health and Human Services Agency, HIV/AIDS Epidemiology Unit, San Diego, Estados Unidos, [7]Secretaría de Salud de México, CENSIDA, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Se requiere de un perfil epidemiológico binacional de VIH/SIDA exhaustivo y de los estados de la región fronteriza entre México y Estados Unidos para ayudar a orientar respuestas adecuadas en materia de salud pública. Un equipo multiestatal y binacional de colaboradores creó un perfil epidemiológico para la región fronteriza.

Métodos: El personal de vigilancia de VIH/AIDS de las agencias de salud pública del condado, del estado y nacionales colaboraron para desarrollar un marco para el perfil epidemiológico y para llevar a cabo análisis secundarios de los datos existentes sobre los condados y jurisdicciones sanitarias de la región fronteriza. Se reunieron y se analizaron datos del Censo de Estados Unidos, estadísticas vitales, vigilancia de VIH/SIDA y enfermedades infecciosas.

Resultados: En 2005 se sabía de 16,236 personas viviendo con VIH/AIDS en 23 condados de la frontera de Estados Unidos (239 de cada 100,000 habitantes. 88% de las personas que vivían con VIH/SIDA eran hombres; 65.7% eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 9.1% eran usuarios de drogas inyectables (UDI), 7.5% eran HSH/UDI, y 69.8% tenía de 35 a 54 años de edad. La mayor proporción de casos de VIH/SIDA en los condados fronterizos de Estados Unidos estaba constituida por blancos (48.6%), seguidos de latinoamericanos (37.9%) y afroamericanos (10.6%). Los índices de VIH/SIDA por cada 100,000 habitantes eran más altos entre los blancos (226), entre los individuos de 35 a 44 años de edad (466) y entre los hombres (426). En cuanto a la geografía, los índices de VIH/SIDA por cada 100,000 habitantes fueron más elevados en San Diego, California (367), Pima, Arizona (192) y El Paso, Texas (177). El número de casos de VIH reportados recientemente en el lado estadounidense de la frontera disminuyeron de 1,190 en 2001 a 878 en 2005, lo que implica una reducción de 26.2%. La mortalidad anual entre los individuos con VIH/SIDA disminuyó 21%, de 302 en 2001 a 238 en 2005.

Conclusiones: Los datos subrayan la necesidad de intervenciones enfocadas en la prevención de VIH en HSH y en las mujeres que viven a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos. Los hallazgos pueden informar el diálogo y las decisiones transfronterizas entre estados, condados y ciudades hermanas con necesidades similares de prevención, atención e investigación.

Resumen: 9047

C19 - Vigilancia del VIH y SIDA

La Frontera: características sociodemográficas de la frontera entre México y Estados Unidos

K. Rooney[1], L. Foster[1], T. Stopka[2], J. Ruiz[2], A. Nakamura[2], S.R. Bailey[3], N. Ngo[4], J. Hitt[4], N. Cramer[5], E. Bravo-García[6], C. Magis-Rodríguez[6]

[1]HIV & Hepatitis Epidemiology Program, New Mexico Department of Health, Santa Fe, Estados Unidos, [2]Office of AIDS, California Department of Public Health, Sacramento, Estados Unidos, [3]HIV/AIDS Surveillance, Arizona Department of Health Services, Phoenix, Estados Unidos, [4]HIV/STD Epidemiology and Surveillance Branch, Texas Department of State Health Services, Austin, Estados Unidos, [5]National Alliance of State & Territorial AIDS Directors, Washington, Estados Unidos, [6]Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Un equipo multiestatal y binacional de colaboradores ha comenzado a recopilar la primera descripción exhaustiva de la epidemia de VIH/SIDA a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos. El primer capítulo de este proyecto, el Perfil Epidemiológico de VIH/SIDA en la frontera entre México y Estados Unidos, describe las características sociodemográficas de la población.

Métodos: Se recopilaron datos de la población para los 23 condados contiguos de Estados Unidos y los 36 municipios mexicanos a lo largo de la frontera entre estos dos países. El personal de vigilancia de agencias de los condados, de los estados y nacionales trabajó conjuntamente para determinar qué características podían compararse a uno y otro lados de la frontera. Entre estos datos se incluían sexo, edad, raza/etnia, así como diversos indicadores de educación, nivel de pobreza, estado de salud y mortalidad. Cada jurisdicción tuvo la responsabilidad de registrar sus datos en tablas uniformes.

Resultados: La frontera entre Estados Unidos y México está poblada por cerca de 12.5 millones de personas. Los que viven en Estados Unidos son predominantemente latinos (52%) o blancos (38%); la proporción de latinos también aumenta de 30% en el condado de San Diego, California, a 81% en el condado de El Paso, Texas. 54% de la población fronteriza estadounidense tiene menos de 34 años de edad, en comparación con 64% de la población mexicana. Mientras que casi 20% de la población fronteriza estadounidense vive en la pobreza, más de una cuarta parte (26%) vive en la pobreza en el lado mexicano. La proporción de personas que viven por debajo de las condiciones de pobreza en Estados Unidos también se incrementa considerablemente de oeste a este (10% en California, en comparación con 36% en Texas).

Conclusiones: Las características sociodemográficas de la población de la frontera entre México y Estados Unidos varían considerablemente. Si bien estos datos de población fueron recopilados para el Perfil Epidemiológico de VIH/SIDA en la Frontera entre Estados Unidos y México, podrían ser valiosos para otras personas o instituciones que estén trabajando en cuestiones de salud internacional a lo largo de la frontera. Es probable que estos datos se relacionen con las diferencias en el alcance de la epidemia de VIH/SIDA a lo largo de la frontera, tal como se describe en el segundo capítulo del Perfil Epidemiológico del VIH/SIDA en la Frontera entre Estados Unidos y México.

Resumen: 10230

C19 - Vigilancia del VIH y SIDA

Cálculos recientes de VIH en México: 198,000 personas viven con VIH

E. Bravo-García, C. Magis-Rodríguez, E. Rodríguez-Nolasco

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, México, México.

Antecedentes: Considerando el número total de casos de SIDA reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil. Sin embargo, según el índice de prevalencia en adultos (UNAIDS, 2006), México es el número 22 en América Latina y el número 85 a nivel mundial, con una cifra relativamente baja (0.3%), pero sobre todo en comparación con algunos países cercanos que registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.9%), Honduras (1.5%) y Estados Unidos (0.6%). El objetivo es presentar un nuevo cálculo del número de personas que viven con VIH (PVV) en México para analizar el futuro de la epidemia.

Métodos: Aplicamos el enfoque del Workbook de UNAIDS para hacer los cálculos y proyectar los panoramas futuros del VIH/SIDA en México. Este enfoque identifica y calcula el tamaño de los grupos expuestos al VIH, calcula la prevalencia en estos grupos y después los combina para obtener un cálculo de la prevalencia en los adultos a nivel nacional.

Resultados: El cálculo nacional preliminar asciende a 198,000 PVV, lo que constituye un índice de prevalencia de 0.3%. Su distribución por subpoblaciones es la siguiente: hombres que tienen sexo con hombres (HSH): 125,000; población de bajo riesgo (mujeres): 44,000; clientes de trabajadores y trabajadoras sexuales: 13,000; trabajadoras y trabajadores sexuales: 4,300 y 1,800, respectivamente; prisioneros: 3,100, y usuarios de drogas inyectadas: 3,000. El subgrupo más afectado de la población es el de HSH, que representa más de 50% del total; sin embargo, las mujeres representan 25%.

Conclusiones: México tiene una epidemia de VIH concentrada principalmente entre HSH (homosexuales y bisexua-

les), las trabajadoras y trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectadas. El reto consiste en evitar que la epidemia de VIH progrese y se convierta en una epidemia generalizada, a través de las "poblaciones puente". Los resultados anteriores tuvieron impacto en el programa nacional de SIDA: se vio la necesidad urgente de reforzar las intervenciones preventivas con énfasis en las subpoblaciones afectadas, así como la implementación de estrategias más efectivas para reducir las prácticas de riesgo.

Resumen: 10276

C19 - Vigilancia del VIH y SIDA

Las trabajadoras sexuales y el VIH/SIDA: una epidemia creciente en México

E. Bravo-García, C. Magis-Rodríguez, E. Rodríguez-Nolasco

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, México, México.

Antecedentes: Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen el grupo más afectado por la epidemia de VIH/SIDA en México. Sin embargo, en años recientes varios estudios sugieren un importante incremento en la prevalencia de VIH entre las trabajadoras sexuales (TSF).

Métodos: Revisión exhaustiva de la literatura publicada y la literatura gris producida entre 1990 y 2007 acerca de la prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales en México: PubMed/MEDLINE (www.pubmed.gov), Sociedad Internacional de SIDA (www.iasociety.org), Sistemas de Información Global para la Educación sobre el SIDA (www.aegis.com), RIIMSIDA (base de datos mexicana sobre VIH/SIDA) (http://bvssida.insp.mx/riimsida.php), y otros datos locales e inéditos.

Resultados: De 1987 a 2000, la prevalencia del VIH entre TSF en México se mantuvo estable, entre 0.3% y 0.4%. Sin embargo, un estudio financiado por el Banco Mundial (2003) mostró una elevada prevalencia del VIH en dos ciudades: 6% en Tijuana (en la frontera norte con Estados Unidos) y 3% en Veracruz (ciudad portuaria del Golfo de México). En otro estudio financiado por FHI (2005) se encontró prevalencias de VIH en trabajadoras sexuales de 1.1% en Acapulco y 0.9% en Monterrey. Los datos más recientes los provee la Encuesta de Monitoreo de las Poblaciones Vulnerables, operada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), realizada a escala nacional en 22 de los 32 estados de la República Mexicana (2007), la cual obtuvo una prevalencia de 1% en 2,152 trabajadoras sexuales que se sometieron a pruebas del VIH. En otras palabras, todos los datos recientes sugieren un incremento considerable de la prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales: de tres a 20 veces más que en los estudios anteriores.

Conclusiones: Si estas tendencias continúan aumentando en el futuro, la epidemia de VIH/SIDA en México podría avanzar de un modo peligroso, a través de las "poblaciones puente", hacia la población general. México tiene la necesidad urgente de reforzar las intervenciones preventivas entre las trabajadoras sexuales en las principales ciudades de México. Por otra parte, es muy importante desarrollar estudios con los clientes masculinos de las trabajadoras sexuales para conocer sus índices de prevalencia y explorar los comportamientos de riesgo a fin de identificar las lagunas y las prioridades de las intervenciones contra el VIH/SIDA.

Resumen: 14221

C20 - Sistemas y métodos de vigilancia

Uso del condón en grupos vulnerables al VIH en México: comparación entre dos fuentes de datos

C. Magis-Rodríguez[1], G. Paredes-Orozco[2], E. Bravo-García[1], C. Gayet[3], M.d.P. Rivera-Reyes[1]

[1]CENSIDA, Ciudad de México, México, [2]UNAM, Ciudad de México, México, [3]FLACSO Sede Mexico, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Ha habido diferentes enfoques en la recopilación de información sobre los grupos vulnerables al VIH en México y sus prácticas sexuales. El más favorecido consiste en obtener una muestra de los miembros de esos grupos en las ciudades donde su presencia es marcada (véase, por ejemplo, Gayet, Magis, *et al*. 2006). El objetivo es comprobar si esta metodología puede ser remplazada con un enfoque diferente, que consiste en monitorear a estas poblaciones de forma continua en los lugares donde reciben servicios de salud. Se utilizó este enfoque a nivel nacional en la Encuesta de Monitoreo de las Poblaciones Vulnerables del año 2007.

Métodos: Comparamos los resultados de dos encuestas. El Estudio 1 es el utilizado por Gayet, Magis, *et al*. (2006). El Estudio 2 es la Encuesta de Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del año 2007. Nos enfocamos en tres grupos: trabajadoras sexuales, trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Valiéndonos de una prueba paramétrica estadística para las diferencias entre las proporciones, probamos la hipótesis nula para cada grupo, de que las diferencias en las proporciones que declararon haber utilizado el condón durante su última relación sexual (con una pareja que pagó, en el caso de los trabajadores y trabajadoras sexuales, y con una pareja ocasional en el caso de los HSH) entre ambas encuestas no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 1

Grupo de población	Tamaño de la muestra Estudio 1	Tamaño de la muestra Estudio 2	Proporción de usuarios del condón Estudio 1	Proporción de usuarios del condón Estudio 2	Z	Valor p (bilateral)
Trabajadoras sexuales	603	1,716	0.96	0.71	12.77	0.000
Trabajadores sexuales	284	221	0.96	0.53	11.17	0.000
HSH	1,111	840	0.81	0.40	18.27	0.000

Resultados: Véase la Tabla 1. Los diferentes enfoques de muestreo arrojan resultados considerablemente diferentes sobre el uso del condón en todas las poblaciones vulnerables consideradas (valor p = 0.000).

Resumen: 10181

C22 - Epidemiología del comportamiento sexual

Sexo anal sin protección y su significado en HSH en una relación en Mérida, Yucatán, México

L. Vera[1], J. Toledo[2], M.L. Rojas[2]

[1]Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Medicina, Mérida Yucatán, México, [2]Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida Yucatán, México.

Antecedentes: La epidemia del SIDA en México se propaga principalmente por la vía sexual. La población más afectada por el VIH es son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Las estrategias preventivas de infección por VIH dirigidas a HSH no han estabilizado la transmisión del virus. Algunos grupos de HSH siguen teniendo comportamientos sexuales de riesgo.

Métodos: Un estudio cualitativo con un marco interpretativo y un enfoque fenomenológico de una muestra no probabilística de 11 hombres jóvenes de la comunidad gay de Mérida, Yucatán, valiéndose de un método de redes semánticas y entrevistas minuciosas para su evaluación.

Resultados: El sexo anal sin protección está relacionado con el concepto de amor, confianza, fidelidad y consolidación de la pareja. La norma subjetiva sobre esta práctica sexual a largo plazo entre compañeros sexuales gays tiene un valor social positivo que se traduce en una actitud individual positiva hacia un comportamiento sexual riesgoso.

Conclusiones: Es necesario deconstruir la falsa noción gay que relaciona la práctica del sexo anal sin protección con el amor, la confianza y la consolidación de la pareja.

Resumen: 14663

C24 - Monitoreo y evaluación

Nueve años de experiencia en la medición del gasto en SIDA: MEGAS México 2003-2005

M.P. Rivera Reyes, R. Miranda Abrego

Secretaría de Salud, CENSIDA, México DF, México.

Antecedentes: México fue un país pionero de la medición del gasto y los flujos financieros relacionados con el VIH/SIDA. Con nueve años de experiencia, el país ha aplicado la nueva metodología propuesta por ONUSIDA para los años 2003-2005, en un contexto de institucionalización del proceso, incorporándolo al proceso de monitoreo del Programa Nacional.

Métodos: La metodología empleada es la que propuso la ONUSIDA para la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS). Entre sus innovaciones destacan el hecho de que añade nuevas funciones de prevención y las poblaciones clave, y separa aún más las acciones fuera del suministro de atención médica. Sin embargo, los cálculos específicos para el país desarrollan sus propios métodos.

Resultados: De 2003 a 2004 el gasto en SIDA se incrementó en 35% y llegó a 271.9 millones de dólares en 2005. La principal fuente y agente de financiamiento fue el sector público. El gasto para la prevención aumentó de 59.8 a 67.8 millones de dólares (+13.4%), mientras que el gasto en la atención ascendió de 134.2 a 187.3 (+39.5), debido sobre todo a la provisión de medicamentos ARV. En el ámbito de la prevención, los gastos más elevados se relacionan con las transfusiones seguras, el mejoramiento del tratamiento de ITS y el suministro de condones al público y a los sectores comerciales. Les siguen en importancia las acciones dirigidas a grupos específicos: la prevención de la transmisión vertical y HSH. En cuanto a la atención médica, los mayores gastos se relacionan con los antirretrovirales, el tratamiento de infecciones oportunistas y las pruebas de laboratorio.

Conclusiones: Los resultados MEGAS han sido de utilidad para monitorear las acciones del programa nacional, así como para calcular las necesidades y el presupuesto y para aplicar modelos de costo-beneficio.

Resumen: 3384

C26 - Los condones masculino y femenino y otras barreras físicas

La aceptabilidad de los métodos de barrera controlados por las mujeres entre las trabajadoras sexuales y sus parejas masculinas en la República Dominicana

M.G. van Dijk[1], D. Lara[2], S.G. García[1], D. Grossman[3]

[1]Population Council, Oficina de México, Programa de Salud Reproductiva, Ciudad de México, México, [2]Consultora de Population Council, Oficina de México, Programa de Salud Reproductiva, Ciudad de México, México, [3]Ibis, Reproductive Health, San Francisco, Estados Unidos.

Antecedentes: Los métodos de barrera controlados por las mujeres podrían ser una herramienta útil para prevenir las ITS. Los resultados de un estudio longitudinal anterior, realizado a lo largo de cinco meses, demuestran una elevada aceptabilidad de los condones femeninos (CF) y diafragmas entre las trabajadoras sexuales en la República Dominicana. Realizamos un estudio cualitativo para comprender mejor las experiencias de las trabajadoras sexuales y sus parejas masculinas con los métodos de barrera controlados por las mujeres.

Métodos: Llevamos a cabo 18 entrevistas exhaustivas con 15 clientes y siete parejas regulares de trabajadoras sexuales. Se transcribieron las entrevistas. Los datos se codificaron e interpretaron mediante el análisis cualitativo manual.

Resultados: 12 mujeres tuvieron buenas experiencias con el CF. La mayoría de las mujeres negociaba el uso del método; sin embargo, algunas mujeres lo utilizaban secretamente. Mencionaron ventajas tales como: la sensación de tener el "control" para protegerse contra las ITS (incluyendo el VIH), la creencia de que el CF no puede romperse, y una elevada satisfacción de las parejas sexuales. A seis mujeres les disgustaba el CF debido a su apariencia poco atractiva y al exceso de gel lubricante. Todos los participantes de sexo masculino reportaron una gran satisfacción con el uso del CF, pues se sentían protegidos contra el VIH y otras ITS. Diez mujeres tuvieron buenas experiencias con el diafragma, utilizándolo como una protección de respaldo (secreta) en caso de que se rompiera el condón masculino o cuando los hombres no querían utilizar una protección. Otras lo utilizaron durante la menstruación. Cinco trabajadoras sexuales se sintieron incómodas porque es necesario dejárselo puesto durante seis horas después de tener relaciones sexuales, debido a incomodidad física o a la falta de protección contra el VIH. Solamente seis de los hombres tenían experiencia con mujeres que usaran el diafragma, y la mitad de ellos no se sentía protegido contra las ITS.

Conclusiones: La introducción de los métodos de barrera controlados por las mujeres mejoró las opciones de las mujeres para tener sexo protegido ya que podían negociar su uso con los clientes que se rehúsan a utilizar condones masculinos.

Resumen: 12610

C26 - Los condones masculino y femenino y otras barreras físicas

Una programación más inteligente del uso del condón femenino para un mayor impacto y mejor costo-efectividad

K. Peterson[1], L. Herman1, L. Fiske[1], E. Marseille[2], J. Khan[2]

[1]FSG Social Impact Advisors, Boston, MA, Estados Unidos, [2]University of California, San Francisco, San Francisco, CA, Estados Unidos.

Problemas: Este resumen describe el análisis y los resultados de un estudio marginal sobre la relación costo-efectividad del condón femenino (CF) y el condón masculino (CM).

Descripción: En una era de múltiples intervenciones para la prevención del VIH, se requiere de un análisis para definir cuándo cada intervención es más eficaz desde el punto de vista tanto del impacto como de la costo-efectividad. Entre las preguntas clave que esta investigación aborda se incluyen:

• ¿Qué significa el éxito para el condón femenino y cuáles son los factores relacionados que llevan al éxito?

• ¿Cuándo es el CF una herramienta costo-efectiva para la prevención del VIH en comparación con el CM? ¿Cómo puede implementarse el CF de una manera más costo-efectiva?

• ¿Cuáles son las recomendaciones para los donantes, implementadores e investigadores, con base en este análisis?

La investigación que se ha realizado incluye una revisión de los materiales publicados, investigación primaria de programas de CF en 14 países, entrevistas con más de 50 afectados (financiadores, investigadores, implementadores de programas, elaboradores de políticas, etc.), y un análisis marginal de la costo-efectividad. Para este último paso se creó una simulación por computadora que incorporaba las características del uso del CF y del CM y la implementación de programas. Entre otros parámetros se incluyen los efectos de sustitución (es decir, la proporción en la que las parejas utilizan CF en los episodios sexuales en los que se habrían utilizado CM); diferentes tipos de programas de mercadeo y promoción; índices de reutilización; desperdicio, y el público meta que utiliza el CF.

Lecciones aprendidas: Los hallazgos sugieren que este campo requiere de una nueva definición de éxito para el CF que vaya más allá de la perspectiva actual de "más es mejor" de muchos actores involucrados. El uso más inteligente del CF debe llevar a evitar casos de VIH/SIDA que no queden cubiertos por el CM, con una distribución de CF lo más costo-efectiva posible.

Pasos a seguir: Desde el punto de vista de la implementación, este estudio proporciona panoramas que ilustran cómo puede mejorarse la programación para el CF y cómo se puede asegurar un uso más costo-efectivo de los recursos. Desde el punto de vista de la investigación, el estudio explica en forma resumida los datos adicionales que contribuirían a fortalecer el análisis marginal de la costo-efectividad.

Resumen: 5418

C27 - Reducción de daños, incluyendo la reducción de inyección insegura y otros enfoques de reducción de daños

Factores asociados con las barreras para la adquisición de jeringas en las farmacias entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) en Tijuana, México

R.A. Pollini[1], J. Alvelais[2], R. Lozada[3], K.C. Brouwer[1], A. Vera[1], S.A. Strathdee[1]

[1]UCSD School of Medicine, La Jolla, California, Estados Unidos, [2]Preven-Casa, A.C., Tijuana, Baja California, México, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, Baja California, México.

Antecedentes: En México pueden adquirirse legalmente jeringas estériles sin receta médica, pero se ha reportado que por lo menos en dos ciudades de la frontera de México con los Estados Unidos se les han negado a los UDI o se les ha cobrado un precio excesivo por las jeringas cuando han intentado adquirirlas en las farmacias. Identificamos factores asociados con las barreras a la adquisición de jeringas en las farmacias en Tijuana, México, donde residen aproximadamente 10,000 UDI.
Métodos: A partir de abril de 2006, se reclutó a UDI que se habían inyectado en el último mes y que residían en Tijuana utilizando un muestreo dirigido por los encuestados y se los entrevistó utilizando una encuesta administrada por los entrevistadores. Se empleó la regresión logística para identificar factores asociados independientemente con el reporte de barreras para la adquisición de jeringas en las farmacias durante los últimos seis meses.
Resultados: 82.9% de los 602 UDI eran hombres; la edad promedio fue de 37.5 años. La mayoría se inyectaban heroína sola (81.4%) o en combinación con metanfentamina (59.1%). En términos generales, 16.6% se topó por lo menos con una barrera para la adquisición de jeringas en las farmacias en los últimos seis meses; 7.3% reportó que una farmacia se rehusaba a venderles jeringas; a 2.0% se les cobró un precio excesivo, y 7.3% reportó que se les había negado las jeringas o se les habría cobrado un precio excesivo. En comparación con los UDI que no reportaron estas barreras, aquellos UDI a quienes se les negaron las jeringas o se les cobró un precio excesivo tendían más a reportar el haber pedido jeringas prestadas o haberlas compartido (razón de posibilidades ajustada (RPA)=2.34; intervalo de confianza (IC) de 95%: 1.39, 3.94) y carecer de hogar (RPA=1.90; 1.07, 3.39) y marginalmente tenían más probabilidades de suministrarse un mayor número promedio de inyecciones por jeringa (RPA=1.03 por inyección; IC 95%: 1.00, 1.05) y un mayor número de abscesos a lo largo de su vida (RPA=1.02 por absceso, IC 95%: 1.00, 104).
Conclusiones: Una sexta parte de los UDI reportaron barreras para la adquisición de jeringas estériles en una farmacia de Tijuana pese a las leyes imperantes. Estos UDI tendían a obtener jeringas pidiéndolas prestadas o compartiéndolas, lo que incrementa el riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea. Las intervenciones para reducir las barreras a la adquisición de jeringas estériles en las farmacias en Tijuana pueden contribuir a reducir el uso compartido de jeringas y la transmisión del VIH.

Resumen: 14507

C27 - Reducción de daños, incluyendo la reducción de inyección insegura y otros enfoques de reducción de daños

Acceso a la atención médica para UDI: el impacto de centro de inyección médicamente supervisada

N. Van Borek[1], W. Small[2], N. Fairbairn[3], E. Wood[3], T. Kerr[3]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, Urban Health Initiative, Vancouver, Canadá, [3]B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, Urban Health Research Initiative, Vancouver, Canada.

Antecedentes: Los usuarios de drogas inyectables (UDI) suelen toparse con muchas barreras en los servicios de salud convencionales y, como consecuencia, dependen excesivamente de los servicios agudos y de emergencia. Este estudio se propuso investigar las perspectivas de los UDI sobre el impacto del centro de inyección supervisada (CIS) en el acceso a la atención médica.
Métodos: Se llevaron a cabo entrevistas cualitativas semiestructuradas con 50 UDI que radican en Vancouver y que participaron en la cohorte de la Evaluación Científica de la Inyección Supervisada (SEOSI, en inglés). Las entrevistas grabadas en audio muestran las perspectivas de los UDI respecto al impacto del uso del CIS sobre el acceso a la atención médica. Se transcribieron textualmente las entrevistas y se llevó a cabo un análisis temático.
Resultados: Participaron en este estudio 50 UDI, incluidas 21 mujeres. Los relatos de los UDI sugieren que el CIS sirve para

aumentar el acceso a la atención médica al proporcionar una atención muy necesaria en un entorno en el que se consumen drogas y facilitar el acceso a los servicios externos. Los participantes valoraron la atención oportuna y sin prejuicios y también dijeron reducir su dependencia de los departamentos de emergencia y de los hospitales.

Conclusiones: Si bien continúan presentándose retos relacionados con el acceso a la atención en muchos ambientes, los CIS tienen el potencial de promover la salud de los UDI al facilitar un mayor acceso a la atención médica por medio de un modelo de atención integrado accesible a los UDI que están en alto riesgo.

Resumen: 4321

C29 - Circuncisión masculina

La prevalencia de la circuncisión masculina en México: una base para la estrategia de prevención del VIH

C. Gayet[1], C. Magis-Rodríguez[2], A. Fernández[3], FLACSO/CENSIDA/FHI Project "HIV prevalence and sexual behavior in vulnerable populations with high-risk practices in Mexico"

[1]FLACSO México, Población y Desarrollo, México D.F., México, [2]CENSIDA, Investigación operativa, México D.F., México, [3]San Diego State University/ University of California, Joint Doctoral Program in Public Health (Health Behavior), San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: México llevó a cabo un estudio de vigilancia biológica y conductual en 2005 y 2006 para examinar la prevalencia del VIH y de las prácticas sexuales de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en cuatro ciudades, entre los choferes hombres de camiones de larga distancia (MLDTD, en inglés) en una ciudad del norte con tránsito comercial abundante a los Estados Unidos.

Métodos: La muestra probabilística (muestreo de hora y lugar basado en un sitio de reunión) de 1,111 HSH y 313 MLDTD completó una entrevista sobre comportamientos y se sometió a consejería y pruebas de VIH voluntarias en las que se utilizaron las pruebas rápidas Determine® u Orasure®. El estado de circuncisión reportado no fue verificado mediante examen físico. Se evaluaron las relaciones entre la circuncisión auto-reportada y las variables sociodemográficas utilizando estadísticas descriptivas y pruebas utilizando la chi cuadrada.

Resultados: 38% de los HSH y 29% de los MLDTD reportaron estar circuncidados. Las cohortes nacidas entre 1976 y 1980 tuvieron el mayor porcentaje de individuos circuncidados en ambas muestras (42% y 43% respectivamente). Hubo menos reportes de circuncisión entre los participantes con un nivel de escolaridad inferior a la secundaria. La asociación entre el nivel educativo y la condición de circuncidado fue significativa ($p<0.05$). No hubo asociación estadística entre la condición seropositiva y la condición de circuncidado en ninguna de la dos poblaciones; sin embargo, 9.2% de los HSH circuncidados eran seropositivos, mientras que la prevalencia entre los HSH no circuncidados fue de 11.2%. De los MLDTD circuncidados, 1.2% eran seropositivos, mientras que el porcentaje de los MLDTD no circuncidados seropositivos fue de 0.5%. Debe tomarse en cuenta el hecho de que los datos sobre la circuncisión son los reportados por los propios encuestados.

Conclusiones: Entre 1976 y 1980 hubo una campaña para promover la circuncisión en Estados Unidos que puede haber influido sobre los sectores de la población mexicana con un nivel socioeconómico superior. Si la evidencia de los efectos protectores de la circuncisión es válida, estos datos sugieren que las campañas para promover este procedimiento pueden ser una estrategia eficaz de prevención para México en los años venideros.

Resumen: 11431

C34 - Vacunas

El impacto de las vacunas potenciales en la epidemia de VIH en Brasil y Uganda

M.G. Fonseca[1], F. Wabire-Mangen[2], J. Stover[3], S. Forsythe[4], F.d.F. Lucena[1], P. Mendes Luz[1], N.M. Tumwesigye[2], C. Williams[5], R. Hecht[5]

[1]Oswaldo Cruz Foundation, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), Río de Janeiro, Brasil, [2]Makere University,Institute of Public Health, Kampala, Uganda, [3]Futures Institute, Glastonbury, CT, Estados Unidos, [4]Futures Institute, Cuernavaca, México, [5]IAVI, New York City, Estados Unidos.

Antecedentes: Las primeras vacunas contra el VIH de las que se disponga podrán ser costosas y no serán 100% eficaces. Será necesario que los programas nacionales sepan qué impacto se puede esperar y cuáles serían las estrategias de implementación más costo-efectivas.

Métodos: Se ha desarrollado un modelo de simulación que toma en cuenta a la población adulta de un país desagregada por sexo y por categorías de riesgo (sin riesgo; poblaciones heterosexuales con riesgo bajo, medio y elevado; usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres). El comportamiento de la población se describe en función de la edad a la que se tuvo la primera relación sexual, el número de parejas sexuales, el uso del condón, la condición de circuncidado y el uso de drogas inyectadas. El modelo calcula el número de nuevas infecciones por VIH y rastrea a las personas a lo largo de la infección primaria y las etapas asintomática y sintomáticas. La cobertura de la vacuna puede especificarse por año y por grupo de riesgo. Entre las características de la vacuna se incluyen los efectos sobre la susceptibilidad, la contagiosidad y la progresión

de la enfermedad, así como la duración de la protección y el costo. Se ha aplicado el modelo a una epidemia concentrada en el Brasil y a una epidemia generalizada en Uganda.

Resultados: Hemos examinado diversos panoramas de implementación de la vacuna con programas que inicien en el año 2015, alcanzando niveles de cobertura de 20%-40% y reducciones de la susceptibiidad y contagiosidad de 30% a 70%. Suponemos que otros programas de prevención y tratamiento se ampliarán hasta alcanzar metas internacionales para el año 2015. Entre 2015 y 2050 los programas de vacunación evitarían en Uganda de 0.9 a 1.4 millones de nuevas infecciones (33%-52%) y 19%-29% muertes por SIDA; en Brasil serían entre 371,000 y 430,000 nuevas infecciones (37%-43%) y hasta 16% de muertes por SIDA.

Conclusiones: Es claro que los beneficios potenciales de una vacuna contra el SIDA son considerables, aun si se alcanzan las metas internacionales de incremento de la prevención y tratamiento, y no se dispone de una vacuna en el futuro inmediato. Esta herramienta puede ayudar a los programas nacionales a tomar decisiones informadas sobre las estrategias futuras de implementación y demostrar los beneficios de apoyar hoy la investigación sobre vacunas.

Resumen: 1642

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

Primera relación sexual: Una oportunidad para toda la vida para la prevención del VIH/SIDA

P. Roach[1], M. Fontes[2]

[1]SSL-International, Durex Network, Londres, Inglaterra, [2]Johns Hopkins University, International Health, Baltimore, Estados Unidos.

Antecedentes: Los estudios internacionales muestran que el hecho de no utilizar condón en la primera relación sexual predice por sí mismo un comportamiento posterior de alto riesgo (Svare et. Al., 2002). Así, el objetivo de este estudio es demostrar qué factores influyen en que se utilice más el condón en la primera relación sexual en 26 países.

Métodos: Los hallazgos de este estudio están basados en las respuestas a la Encuesta Global de Bienestar Sexual de Durex (DSWGS en inglés) de 2007. Los datos se recopilaron entre julio y agosto de 2006 en 26 países de todas las regiones del mundo. El muestreo para cada país se basó en un margen de error de 3% (n=1,000; intervalo de confianza de 95%). 22,292 (85.6%) de las 26,032 respuestas fueron de personas sexualmente activas, y 12,966 (49.8%) de éstas eran mujeres. Se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple para identificar las relaciones predictoras entre 13 variables independientes y el uso de condón en la primera relación sexual.

Resultados: El género, la edad, los ingresos, la educación, la edad en el momento de la primera relación sexual, la situación de la relación, la preparación, el sexo forzado o la planeación para la primera relación sexual (por ejemplo, el hablar de ella con los padres) son factores que predicen el uso del condón en la primera relación sexual (valor $p<0.05$). El hecho de encontrarse bajo la influencia del alcohol/drogas, el área de residencia, el hecho de sentirse en riesgo de contraer ITS y en riesgo de embarazarse no fueron factores asociados a la principal variable de resultado. Además, las personas de mayor edad mostraban una tendencia significativamente menor a haber utilizado el condón cuando perdieron la virginidad. Los individuos que no habían planeado su primera experiencia sexual mostraron una tendencia 75% menor a utilizar el condón en su primera relación sexual que aquéllos que sí la habían planeado. Se encontró una asociación entre la edad en el momento de la primera relación sexual hasta los 17 años. Después de esa edad, la asociación no es significativa.

Conclusiones: Al resaltar algunos factores determinantes del uso del condón en la primera relación sexual, el estudio identificó áreas que afectan directamente la prevención de VIH/SIDA/ITS: a) la necesidad de que las poblaciones mayores reciban una educación sexual continua; recalca la importancia de planear la primera relación sexual; y c) en el caso de los jóvenes, no basta con promover la abstinencia.

Resumen: 9180

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

Prueba de una intervención para incrementar la comunicación entre padres y adolescentes en materia de sexualidad: una intervención aleatoria controlada

A. Villarruel[1], C. Loveland Cherry[1], E. Gallegos[2], D. Ronis[3], Y. Zhou[4]

[1]University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, Estados Unidos, [2]Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México, [3]University of Michigan, Health Services Research and Development Program, Ann Arbor, Estados Unidos, [4]University of Michigan, School of Public Health, Ann Arbor, Estados Unidos.

Antecedentes: Los padres desempeñan un papel importante en la toma de decisiones de los adolescentes con respecto al sexo. En México, la mayoría de los esfuerzos para prevenir el

VIH entre la juventud se han enfocado en los adolescentes, más que en los padres. Sin embargo, los estudios han mostrado que los padres desempeñan un papel fundamental en la prevención del comportamiento sexual riesgoso en sus hijos adolescentes. El propósito del estudio fue examinar la eficacia de una intervención diseñada para incrementar la comunicación entre padres e hijos adolescentes sobre los comportamientos sexuales riesgosos.

Métodos: En esta prueba aleatoria controlada, los padres y madres (n=791) fueron asignados de forma aleatoria a una intervención de comunicación parental o de promoción de la salud. Ambas intervenciones constaron de seis módulos de una hora cada uno. Con base en el TRA y el TPB, la intervención de comunicación se enfocó a incrementar la comunicación general sobre temas sexuales, la comunicación sobre temas sexuales específicos y la comodidad en la comunicación. Se realizaron mediciones en el periodo previo a la prueba, posterior a la prueba y en el seguimiento a los 6 y a los 12 meses. Los índices de participación fueron de 96, 91 y 88% en el periodo posterior a la prueba, a los seis meses y a los 12 meses, respectivamente.

Resultados: El análisis de la Ecuación de Valoración General (GEE, en inglés) indica que los padres y madres que formaban parte del grupo experimental (intervención de comunicación parental) reportaron un grado significativamente mayor de comunicación general (diferencia promedio = 0.07, IC 95% (0.02; 0.012) p <0.005); más comunicación sobre riesgo sexual (diferencia promedio = 0.30, IC 95% (0.21, 0.39) p <0.001) y más comodidad en la comunicación (diferencia promedio = 0.21, IC 95% (0.15, 0.28) p < 0.001) que los padres y madres que participaron en la intervención de control. Las creencias relacionadas con la conducta, las normas y el control mediaron el efecto de la intervención en todos los resultados de la comunicación.

Conclusiones: Este estudio demuestra la eficacia de una intervención para incrementar la calidad y la cantidad de comunicación entre padres e hijos adolescentes en relación con la comunicación general y específicamente sobre temas sexuales.

Resumen: 9577

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

La confianza y el uso del condón durante la última relación sexual anal: El papel de la cautela sexual y de las garantías sexuales entre HSH mexicanos

A. Ospina[1], O. Letouze[2], K. Longfield[3]

[1]Population Services International PSI/México A.C., Research, Ciudad de México, Micronesia, Federated States of, [2]Population Services International PSI/México A.C., Ciudad de México, México, [3]Population Services International, Washington D.C., Estados Unidos.

Antecedentes: De acuerdo con CENSIDA (2007), 27% de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) reportan no utilizar condón con parejas sexuales ocasionales en México, pese a la elevada prevalencia de VIH (13%) en este grupo. Estudios internacionales han identificado la cautela (el sentirse vulnerable) y las garantías sexuales (expectativas de comportamiento) como dos componentes de la confianza asociados con comportamientos sexuales de protección (Klein, Megan y Coombes 2005). Probamos la aplicabilidad de estos hallazgos entre HSH mexicanos y los aplicamos al desarrollo de mensajes de comunicación.

Métodos: En 2007, PSI/México llevó a cabo una encuesta sobre comportamiento con HSH de entre 19 y 50 años de edad en cinco ciudades: Distrito Federal, Mexicali, Mérida, Tapachula y Veracruz (N=890). El cuestionario abordaba la cautela y las aseguraciones sexuales, así como las características conductuales sociodemográficas y las relacionadas con las actitudes. Se utilizó el análisis de factores para construir un índice de confianza. Se empleó la regresión logística para probar la naturaleza predictiva del índice de confianza para el uso del condón en la última relación sexual anal.

Resultados: Tres unidades que medían la cautela y cuatro unidades que medían las aseguraciones sexuales formaron un índice de confianza confiable (coeficiente alfa de Chronbach=0.77). La regresión logística muestra que los hombres que están en desacuerdo con las ideas de confianza tienen casi el doble de probabilidades de haber utilizado condones en su última relación sexual con un hombre RP=1.96; p<0.001). Otros factores que predijeron el uso del condón fueron: declarar que todo el tiempo llevan condones consigo (RP=2.17; p<0.001); haber tenido más de cinco parejas sexuales en el año anterior (RP=2.8, p<0.001); sentirse en alto riesgo de contraer VIH (RP=0.44; p<0.001); aceptar la idea de tener sexo sin protección cuando no se dispone de condones (RP=2.75; p<0.001); tener una escolaridad por encima de la preparatoria (RP=1.66; p<0.05), y haber tenido ITS en el año anterior (RP=0.53; p<0.05).

Conclusiones: Con base en estos resultados, PSI/México ha implementado entrevistas motivacionales, mediante las cuales se alienta a los HSH a confrontar sus motivos para confiar y el costo de tener sexo sin protección con cualquier pareja. También se implementaron estrategias de comunicación para promover el hábito de llevar condones consigo.

Resumen: 15223

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

Programa de Prevención de la Industria Hotelera y Turística

E. Leo Matison

ACA-SIDA A.C., Director, Acapulco, Gro., México.

Antecedentes: Existe una población de trabajadoras y trabajadores sexuales, migrantes y jóvenes que no cuentan con atención suficiente y son pasados por alto por la comunidad en Acapulco. Un motivo adicional de preocupación es la creciente evidencia de quienes tienen un comportamiento sexual altamente riesgoso y no se hacen pruebas de laboratorio, o aquéllos que no desean reportar su situación debido al estigma social o religioso. Esta población en alto riesgo interactúa con los visitantes internacionales y nacionales que vienen a Acapulco de vacaciones y a celebrar. La industria hotelera y turística no aborda el comercio sexual existente, tampoco existe un acceso fácil a condones ni a información sobre prácticas sexuales seguras en los bares, hoteles o discotecas. Existe una necesidad urgente de educar a las zonas empobrecidas que rodean a la industria turística en el estado de Guerrero. De estas comunidades salen los trabajadores que se ven atraídos por patrones de la industria turística en Acapulco o por el trabajo agrícola migrante en los Estados Unidos.

Métodos: ACA-SIDA se propone establecer foros educativos para hacer frente a esta necesidad mediante el trabajo de promoción comunitario y mediante la colaboración con las empresas hoteleras y turísticas. El proveer un Educador Comunitario que promueva en los bares, hoteles y discotecas el uso correcto del condón y distribuya condones e invitaciones a acudir a foros educativos incrementará la conciencia respecto al comportamiento de alto riesgo y la información sobre las prácticas sexuales seguras.

Resultados: La investigación llevada a cabo en este programa ha demostrado que 80% de la población meta ha aceptado participar en esta campaña, lo que significa que 44% de esta población ha adoptado el uso del condón como la forma más eficaz de prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: El problema más difícil de enfrentar es cómo hacer accesibles las formas de prevención, tales como tener despachadores de condones en los hoteles, bares, discotecas, escuelas, universidades, etc., así como promover y distribuir información, para lo que se requiere la colaboración de todos los sectores sociales: empresas, gobierno, familia, individuos, etc.

Resumen: 4326

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

La juventud que no asiste a la escuela: una prioridad para la prevención del VIH en un estado mexicano económicamente marginado

S. Díaz[1], T. Kendall[1], A.E. Quiroz[2], A. Muñoz[3]

[1]UNFPA, Ciudad de México, México, [2]1,2,3 Contándote Ciudad de México, México, [3]1,2,3 - Contándote, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Guerrero es un estado pobre, con algunos de los indicadores más bajos de desarrollo humano en México. A nivel nacional tiene el octavo lugar en número de casos de SIDA. En Guerrero se encuentra la famosa playa de Acapulco y el turismo es un importante motor de la economía local. Se realizó un estudio sobre el conocimiento, actitudes y prácticas (KAP, en inglés) relacionadas con el VIH entre jóvenes de 14 a 20 años de edad con jóvenes de la comunidad de Zihuatanejo, otra playa turística situada a 200km al oeste de Acapulco.

Métodos: Se seleccionó una muestra doméstica representativa con base en las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGB), constituida por jóvenes de 14 a 20 años de edad. Se calculó que la muestra constaba de 580 personas, con un coeficiente de no-respuesta de 5%. La selección de las AGB se basó en la conglomeración en tres etapas: AGB, cuadras y casas, respectivamente. Se entrevistó a los jóvenes en su casa; se obtuvo el consentimiento de los padres para entrevistar a los menores de edad. Se recopilaron datos desde noviembre de 2007 hasta febrero de 2008.

Resultados: Se llevaron a cabo 504 encuestas. Distribución por género: 50.4% mujeres y 49.6% hombres. La edad promedio fue de 16 años; 78.4% asistía regularmente a la escuela. Por lo menos 82.3% de los encuestados recibió algún tipo de educación para la salud sexual; 86.1% de ellos reportó que sus maestros eran su principal fuente de información; 91.0% respondió haber oído hablar del SIDA; 23.2% (C.I. {1.73–1.80}) respondió haber tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de 15 años en el momento de la primera experiencia sexual (la misma que el promedio nacional mexicano). Fuera de las escuelas, los jóvenes de 15 a 17 años de edad tendían 2.7 veces más a reportar ser sexualmente activos que aquéllos que asistían a la escuela; 62.3% de los jóvenes que no asisten a la escuela reportaron haber utilizado condón durante su primer encuentro sexual y 7.% durante su último encuentro sexual.

Conclusiones: La información de calidad sobre salud sexual en las escuelas es una prioridad porque la mayoría de los jóvenes reporta que obtienen su información en este entorno. Los jó-

venes que no asisten a la escuela son más activos sexualmente que los que asisten a la escuela, y es necesario desarrollar programas comunitarios para satisfacer sus necesidades de prevención del VIH.

Resumen: 15169

C35 - Factores determinantes del riesgo de VIH y comportamientos de protección

Inicio sexual, factores disposicionales y mediación como factores que predicen la regularidad en el uso de condón en una muestra de adolescentes mexicanos

D. Moreno Rodríguez[1], S. Robles Montijo[1], B. Rivera Paniagua[1], B. Frías Arroyo[1], R. Barroso Villegas[1], M. Rodríguez Cervantes[2]

[1]Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México, [2]Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México.

Antecedentes: El Modelo Psicológico de Salud Biológica, como por ejemplo, el Análisis Contingencial (Ribes, 1990) proporcionó el marco para identificar los factores que subyacen a las competencias funcionales definidas como comportamiento efectivo. Este estudio evaluó la relación entre el inicio sexual, los factores disposicionales y la mediación como factores que predicen la constancia en el uso del condón.
Métodos: Una muestra de 105 adolescentes (con edad promedio de 16 años) que reportaron actividad sexual fue evaluada por medio de un cuestionario de opciones múltiples. Las variables evaluadas fueron las características del inicio sexual, factores disposicionales como facilitadores de comportamientos sexuales riesgosos (el lugar de la relación sexual, tipo de pareja sexual, presión de pares, objetos o sucesos físicos, estados biológicos y emocionales.
Resultados: Los resultados mostraron una correlación entre aquéllos que habían planeado su primer encuentro sexual, habían propuesto el uso del condón y el uso del condón; no se observaron diferencias por sexo. Por otra parte, las correlaciones más importantes fueron: dejarse llevar por el momento, uso de alcohol, encontrarse alterado emocionalmente y estar excitado. El hecho de dejarse llevar por el momento, el lugar del inicio sexual y la propuesta de la pareja de utilizar el condón fueron los factores más importantes para predecir la constancia en el uso del condón.
Conclusiones: Los datos de esta investigación podrían tener implicaciones significativas para el desarrollo de programas efectivos de prevención para los adolescentes de ambos sexos.

Resumen: 5894

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

El condón y las ITS: impacto de un programa de prevención a escala, de cuatro años de duración, enfocado en HSH y trabajadoras sexuales en Andhra Pradesh (AP) India - resultados de un estudio de evaluación

S. McPherson[1], C. De Zoysa[2], J.P. Gutíerrez[3], A. Fakoya[4], S. Ghosh[4], P. Chikukwa[4], F. Samuels[5], S. Bertozzi[3], FPP Evaluation Study Group

[1]International HIV/AIDS Alliance, Field Programmes Department, Brighton, Inglaterra, [2]Alliance for AIDS Action, Hyderabad, India, [3]Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México, [4]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [5]Overseas Development Institute, Londres, Inglaterra.

Antecedentes: El Programa Fronterizo de Prevención (FPP, en inglés) es un importante programa multipaís de prevención enfocado en proporcionar un conjunto amplio de intervenciones para y por grupos clave de la población clave (PC) (HSH, TS y PVV). Ha sido implementado por la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. Para este programa resulta central un sólido diseño de evaluación externa dirigido por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Este resumen describe hallazgos del grupo de evaluación de la India.
Métodos: La evaluación por el FPP en AP fue diseñada originalmente como una evaluación comparativa con intervención y zonas de control. Sin embargo, se implementó un programa similar enfocado en la prevención en todo el estado, de modo que los resultados presentados aquí reflejan cambios en todas las zonas. Se midieron el uso auto-reportado de condón y la prevalencia del HSV-2 y de la sífilis entre los HSH y las trabajadores sexuales (N=2000 trabajadoras sexuales y 2000HSH) a principios del año 2003 y a finales del 2007 en las 24 zonas geográficas en 13 distritos de AP.
Resultados: El uso reportado del condón con los clientes se ha incrementado considerablemente tanto entre las trabajadoras sexuales (TSF) como entre los HSH durante ese periodo (TSF: 70% a 99%, p<0.001; HSH: 55% a 96%, p<0.001). Estas tendencias se reflejan en los datos sobre ITS. Tanto entre TSF como entre HSH, la prevalencia de sífilis y de HSV-2 se ha reducido a la mitad al cabo de un periodo de cuatro años (Sífilis: TSF: 18% a 9% p<0.001, y HSH: 24% a 9% p<0.001; HSV 3 (TSF: 41% a 26% p<0.001 y HSH: 28% a 12%, p<0.001).
Conclusiones: Esta evaluación a gran escala nos proporciona una imagen contundente de una historia estatal de éxito que se está desarrollando en AP. Los incrementos aparentemente drásticos de uso reportado del condón y la reducción de ITS

entre los grupos clave de la población en el estado fortalecen los llamados mundiales a aumentar la cobertura de enfoques similares de prevención combinada a la vez que requieren de validación y un mayor análisis.

Resumen: 6315

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Introducción de métodos de múltiple barrera con un mensaje jerárquico: ¿Influye el orden de la exposición a los métodos en el comportamiento?

D. Lara[1], D. Grossman[2], S.G. García[1]

[1]Population Council Oficina de México, Programa de Salud Reproductiva, Ciudad de México, México, [2]Ibis Reproductive Health, San Francisco, Estados Unidos.

Antecedentes: Nos propusimos calcular cómo asimilan las trabajadoras sexuales (TSF) los mensajes jerárquicos de reducción de riesgo de ITS (HRRM, en inglés), en los que interviene una selección de métodos de barrera, y evaluar si la introducción orquestada de estos métodos afecta el comportamiento.

Métodos: Se reclutó a 243 TSF en la República Dominicana y se les dio seguimiento durante cinco meses. Al momento de la inscripción, se asignó aleatoriamente a las mujeres a uno de dos grupos: al momento de inscribirse, el Grupo 1 recibió condones femeninos (CF) y condones masculinos (CM) con instrucciones de utilizar el CF en los casos en que no fuera posible negociar el CM, y en la siguiente visita de seguimiento recibieron CF, CM y un diafragma a su medida, con instrucciones de utilizarlo junto con un CM como método de respaldo o en aquellas situaciones en que no pudieran utilizar el CM ni el CF. El Grupo 2 recibió en el momento de inscribirse los tres métodos y los mensajes HRRM. Se recopilaron datos cada mes.

Resultados: La mayoría de las trabajadoras sexuales de ambos grupos respondieron correctamente las preguntas en las que se evaluaba su comprensión de los mensajes HRRM. No obstante, en la visita final, las mujeres del grupo 2 tendían a creer considerablemente más que el CF y el CM ofrecían el mismo nivel de prevención de ITS/VIH. En el Grupo 1, la proporción de mujeres que reportó haber tenido relaciones sexuales sin haberse protegido "nunca" con el CM aumentó desde la visita 1 (4%) hasta la visita 5 (14%) (p=0.007), y en el Grupo 2, el porcentaje de las que reportaron actividad sexual sin protegerse "nunca" con el CM disminuyó de 8 a 5%, pero esta reducción no fue significativa. El sexo sin protección con CF o CM mostró la misma tendencia, disminuyendo en el Grupo 2 de 8% a 3% e incrementándose en el Grupo 1 de 4 a 7%, pero las diferencias no fueron significativas. El sexo sin protección aumentó a lo largo del estudio en el Grupo 1 de 4 a 7% (p<.05) y tendió a disminuir en el Grupo 2 de 8 a 2% (p>.05).

Conclusiones: Los mensajes HRRM son una herramienta útil para incrementar el sexo protegido en esta población. Los hallazgos sugieren que la introducción de todos los métodos de barrera a la vez da como resultado una asimilación más precisa del HRRM.

Resumen: 9344

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Las mejores prácticas en el Proyecto Interagencias de la ONU de intervención contra el VIH en la zona fronteriza de Ecuador: un programa conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para promover los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de VIH/SIDA especialmente enfocado hacia los grupos vulnerables

R. Rushing[1], E. Quizhpe[2], H. Olsson[3], S. Guayasamin[4], P. Spiegel[5], M. Schilperoord[5]

[1]UNHCR, HIV and AIDS, Ciudad de México, México, [2]Ecuador Joint Programme, Lago Agrio, Ecuador, [3]UNHCR, Quito, Ecuador, [4]UNFPA, Quito, Ecuador, [5]UNHCR, Ginebra, Suiza.

Problemas: La frontera entre Ecuador y Colombia tiene una larga tradición de movilidad. Los efectos del conflicto armado en Colombia han generado dinámicas que han elevado la vulnerabilidad al VIH y el riesgo de contraerlo. Como consecuencia, existe una elevada concentración de refugiados que no han sido considerados como prioridad por el Plan Nacional Ecuatoriano contra el VIH/SIDA. Esta zona de alto riesgo tiene una gran industria sexual debido principalmente a los trabajadores petroleros. Los datos indican un incremento de las causas de la violencia sexual y de género, y de la explotación de las mujeres y niñas, en especial entre migrantes y las poblaciones de refugiados que son más vulnerables.

Descripción: En respuesta a las numerosas necesidades de los refugiados y migrantes en Sucumbios, Ecuador, se formó un Programa Conjunto con la ONU para la Frontera Norte con el apoyo financiero y técnico de siete organizaciones de la ONU junto con el gobierno local y actores privados. Su propósito es

fortalecer la capacidad local y contribuir a la creación de una respuesta sustentable al VIH/SIDA en una provincia que incluye a refugiados y toma en cuenta sus necesidades y vulnerabilidades particulares. Además, existen prioridades de acceso de los jóvenes (en especial, jóvenes indígenas) a la educación sobre derechos sexuales y reproductivos que les permita tomar decisiones responsables de protegerse y reducir sus riesgos; monitoreo del VIH en las zonas de alto riesgo con violaciones de los derechos humanos (sobre todo entre las trabajadoras y trabajadores sexuales); desarrollo de la participación comunitaria en las actividades de prevención del VIH a través de educadores locales en materia de salud y manteniendo un enfoque en las cuestiones de género y etnia en todos los programas.

Lecciones aprendidas: Este programa, en el cual se trabaja en colaboración a través de su marco interagencias, logra evitar la duplicación, reduciendo los costos y maximizando los esfuerzos sinérgicos, sobre todo a nivel local. Es el primero de su clase en Ecuador.

Pasos a seguir: Se planea un trabajo continuo en Sucumbios y la expansión a otras provincias, incluyendo un programa binacional con Putumayo, Colombia, para cubrir las lagunas en los servicios para los refugiados y las poblaciones móviles.

Resumen: 4744

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Dejar de arriesgarse: cambios en el comportamiento sexual después de una intervención dirigida a adolescentes de bajos ingresos en Brasil y encabezada por pares

F. Juárez[1], T. Castro[2], J. Cleland[3]

[1]El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales-CEDUA, Ciudad de México, México, [2]Spanish National Research Council - CSIC, Institute of Economics and Geography, Madrid, España, [3]London School of Hygiene & Tropical Medicine, Centre for Population Studies, Londres, Inglaterra.

Antecedentes: En muchos medios de bajos ingresos en América Latina, la escasez de oportunidades educativas, el acceso limitado a los servicios y el poco conocimiento en materia de salud sexual son obstáculos considerables en la lucha en contra del VIH/SIDA. El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención comunitaria llevada a cabo por pares para promover la salud sexual y estimular el comportamiento sexual responsable. El estudio se enfoca en los adolescentes solteros de sexo masculino porque éstos han sido ignorados en gran medida en los programas de salud sexual y reproductiva.

Métodos: La intervención de promoción en la comunidad implicó la capacitación de dirigentes pares, actividades lúdico-educativas, colaboración con organizaciones comunitarias locales y distribución de condones de jóvenes a jóvenes. Una encuesta inicial (mayo de 2001) recopiló datos sobre 1,438 adolescentes, y una encuesta de seguimiento reunió datos hasta 15 meses a partir de que se inició la intervención. Ambas encuestas fueron llevadas a cabo en una zona de control e intervención en Recife. También se recopilaron datos cualitativos.

Resultados: La evaluación estadística del programa reveló tres tipos de mejoras que se dieron en el área de intervención a diferencia del área de control: un mejor conocimiento de la prevención del embarazo y del VIH, actitudes más favorables hacia el uso del condón y un uso más frecuente del condón en la última relación sexual. Las mejoras más considerables fueron en el ámbito de los resultados cognitivos, seguidas de las relacionadas con la actitud y, por último, las relativas a los resultados de comportamiento. Sin embargo, hubo un cambio significativo en los comportamientos: el uso de protección anticonceptiva en la última relación sexual se incrementó en 13% en la zona de intervención en comparación con la zona de control ($p<.01$). Si bien los adolescentes tendieron a utilizar más el condón con las parejas ocasionales, la intervención también mejoró sus patrones de uso del condón con parejas estables.

Conclusiones: Las estrategias eficaces dirigidas a promover el sexo seguro requieren diseños innovadores. El programa desarrollado fue exitoso tanto por los análisis cualitativos de los relatos de los adolescentes como por la evaluación estadística de la eficacia de la intervención. El programa ha continuado sin apoyo externo, gracias al compromiso de los participantes, lo cual ilustra la sustentabilidad de las intervenciones en las que se hace intervenir a la comunidad.

Resumen: 12735

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Empoderamiento de las trabajadoras sexuales y de los hombres que tienen sexo con hombres: el papel del capital social en la prevención de la propagación del VIH en Andhra Pradesh

F. Samuels[1], R. Verma[2], C. George[3], A. Fakoya[4], C. De Zoysa[5], S. Mcpherson[4], S. Ghosh[4]

[1]Overseas Development Institute, Londres, Inglaterra, [2]Population Council/International Centre for Research on Women, Delhi, India, [3]Institute of Health Systems, Hyderabad, India, [4]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [5]Alliance for AIDS Action, Hyderabad, India.

Antecedentes: El Programa Fronterizo de Prevención (FPP, en inglés) es un programa de prevención que proporciona un paquete amplio de servicios e intervenciones dirigido a las poblaciones clave (PC), incluyendo a las trabajadoras sexuales y a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La hipótesis es que esto los empoderará para reducir los comportamientos riesgosos. Para que el empoderamiento suceda es necesario mejorar el acceso a los servicios, crear un ambiente instrumental libre de estigma y discriminación y crear capital social. Este resumen explora los hallazgos de un estudio financiado por la organización Horizons en el seno de una evaluación más amplia del FPP realizada por la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Métodos: Se recolectaron datos cualitativos en Andhra Pradesh (AP) en dos momentos diferentes: 32 entrevistas exhaustivas (IDI, en inglés) en ocho zonas al inicio de la evaluación y 50 IDI en cinco zonas al final de la misma. Los encuestados fueron seleccionados al azar con la ayuda de ONG y de informantes provenientes de la población clave de las zonas. Se analizaron las transcripciones utilizando Atlas.ti.

Resultados: La evaluación más amplia del FPP identificó mejoras en los comportamientos sexuales y en las prevalencias de ITS. Los datos recopilados al final del estudio muestran niveles más altos de confianza y participación entre los miembros de la población clave. Entre los factores clave asociados con esto se encuentran: promotores pares; la prestación de servicios de salud sexual de calidad en un ambiente amigable y libre de estigma —las clínicas Mythri—, y los centros de apoyo, que proporcionan un espacio seguro y fomentan la solidaridad entre las poblaciones clave. Se observó un aumento en el número de organizaciones comunitarias y redes de pares; estas redes informales juegan un papel cada vez más importante en la formación del capital social. La participación con ONG ha incrementado la conciencia respecto de la prevención del VIH y el acceso a los servicios de prevención y ha mejorado las habilidades de negociación, lo que a su vez ha elevado los niveles individuales de confianza y autoestima.

Conclusiones: Los hallazgos positivos de los comportamientos sexuales mejorados y la reducción de la prevalencia de ITS en AP están asociados a un incremento del capital social y al empoderamiento de las poblaciones clave, aunque resulta difícil demostrar las vías causales.

Resumen: 9590

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Las personas que viven con VIH como consejeros en materia de prevención y salud sexual

A.A. Solís Rodríguez[1], J. Martínez[2]
[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA A. C., Educación y Prevención, Ciudad de México, México, [2]Red Mexicana de Personas que Viven Con VIH/SIDA, A.C., Clínica de ITS, Ciudad de México, México.

Problemas: Las personas que viven con VIH (PVV) pueden ser actores clave en la respuesta a la epidemia. Esta estrategia brinda la oportunidad de integrar a las PVV a las estrategias de prevención y la promoción de procesos para encarar el estigma internalizado, ayudar a los demás a prevenir nuevas infecciones, incluyendo las ITS, y empoderar a otras PVV.

Descripción: La Red Mexicana de PVV diseña un taller de entrenamiento para capacitadores en materia de salud sexual. Se capacitó a 30 individuos. Después de este proceso los consejeros seleccionados fueron a visitar comunidades marginadas en los suburbios de la Ciudad de México donde hay una alta prevalencia de VIH. Se llevaron a cabo actividades mensuales de asesoría en Ferias de Fomento de la Salud (actividades en calles y plazas) en colaboración con otras ONG que están trabajando en cuestiones de desarrollo, derechos humanos y justicia social, así como con otros actores gubernamentales. Los temas que más se discutieron durante las Ferias de Fomento de la Salud fueron la salud sexual y reproductiva, la prevención y atención del VIH e ITS y el uso del condón. Se ofrecieron un total de 1,000 sesiones de asesoría en stands puestos en las calles. También se ofreció y se remitió a los asistentes a una consejería y prueba voluntaria (CPV) rápida de VIH. Se organizaron sesiones de retroalimentación y seguimiento para examinar los obstáculos y éxitos durante las intervenciones en las calles y apoyar a los consejeros en sus necesidades al proporcionar los servicios.

Lecciones aprendidas: Las personas que viven con VIH que han sido capacitadas para tratar cuestiones de prevención y salud sexual pueden ser incorporadas a las estrategias de planeación para promover la salud y, en particular, la salud sexual subrayando la prevención y atención del VIH y las ITS. Es posible ofrecer consejería de calidad en ambientes callejeros. Es posible confrontar el estigma y la discriminación cuando las personas que viven con VIH forman parte de las intervenciones.

Pasos a seguir: Los consejeros en salud sexual que trabajan en este proyecto participarán en un programa de educación continua para mejorar los modelos de consejería existentes. Los consejeros serán entrenados en CPV para poder proporcionar una prueba rápida de VIH.

Resumen: 186

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Pasa la Voz: la utilización de las redes sociales de mujeres para la educación sobre el VIH

R. Ramos[1], M.L. González Barrios[2], M.E. Ramos Rodríguez[2], J. Ferreira Pinto[3]

[1]US Mexico Border Health Association, El Paso, Estados Unidos, [2]Programa Companeros A.C., Cd. Juárez, México, [3]University of Texas at El Paso UTEP, Health and Health Services Research, El Paso, Estados Unidos.

Problemas: La metodología de Pasa la Voz se inspira en el muestreo dirigido por los entrevistados (RDS, en inglés), que utiliza las redes sociales para identificar a las poblaciones difíciles de alcanzar. Los aspectos de la metodología relacionados con las redes sociales ayudaron a las promotoras a identificar las redes de mujeres en riesgo, a sumarlas a una intervención de prevención del VIH y proporcionar acceso a los servicios de pruebas de VIH. Las promotoras dan servicio a las mujeres en riesgo y también reclutan a mujeres en riesgo como agentes de cambio dentro de sus redes sociales.

Descripción: Pasa la Voz es una metodología para la prevención del VIH basada en las redes sociales cuya factibilidad entre las mujeres en riesgo fue sometida por primera vez a una prueba de campo en El Paso Texas, con financiamiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. En El Paso se demostró que este enfoque es eficaz para difundir mensajes de prevención y para referir a las mujeres en riesgo a servicios de pruebas clínicas. Con el fin de evaluar la efectividad de la metodología, se preparó un estudio comparativo con el apoyo del Fondo Nacional para el SIDA, en el cual se comparó la metodología basada en las redes sociales con la metodología tradicional de las promotoras. Durante seis meses, el Programa Compañeros implementó una estrategia de promoción uno-a-uno (programa de Mujer a Mujer) y midió diversos resultados de prevención del VIH, incluyendo el número de pruebas de VIH y el número de horas requeridas para obtener cada prueba. A esto siguió la implementación de la intervención Pasa la Voz, basada en las redes sociales, durante 18 meses.

Lecciones aprendidas: Las estrategias de reclutamiento e inscripción en el programa Pasa la Voz lograron impartir exitosamente una educación costo-efectiva para la prevención y generar un incremento considerable en el número de mujeres en riesgo que se hicieron pruebas de VIH. El porcentaje de mujeres reclutadas que consintió hacerse la prueba se incrementó de 22.7%, utilizando la metodología tradicional uno-a-uno a 49.9% utilizando la metodología de redes sociales Pasa la Voz. El tiempo que empleó el personal para obtener cada prueba de VIH se redujo de 22.7 horas, utilizando la metodología uno-a-uno a 3.68 cuando se utilizó la metodología de redes sociales Pasa la Voz.

Pasos a seguir: Investigación de replicación.

Resumen: 11673

C37 - Intervenciones a nivel grupal, comunitario, institucional o estructural

Explicación de los drásticos cambios positivos en los comportamientos y en la prevalencia de ITS entre los HSH y las trabajadoras sexuales en Andhra Pradesh (AP), India

S. McPherson[1], S. Bertozzi[2], C. De Zoysa[3], S. Ghosh[4], J.P. Gutíerrez[2], A. Fakoya[4]

[1]International HIV/AIDS Alliance, Field Programmes Department, Brighton, United Kingdom, [2] Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México, [3]Alliance for AIDS Action, Hyderabad, India, [4]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra.

Problemas: Los datos recientes de evaluación (véase el Resumen No: A-072-0161-05694) han resaltado cambios positivos drásticos entre las poblaciones clave en AP en los últimos cuatro años. Esta presentación inaugura el debate sobre las posibles explicaciones a dichos cambios.

Descripción: Una evaluación prospectiva en gran escala realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México junto con la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA ha proporcionado evidencia convincente de cambios positivos entre las poblaciones clave de todo el estado. El uso del condón con los clientes ha aumentado significativamente tanto entre las trabajadoras sexuales (TSF) como entre HSH durante este periodo. Tanto entre TSF como entre HSH la prevalencia de sífilis y de HSV-2 se ha reducido a la mitad en este periodo de 4 años.

Lecciones aprendidas: Al parecer, algo drástico ocurrió en AP que fue captado por los datos preliminares de evaluación. Hace falta explorar los siguientes ejemplos de hipótesis (junto con otros) que han surgido como explicaciones y evaluar su importancia relativa.

i) El tipo y la intensidad (nivel de saturación) de las intervenciones preventivas centradas en la comunidad implementadas en este estado por una amplia gama de actores han producido resultados. Esto sugiere la posibilidad de una relación no lineal entre cobertura e impacto, con un efecto mucho mayor una vez que se han alcanzado ciertos niveles de cobertura.

ii) La responsabilidad y supervisión de las intervenciones por los actores involucrados fueron mayores que la norma; esto

puede ser un factor determinante esencial de la eficiencia de la implementación.

iii) Se movilizó un liderazgo a nivel estatal y campañas de alto perfil de los medios de comunicación, lo que puede haber desempeñado un papel importante.

Pasos a seguir: Es necesario explorar más la importancia relativa de estas variables explicativas en el contexto de lo que ha sucedido en AP en los últimos cuatro años. Las futuras expansiones del programa deben incorporar evaluaciones prospectivas rigurosas para que los programas globales de prevención en los años futuros puedan ser más efectivos y eficaces.

Resumen: 10176

C37 - Intervenciones a nivel de grupos, de comunidad, institucional o estructural

El impacto de la terapia gestalt para lidiar con la enfermedad y apoyo social para personas con VIH positivas

N.G. Ibarra Hidalgo

UNAM, Facultad de Psicología, México, México.

Problemas: Dado que se ha investigado poco el impacto de la terapia gestalt de grupo en estos factores moduladores psicosociales —estrategias para tolerar la enfermedad y apoyo social— es fundamental aclarar su efecto para determinar los cambios derivados de la intervención clínica. El objetivo principal consiste en conocer ampliamente la experiencia de las personas que viven con VIH además del hecho de que participan en la terapia gestalt de grupo y enterarse de si esta condición tiene algún impacto sobre la forma en la que lidian con la enfermedad y el apoyo social y, en su caso, cómo se manifiesta este impacto.

Descripción: Se llevaron a cabo entrevistas con terapeutas y pacientes en terapia gestalt de grupo que han proporcionado y acudido a este tratamiento durante un periodo de un mínimo de seis meses hasta siete años. El criterio para elegir el tamaño de la muestra fue la saturación. Después se llevaron a cabo una transcripción completa y un análisis.

Lecciones aprendidas: La terapia gestalt amplía fundamentalmente el repertorio de estrategias para sobrellevar la enfermedad e incrementa la satisfacción que proporciona la red de apoyo social, a la vez que mejora su calidad. Además, se encontró que tiene varios efectos positivos sobre el ambiente familiar y las relaciones interpersonales, e incluso sobre la conciencia corporal y emocional.

Pasos a seguir: Es necesario probar el cambio en los factores moduladores psicosociales a través de un diseño experimental que permita descartar otras explicaciones que no sean la acción modificadora de la terapia gestalt de grupo.

Resumen: 10356

C37 - Intervenciones a nivel de grupos, de comunidad, institucional o estructural

Modelo de capacitación entre compañeras como estrategia de prevención del VIH/ SIDA y las ITS en las trabajadoras sexuales de México

M.A. Gil, N. Cynthia

APROASE, México, México.

Problemas: Prevención del VIH e ITS; Derechos Humanos, Laborales y de Salud; acceso a condones masculinos y/o femeninos y lubricantes.

Descripción: Nosotras, como trabajadoras sexuales mexicanas, somos capacitadas por personal de las instituciones públicas de salud en materia de prevención del VIH e ITS. Casi siempre, estos programas de capacitación se llevan a cabo en horarios inconvenientes para nosotras debido a nuestros horarios de trabajo. A veces acudimos todavía bajo la influencia del alcohol o sumamente cansadas, lo que forzosamente vuelve el programa de prevención rutinario y poco interesante.

Lecciones aprendidas: Capacitarnos cara a cara en nuestros lugares de trabajo en temas de prevención en el trabajo sexual es una herramienta que contribuye a disminuir el índice de VIH e ITS entre nosotras y entre la comunidad que nos visita. En 2007 capacitamos a 60 trabajadoras sexuales en los estados de Aguascalientes y Sonora, con financiamiento de CENSIDA. Hicimos hincapié en el cambio de comportamiento hacia el uso del condón en nuestro trabajo y con nuestras parejas sentimentales o domésticas. Estas mujeres pasarán la información a las nuevas trabajadoras sexuales, así como a sus clientes. Nuestro trabajo, junto con el trabajo de los jefes de los programas estatales de VIH, se ha vuelto un compromiso para facilitar el acceso gratuito a condones masculinos y/o femeninos y lubricantes. Sobre todo, se ha vuelto un compromiso por reducir el estigma y la discriminación en contra de nosotras.

Pasos a seguir: Buscar ayuda financiera para continuar con la capacitación de otras compañeras trabajadoras sexuales en los diversos distritos de los estados mexicanos.

Resumen: 6338

C38 - Evaluación de intervenciones conductuales para personas que viven con VIH

Cuestionario para evidenciar la depresión en mujeres con VIH

A. Morales

CENSIDA, Dirección de Atención Integral/Detección y Consejería, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Se ha reportado la presencia de problemas clínicos de depresión en mujeres con VIH/SIDA en diversos estudios, lo que afecta las decisiones que ellas toman. Es necesario cuantificar estos problemas a fin de diseñar estrategias de intervención para evaluar si los programas implementados marchan adecuadamente o si necesitamos hacerse ajustes para obtener mejores resultados que les permitan una mejor calidad de vida.
Métodos: La muestra para este estudio se seleccionó de manera directa e intencional, buscando la uniformidad en el grupo constituido por 65 mujeres con VIH en 23 estados de la República Mexicana: en la mayoría de los casos trabajamos con pares en sus comunidades, con el fin de ver si estas mujeres abordan la depresión que se les presenta. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre depresión elaborado por el Dr. Calderón Narváez, diseñado para la población mexicana y validado en ella.
Resultados: Para llevar a cabo el análisis de los datos los correlacionamos; los resultados preliminares, en los que se incluyen sólo los porcentajes más altos, fueron los siguientes: las edades de las mujeres iban de 21 a 61 años; el nivel promedio de escolaridad era secundaria; 86% de ellas tienen hijos; la fecha del diagnóstico varía mucho, de 1990 a 2007; 35% de los diagnósticos se hicieron en el año 2004. El porcentaje de mujeres deprimidas es 7% inferior al reportado en otros estudios; se considera que la variable de apoyo psicológico, reportada en 79.7% de los casos, fue decisiva; asimismo, un factor decisivo es que 56% de las mujeres reportaron tener buena relación con su familia y 36.9% la calificaron como moderadamente buena.
Conclusiones: El bajo índice de depresión observado sugiere que los programas de trabajo (talleres, reuniones, etc.) que se han llevado a cabo en este grupo son eficaces y permiten a las mujeres adoptar estrategias adaptativas al incrementar la posibilidad de una conciencia activa en el cuidado propio y en el cuidado de la pareja, así como de poder compartir con otras personas su situación sexual.

Resumen: 6350

C38 - Evaluación de intervenciones conductuales para las personas que viven con VIH

La depresión en mujeres con VIH en la vida cotidiana

L.E. De Caso[1], A. Morales[2]

[1]CENSIDA, Dirección de Atención Integral, Ciudad de México, México, [2]CENSIDA, Atención Integral/Detección y Consejería, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Se aplicó el cuestionario sobre depresión de Calderón Narváez (validado en la población mexicana) a un grupo de 65 mujeres de México al inicio de una reunión satélite con mujeres VIH positivas (noviembre de 2007), con el fin de conocer de forma cuantitativa los resultados del cuestionario en este grupo de mujeres y de contar con los elementos de diseño en la prevención secundaria de un taller de psicología para profesionales de la salud a nivel nacional, enfocado en la salud mental de las mujeres con VIH con el propósito de mejorar su calidad de vida.
Métodos: Se eligió la escala de Likert, en las opciones de respuesta del cuestionario. Éste fue aplicado de manera voluntaria y anónima al grupo de 65 mujeres de 23 estados de la República Mexicana con el propósito de llegar a conocer los rasgos depresivos basados en el análisis de ciertos reactivos específicos. En el caso de las mujeres analfabetas, se les leyó en voz alta cada uno de los reactivos. La mayoría de estas mujeres trabajan con pares en sus comunidades. Algunas de ellas incluso son dirigentes.
Resultados: Se realizó un análisis preliminar de los datos: el rango de edades fue de 21 a 61 años; el grado de escolaridad promedio es la secundaria. 86% reportó tener hijos; 33.84% reportó trastornos del sueño por la noche; 40% reportó que sufría de temor por causas diversas.
Conclusiones: Este grupo de mujeres tiene que manejar la presencia de la depresión en su vida cotidiana de un modo que las conduce a un agotamiento permanente que les impide desarrollar sus actividades en casa o en el trabajo, de modo que el taller propuesto se dirigirá a ofrecer diferentes técnicas para lograr la estabilidad emocional y mejorar la calidad de vida.

Resumen: 15221

C39 - Sustentabilidad y disponibilidad de las intervenciones

Factores psicosociales relacionados con las pruebas de VIH entre hombres de ascendencia mexicana en la región central de Estados Unidos

L.R. Glasman, L.S. Weinhardt

Center for AIDS Intervention Research. Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Estados Unidos.

Antecedentes: En Estados Unidos los hombres de ascendencia mexicana (HAM) se muestran reacios a hacerse pruebas de VIH. Esto los coloca a ellos y a sus compañeras sexuales en riesgo de infección por VIH, al complicar la detección temprana de los individuos infectados. El aislamiento de los HAM respecto a los servicios de laboratorio para pruebas de VIH se ha asociado con ciertos impedimentos estructurales (por ejemplo, el idioma, la accesibilidad, etc.); pero la investigación sobre el uso de los servicios de salud para los hombres sugiere que también intervienen factores psicosociales específicos de género. En este estudio identificamos factores conductuales y sociocognitivos asociados al uso de los servicios de laboratorio para pruebas de VIH en los HAM.

Métodos: Realizamos una encuesta anónima (N=251) en una gran fiesta mexicana en un estado de la región central de Estados Unidos. Obtuvimos experiencias de hombres de ascendencia mexicana relacionadas con la prevención del VIH, su comportamiento sexual de riesgo, el uso de servicios de detección del VIH por sus parejas y las creencias sobre las barreras psicosociales y los beneficios de las pruebas clínicas. Examinamos la relación entre estos factores y las intenciones de los hombres de ascendencia mexicana de hacerse una prueba gratuita de VIH, y su comportamiento respecto a las pruebas clínicas de VIH en el pasado.

Resultados: 77% de los participantes reportó haber recibido algún tipo de educación sobre VIH, pero sólo 42% se habían hecho alguna prueba de VIH. Regresiones logísticas multivariadas en las que se controló la edad, seguro de servicios médicos, idioma, educación y años vividos en Estados Unidos mostraron que los HAM que se habían hecho alguna vez una prueba de VIH tendían más a tener simultáneamente una pareja principal y parejas ocasionales, tenían menos barreras psicosociales a las pruebas clínicas y tenían más amigos y parientes que se habían realizado pruebas de VIH. Las barreras relacionadas con las pruebas de VIH eran: asociar las pruebas con la promiscuidad, miedo de ser identificados como gays o como seropositivos si se hacían una prueba, y la opinión de que las pruebas eran "inútiles". Las intenciones de los HAM de hacerse una prueba gratuita de VIH se asociaron con el número de parientes que se habían hecho pruebas y con los beneficios psicosociales de hacerse la prueba, incluidos el estar seguros, poner el ejemplo a la propia comunidad y protegiendo proteger a la propia familia.

Conclusiones: Las intervenciones para promover las pruebas clínicas de VIH en los HAM deben abordar las barreras psicológicas y los beneficios de realizarse pruebas clínicas, hacer normativas estas pruebas, incluso si los servicios se proporcionan gratuitamente.

Resumen: 15316

C39 - Sustentabilidad y disponibilidad de las intervenciones

Fuentes de información relacionadas con VIH entre hombres de ascendencia mexicana en la región central de Estados Unidos

L.R. Glasman, L.S. Weinhardt

Center for AIDS Intervention Research, Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Estados Unidos.

Antecedentes: Los hombres de ascendencia mexicana (HAM) en Estados Unidos tienen acceso limitado a los servicios de prevención de VIH, particularmente cuando no hablan inglés. La identificación de las fuentes de información utilizadas por los HAM para compensar esta falta de acceso puede contribuir al diseño de estrategias para llegar a ellos con intervenciones capaces de reducir su riesgo de VIH. En este estudio exploramos las experiencias y preferencias en materia de educación sobre el VIH entre HAM de habla hispana e inglesa.

Métodos: Llevamos a cabo una encuesta anónima (N=309) en una gran fiesta mexicana en la región central de Estados Unidos. Los HAM reportaron sus comportamientos sexuales riesgosos, sus experiencias y sus actitudes respecto a la educación en VIH y sus fuentes de información sobre VIH.

Resultados: La mayoría de los participantes (89%) reportó haber recibido información sobre prevención del VIH por parte de sus parejas. Sin embargo, 37% de los hispanohablantes y 13% de los angloparlantes no habían recibido ningún tipo de educación formal sobre VIH, incluyendo folletos. Los hispanohablantes tendían más a leer información en revistas (33% contra 21%), a utilizar la televisión y la radio (50% contra 18%) y a hablar con sus parejas (45% contra 31%). Los anglohablantes tendían a buscar información en Internet (49% contra 18%) y a utilizar servicios formales como conferencias (49% contra 18%) y pruebas de VIH (46% contra 35%). Si bien los hispanohablantes reportaron un menor uso de las fuentes formales de información sobre VIH, expresaron actitu-

des más positivas y menos fatalismo respecto a la educación sobre VIH (F(1,297)=52.65, p <.001; F(1,305)= 18.28, p <.001), y más motivaciones orientadas hacia la familia para buscar información sobre VIH (F(1,305)= 4,377, p <.05). Los hispanohablantes también tendían menos a tener simultáneamente una pareja principal y parejas ocasionales (24% contra 12%), utilizaban con mayor frecuencia condón con sus parejas ocasionales (F(1,73)=4.25, p <.05) y expresaban intenciones más firmes de utilizar condón con parejas ocasionales (F(1,2,84)=5.11, p<.05).

Conclusiones: Los resultados apuntan hacia el valor de fortalecer los marcos de comunicación y fuentes alternativas e informales para prevenir el VIH en las poblaciones de difícil acceso.

Resumen: 15063

C39 - Sustentabilidad y disponibilidad de las intervenciones

Cómo lograr que funcionen los programas de prevención del VIH

S.M. Bertozzi[1], M. Laga[2], S. Bautista-Arredondo[3], A. Coutinho[4]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Bélgica, [3]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, [4]Infectious Diseases Institute, Kampala, Uganda.

Problemas: Es imposible escapar a la epidemia de VIH mediante tratamientos. La necesidad de una prevención mayor y mejor, y la necesidad de emplear eficientemente todos los recursos disponibles exigen la optimización de los programas de prevención.

Descripción: El enfoque de emergencia que hasta la fecha define la respuesta global de prevención ha puesto los esfuerzos nacionales en desventaja. Adoptando la perspectiva de los Directores del Programa Nacional contra el SIDA, argumentamos que cambiar de una respuesta de emergencia a una respuesta diseñada para tener éxito a largo plazo requiere de cambios profundos a nivel del país en materia de: (A) financiamiento para la prevención, (B) mezcla de intervenciones, (C) poblaciones meta, (D) administración de la prestación de servicios y (E) liderazgo nacional.

Lecciones aprendidas y pasos a seguir: (A) Examinamos la futilidad de perfeccionar el diseño del programa en una escala inadecuadamente pequeña (los Directores deberían enfocarse más bien en la recaudación de fondos). (B) La mezcla de intervenciones (Prevención combinada) debería reflejar la heterogeneidad en la epidemia, y debe invertirse no sólo en la reducción de riesgos proximales a nivel individual, sino también en cambiar las normas de la población. Se requerirá de intervenciones múltiples que rebasen los niveles críticos de cobertura para revertir rápidamente las tendencias actuales de la incidencia. (C) La selección del objetivo debe reflejar los patrones cambiantes de la incidencia y debe reconocer que la mayoría de las intervenciones pueden estar dirigidas a ciertos sectores específicos (por ejemplo, los medios masivos pueden centrarse considerablemente en HSH; sin embargo, la mayoría de las clasificaciones consideran que hay que centrarse únicamente en las intervenciones de pares). Tanto B como C requieren que los administradores conozcan su epidemia y, por ello, necesitan datos oportunos sobre los factores determinantes y comportamientos. (D) Los datos de que se dispone sugieren que el suministro de servicios es altamente ineficiente; se podría suministrar mucha más prevención, en ocasiones incluso intervenciones múltiples, con los recursos disponibles. Las emergencias no permiten el control optimizado de los sistemas de suministro; el éxito duradero lo requiere. (E) El verdadero liderazgo debe presentar argumentos convincentes a favor de la acción sostenida (los líderes lo han hecho exitosamente en el caso del calentamiento global); insistir en la responsabilidad y en la eficiencia en los programas de prevención (desperdicio=muertes innecesarias); y proporcionan modelos públicos para cambiar las normas sociales y conductuales nocivas. Los verdaderos dirigentes modifican y dirigen, en lugar de simplemente reflejar el conocimiento y las creencias de una población.

Resumen: 9722

C40 - Intervenciones dirigidas a enfrentar las vulnerabilidades respecto del VIH y el SIDA

Modelo de atención médica y la prevención de ITS y VIH libre de estigma y de discriminación en la Ciudad de México

E. Cornejo Torres[1], J. León Ojeda2, R. Olin German[2], M. Bautista Bautista[2], C. García de León[2]

[1]Ave de México, STD Medical Service, Ciudad de México, México, [2]Ave de México, Ciudad de México, México.

Problemas: Se requiere una forma diferente de enfocar la elevada incidencia de ITS y VIH en los HSH, las lagunas de los servicios especializados y los obstáculos para llegar a los HSH (relacionados con revelar la orientación sexual, el estigma y el estigma interno y los temas de discriminación). Para llegar a esta población se creó un servicio especializado que ofrecía servicios médicos amigables y eficientes para las ITS, con el fin de prevenir la infección por VIH entre ellos, debido a que la epidemia se concentra en esta población en México.

Descripción: Considerando que la culpa, la percepción de bajo riesgo y la negación del sexo entre hombres eran las barreras sociales para llegar hasta los HSH, se creó una clínica discreta que

utilizaba un enfoque libre de estigma y discriminación. Los servicios los proporciona personal capacitado en salud y derechos sexuales, masculinidad y problemas de los HSH. Durante el año 2007, 902 pacientes del grupo objetivo recibieron atención y tratamiento para ITS, las más comunes fueron HPV (24%, ITS bacteriales (13.7%), ITS micóticas (12.5%) y gonorrea (3.7%). 84% recibió consejería sobre ITS y 9.2% consejería y prueba voluntaria, 5.1% de los usuarios positivos. Los servicios se proporcionaron en el mismo lugar, ofreciendo un espacio seguro que permite identificar sus comportamientos riesgosos y sus prácticas sexuales. Reciben información precisa sobre VIH, las relaciones sexuales entre hombres, el sexo seguro y apoyo psicológico si lo requieren. El servicio incluye la derivación a otros proveedores de servicios de salud y servicios relacionados. Los clientes evaluaron los servicios de forma anónima y confidencial, como 99% libres de estigma y discriminación.

Lecciones aprendidas: En nuestra cultura los HSH están ocultos; los servicios médicos discretos que toman en cuenta sus necesidades les permiten recibir atención y tratamiento para ITS. Un proveedor de servicios de salud necesita estar capacitado en materia de estigma y auto-estigmatización para ofrecer servicios que den una atención eficaz a estos problemas. La confianza entre los proveedores de servicios de salud y los HSH se basa en el respeto mutuo y en el enfoque libre de discriminación.

Resumen: 14245

C40 - Intervenciones dirigidas a enfrentar las vulnerabilidades respecto del VIH y el SIDA

Las adaptaciones de dos EBI (HHRP y Safety Counts) para crear una continuidad de servicio entre las poblaciones usuarias de drogas inyectables en México

M.E. Ramos Rodríguez[1], r. ramos[2]

[1]Programa Compañeros A.C., Cd. Juárez, México, [2]US Mexico Border Health Association, Director's, El Paso, Texas, Estados Unidos.

Problemas: Este trabajo presentará un enfoque práctico del proceso de adaptación de dos EBI para atender el uso de drogas inyectables en un contexto mexicano. Este trabajo trata de la adaptación de los EBI que se lleva a cabo en otro país —pueden realizarse cambios en el campo sin que se entienda la intención o la lógica interna de la intervención debido a las barreras de idioma y a las dificultades para la comunicación con el desarrollador original de la intervención (Elliot 2004).

Descripción: Existen varias intervenciones basadas en la evidencia (EBI, en inglés) que los profesionales de la salud no adoptan ni implementan pese a que existen mucha investigación sobre su eficiencia y eficacia. Muchos profesionales de la salud se quejan de los EBI están desconectados de las aplicaciones en la vida real. Esto es claro cuando se examina el número de variables diferentes que pueden diferir de la intervención original, tales como la etnia, las prácticas locales de uso de drogas y las normas comunitarias (Castro 2004).

Lecciones aprendidas: Se llevó a cabo un proceso exhaustivo de documentación de la metodología del proyecto para adaptar, implementar y evaluar exitosamente las dos intervenciones EBI (HHRP y Safety Counts). Esta documentación permitirá la difusión y la adopción generalizada de la intervención. Este trabajo responderá preguntas sobre la efectividad de las intervenciones aplicadas en otro país; examinará los impedimentos y/o factores que facilitan la traducción exitosa de un EBI al contexto de México, y examinará la factibilidad de su adopción generalizada y su institucionalización en México. Este trabajo identificará los impedimentos y/o factores facilitadores de la traducción exitosa durante el monitoreo de la intervención y la evaluación del proceso. Se utilizó el marco de adaptación para evaluar el impacto a corto plazo para reducir el daño asociado con el uso de drogas entre UDI en tratamiento contra la drogadicción, así como en aquéllos que son usuarios activos. Se hará especial hincapié en el examen de los retos contextuales que plantea el hecho de trabajar en México.

Pasos a seguir: Esta adaptación fue implementada en un país de habla hispana y puede contribuir a la diseminación de otras EBI en toda América Latina.

Resumen: 9690

C40 - Intervenciones dirigidas a enfrentar las vulnerabilidades respecto del VIH y el SIDA

Diversitel. Ocho años fortaleciendo un modelo de interacción telefónica para la prevención especializada de VIH y otras ITS para el público sexualmente diverso en México

M. Ortega Álvarez[1], R. Olin German[2], A. Pérez del Castillo[2], C. García de León[2]

[1]Ave de México, Servicio de Ayuda Telefónica, Ciudad de México, México, [2]Ave de México, Ciudad de México, México.

Problemas: Considerando que existe una epidemia concentrada en las poblaciones de gays, HSH y transexuales, en las que es más frecuente el VIH, y que los esfuerzos de prevención requieren certidumbre, innovación, información actualizada y una enorme variedad de estrategias según las necesidades y la

dinámica de las poblaciones clave (altamente estigmatizadas y discriminadas), se necesita información y servicios de apoyo, incluyendo la derivación a servicios de salud, instancias públicas para denunciar la discriminación, y apoyo emocional para fortalecer las estrategias probadas, tales como el Divesitel.

Descripción: Diversitel es una línea de ayuda especializada en la diversidad sexual que desde el año 2000 proporciona orientación, apoyo emocional, información sobre VIH/SIDA, ITS y sexualidad, además de que deriva a los usuarios a las instancias adecuadas según sus necesidades y requerimientos. Ha sido necesario introducir nuevos enfoques y estrategias para actualizar esta estrategia, como el enfoque de formación de habilidades de los usuarios en situaciones sexuales riesgosas, con el fin de que desarrollen por sí mismos herramientas de prevención asertivas y eficaces; la cobertura de la línea iba desde la Ciudad de México a todo el país por medio de una llamada gratuita, y conectaba a los usuarios con los servicios gubernamentales de atención médica al SIDA en varias ciudades del país. Diversitel se ha ocupado de 20,000 llamadas, 89% de las cuales son hechas por la población meta; 96% de los usuarios han reportado un incremento de sus habilidades para identificar los factores de riesgo.

Lecciones aprendidas: Es necesario enriquecer las estrategias de intervención de acuerdo con los cambios de las necesidades del usuario. La sistematización de experiencias y lecciones aprendidas contribuye a profesionalizar y fortalecer la calidad de la atención. Como parte del proceso histórico de la atención, el proporcionar información y luchar contra el SIDA es una de las estrategias más eficaces para empoderar y brindar los elementos necesarios a los usuarios para que puedan identificar por sí mismos los factores y situaciones de riesgo.

Resumen: 9739

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Factores predictivos de las pruebas de VIH en los residentes de la región centro-sur de Estados Unidos

R.A. Benavides Torres[1], L. Hopson[2], J. Blanton[3]

[1]Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México, [2]The University of Texas at Austin, School of Social Work, Austin, Estados Unidos, [3]Texas Department of Health, Austin, Estados Unidos.

Antecedentes: En Estados Unidos más de 300,000 personas están viviendo con VIH sin saber que tienen la enfermedad. Las personas que esperan hasta sentirse enfermas para someterse a las pruebas pueden haber estado infectadas durante años. Debido a que las pruebas de VIH son críticas para mejorar los esfuerzos de prevención del VIH, se requiere de más investigación para comprender las características de los individuos que se someten a las pruebas de VIH. Este estudio investiga si las características como la raza/etnia, género, edad, nivel de escolaridad, acceso a un seguro de gastos médicos y un proveedor de salud, recibir asesoramiento para la prevención, conocimiento acerca de los tratamientos para el VIH y los comportamientos que implican riesgo de contraer el VIH están asociados con el someterse a pruebas de VIH en el caso de una muestra grande de residentes de la región centro-sur de Estados Unidos.

Métodos: Este estudio exploratorio utilizó datos obtenidos del Sistema de Vigilancia de Factores Conductuales de Riesgo con un tamaño de muestra de 8,318 participantes de entre 18 y 24 años de edad.

Resultados: El modelo en general fue significativo, lo que indica que las variables que se incluyen juntas en el modelo son útiles para distinguir a aquéllos que reciben una prueba de VIH de aquéllos que no la reciben (Wald F=33.24, p=.000, df=16). Los participantes de entre 25 y 34 años de edad mostraron una tendencia de más del doble a someterse a pruebas de VIH que los menores de 25 años (RP=2.52, IC 95%=2.07, 3.07). Las mujeres tendían más que los hombres a someterse a las pruebas de VIH (RP=1.29, IC 95%=1.16, 1.44). Las personas negras tendían más a hacerse pruebas que las blancas (RP=1.96, IC 95%=1.60, 2.40=, pero las hispanas tendían menos a hacerse pruebas que las blancas (RP=.71, IC 95%=.61, .82). El hecho de recibir asesoría de un proveedor de servicios de salud multiplicó en más de dos la probabilidad de estar siendo sometido a pruebas de VIH (RPI=2.16, IC 95%=1.80, 2.60). El conocimiento sobre los tratamientos para el VIH también estuvo relacionado significativamente con el hecho de someterse a pruebas (p=.0026).

Conclusiones: Los hallazgos indican relaciones significativas entre las pruebas de VIH y las características demográficas, el conocimiento de tratamientos para el VIH y el hecho de recibir asesoría de un proveedor de servicios de salud. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la investigación y las intervenciones futuras con la población en riesgo de contraer o transmitir VIH/SIDA.

Resumen: 15341

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Orientación preventiva y prueba rápida de VIH para individuos infectados con VIH

S. Rosenthal

International AIDS Empowerment, El Paso, Estados Unidos.

Temas: Se calcula que la mayoría de los individuos infectados con VIH no están conscientes de su estatus serológico. Con fre-

cuencia, las poblaciones temerosas y estigmatizadas interpretan la prueba de VIH realizada por el sistema de salud tradicional como una seria barrera. Los compañeros VIH seropositivos pueden servir como un puente entre las comunidades marginadas y las instituciones que les brindan servicios.

Descripción: En los últimos cinco años, la organización International AIDS Empowerment ha recurrido a la ayuda de pares infectados con VIH para proveer la prueba rápida de VIH, junto con consejería preventiva a la población de alto riesgo en la comunidad de la frontera entre México y Estados Unidos. Desde el año 2002, estos pares, certificados por el gobierno, han brindado la prueba de VIH y consejería *in situ* a más de 3,000 individuos de alto riesgo y en situaciones de campañas comunitarias. Los pares también han sido responsables de garantizar que aquéllos que resulten ser VIH positivos tengan acceso a servicios de apoyo y reciban el tratamiento y cuidados de salud apropiados.

Lecciones aprendidas: Las personas afectadas con VIH pueden ser sumamente efectivas para brindar la prueba y servicios de consejería. Al tratarse de pares, aquéllos que se hacen la prueba suelen verlos como personas confiables; muchas veces se elimina el estigma y se establece un lazo entre el que hace la prueba y el cliente. Este programa ha hecho que la prueba de VIH sea más accesible, se prevengan nuevas infecciones y se asegure que las personas que resulten infectadas se conecten con servicios de atención médica y apoyo.

Pasos a seguir: Las personas infectadas con VIH pueden proveer los servicios de prueba de VIH y consejería de manera efectiva. Este modelo de programa puede duplicarse en regiones con pocos recursos para complementar los servicios de un número limitado de trabajadores de salud disponibles.

Resumen: 10723

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Es necesario hacer más pruebas de VIH para prevenir la reactivación de la infección latente de tuberculosis (ILTB) en poblaciones ocultas en riesgo de la infección por VIH en Tijuana, México

R.S. Garfein[1], R. Deiss[1], R. Laniado-Laborin[2], R. Lozada[3], T.C. Rodwell[1], J. Alvelais[4], M. Gallardo[4], J. Cuevas[1], P. Cerecer Callu[5], P.Q. Orozovich[1], A. Catanzaro[6], S.A. Strathdee[1], por el PreveTB Study Team

[1]University of California San Diego, International Health and Cross-Cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [3]Patronato ProCOMUSIDA, Tijuana, México, [4]PrevenCasa, A.C., Tijuana, México, [5]SESALUD, Tijuana, México, [6]University of California San Diego, Medicine, San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: Tijuana, México y San Diego, California, comparten la frontera que cruzan más personas en el mundo, en una región de >4 millones de residentes. La incidencia creciente de VIH en Tijuana, debida en gran medida al aumento en el abuso de sustancias y la movilización de la población, amenaza con exacerbar la situación endémica de la TB. El tratamiento de ILTB se recomienda para personas VIH(+) en México; sin embargo, muchas personas infectadas con VIH en Tijuana no conocen su estatus.

Métodos: Se trabajó en la calle para reclutar a los usuarios de drogas inyectables (UDI), usuarios de drogas no-inyectables (UDNI), trabajadores sexuales (TS), y personas sin hogar, de edad >18 años para una entrevista de evaluación sobre conductas de riesgo, prueba de VIH, y una revisión médica de TB. La prueba rápida de VIH se realizó *in situ* y los resultados positivos se confirmaron con ELISA e IFA en San Diego. La prueba de TB se hizo con QuantiFERON® TB Gold In Tube (QFT) e historiales de síntomas. Los participantes regresaron en 3-4 semanas por los resultados de la prueba, consejería después de la misma, y referencias con especialistas en caso necesario. Las diferencias se compararon usando estadísticas chi cuadrada.

Resultados: Se entrevistó a 503 participantes, 59% eran hombres, la mediana de edad fue de 36 años (RIQ: 29-42), sólo 24% había vivido siempre en Tijuana, y en los seis meses anteriores, 59% había practicado sexo sin protección con parejas casuales; >80% de los UDI había compartido jeringas usadas. Las prevalencias generales fueron: 57% para QFT(+), 4.2% para VIH(+), y 2.2% para infección simultánea VIH/TB, que no fueron significativamente diferentes por grupo en riesgo. Las pruebas de VIH realizadas con anterioridad habían sido en general más bajas (48%), igual que para los participantes de QFT(+) y QFT(-), y se habían reportado entre los TSC/NUDI (62%) en su mayoría, y menos entre TSC/UDI (39%) y NUDI (38%) ($p<0.05$).

Conclusiones: La población marginada de Tijuana tiene tasas elevadas de riesgo de VIH e ILTB; sin embargo, las tasas de prueba de VIH son bajas. Los programas comunitarios, como el proyecto PreveTB de PrevenCasa, aumentan el acceso a servicios de prueba y diagnóstico de TB y VIH para poblaciones difíciles de alcanzar. Se necesitan recursos adicionales para la consejería y pruebas de VIH para poblaciones con prevalencia alta de ILTB en Tijuana.

Resumen: 9574

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Consejería y prueba voluntaria (CPV): Un modelo de prevención innovador para la detección temprana del VIH/SIDA en la ciudad fronteriza de Tijuana, México

J. Bedoya[1], A. Mares-DelGrasso[2], P. Campos-López[3], M. Galindo[4], J. Olmeda[4], J. Martínez[4], M. Merino[5], M. Lino[5], F. Sánchez[6], S. Vázquez[6], J. Gruttadauria[7], W. Engeran[8]

[1]AIDS Healthcare Foundation, Latin American Bureau, Tijuana, México, [2]AIDS Healthcare Foundation, Public Health Division, Los Angeles, México, [3]AIDS Healthcare Foundation, Latin American Bureau, Guadalajara, México, [4]AFABI, Counseling, Tijuana, México, [5]PROSALUD, Tijuana, México, [6]Procuraduria de los Derechos Humanos, Tijuana, México, [7]AIDS Healthcare Foundation, Latin American Bureau, México D. F., México, [8]AIDS Healthcare Foundation, Public Health Division, Los Angeles, Estados Unidos.

Temas: En la ciudad fronteriza de Tijuana, México, existen preocupaciones específicas respecto de la transmisión de VIH. Éstas incluyen altos niveles de uso de drogas y trabajo sexual para sobrevivir. Los niveles de consumo de drogas superan con mucho el nivel nacional. En 2005, Tijuana tuvo la tasa más alta de mortalidad por SIDA en el país. No existe un modelo establecido de consejería y pruebas de VIH en Tijuana.

Descripción: En 2007, AIDS Healthcare Foundation (AHF) inició un modelo innovador para incrementar la detección temprana del VIH. AHF ha realizado más de 1,000 pruebas desde el inicio del programa. Las innovaciones del programa incluyen una campaña de mercadeo social novedosa y la capacitación a consejeros voluntarios con un programa que se usa en Estados Unidos. El currículo se adaptó a la comunidad local usando las aportaciones provenientes de un grupo focal para garantizar relevancia cultural. Se inició con una capacitación de alto nivel acerca del modelo CPV y para aplicar la prueba rápida, dirigida a psicólogos, trabajadores sociales, trabajadores de la salud y consejeros. Se establecieron alianzas con varias ONG y organizaciones del gobierno. La CPV se dirigió a personas como las que están en centros de rehabilitación, trabajadores/as sexuales de supervivencia, jóvenes reclusos, y hombres que tienen sexo con hombres.

Lecciones aprendidas: 1. El éxito del proyecto requiere una red de socios comunitarios diversos para garantizar la máxima difusión del mensaje en la comunidad objetivo, incrementar el conocimiento de los beneficios de conocer el estatus serológico y reducir el estigma relacionado con hacerse la prueba; 2. Emplear estándares establecidos y mejores prácticas para capacitar a los consejeros de forma culturalmente relevante para asegurar el mejor resultado del encuentro para la prueba; 3. Es crucial el monitoreo y evaluación del programa.

Pasos a seguir: Fortalecer el modelo CPV y replicarlo en otras zonas donde la AHF está trabajando. Ampliar el alcance del programa para poder realizar más pruebas en Tijuana y otras áreas fronterizas.

Resumen: 14560

C41 - Consejería y pruebas de VIH

El uso de módulos portátiles para consejería y prueba voluntaria (CPV) como parte de la nueva estrategia de prevención en México

M. Luna[1], L. Juárez-Figueroa[2], J. Saavedra[2], M. Hernández-Avila[3], A. García[1], R. Vázquez[4], M. Gordillo[4]

[1]CAPPSIDA, México D.F., México, [2]CENSIDA, México D.F., México, [3]Subsecretaría de Salud, México D.F., México, [4]INDRE, México D.F., México.

Antecedentes: Aunque la disponibilidad del HAART en México es suficiente para todos los que lo necesitan, la mayoría de las personas que viven con VIH ignoran su condición y están perdiendo la oportunidad de iniciar un tratamiento temprano. Para ampliar el alcance entre grupos de poblaciones clave como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales femeninas (TSF), travestis, transexuales y transgénero (TTT), el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, junto con la ONG CAPPSIDA, diseñaron una estrategia novedosa que consiste en operar módulos portátiles de CPV que se instalan en lugares públicos frecuentados por esos grupos durante los fines de semana.

Métodos: Durante los fines de semana de enero y febrero de 2008, se piloteó el programa CPV con dos módulos. Cada uno consistió de una tienda de campaña con grandes letreros indicando que ahí se realiza la prueba de VIH. Cuatro promotores de CAPPSIDA reclutaron un total de 1,150 participantes entre los transeúntes y cuatro orientadores de CAPPSIDA brindaron CPV en privado, utilizando la prueba rápida para VIH OraQuick. Se obtuvo una muestra de sangre venosa de todos aquéllos que resultaron positivos para confirmar VIH con ELISA y Western blot; también se aplicaron pruebas para sífilis (VDRL) y hepatitis B (HBsAg EIA).

Resultados: 59 personas resultaron positivas con OraQuick. Entre ellas, también ocho resultaron positivas para sífilis y tres para HBsAg. La prueba del fluido oral dio tres falsos positivos, dos hombres y una mujer; 50/856 (5.8%) hombres y 6/294 (2.0%) mujeres fueron confirmadas como VIH positivas y enviadas a clínicas para VIH. Todas aquellas personas que resultaron positivas ignoraban su condición antes de la prueba, pero 31 participantes se habían realizado la prueba al menos una vez en los últimos tres años. 44 hombres eran HSH. No se identifi-

có ningún factor de riesgo para los otros hombres y mujeres que resultaron positivos.

Conclusiones: Esta nueva estrategia de CPV con módulos portátiles tuvo muy buena aceptación entre los grupos clave de la población como se pudo apreciar por la visita de entre 100 y 200 personas a dichos módulos cada semana. También, con este método tuvimos éxito en centrarnos en la población de alto riesgo como lo evidencia la prevalencia de VIH relativamente alta que se encontró.

Resumen: 14574

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Posibilidad de mejorar la información de las pruebas de VIH para mujeres embarazadas en la clínica CAPASITS de Tijuana

E.N. Díaz[1], M.L. Zúñiga[2], J.L. Burgos[2], J.A. Alvelais[3], M.R. Lozada[4], S.A. Strathdee[2]

[1]ISESALUD CAPASITS, Programa de VIH/SIDA/ITS, Tijuana, México, [2]UCSD Division of International Health and Cross-Cultural Medicine, Family and Preventive Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [3]ISESALUD, Hospital General de Tijuana-SEASAI, Tijuana, México, [4]ISESALUD, Programa Estatal de VIH/SIDA/ITS Baja California, Mexicali, México.

Antecedentes: La prevención de la transmisión vertical del VIH en mujeres embarazadas en México incluye la prueba de VIH en los cuidados prenatales. Existe una medida estandarizada a nivel nacional que documenta parcialmente la información de pruebas de VIH y conductas de riesgo durante la prueba prenatal de VIH; sin embargo, se ha obtenido muy poca información sobre el historial de pruebas de VIH prenatales. Se llevó a cabo un proyecto piloto para determinar la posibilidad de incorporar preguntas adicionales de prueba del VIH en el instrumento de medición que se utiliza para las mujeres embarazadas que se hacen la prueba del VIH en una clínica de VIH en Tijuana, Baja California, México.

Métodos: Se añadieron cinco preguntas prenatales al cuestionario de VIH de la encuesta estándar de VIH/sífilis que se realiza como parte de los servicios de la clínica de VIH comunitaria CAPASITS en Tijuana, la cual se administró a 43 mujeres que fueron a hacerse la prueba de VIH/sífilis (07-10/2007).

Resultados: Las participantes tenían una edad media de 23 años (rango entre 16 y 40 años) con una edad gestacional media de 23 semanas (rango entre 6 y 38 semanas). 58% no eran casadas y 88% reportó haber vivido en Tijuana por más de tres años. 60% reportó no haberse hecho nunca antes la prueba del VIH. De 95% que reportó haber realizado visitas previas para cuidados prenatales, aproximadamente 50% dijo que no se les había ofrecido la prueba del VIH; 54% había recibido cuidados prenatales en alguna clínica patrocinada por el gobierno y 28% en clínicas privadas. Entre las que habían recibido cuidados prenatales, 76% había recibido cuidados prenatales sólo en clínicas del gobierno y se habían hecho la prueba del VIH, pero a ninguna de las que habían recibido cuidados prenatales en clínicas privadas se le había ofrecido esta prueba. A la mitad de las mujeres en el segundo o tercer trimestre del embarazo no se les había ofrecido nunca la prueba del VIH. Todas las participantes resultaron negativas para sífilis y 42 resultaron negativas para VIH; una de ellas, con resultados inciertos se mandó a cuidados de tercer nivel.

Conclusiones: Encontramos que es factible incorporar preguntas adicionales importantes referentes al VIH en el formato prenatal de VIH que actualmente se utiliza. Este estudio piloto también indica que parece haber oportunidades que no se aprovechan para realizar la prueba de VIH en las visitas de cuidados prenatales. Se requiere de más estudios para mejorar nuestro conocimiento de la prevención del VIH durante los cuidados prenatales en mujeres mexicanas.

Resumen: 4512

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Percepción del riesgo de VIH y conductas en relación con pedir los resultados de la prueba entre HSH mexicanos

C. Gayet[1], C. Magis-Rodríguez[2], A. Fernández[3], FLACSO/CENSIDA/FHI Project "HIV prevalence and sexual behavior in vulnerable populations with high-risk practices in Mexico"

[1]FLACSO México, Población y Desarrollo, México D.F., México, [2]CENSIDA, Investigación de operaciones, México D.F., México, [3]San Diego State University/University of California, Joint Doctoral Program in Public Health (Health Behavior), San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: En 2005 y 2006, realizamos una encuesta en sitios de reunión específicos para determinar la prevalencia de VIH, las prácticas sexuales y la percepción sobre la discriminación entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en cuatro ciudades mexicanas. Los participantes podían hacerse la prueba de VIH de forma voluntaria y gratuita, y se les pidió recoger sus resultados en un espacio de consejería especializado. Aquéllos que resultaban ser VIH positivos, tenían garantizados los servicios de salud pública para su tratamiento. El objetivo del trabajo fue determinar la proporción de participantes que pidieron los resultados de la prueba que se les hizo durante la encuesta, analizar las conductas de HSH al ir a pedir los resultados después de haber tenido un acceso simplificado a la prueba, y examinar los factores relacionados con ir a pedir los resultados.

Métodos: Se obtuvo una muestra aleatoria de 1,111 HSH a través de un muestreo realizado en un espacio-tiempo específico. Los participantes contestaron un cuestionario que incluía preguntas sobre percepción de riesgo, percepción de la discriminación y pruebas previas de VIH. También se les aplicó la prueba del VIH (Determine® u Orasure®).
Resultados: La prevalencia de VIH fue 10%. De toda la muestra, 16% pidió sus resultados en el lugar de servicios de orientación, pero solamente 11% de los participantes VIH positivos pidió y recibió sus resultados. La percepción de riesgo estuvo asociada significativamente con ir a pedir los resultados (chi cuadrada $p \leq 0.05$), pero no estuvo asociado con el estatus VIH (positivo o negativo). El miedo de que quedara registrada alguna evidencia de su orientación sexual en su expediente médico no fue un factor significativo asociado con el ir o no a pedir los resultados de la prueba.
Conclusiones: Ofrecer la prueba de VIH en localidades donde suelen reunirse los HSH simplifica el acceso al servicio; sin embargo, sólo una pequeña proporción fue a pedir sus resultados en el sitio asignado para la consejería. Muchos HSH que son VIH positivos desconocen su estatus. Para incrementar el diagnóstico y tratamiento oportunos para los HSH que lo necesitan, es necesario desarrollar estrategias innovadoras para animar a los HSH a hacerse pruebas de VIH/ITS y también para que acudan a otros servicios médicos.

Resumen: 9385

C41 - Consejería y pruebas de VIH

Pruebas rápidas, orientación rápida... ¿impacto rápido? Evaluación de un modelo rápido de CPV para hombres gay y HSH en la ciudad de México

J.L. Yebra Hidalgo[1], J. León Ojeda[2], R. Olin German[2], C. García de León[2]

[1]AVE DE MÉXICO, Distrito Federal, México, [2]AVE DE MÉXICO, México D. F., México.

Temas: Con la epidemia de VIH concentrada en hombres (83%) y más de 52% en HSH, existe un déficit de estrategias de prevención efectivas y servicios de consejería y prueba voluntaria (CPV) especializados en esta población. Con 20 años de experiencia en consejería antes y después de la prueba, creamos y evaluamos un modelo de CPV usando pruebas rápidas de VIH. La prueba rápida de la saliva no permite que el cliente tenga suficiente tiempo para trabajar el impacto psicológico.
Descripción: AVE de México tiene experiencia en el impacto de pruebas de VIH en hombres gay y HSH. Con la participación de consejeros capacitados, psicólogos, y hombres gay VIH positivos, diseñamos un modelo de consejería breve, específico para HSH, debido a la demanda de nuestros clientes. El reto es ser oportunos, el modelo CPV debe identificar conductas de riesgo, ofrecer alternativas para una vida sexual protegida, enfrentar la angustia, y compartir información basada en la evidencia con el cliente. El modelo de consejería tradicional se renovó creando un ambiente libre de estigma y discriminación. Los psicólogos capacitados en salud sexual, que además eran gays, crearon un espacio donde los usuarios podían ser escuchados sin prejuicios y recibir información acerca de cómo vivir una vida sexual responsable y libre de culpa. Se incluyeron también habilidades para la toma de decisiones y otros temas. El modelo se implementó y ajustó después de algunas sesiones de monitoreo y evaluación. Se aplicaron 500 pruebas rápidas usando este modelo de orientación; los clientes evaluaron el servicio como libre de estigma y discriminación, y aumentaron su conocimiento sobre prácticas sexuales seguras en 92%.
Lecciones aprendidas: Se requieren nuevos modelos de consejería para garantizar un impacto eficiente de las pruebas rápidas. La participación de las personas que viven con VIH en el diseño, la implementación y la evaluación del proceso es esencial para tener estrategias exitosas. Los modelos de consejería breves deben usarse cuando se usan las pruebas rápidas. La consejería que brindan los pares es la más efectiva, especialmente en la prueba rápida con CPV.

Resumen: 15368

C42 - Programas de prevención en ámbitos institucionales como lugares de trabajo, escuelas, cárceles y el ejército

Evaluación de las necesidades de los empleados en relación con VIH/SIDA en el lugar de trabajo: Un ejercicio realizado por Levi Strauss México

B. Palmer[1], C. Rodríguez[2], P. Bhatt[1]

[1]Levi Strauss & Co., HIV/AIDS Treatment and Care Program, San Francisco, California, Estados Unidos, [2]Levi Strauss Mexico, México D. F., México.

Temas: México tiene 11% de los casos estimados de VIH en América Latina. El estigma y la falta de información afecta la habilidad de los empleadores para implementar programas de VIH/SIDA. Levi Strauss & Co. (LS&CO) en México realizó un ejercicio de evaluación de necesidades para crear un programa global de VIH/SIDA en lugares de trabajo que los empleados puedan entender y utilizar óptimamente.
Descripción: El proceso de evaluación de necesidades se realizó a través de un conjunto diverso de grupos de empleados que incluyó directivos y trabajadores por hora. Los ob-

jetivos a evaluar eran: 1) los conocimientos de VIH/SIDA; 2) sus perspectivas en temas relacionados con el VIH/SIDA; 3) sus necesidades en términos de prevención, tratamiento, atención y apoyo; 4) acceso actual. La participación en el ejercicio fue voluntaria y confidencial. La información se recolectó de cuestionarios en línea y en papel, con una tasa de respuesta de 42% (n=154). Se llevaron a cabo grupos focales para validar la información.

Lecciones aprendidas: Los hallazgos confirmaron que la información, educación y comunicación (IEC) sobre VIH/SIDA es crucial. La conciencia sobre la enfermedad fue alta (98%), pero 60% de los entrevistados reportó que no sabía dónde acudir para aprender más sobre el tema, obtener consejería y pruebas, o para recibir servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA. Los temas relacionados con el estigma y la discriminación se subrayaron. La mayoría de los empleados (73%) sentían que el empleador debería saber si un empleado es VIH+. Sin embargo, 43% de los entrevistados sentía que recibiría un trato diferente por su empleador si fuera VIH+; y 57% se sentiría incómodo hablando de su estatus serológico con su jefe. Esto demuestra la necesidad de políticas sólidas y lineamientos para los lugares de trabajo.

Pasos a seguir: Los resultados de la evaluación de necesidades se tradujeron en acción con el desarrollo de una política para el lugar de trabajo, talleres educativos e información sobre dónde hay servicios disponibles de VIH/SIDA. Las actividades incluirán una colaboración cercana con las asociaciones locales de empresas (CONAES en México), las ONG locales y entidades de gobierno. El proceso de evaluación de necesidades continuará en el Reino Unido y Sudáfrica. A su tiempo, los nuevos resultados estarán disponibles para ser presentados.

Resumen: 13781

C42 - Programas de prevención en ámbitos institucionales como lugares de trabajo, escuelas, cárceles y el ejército

Campaña de prevención para los miembros de la Escuela de Administración del Ejercito Mexicano

M. Fingerhut Foussel[1], M. López Calderón[2]

[1]La Manta de México A. C., Coordinación educativa, México D. F., México, [2]La Manta de México A. C., Dirección General, México D. F., México.

Temas: Es importante para nuestra organización trabajar con el Ejército Mexicano pues muchos de sus miembros piensan que el VIH no es un problema serio en esta institución. Estamos conscientes de que sólo estamos trabajando con una pequeña proporción de los miembros del ejército, pero hemos demostrado que nuestras intervenciones tienen resultados positivos en este grupo social.

Descripción: Desde 1999 se han dado charlas informativas que incluyen información básica sobre VIH, así como también sobre sexo seguro, sexo protegido, diversidad, derechos humanos, y uso apropiado de los condones masculino y femenino. Al finalizar las charlas, se reparten condones lubricados, lubricantes y folletos. Se aplicaron encuestas antes y después de la charla para evaluar el programa y el conocimiento de los miembros del ejército respecto al VIH.

Lecciones aprendidas: Con base en nuestras intervenciones hemos creado materiales adecuados para este grupo social, esto nos ayudará a tener una mejor comprensión de la información proporcionada.

Siguientes pasos: Como existen muchos miembros del Ejército Mexicano distribuidos en varias localidades del país, es necesario ampliar las actividades de prevención a otras áreas dentro de la misma institución. También es necesario capacitar a miembros del ejército para motivarlos a que ellos mismos continúen con las campañas de prevención.

Resumen: 10036

C42 - Programas de prevención en ámbitos institucionales como lugares de trabajo, escuelas, cárceles y el ejército

Un diagnóstico de la situación de las personas que viven con VIH/SIDA en la cárceles de México

R.J. Parrini Roses[1], C. Magis Rodríguez[2], K. Ortiz Guerrero[3]

[1]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección Operativa, Ciudad de México, México, [2]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección Operativa, Ciudad de México, México, [3]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección Operativa, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Las prisiones en México son espacios que no han recibido atención en lo relativo a la epidemia de VIH/SIDA. El número exacto de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) se desconocía, así como también las condiciones de atención médica disponibles y el acceso a tratamiento antirretroviral (ART) para este grupo. Este es el primer diagnóstico de la situación de las unidades penales en este país. Analizamos la situación de VIH/SIDA en la prisiones de México y obtuvimos información acerca del número conocido de casos de presos que viven con VIH/SIDA; también pudimos identificar las principales dificultades de las instituciones y los obstáculos que se encuentran para brindar atención médica a los presos que viven con VIH/SIDA; así como también el acceso que tienen a la terapia antirretroviral.

Métodos: Diseñamos un cuestionario cualitativo y otro sobre el estado de las acciones tomadas; ambos se enviaron a los responsables de programas de VIH/SIDA. En el estado de Tabasco y en la ciudad de México realizamos entrevistas individuales con distintos actores.

Resultados: Se reportaron 529 casos de VIH/SIDA en las penitenciarías del país. 67.8% se concentra en 10 estados de la República Mexicana y la ciudad de México. La atención brindada a las PVVS es deficiente en estos lugares y se impide el acceso a tratamiento ART por una serie de prácticas institucionales.

Conclusiones: La vulnerabilidad de los presos y la alta exposición al riesgo a la que están sujetos (especialmente los hombres) de ser infectados o re-infectados con VIH, aunada al frecuente contacto que mantienen con personas de fuera, hace que el problema sea un asunto de salud prioritario que requiere del establecimiento de acuerdos institucionales, programas bien estructurados e intervenciones sistemáticas.

Resumen: 9189

C43 - Estrategias de reducción de daños y programas de prevención de VIH para usuarios de drogas

Programa la prevención de VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI) en México

M.-R. Carlos, R. Ortiz-Mondragón, M.L. Ortiz-Ruiz

Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Dirección de Investigación Operativa, Distrito Federal, México.

Temas: En 2006, se inició en el territorio mexicano un programa de reducción de daños (RD) y prevención del VIH entre los UDI. Algunas de las actividades que se llevaron a cabo fueron capacitar a los UDI y al personal de salud en el cambio de jeringas, consejería y prueba voluntaria de VIH.

Descripción: El programa se inició en 23 estados mexicanos que realizaron diversas actividades como informar a 5,420 UDI acerca del riesgo de VIH, tanto a nivel sexual como por inyección, consejería y prueba de VIH, distribución de agujas y jeringas estériles, y desecho de agujas y jeringas contaminadas. Algunas ONG que trabajan sobre SIDA realizaron trabajo comunitario de educación usando educación entre pares, y otras dieron sesiones educativas en centros para el tratamiento del abuso de sustancias. Se dio información a usuarios de drogas en algunas cárceles y en algunos casos se les dio orientación y prueba de VIH. De todos los UDI contactados, sólo pudo darse la información sobre cómo inyectarse higiénicamente a 921. 1,591 UDI se hicieron la prueba del VIH y 20 resultaron VIH positivos (prevalencia 20/1,591=1.3%). La mejor práctica para UDI activos es siempre usar equipo estéril para cada inyección, pero en algunos contextos el acceso a jeringas estériles es difícil. Por ello, la alternativa de educar a los UDI para desinfectar el equipo es útil (enjuagar tres veces con agua, enjuagar tres veces con cloro y nuevamente tres veces más con agua). Los UDI se localizaron en diferentes lugares como centros de atención en salud del gobierno, cárceles, y centros de tratamiento para el abuso de sustancias.

Lecciones aprendidas: En el interior del país, la capacidad de los estados difiere para realizar trabajo de reducción de daños del riesgo de VIH entre UDI. Los servicios de salud no pueden cubrir a toda la población UDI y quizá ésta sea la razón por la que la implementación de la prevención de VIH dirigida a esta población fue insuficiente.

Pasos a seguir: Implementación de RD en todos los estados mexicanos. Como parte de un enfoque integral de prevención de VIH, es importante llegar a los centros de tratamiento de abuso de drogas y a las cárceles para implementar medidas de orientación y prueba de VIH voluntaria y confidencial, y de prevención de la transmisión sexual.

Resumen: 6201

C43 - Estrategias de reducción de daños y programas de prevención de VIH para usuarios de drogas

Prevalencia de marcadores de la infección entre usuarios de drogas intravenosas en el estado de Chihuahua, México

J. Duque Rodríguez[1], N. Lora O.[2], G. Esquivel F.[3], K. García H.[3], C. Carrillo C.[3], A. Guzmán M[3], L. Martínez Ch.[3], Usuarios de drogas intravenosas

[1]Secretaría de Salud, COESIDA, Chihuahua, México, [2]Servicios de Salud de Chihuahua, COESIDA, Chihuahua, México, [3]Servicios de Salud de Chihuahua, COESIDA, Chihuahua, México.

Los estudios epidemiológicos en México muestran que la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI) es baja; sin embargo, algunas regiones tienen una prevalencia más elevada que llega a 3% e incluso a 6%, principalmente en las comunidades del norte del país, tales como Tijuana y Ciudad Juárez. Además, algunos indicadores muestran que en estas regiones el número de usuarios de drogas es más alto que en otras partes del país. Para establecer un programa focalizado en el control de daños causados por el VIH, las Hepatitis C y B (HC, HB), y otras ITS en UDI, hicimos detecciones y vigilancia epidemiológica de VIH, HC, HB y VDRL en lugares de rehabilitación del sur y centro de Chihuahua. Se realizaron acciones de control y tratamiento en esos lugares, así como reuniones informativas y distribución de condones. También hicimos 1,000 encuestas con UDI y se tomaron 500 muestras de sangre con consentimiento informado. Los resultados mostraron una prevalencia

alta de HC, mientras que los marcadores de VIH fueron relativamente bajos. 44 centros fueron programados, de los cuales se visitó 14. De 453 muestras de sangre, 50% corresponde a UDI y, de ellos, 74% no recibe ningún servicio médico, 40% tiene tatuajes, 24% ha estado en la cárcel, 2% ha tenido una pareja sexual infectada con VIH, 4% eran trabajadores sexuales, 10% había relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, y 3.5% ha tenido parejas sexuales UDI. Nuestros resultados muestran que 1.3% reaccionó a la prueba de VIH (3), 7% a la de sífilis (15), 0.4% a la de HB, y 70% (15) reaccionó a HC. Es necesario reforzar las acciones preventivas y educativas en este grupo llevando servicios integrales que nos permitan disminuir el daño de esta enfermedad y controlar esta epidemia.

Resumen: 5960

C43 - Estrategias de reducción de daños y programas de prevención de VIH para usuarios de drogas

Prevención de VIH con usuarios de drogas inyectables (UDI) mexicanos en 2007

R. Ortiz-Mondragón[1], C. Magis[2], E. Bravo[2], G. Paredes[2], V. Velazco[2]

[1]Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Investigación operativa, Distrito Federal, México, [2]Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA e ITS., Investigación Operativa, Distrito Federal, México.

Antecedentes: Un reporte de ONUSIDA (Summary 2006) señala que a pesar de la importancia de los IDU en la respuesta al VIH, menos de 20% de los usuarios de drogas inyectables en el mundo han recibido servicios de prevención del VIH. El objetivo de este estudio es conocer la cobertura de algunas actividades de prevención de VIH para UDI mexicanos.
Métodos: Usamos una muestra de conveniencia de UDI que respondieron un cuestionario sobre el acceso a servicios de salud. El tamaño de la muestra fue de 684 UDI de diferentes lugares tales como servicios de salud y prisiones, donde el personal ofreció pruebas rápidas de VIH para la población clave con consejería voluntaria y confidencial.
Resultados: En este estudio, 684 UDI recibieron algún tipo de actividad preventiva para la transmisión de VIH: 68.7% reportó conocer algún servicio médico donde se puede hacer la prueba rápida de VIH; 49% recibió condones para prevención de transmisión de VIH por vía sexual; 29% dijo haber usado condones en la última relación sexual (27% hombres y 38% mujeres); 48% dijo haber usado jeringas y agujas estériles la última vez que se había inyectado drogas. Todos ellos tuvieron acceso a pruebas y consejería voluntaria y confidencial de VIH, y 18.1% resultaron infectados con VIH (17% hombres y 23% mujeres).
Conclusiones: Es necesario ampliar los programas de prueba de VIH, especialmente en los picaderos, aunque esto es difícil debido a que el personal de salud no tiene experiencia en reclutar, entrevistar y realizar la prueba rápida de VIH con UDI y en estos lugares. La reducción de daños es una alternativa para enfrentar la transmisión de VIH entre UDI. Es importante eliminar las barreras sociales, culturales y legales que generan el compartir equipo para inyectarse entre los UDI.

Resumen: 7314

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Prevención de VIH para adolescentes en el área rural de Oaxaca: fortalecer el papel de los padres

A. Villarruel[1], M.A. Suárez[2], L. Galicia Hernández[3], M.A. Olvero[4], Y. Zhouz[5], C. Escandón[6], B. Hernández[6]

[1]University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, Estados Unidos, [2]IMSS, Huatulco, México, [3]IMSS, Oaxaca, México, [4]Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México, [5]University of Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos, [6]CENSIDA, México DF, México.

Antecedentes: El desarrollo de intervenciones exitosas para prevenir conductas de riesgo sexual y VIH/SIDA en adolescentes es un esfuerzo importante de salud pública en México. Pocos programas de intervención conductual han sido probados en México, y éstos se han centrado principalmente en adolescentes, y no en sus padres. Los estudios han mostrado que los padres juegan un papel fundamental en la prevención de conductas de riesgo en sus hijos adolescentes. A pesar de ello, se han realizado pocas intervenciones de comunicación sexual con adolescentes mexicanos y sus padres.
Métodos: En un estudio longitudinal aleatorio y controlado realizado en Miahuatlán, Oaxaca, se reclutó a 201 adolescentes mexicanos (de 14 a 17 años de edad), y 171 padres en el centro de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A los padres se les dividió en dos, ya fuera a: (a) una intervención de comunicación para padres que se desarrolló y probó con padres mexicanos en Monterrey, México; o a (b) una lista de espera como grupo de control. Los adolescentes no recibieron ninguna intervención; sólo llenaron un cuestionario antes de la intervención y otro de seguimiento tres meses después. Los padres completaron un cuestionario antes y después de la intervención, y otro más tres meses después.
Resultados: El análisis GEE reveló efectos significativos de la intervención en dos de los resultados medidos. Los padres que participaron en la intervención tenían niveles más altos de comunicación padre-adolescente y más conocimientos sobre SIDA en general, comparados con el grupo de control. No se encontraron diferencias significativas de los efectos entre los gru-

pos en cuanto a cantidad de comunicación sobre temas sexuales, o comodidad en la comunicación sobre temas sexuales.
Conclusiones: Los hallazgos de este estudio refuerzan la evidencia de que los padres pueden y apoyarán el proceso de toma de decisiones de sus hijos en temas sexuales. Se requieren más programas basados en la evidencia para apoyar a los padres.

Resumen: 9291

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

A nivel mundial, los jóvenes prefieren educación de VIH impartida por pares con voluntarios capacitados a la de maestros pares pagados o adultos

J. Chittick

TeenAIDS-PeerCorps, Inc., Fitchburg, Massachusetts, Estados Unidos.

Antecedentes: Aunque algunas poblaciones muestran menores tasas de VIH, la transmisión está aumentando entre los jóvenes debido básicamente a la transmisión sexual por falta de protección y por compartir agujas. Debido a la rápida globalización de los medios, las generaciones jóvenes comparten una perspectiva más liberal del sexo y la cultura popular a través de Internet, música, películas y la televisión. Este estudio analizó qué modelos de aprendizaje son más efectivos: pares versus adultos; y pares voluntarios capacitados versus maestros pares pagados.
Métodos: Se usaron metodologías cuantitativas y cualitativas basadas en un estudio de Harvard. Se realizó una encuesta de 12 preguntas a 1,545 jóvenes de entre 13 y 21 años de edad en 14 países usando análisis estadísticos estandarizados. Se realizaron grupos focales y entrevistas de seguimiento en persona, por teléfono o en línea para tener explicaciones más completas.
Resultados: Los jóvenes quieren recibir información acerca de la transmisión sexual del VIH por parte de sus pares, no de los adultos. Los niveles más altos se dieron en Estados Unidos y Europa con 90% de aprobación. El menor fue en Asia, con una aprobación de los pares de entre 56-68%. También hubo diferencias de género, especialmente en Asia y África, donde hubo menos mujeres que aprobaban la instrucción por pares. Los jóvenes dijeron que los instructores de VIH pares voluntarios eran más confiables y creíbles que la escuela o los adultos.
Conclusiones: La mayoría de los jóvenes quieren instrucción de VIH con pares que no tengan prejuicios y que estén bien capacitados en cuestiones médicas. También prefieren a los adultos jóvenes frente a las figuras autoritarias mayores. Los jóvenes prefieren con mucho, a los maestros pares voluntarios que a los maestros pares pagados, ya que los voluntarios se consideran modelos más confiables. Más mujeres que hombres desconfían de los pares que enseñan sobre el VIH y reciben una paga. Los hombres estaban más dispuestos a aceptar a mujeres como maestras, y las mujeres prefieren maestras pares. Dado que los hallazgos muestran que la educación en VIH dada por pares es más aceptada que la ofrecida por maestros adultos y por maestros de las escuelas, los pares voluntarios bien capacitados deberían utilizarse más. Estos hallazgos apoyan la implementación de más programas de capacitación y trabajo con pares ya que el voluntariado es más costo-efectivo y aceptado por la juventud vulnerable.

Resumen: 6118

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Una programa de intervención conductual para prevenir VIH/SIDA en adolescentes mexicanos

D. Moreno Rodríguez[1], S. Robles Montijo[2], B. Frías Arroyo[3], M. Rodríguez Cervantes[4], R. Barroso Villegas[2], M.d.L. Rodríguez Campuzano[2], E. Díaz González[2]

[1]Facultad de Estudios Superiores Iztacala - Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México, [2]Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México, [3]Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México, [4]Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto de Investigación Psicología y Salud Sexual, México, México.

Antecedentes: En los últimos cinco años se ha reconocido que la ciencia e investigación conductual pueden jugar un papel importante en la protección y mantenimiento de la salud pública. (Fishbein et al., 1996, 2000). Existe una diversidad de programas documentados; sin embargo, no todas las intervenciones son igualmente efectivas. Hemos aprendido que las intervenciones más efectivas son aquéllas dirigidas al cambio de conductas específicas. Este artículo reporta un estudio que evaluó la efectividad de un programa conductual para prevenir conductas sexuales de riesgo entre adolescentes con una edad media de 14.5 años, con o sin experiencia sexual.
Métodos: Se usó un diseño experimental de aplicación de prueba previa y posterior con control y grupos experimentales. Durante la evaluación posterior a la intervención los participantes llenaron cuestionarios de autoreporte evaluando variables psicosociales (creencias, actitudes, autoeficacia, normas e intenciones hacia el uso del condón) y conductuales (comunicación acerca del sexo, estilos de negociación del uso del condón,

tipo de pareja y prácticas sexuales, frecuencia del uso del condón y habilidades para su uso correcto). La intervención consistió de los siguientes elementos: 1) información acerca de la transmisión y prevención del VIH/SIDA; 2) información, análisis y discusión acerca de roles de género en la cultura mexicana; 3) capacitación en el uso correcto del condón y 4) capacitación en comunicación sexual asertiva y negociación del uso del condón a través de la técnica estructural de aprendizaje (modelo, interpretación de roles, retroalimentación, transferencia del entrenamiento).

Resultados: Los resultados mostraron diferencias después de la capacitación entre el grupo experimental y el de control, y también entre los adolescentes con y sin experiencia sexual. Asimismo, los datos demostraron un cambio en la autoeficacia e intenciones como una función de la capacitación en la negociación del uso del condón y el uso correcto del mismo.

Conclusiones: Existe evidencia creciente de que las intervenciones bien diseñadas basadas en la teoría del cambio conductual pueden ser efectivas en la reducción de conductas sexuales de riesgo.

Resumen: 2309

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

La relación entre la salud emocional y las conductas de riesgo en la adquisición de VIH/SIDA e ITS. Una investigación sobre estudiantes universitarios

T.V. Carlota[1], M. Alatorre[2], A. Antillón[2], J.A. González[2]

[1]ITESO A.C., Psicología, Guadalajara, México, [2]ITESO, Psicología, Guadalajara, México.

Antecedentes: El propósito de esta presentación es describir las relaciones entre la conducta sexual de los estudiantes y su salud mental, para proponer programas para el desarrollo integral de la persona, la promoción de la salud y la prevención de VIH/SIDA e ITS. El objetivo se deriva del supuesto general de que las personas jóvenes son uno de los grupos de población con más riesgo en términos de salud. Más aún, la diseminación del VIH/SIDA, hace imperativo el estudio de los patrones conductuales y de actitudes de este grupo de población (García-Baltasar y Figueroa-Perea, 1992). En México, el VIH/SIDA e ITS se relacionan con conductas homosexuales y heterosexuales en los jóvenes, quienes representan la mitad de las nuevas infecciones de este virus. (COESIDA, Jal., 2004)

Métodos: Esta investigación consiste en un estudio exploratorio de regresión, correlacional, descriptivo y seccional. Los participantes fueron 629 estudiantes universitarios, hombres y mujeres de entre 18 y 25 años de edad, elegidos por muestreo incidental en las cuatro universidades del área metropolitana de Guadalajara. Se usaron los siguientes instrumentos CLA (Computerized Lifestyles Assessment, 2.0) de Skinner, H.A. (1994), que incluye 16 vectores de vida cotidiana; y Behavior Monitoring Instrument (OMS, INSP, CENSIDA, 2002), que evalúa la conducta sexual en jóvenes de entre 15 y 24 años edad.

Conclusiones: Los resultados muestran tendencias hacia conductas de riesgo tales como tener varias parejas sexuales y no usar del condón, correlacionadas con depresión, "nerviosismo", dificultad para sonreír, estrés, y fatiga crónica. La evidencia parece sugerir que hay necesidades psicosociales que se cubren con conductas sustitutas que ofrecen gratificación instantánea y que, sin embargo, no cubren la necesidad de fondo (Celis, 2002). La conclusión es que la depresión es un factor consistente en la generación de conductas de riesgo en la vida sexual de este grupo, así como también es el factor con mayor impacto en la correlación de la ausencia de prácticas saludables.

Resumen: 13798

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Mercadotecnia de guerrilla en Chetumal, México: el enfrentamiento del conflicto entre las culturas maya y urbana

R. Román[1], G. Sylvia[2], A. Ospina[3], O. Letouze[4], F. Fernández[5]

[1]Population Services International PSI México AC, Behavior Change Communication, México D. F., México, [2]Graciela Sylva, México D. F., México, [3]Population Services International PSI México AC, México D. F., México, [4]Population Services International PSI México AC., México D. F., México, [5]11 once, México D. F., México.

Antecedentes: Quintana Roo es un estado de la República Mexicana con altas tasas de embarazo en adolescentes (19.8 nacimientos por 10,000 mujeres) e incidencia de VIH acumulativa (132.2) (CONAPO, 2007; CENSIDA, 2007). Al compartir la frontera con Belice, país con alta prevalencia de VIH en la población en general (2.5%), Quintana Roo requiere de programas de intervención para prevenir la diseminación del VIH/SIDA, especialmente entre adolescentes a quienes tradicionalmente se ha desatendido. Este estudio explora el contexto en el que los jóvenes de Chetumal inician su actividad sexual y las barreras para el uso de anticonceptivos, incluyendo condones. Se creó una campaña de cambio conductual para promover conductas más sanas.

Métodos: Se realizaron diez tríadas con hombres y mujeres de entre 15 y 24 años de edad y dos grupos focales con madres

y padres de adolescentes. Los temas explorados fueron: dudas sobre el sexo, relaciones románticas, conocimiento y actitudes acerca del VIH-ITS, uso del condón y de anticonceptivos.

Resultados: Los resultados demuestran que la mezcla de las tradiciones contradictorias maya y católica ocasiona conductas dudosas; entre exaltar el cuerpo, por un lado, y reprimir la sexualidad por el otro. Esto lleva a los adolescentes a iniciar su actividad sexual sin protección. A pesar de que prevalecen las ideas sobre el destino, las cuales impiden que los jóvenes usen métodos anticonceptivos modernos, la coexistencia de ideas modernas de mejora social favorecen el deseo de retrasar los embarazos entre los jóvenes. Este deseo de controlar el calendario reproductivo es limitado por el contexto normativo en el que no se ve bien hablar abiertamente de sexo con pares, parejas y padres.

Conclusiones: Estos hallazgos guiaron la estrategia integral de comunicación: "Menos etiquetas, más comunicación", que incluyó tácticas de comunicación no mediáticas (carteles y mercadotecnia de guerrilla). El objetivo fue subrayar la necesidad de romper los roles tradicionales para hombres y mujeres y la importancia de hablar abiertamente de las dudas sexuales, el uso del condón, y los anticonceptivos. Su efectividad se basa en el uso de canales innovadores para difundir los mensajes y en involucrar activamente a los jóvenes en las diferentes etapas de la campaña.

Resumen: 13499

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Prevención de SIDA y educación sexual para personas miopes y ciegas

P. Germán López, personas miopes y ciegas

CORAZONAR AC. Abriendo senderos a la reconciliación, capacitación, México, México.

Temas: A pesar del progreso en la integración y la calidad de vida para personas con discapacidad visual en México, todavía existen actitudes de discriminación que llevan a una falta de reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales de este grupo, lo que los vuelve vulnerables a contraer el SIDA. Para contrarrestar esta situación, nos hemos involucrado durante 10 años en el desarrollo de la educación sexual a través de un programa "conocer a través de los sentidos". Este programa ha tenido un impacto directo en 2 mil personas miopes o ciegas que se reúnen en los principales centros especializados para estas personas en la ciudad de México.

Descripción: Desarrollamos este programa para implementar experiencias de vida y técnicas recreativas que animen a la participación, ya que trabajamos con varios materiales didácticos, textos, modelos anatómicos y en relieve basados en y para la promoción de los derechos humanos, donde el uso del sistema Braille es básico. Todas estas técnicas favorecen la comprensión y apropiación del tema.

Lecciones aprendidas: El programa ha alcanzado en su propósito de desarrollar las habilidades que permiten a los participantes vivir en armonía con su cuerpo y con el ambiente, integrando todas las áreas del ser humano, previniendo de esta forma embarazos no deseados o infecciones transmitidas sexualmente, como el SIDA.

Pasos a seguir: Para obtener un impacto mayor es necesario hacer materiales de sensibilización en Braille y materiales de audio para distribuir a nivel nacional, así como también diseñar estrategias para llegar a las personas ciegas que no acuden a las instituciones. Seguiremos buscando apoyo económico brindando educación a través de pares y promoviendo la continuación de este programa.

Resumen: 2926

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Prevención de VIH/SIDA: Un programa de telecomunicación para jóvenes

M. Givaudan, M. Barriga

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, Distrito Federal, México.

Las conductas preventivas deben desarrollarse antes del despertar de la sexualidad (Schenker & Nyirenda, 2002); es por esto que los adolescentes representan un grupo clave. Dadas las altas tasas de uso, acceso e interés entre los adolescentes y jóvenes por el Internet, éste ha sido usado con éxito en la promoción de la salud, como una herramienta para programas que previenen las enfermedades de transmisión sexual enfocados a personas jóvenes (Flicker et al., 2004). El Programa de Telecomunicación para Jóvenes para la Prevención del VIH/SIDA, desarrollado por el IMIFAP (Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población) y patrocinado por la Elton John AIDS Foundation, Merck, Sharp & Dome, Johnson & Johnson, Cinépolis, Idéame y Scholar Net, se diseñó para brindar conocimiento, cuestionar mitos acerca de la sexualidad, y desarrollar conductas preventivas en los adolescentes. El programa se implementó en 18 estados en México. Primero se probó con ocho grupos focales que incluían maestros y adolescentes para identificar sus necesidades en relación a la sexualidad y la educación sexual. Con este diagnóstico, los contenidos del programa se definieron y desarrollaron en un sitio web con software interactivo y anuncios de radio. IMIFAP donó 4,000 discos compactos

interactivos a 100 escuelas primarias y 100 secundarias que no tenían acceso a Internet. Se capacitó a 60 maestros a través de talleres interactivos, para usar el sitio web (www.venatrevete.com) y el *software*, y a desarrollar habilidades de vida para la prevención. Se distribuyeron tarjetas postales y panfletos para promover el sitio web y las metas y actividades del programa. Se produjeron seis anuncios de radio que se transmitieron durante dos meses por estaciones locales de radio en 10 estados. Finalmente, se hizo un concurso para desarrollar un cartel para la prevención del VIH/SIDA entre los estudiantes; se imprimieron y distribuyeron 15,000 copias de los tres carteles ganadores. Los resultados muestran que el programa tuvo impacto en el conocimiento, así como en cambios de actitudes y conductas, tanto en los estudiantes como en el público en general de las comunidades participantes.

Resumen: 14516

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Predictores del uso del condón entre adolescentes mexicanos

C. Alvarez[1], Y. Zhou[2], A. Villarruel[1], C. Loveland-Cherry[3]

[1]University of Michigan, School of Nursing, Health Promotion and Risk Reduction, Ann Arbor, Estados Unidos, [2]University of Michigan, School of Public Health, Biostatistics, Ann Arbor, Estados Unidos, [3]University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, Estados Unidos.

Antecedentes: El uso inconsistente del condón entre adolescentes mexicanos puede conducir a embarazos no planeados e infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH. El propósito de este estudio fue identificar los predictores de uso del condón en una muestra de adolescentes mexicanos que participaron en un estudio de control, longitudinal y aleatorio.
Métodos: Se analizaron los datos de pre-intervención de 79 estudiantes de preparatoria de entre 14 y 17 años de edad que reportaron tener actividad sexual. Se usó la regresión lineal para evaluar si las actitudes personales, normas subjetivas, creencias de control y normativas predecían la intención del uso del condón; luego se utilizó TRA/TPB para examinar si la intención de usar condón pronosticaba conductas de uso de condón.
Resultados: El promedio de edad de la muestra fue de 15.44 años (DE =.82). La muestra se compuso en 51.9% de mujeres (N= 41) y 48.1% hombres (N= 38). La media de edad de inicio de actividad sexual fue 14.5 años de edad (DE =.91). Los datos mostraron que 67.1% de los estudiantes usó condón en su primera relación sexual y 61.5% usó condón en su último encuentro sexual. El análisis de regresión lineal mostró que la actitud hacia el uso del condón era el predictor más fuerte de la intención de usarlo (β = .637; p < .001). La aprobación por parte de la pareja del uso del condón fue el segundo predictor de la intención de usarlo (β = .601; p < .001). Los análisis de regresión logística y lineal para la intención del uso el condón en conductas de uso de condón mostraron que sólo el uso de condón en la última relación sexual era predicho por la intención de usar el condón (v = - 4.748; p < .001).
Conclusiones: Las implicaciones de estos hallazgos son que la aprobación de la pareja así como las actitudes hacia el condón en esta población deben explorarse para animar el uso consistente del condón entre adolescentes mexicanos.

Resumen: 8841

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

¿¿Qué onda con mis derechos??!!! Información, salud y prevención de embarazos y VIH/SIDA/ITS en jóvenes

M.E. Barrios Díaz[1], J.A. Quino Andrade[2], B. Delgado Navarrete[3]

[1]Centro de Estudios para el Desarrollo ITZAM NÁ A.C., Directora, México D. F., México, [2]Teatro y SIDA A.C., Director, México D. F., México, [3]Teatro y SIDA A.C., Subdirector, México D. F., México.

Temas: Hasta el 15 de noviembre de 2007 había 115,651 casos de SIDA en México, de los cuales 89.7% había ocurrido por transmisión sexual. Nos enfocamos en: derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazos, y de VIH/SIDA/ITS, para estudiantes de preparatoria, promoviendo el uso de condones femeninos y masculinos.
Descripción: Formamos y sensibilizamos a 7,400 adolescentes acerca de los derechos sexuales, VIH/SIDA/ITS y prevención temprana de embarazos usando teatro, 300 maestros entrenados como promotores, y 350 padres de alrededor de 20 diferentes escuelas preparatorias de la ciudad de México. Se entregaron 6,000 folletos informativos, 2,000 condones masculinos, se armaron y entregaron 350 manuales y juegos sobre sexo seguro a maestros, para que ellos dieran la información a los estudiantes.
Lecciones aprendidas: Por medio del teatro pudimos transmitir la experiencia de una misma situación desde diferentes ángulos y puntos de vista, dependiendo del personaje. Esto lleva a ser mejores críticos, con más herramientas para el análisis y la comprensión de un problema dado. Representamos los problemas de la vida del adolescente con obras de teatro y títeres, mostrando sus sentimientos y necesidades en relación con la pareja, y también las relaciones sexuales sin protección. De esta forma, fue posible que se diera el proceso de identificación que

lleva a compartir las diversas emociones y las vicisitudes de la vida vividas por los personajes; así, se estimula la reflexión, la toma de decisiones y se despierta el interés para participar con su opinión y compartir emociones y sentimientos en un debate después de la función. Capacitar a maestros como promotores y repartir entre ellos el material producido especialmente sobre el tema, asegura que la información será provista a los estudiantes.

Pasos a seguir: Llegar a más escuelas en la ciudad de México y otros estados de la República Mexicana; crear un espectáculo para niños de escuela primaria; entrenar y sensibilizar a padres y maestros sobre la importancia de respetar la decisiones de los adolescentes con respecto a sus cuerpos.

Resumen: 10627

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Jugar y aprender con mi sexualidad. Un enfoque de niño a niño en las intervenciones para prevención de VIH/SIDA

N. Ramírez, P. Urbieta

Ririki Intervención Social, México, México.

Temas: Los programas de prevención de VIH/SIDA no incluyen muchas veces poblaciones objetivo de niños menores de 14 años, por lo que este grupo no tiene información apropiada ni las habilidades para protegerse, tanto en el presente como en un futuro cercano. También es importante considerar que el estigma y la discriminación alrededor del VIH/SIDA persisten junto con los tabúes relacionados con la sexualidad. Es importante desarrollar estrategias dirigidas a los niños que tengan como meta desarrollar valores de no discriminación y conductas inclusivas, al tiempo que rompen con las barreras y tabúes.

Descripción: La presentación describe la experiencia de una intervención de prevención basada en el uso de cinco juegos de mesa: "ADIS" (el acrónimo se deriva de invertir la palabra SIDA), "El maratón del espermatozoide"; "Mis derechos, Tuister"; "ITS 2006" (Infecciones de transmisión sexual), y "La lotería de la prevención". Todos ellos fueron desarrollados por un grupo de 27 niños de entre 10 y 14 años (migrantes rurales, indígenas, y urbanos de clase baja y media). Se reportará la experiencia y el proceso de 30 ONG mexicanas que implementaron estrategias usando estos juegos. Hasta ahora, se ha llegado a 2,801 niños (menores de 14 años); 666 jóvenes (entre 15 y 25 años de edad); 258 padres; 83 promotores y 48 abuelos.

Lecciones aprendidas: La estrategia de niño a niño ayuda a desarrollar herramientas accesibles para niños en la prevención de VIH/SIDA, y transmitir mensajes de inclusión y no-discriminación. El uso de juegos facilitó la reducción del estigma y los tabúes, a través del desarrollo de espacios donde las familias tuvieron una comunicación efectiva sobre el VIH/SIDA y otros temas sexuales.

Pasos a seguir: Es importante continuar sensibilizando a los adultos acerca del papel que juegan los niños en la lucha contra el VIH/SIDA y la discriminación y el estigma alrededor de estos temas. Asociándonos con otras organizaciones, desarrollamos una experiencia basada en el reconocimiento del papel que juegan los niños como ciudadanos y miembros de la comunidad que pueden contribuir de manera importante en la prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de conductas no discriminatorias.

Resumen: 8982

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Una estrategia para fortalecer al sector de servicios comunitarios de VIH: intercambio Sur-Sur con el Proyecto Payasos en Guatemala

S. Gue, A. Savdié

Asociación Payasos Atz'Anem K'oj, Prevención de SIDA a través de las artes y el teatro callejero en América Central, Quetzaltenango, Guatemala.

Introducción: Como parte del programa regional de construcción de capacidades, el Proyecto Payasos ha sido con éxito el anfitrión de siete educadores en salud sexual de países latinoamericanos desde el 2004, lo que ha ampliado en gran medida el alcance y la dirección estratégica del proyecto. Los intercambios Sur-Sur se presentan como una estrategia viable y de bajo costo para construir capacidades para el sector comunitario.

Objetivo: Ampliar la respuesta regional comunitaria a gran escala hacia la pandemia a través de intercambios Sur-Sur realizados por jóvenes profesionales que intercambian experiencias como practicantes remunerados mientras realizan su trabajo y reproducen las estrategias exitosas en el contexto de sus hogares.

Métodos: Durante cuatro meses los practicantes participaron de tiempo completo en todos los aspectos del proyecto, administrativos, trabajo de campo, desarrollo de material educativo, capacitación a jóvenes para la educación de pares, y apoyo. Más adelante, desarrollaron un concepto y un presupuesto para un proyecto de comunicación basado en el arte que Payasos apoyó con financiamiento y administración.

Resultados: Este programa ha creado una red de proyectos comunitarios de comunicación en salud sexual basados en el arte

en México, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela. También permitió la expansión del Proyecto Payasos, que operaba en el área rural, a zonas marginadas urbanas de Guatemala.
Discusión: Duplicar estrategias de comunicación masiva efectivas como el teatro callejero y la educación entre pares para jóvenes a través de intercambios profesionales permite, a mediano plazo, que la información y las habilidades se compartan con grupos vulnerables que de otro modo no tendrían acceso a ellas. Tanto las organizaciones anfitrionas como las organizaciones de los practicantes se beneficiaron ampliamente con el intercambio; sin embargo, todavía existe un problema para las organizaciones pequeñas: el hecho de que a menudo no pueden prescindir de sus integrantes más hábiles por periodos largos de tiempo y recaudar financiamientos (para crecer y mantener la red).

Resumen: 8942

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Estrategias de prevención de VIH/SIDA para jóvenes en áreas marginales de la ciudad de México a través de un intercambio intergeneracional con mujeres que viven con VIH

S. Mino Gracia, Estudiantes entre 15 y 19 años de edad que viven en áreas marginadas y/o comunidades indígenas en la ciudad de México, y mujeres que viven con VIH.

SIPAM - Salud Integral para la Mujer A. C., Programa Jóvenes, Salud Sexual y Salud Reproductiva, México, D. F., México.

Temas: La ciudad de México tiene el mayor número de casos de VIH/SIDA en la República Mexicana. Los jóvenes son un grupo vulnerable a la infección por VIH debido a su acceso limitado a información científica para prevenir infecciones de transmisión sexual. La ciudad de México es una entidad federativa que cuenta con muchos de los mejores programas en salud y educación en el país, pero también tiene áreas marginadas donde viven personas con un estatus socioeconómico bajo y mujeres jóvenes que pueden vivir en situaciones de alto riesgo de violencia de género, embarazos no deseados, y una alta prevalencia de VIH/SIDA.
Descripción: El propósito del proyecto, realizado en 2007, fue brindar información a los jóvenes acerca del impacto de VIH/SIDA en las personas, a través de los testimonios de mujeres que viven con VIH/SIDA. También se capacitó a los jóvenes en estrategias de prevención de VIH y se habló de su derecho a obtener información en un concurso de radio. 800 jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, de 16 delegaciones de la ciudad de México, alumnos de 18 escuelas preparatorias se sensibilizaron a través de la producción de programas de radio con temas sobre VIH/SIDA.
Lecciones aprendidas: El trabajo de este proyecto permitió la enseñanza de la prevención y la sensibilización de los jóvenes acerca de los derechos de las personas que viven con VIH en las áreas donde el acceso a la información es mínimo o nulo. Pudimos cumplir nuestros objetivos pero pensamos que es necesario implementar otras estrategias que traten sobre la inequidad y violencia de género que afecta a esta población y aumenta la vulnerabilidad al VIH.
Pasos a seguir: Para duplicar la estrategia es importante incluir educación entre pares, ya que de esta forma el proyecto podrá duplicarse entre gente joven tal como estudiantes y mujeres jóvenes que viven con VIH.

Resumen: 6761

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Salud reproductiva, sexualidad sana y SIDA entre jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma de Sinaloa

G. Bertha

Universidad Autónoma de Sinaloa, Salud Reproductiva Sexualidad y Sida, Culiacán, Sinaloa, México.

Temas: Brindar información científica acerca de la sexualidad, promoviendo la responsabilidad personal y autocuidado, y la supervisión sexual hacia las infecciones de transmisión sexual y el SIDA. El objetivo fue desmitificar el sexo, así como educar a los participantes en sexualidad sana, y capacitarlos en los múltiples recursos que pueden usarse en la comunicación sexual.
Descripción: El programa se llevó a cabo en la Universidad Autónoma de Sinaloa, promoviendo cursos y talleres para la comunidad universitaria, con énfasis en estudiantes de preparatoria y universitarios, en los que se discutían temas acerca de salud reproductiva, sexualidad, SIDA e infecciones de transmisión sexual. Incluía técnicas de visualización, relajación-meditación y temas para conferencias acerca de la salud integral del adolescente. Estos temas se estudiaron de forma participativa a través de juegos, música, debate, títeres, ejercicios de reflexión y expresión creativa. Animábamos al debate a través de la acción participativa con el propósito de generar conocimientos amplios acerca de la sexualidad humana, el VIH/SIDA y las ITS.
Lecciones aprendidas: Animar al análisis y la reflexión modificará las actitudes y prácticas sexuales cambiándolas hacia con-

ductas respetuosas, el autocuidado del cuerpo y la prevención de conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA e ITS.

Pasos a seguir: Desarrollar habilidades y conocimiento entre la población de adolescentes acerca de los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y la forma de prevenirlas produciendo materiales educativos y herramientas acerca del tema, lanzando campañas de difusión, y búsqueda de recursos, así como bases para mejorar la eficiencia del programa y sistematizar nuestra experiencia.

Resumen: 2909

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Prevención de VIH/ITS a través del desarrollo de habilidades para la vida

M. Givaudan[1], I. Leenen[1], S. Pick[2]

[1]Instituto Mexicano para la Investigación de la Familia y la Población, Distrito Federal, México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano para la Investigación de la Familia y la Población, Distrito Federal, México.

La información reciente indica que hasta 60% de todas las nuevas infecciones de VIH se dan en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Asimismo, este grupo tiene la más alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ITS) de entre todos los grupos de edad (UNAM, 2002). Como los adolescentes son un grupo objetivo clave para el cambio de conductas, antes de llegar a la edad adulta, se requieren programas que se enfoquen en brindar educación en salud sexual y promover conductas sexuales sin riesgo para los jóvenes antes de que sean activos sexualmente (Schenker & Nyirenda, 2002). El objetivo amplio de este estudio fue implementar y probar la eficacia de un currículo para escuela primaria sobre habilidades para la vida, como una estrategia temprana de prevención de VIH e ITS en escuelas primarias mexicanas. El programa llamado "Quiero y puedo", financiado por los Institutos Nacionales de Salud se llevó a cabo en los estados de Hidalgo y Campeche con la finalidad de cambiar las actitudes y conductas de los participantes a favor de la salud sexual. Se capacitó a 60 maestros a través de talleres participativos de 40 horas, y ellos duplicaron el programa con 2,000 niños de cuarto a sexto de primaria aproximadamente (entre 10 y 13 años de edad) en 48 escuelas primarias públicas, a través de talleres interactivos. Los maestros fueron acompañados durante la duplicación del taller para recibir retroalimentación. Se evaluó el impacto del programa con 1,581 niños (52% niñas) que llenaron un cuestionario cerrado de cuatro puntos al principio y al final de cada uno de los tres años escolares. El análisis se basó en un modelo lineal jerárquico que mostró claramente efectos positivos con respecto a:

1) Conocimientos y actitudes de VIH/SIDA;
2) Actitudes de comunicación, normas acerca de la comunicación, autoeficacia en la comunicación, intenciones en la comunicación, y conductas de comunicación; y
3) Conocimiento del condón y las normas acerca del uso del mismo.

Resumen: 9977

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

"Las Condoneras": una estrategia comunitaria creativa para las poblaciones en mayor riesgo que promueve el uso del condón y lubricantes para la prevención de ITS-VIH en México

J.A. Arias Velasco[1], B. Sol2, A. Gómez[2], J.J. Hernández Chávez[2]

[1]Colectivo Sol A.C., México, México, [2]Colectivo Sol, A.C., México, México.

Temas: Las poblaciones sexualmente activas que tienen más riesgo (MARP, en inglés): trabajadores sexuales hombres, transexuales y mujeres; hombres gay, y HSH; adolescentes y jóvenes sexualmente activos, tienen constantemente necesidad de condones (masculinos y femeninos) y lubricantes como forma de prevenir ITS, VIH y embarazos no deseados. Aunque el acceso a ellos no es difícil, su consumo no es siempre fácil ni evidente debido a falta de recursos, actitudes negativas, oposición de los proveedores del servicio, o simplemente inconciencia.

Descripción: El Colectivo Sol maneja un proyecto de mercadeo social de condones conocido como Condomóvil. Además, para ampliar el alcance y visibilidad de los condones y lubricantes entre MARP, ColSol desarrolló Las Condoneras, una estrategia basada en el uso innovador de *drag queens* como promotores de condones que imitan "chicas del cigarro" en los bares. Hacer que las MARP acepten y compren —sin resistirse— productos de prevención como condones y lubricantes en sus propios territorios se dice fácil. Los obstáculos creados por la policía, los dueños y administradores de los bares, los padrotes y otros vigilantes de las entradas a estos lugares se superaron con el uso creativo de un grupo de teatro de voluntarios que facilita el acceso a los lugares de reunión y la aceptación de los condones y lubricantes por parte de las MARP. Las Condoneras también han hecho actuaciones a nivel masivo en el sistema de transporte del Metro, tratando temas como la diversidad sexual, el VIH y las ITS para el público en general.

Lecciones aprendidas: La creatividad y la buena planeación del uso de caracteres populares como las *drag queens* facilita el acceso y la adquisición de bienes de prevención entre MARP y atrae la atención de otros sectores de la sociedad haciendo que los condones y lubricantes sean accesibles y aceptados por las poblaciones objetivo.
Pasos a seguir: Dado el éxito de Las Condoneras, ColSol continuará su promoción y transferirá la metodología a transexuales, trabajadores sexuales y hombres gay, para intensificar así la accesibilidad de los condones y lubricantes, y trabajará hacia la sustentabilidad de este proyecto comunitario y esta estrategia de mercadeo social.

Resumen: 13366

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

"Yo soy, yo comunico, yo pertenezco". Un programa de educación en salud sexual para adolescentes entre 15 y 18 años de edad en una institución educativa de nivel medio superior en la ciudad de México

F.J. Hernández Ramos, M. López-Calderón, G. Muñoz Ramos
La Manta de México, A. C., México, México.

Temas: Cursos informativos sobre sexualidad para prevenir VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
Descripción: La intervención de estos cursos se hizo en escuelas preparatorias públicas del Gobierno del Distrito Federal. La actividad consistió en realizar cursos interactivos acerca de sexualidad, prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. La información que se brinda es tanto teórica como práctica, así que tratamos de usar la información más reciente de diferentes campos científicos como: Biología, Psicología Social e Individual, Sociología y Antropología. Nuestro objetivo fue brindar el conocimiento y motivar a la juventud mexicana a aplicar estos temas de sexualidad y VIH/SIDA en su vida cotidiana.
Lecciones aprendidas: El impacto de esta campaña puede verse en el mismo modelo educativo que involucra la participación de adolescentes; y luego son ellos los que dan esta información teórica que se les ha transmitido, llevándola a sus vidas personales (en un primer paso), y más adelante a su mundo social (segundo paso), en el momento en el que reproducen la información para otros. Así, los resultados de esta campaña pueden verse en 3,567 adolescentes de 16 diferentes escuelas preparatorias del Distrito Federal que tomaron el curso. El uso de material visual y gráfico mejora la reflexión y la interacción en los adolescentes, y ambas generaron por sí mismas nuevos conocimientos. Finalmente, la exhibición de mantas conmemorativas, que incluían ideas y emociones de la gente que ha muerto de SIDA y causas relacionadas promovió la consciencia hacia los problemas sociales asociados con el VIH/SIDA
Pasos a seguir: Haremos más campañas de prevención en estas 16 escuelas preparatorias públicas del Gobierno del Distrito Federal, también llevaremos esta información a otras instituciones de educación, públicas y privadas. Estamos planeando un curso especial cuyo objetivo será la creación de mantas conmemorativas.

Resumen: 6376

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Discursos de los jóvenes sobre el significado del autocuidado y las prácticas sexuales

C.E. Tello Vaca, M. Alatorre Martín
Tejiendo Redes, Educación y Bienestar, Guadalajara, México.

Propósito: Identificar los paradigmas (creencias, significados) que subyacen al discurso de los estudiantes universitarios sobre las prácticas sexuales.
Métodos: Se aplicó un método cualitativo interpretativo a cinco grupos focales, donde se exploraron los significados e ideas acerca de las prácticas sexuales y el VIH/SIDA. La estrategia metodológica incluyó la generación inductiva de códigos y categorías en una comparación en la que los eventos sociales observados se entremezclan. Los participantes fueron estudiantes universitarios de ambos sexos, solteros, entre 17 y 24 años de edad, con o sin parejas estables, que estudiaban licenciaturas en el área de las ciencias sociales, de clase media, que tenían vida sexual activa o no habían iniciado su vida sexual todavía, que vivían en el área metropolitana de Guadalajara. El procedimiento consistió en proyectar un video que muestra una situación que ocurre entre gente joven de hoy en día: una pareja coquetea en un centro nocturno y ella le da un condón con su número de teléfono. Así se abrió la discusión y los participantes tuvieron la oportunidad de describir sus creencias acerca de la práctica de la sexualidad y el VIH/SIDA al comentar el video.
Resultados: Se detectaron dos tipos de conductas influidas por las creencias: El viejo paradigma que incluye el machismo, el sexismo, y la virginidad femenina como valor y como una condición que debe estar presente para iniciar una relación formal; una mujer que toma la iniciativa en y por una relación pierde su valor; el miedo al cuerpo y la importancia de la imagen social sobresalieron; y el nuevo paradigma, que incluye la experiencia

de la sexualidad como una parte natural de la vida humana, que implica satisfacción, gozo del propio erotismo, y tomar decisiones propias con respecto a las relaciones sexuales; esta actitud conlleva conductas de autocuidado.

Conclusiones: El estudio enfatiza la importancia de la educación sexual desde una temprana edad para que cuando en la juventud se inicie la vida sexual se tenga el conocimiento y las habilidades desarrolladas para tomar decisiones propias acerca del cuerpo y del ejercicio de la sexualidad, respetando y aceptando los propios deseos.

Resumen: 15329

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

El incremento en el uso del condón a través de la educación sexual interactiva. Trabajo realizado con estudiantes de tercero de secundaria en la Jurisdicción de Nezahualcóyotl, Estado de México

J.L. Centeno Pedroza[1], R. Loza[1], A. Hernández[1], P. Matamoros[1], M.E. Díaz[1], B. Miranda[2], L. Hernández[3], C. Huerta[4], R. Tecuapacho[3], E. González[5], L. Rosellon[6], J.L. Nieves[7], B. Piña[8], E. Rodríguez[9], Estudiantes de 3ro. de secundaria

[1]Instituto de Salud del Estado de México, Centro ambulatorio de prevención y atención del SIDA e ITS, Ecatepec Estado de México, México, [2]Instituto de Salud del Estado de México, Centro ambulatorio de prevención y atención del SIDA e ITS, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [3]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Maravillas, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [4]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Loma Bonita, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [5]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Nezahualcóyotl, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [6]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano El Sol, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [7]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Jardines, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [8]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Impulsora, Nezahualcóyotl Estado de México, México, [9]Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Urbano Esperanza, Nezahualcóyotl Estado de México, México.

Temas: En cuanto a la prevención, las campañas no están teniendo el impacto que se desea. La población en la Jurisdicción de Nezahualcóyotl entre 15 y 25 años de edad está contrayendo VIH. El uso del condón es menor a 2% entre los adultos y menor a 20% entre los jóvenes de 15 años de edad. 79% de los casos de VIH/SIDA ocurren en personas entre 25 y 44 años de edad. Pensamos que dar información no es suficiente; para que haya actitudes de prevención se requiere concientizar a los jóvenes. Nuestro objetivo fue reducir la transmisión sexual del VIH, concientizando a las personas de que todos estamos bajo el riesgo, así que para prevenir, hay que usar el condón.

Descripción: Realizamos un estudio piloto en 13 escuelas con 720 estudiantes de tercero de secundaria cuya edad promedio fue de 15 (14 a 16) años; 50% mujeres, 50% hombres. Llevamos a cabo un taller experiencial acerca de la prevención del VIH/SIDA, dividido en seis sesiones, teniendo una sesión de dos horas al mes. Se administró un cuestionario de 23 preguntas antes y después del taller con preguntas acerca de conocimientos básicos del VIH/SIDA y las actitudes y percepciones acerca del uso del condón.

Lecciones aprendidas: 3% de los estudiantes pudieron definir el VIH, lo que representó un aumento de 77.72% al final del taller. 13.3% tenía una vida sexual activa, 20% había tenido más de una pareja sexual, 32.6% había usado condón; después del trabajo de concientización, 90.9% dijo que lo usaría. Después del taller se percibió una actitud de apoyo a la prevención y una actitud de respeto hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Próximos pasos: La educación a través de la experiencia hace que las personas sean conscientes del uso del condón; después de nuestra intervención el uso se incrementó en 300%. Consideramos necesario continuar con esta metodología de trabajo, adaptándola a las necesidades de los grupos humanos con los que interactuemos. "Usar el condón no es soñar, es luchar para mejorar".

Resumen: 9743

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Prevención a cuatro llantas en México

A. Gómez, J.A. Arias Velasco, J.J. Hernández Chávez

Colectivo Sol, A.C., México, México.

Temas: La oposición proactiva al uso del condón y los lubricantes por grupos conservadores, autoridades y la Iglesia católica es un obstáculo en las campañas de prevención en México. A pesar de que el gobierno federal y algunos programas de los estados son fuertes defensores del uso del condón y lubricantes, en la práctica, la mayoría de los gobiernos locales se oponen y combaten el mercadeo social del condón. Los lubricantes a base de agua son caros y no se encuentran disponibles en muchos lugares.

Descripción: Desde sus inicios en 1998, el Condomovil, un proyecto social de mercadeo del Colectivo Sol, ha sido un actor clave y único en la promoción de condones e información útil en la prevención de VIH e ITS en todo el país. Esta campaña ha

realizado más de diez giras nacionales que han incluido a casi todos los estados y que han resultado ser una intervención de defensa y promoción del uso del condón y los lubricantes en ciudades y estados conservadores donde el desacuerdo de los opositores ha llegado incluso a la agresión física, el desalojo de plazas públicas y la excomunión. La ausencia de lubricantes con base de agua accesibles y a un precio adecuado llevó a Col-Sol a producir su propia marca: DESLIZ, un lubricante de bajo costo que se vende junto con condones de látex también de bajo costo. La colaboración con gobiernos locales, que llevan a cabo escasas actividades de promoción del condón en medios de difusión locales, ha beneficiado a nuestros clientes, especialmente a la gente joven. El Condomovil ha ofrecido transferir su experiencia y conocimientos a los gobiernos locales para que inicien sus propios proyectos de mercadeo social de condones y lubricantes pero sin éxito hasta el momento.

Lecciones aprendidas: Hacer visibles y atractivos los condones y lubricantes de bajo costo y alta calidad anima a los clientes a incrementar su uso. Enfrentar la oposición de grupos conservadores, gobiernos e iglesias pone el ejemplo y estimula a las personas a defender sus derecho a acceder a tecnologías de prevención. Debe haber más apoyo político para que la promoción del uso de condones y lubricantes sea efectiva.

Próximos pasos: Los programas de prevención de VIH/SIDA estatales deben apoyar y animar las actividades del Condomovil o crear sus propios Condomoviles locales.

Resumen: 14696

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Jóvenes voluntarios en la frontera entre México y Guatemala detienen el VIH

G. Gómez Gómez[1], C.A. Velasco García[2]

[1]INFROSUR, A.C., Director, Frontera Comalapa, México, [2]Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios 108, Servicios Docentes, Comitán De Domínguez, Chiapas, México.

Temas: El estado de Chiapas, México; y el Departamento de Huehuetenango, Guatemala, tienen una alta vulnerabilidad al VIH debida a su situación geográfica en la frontera entre Chiapas y Guatemala, que cuenta con el mayor tráfico de personas en la frontera sureste de México, el cual se ha intensificado en los últimos 10 años, permitiendo un intercambio natural, cultural, económico y social, especialmente en la municipalidad de Frontera Comalapa, Chiapas, México, y La Democracia, Huehuetenango Guatemala, donde muchísima gente joven de Centroamérica está en tránsito hacia el norte del continente.

Descripción: Desde julio del 2007 hemos intensificado una estrategia ya existente en la que la gente joven practica la educación existencial entre pares, dando información que se transforma en educación para la vida y que promueve mejores conductas, actitudes y aptitudes en el ejercicio de la sexualidad para así poder enfrentar el VIH, ITS, y embarazos no deseados. En este proceso, se entrenó a un grupo de estudiantes voluntarios de La Democracia, Guatemala, quienes llevan a cabo acciones de información y promoción del uso del condón, para que tanto ellos como sus compañeros en la escuela promuevan la atención a la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes entre sus compañeros.

Lecciones aprendidas: Desde 1991 se ha realizado trabajo constante de información para la prevención del VIH, lo que nos ha permitido reconocer que la educación es un proceso dinámico de aprendizaje mutuo, donde tanto el educador como el alumno se enriquecen, y que a través del proceso de acción-reflexión-acción, es posible acercarse a una mejor comprensión de las prácticas sexuales riesgosas, que son iguales en México y Guatemala.

Próximos pasos: Formaremos una red binacional de EVISIDAS a ambos lados de la frontera entre México y Guatemala para promover la salud sexual entre los migrantes jóvenes, en camino hacia norteamérica.

Resumen: 4656

C44 - Programas de prevención para jóvenes y adolescentes

Exposición sobre sexualidad en un museo de ciencias: evaluación preliminar

M.I. Carles King

Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, México, D.F., México.

Antecedentes: UNIVERSUM es un museo de ciencias de la Universidad de México. Para satisfacer el ya demostrado y conocido interés en temas sobre sexualidad por parte de los visitantes del museo, se diseñó una exposición sobre dicho tema.

Métodos: Para desarrollar el análisis preliminar propuesto, diseñamos un cuestionario que se aplicó a 75 personas entre 12 y 18 años de edad. Este instrumento constaba de dos secciones en las que se trataba de mostrar lo que la gente joven quiere saber sobre el sexo, y una tercera sección que preguntaba acerca de lo que la gente joven realmente sabe sobe la sexualidad. De acuerdo con esto esperábamos saber cuál sería la mejor forma de mostrar estos temas ya que si nuestro público quiere conocer ciertos temas porque no los conocen, el museo tiene la obliga-

ción de incluirlos en su planeación. En el caso de que el público quiera saber sobre algún tema que ya conoce, el museo debe incrementar este conocimiento. Por otro lado, si la respuesta es que el público no quiere recibir información sobre algún tema porque ya lo conocen, el museo debe decidir si se incluye o no. Si encontramos que nuestro público no quiere saber acera de un tema a pesar de no conocerlo, el museo está obligado mostrarlo de alguna manera.

Resultados: Se encontró que los hombres y mujeres entre 12 y 18 años de edad quieren saber acerca de temas como la relación sexual y el orgasmo porque no los conocen. Sin embargo, no les interesa saber acerca de la menstruación y la fisiología de los órganos reproductivos, a pesar de que son temas que también desconocen.

Conclusiones: La relación sexual y el orgasmo son los dos temas que la gente quiere conocer. Los temas más solicitados fueron: SIDA, sexo seguro, masturbación, homosexualidad, anticoncepción y uso del condón. Temas absolutamente necesarios porque la gente los desconoce son: fisiología de los órganos reproductivos y menstruación.

Resumen: 12832

C45 - Programas de prevención para reducir infecciones de VIH en infantes

Prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo, y atención y tratamiento pediátrico del VIH: medición del progreso en países con ingresos bajos y medios, 2004-2006

P. Doughty[1], C. Luo[2], P. Akwara[3], R. Gass[1], R. Ekpini[1]

[1]UNICEF, Health Section, Nueva York, Estados Unidos, [2]UNICEF, HIV/AIDS Section, Nueva York, Estados Unidos, [3]UNICEF, Strategic Information Section, Nueva York, Estados Unidos.

Antecedentes: Hasta el momento, se conocía poco sobre los avances hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), especialmente en áreas como la prevención de la transmisión de madre a hijo, (TMH), y la atención y tratamiento pediátrico del VIH. UNICEF, junto con la OMS, desarrolló un reporte anual para rastrear el progreso a nivel global y catalizar y acelerar los esfuerzos para incrementar dichos progresos.

Métodos: Esta presentación revisa la información de los programas nacionales de países con ingresos bajos y medios, que representan 99% de los 1.5 millones de casos de mujeres embarazadas VIH positivas que dieron a luz en 2006 y 99% de los niños (<15 años de edad) que se calcula que están infectados de VIH y necesitan tratamiento antirretroviral (ARV), para rastrear el progreso de TMH y la atención y tratamiento pediátrico del VIH.

Resultados: El seguimiento de la información sobre TMH comenzó en 2004 cuando la cobertura a nivel mundial era solamente de 10%. En 2006 esta cobertura ha aumentado a 23% con más de 350,000 mujeres que reciben ARV para reducir el riesgo de TMH, un incremento de 146% en sólo tres años. La información a nivel regional indica que se ha incrementado la cobertura en América Latina, y Europa Central y Oriental (40% y 79% respectivamente). En el este y sur de África hay avances alentadores, aunque todavía por debajo de la meta, ya que 31% de los casos de mujeres embarazadas VIH positivas recibieron ARV, en comparación con casi 11% que la recibió en 2004. El seguimiento de los programas pediátricos de VIH se inició en 2005 y para el final de 2006, el número de niños que recibieron tratamiento aumentó de cerca de 72,000 en 2005 a 127,300. Cada vez más, los programas nacionales se acercan a alcanzar la cobertura en servicios e intervenciones apropiados que necesita cada país, tales como proveer pruebas iniciales, orientación sobre infantes y diagnóstico temprano de VIH.

Conclusiones: Mientras que la cobertura de TMH y de atención y tratamiento pediátrico de VIH permanece desafortunadamente baja en muchos países, se ha hecho algún progreso. El desarrollo de las medidas necesarias y la revisión de los datos ha estimulado el progreso y ha ofrecido oportunidades para compartir las lecciones aprendidas. Si continúan las tendencias presentes se incrementarán los números en países con una carga elevada y se alcanzarán las metas asociadas con los ODM.

Resumen: 14884

C45 - Programas de prevención para reducir infecciones de VIH en infantes

Diferencias en la prevención de la transmisión vertical de VIH y diagnóstico en la infancia en las últimas dos décadas

E. Plascencia-Gómez, P. Villalobos-Acosta, M. Guerrero-Muñoz, N. Pavia-Ruz

Hospital Infantil de México Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas. Clínica de niños con VIH, México D.F., México.

Antecedentes: El primer caso pediátrico de VIH en México ocurrió en 1985. Durante estos 23 años, se ha aprendido mucho acerca de la prevención y diagnóstico de VIH/SIDA. El objetivo de este estudio fue analizar los cambios temporales en la información demográfica, clínica y epidemiológica de niños mexicanos infectados con VIH.

Métodos: Se revisaron 213 expedientes médicos, correspondientes a los niños infectados con VIH nacidos durante un período de 22 años (1985-2007). Todos los pacientes recibieron seguimiento en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se obtuvo la información demográfica, clínica y epidemiológica. Para propósitos comparativos, los pacientes se clasificaron de la siguiente manera: Grupo 1 (nacidos entre 1985-997) y Grupo 2 (nacidos entre 1998-2007).
Resultados: Ver Tabla 2.

Tabla 2

	Grupo 1 1985-1997 n=90	Grupo 2 1998-2007 n=123
Edad del diagnóstico de VIH	62.8 meses	26.1 meses
Edad al inicio de los síntomas clínicos	31.4 meses	9.27 meses
Estado del diagnóstico	C3 (35%)	C3 (25%)
Carga viral al momento del diagnóstico	164,380 cop/ml	602,491 cop/ml
Edad al inicio de ART	74.8 meses	27.6 meses
Edad de la madre	26.3 años	26.8 años
Atención médica durante el embarazo (3 o más visitas)	19 / 48	56 /79
Pruebas de VIH durante el embarazo	2	5
ART durante el embarazo	1	1

Conclusiones: En los últimos 10 años, el diagnóstico de niños infectados con VIH se hace a edades más tempranas y la terapia ART se empieza antes, comparando los datos más recientes de la epidemia con los de 10 años atrás. Estos hallazgos probablemente se deban al aumento de la conciencia en el público y la continua educación en el ámbito médico. Sin embargo, todavía es común encontrar mujeres embarazadas que no han recibido el diagnóstico; este "foco rojo" indica la necesidad urgente de mejorar el cuidado prenatal y recomendar pruebas de VIH para todas las mujeres embarazadas.

Resumen: 13235

C45 - Programas de prevención para reducir infecciones de VIH en infantes

Transmisión de VIH de madre a hijo en un estudio de cohorte para mujeres embarazadas diagnosticadas por la prueba rápida de VIH en el Hospital General de Tijuana, Baja California, México

R. Viani[1], P. Hubbard[2], J. Ruiz-Calderón[3], G. López[3], E. Chacon-Cruz[3], S. Spector[1]

[1]University of California San Diego, La Jolla, Estados Unidos, [2]University of California San Diego, San Diego, Estados Unidos, [3]Tijuana General Hospital, Tijuana, México.

Antecedentes: La tasa de transmisión de VIH de madre a hijo (TMH) en México se estima en 30%. Nuestro objetivo es medir la TMH a partir de las intervenciones de terapia antirretroviral en el Hospital General de Tijuana, Baja California, México.
Métodos: Se hizo una prueba rápida de VIH (Determine® HIV-1/2) a las mujeres embarazadas en trabajo de parto y a las que buscaban atención prenatal; para confirmar a las que habían resultado positivas se aplicó la prueba Western blot. Se ofreció terapia antirretroviral de acuerdo con los lineamientos en México. Se alimentó a todos los niños con fórmula. El VIH DNA PCR se tomó al momento del nacimiento, dos y seis meses después.
Resultados: Entre marzo del 2003 y diciembre de 2005, 45 mujeres en trabajo de parto, y 17 en atención prenatal resultaron VIH positivas. Entre las pacientes en trabajo de parto 29 (64%) no habían recibido atención prenatal y solamente 14 (31%) dieron a luz por cesárea, comparado con las 17 (100%) pacientes diagnosticadas durante cuidados prenatales ($P < 0.001$). La media del conteo de células CD4 y el VIH RNA PCR no difirió entre las pacientes en trabajo de parto o las que buscaban atención prenatal y fueron 484 y 351 células/μL ($P= 0.13$), y 36,375 y 19,132 copias/mL respectivamente ($P= 0.22$). La administración de ZDV intravenoso fue más común en las pacientes en atención prenatal, comparada con las que estaban en trabajo de parto, 16 (94%) vs 14 (31%; $P< 0.001$). Se dieron 57 nacimientos de niños vivos, 17 del grupo de atención prenatal y 40 del grupo en trabajo de parto. Hubo 5 nacimientos de niños muertos, todos en el grupo en trabajo de parto. Se administró ZDV oral a 16 (94%) y a 33 (82%) infantes del grupo de madres en atención prenatal y del grupo de trabajo de parto respectivamente. Todas las mujeres que estaban en el grupo de atención prenatal recibieron una terapia compuesta por una combinación de tres antirretrovirales. Diez infantes resultaron infectados del grupo de mujeres en trabajo de parto, lo que resultó en una tasa de 25% de TMH. Ninguno de los 17 niños del grupo de atención prenatal resultó infectado.
Conclusiones: Estos hallazgos indican que la prueba rápida de VIH para mujeres embarazadas permite promover intervenciones con antirretrovirales que causan una reducción significativa de la TMH.

Resumen: 8579

C46 - Programas de prevención que abordan la desigualdad de género

Hacer la diferencia: fortalecimiento de la prevención de VIH/SIDA para mujeres jóvenes y niñas

K. Osborne[1], L. Collins[2], P. Matinga[3], R. Fransen- dos Santos[4], A. Garner[1], A. Toure[2]

[1]IPPF, Londres, Inglaterra, [2]UNFPA, Nueva York, Estads Unidos, [3]Family Planning Association of Malawi (Consultant), Lilongwe, Malawi, [4]Young Positives, Amsterdam, Países Bajos.

Temas: En muchas partes del mundo las niñas y jóvenes (menores de 24 años) se ven afectadas de forma desproporcionada por la pandemia del VIH. Los factores de índole social, político, legal, económico y cultural contribuyen a su vulnerabilidad. Sin embargo, las necesidades de las mujeres jóvenes y niñas pocas veces se consideran de forma específica en las estrategias de prevención de VIH y pocas veces se les incorpora a ellas en el proceso de toma de decisiones y el diseño de programas que buscan ayudarlas.

Descripción: Como parte de Global Coalition of Women and AIDS, junto con la UNFPA y Young Positives, IPPF desarrolló una serie de boletines que documentan el estatus de las estrategias de prevención en 23 países en todo el mundo. Los boletines incluían investigación secundaria, hallazgos de entrevistas con actores nacionales, y grupos de discusión con niñas, cubriendo cinco aspectos clave de las estrategias: marco de las políticas; legislación; habilidad y accesibilidad a los servicios de prevención de VIH, y el nivel de la participación de las niñas en la toma de decisiones. Los boletines concluían con recomendaciones especiales para futuras acciones.

Lecciones aprendidas: Se fomentaron cambios en las políticas: una política nacional para los jóvenes y VIH/SIDA desarrollada en Malawi. Se brindó una herramienta para la defensa: las ONG están empezando a enfocar sus programas en la prevención con mujeres jóvenes y niñas. Se logró una plataforma participativa: en Uganda se estableció un grupo de jóvenes en el parlamento para abordar asuntos relacionados específicamente con la gente joven.

Recomendaciones: las agendas de prevención necesitan reconocer que las mujeres tienen necesidades muy diferentes y las estrategias deben hacerse de acuerdo con el contexto y la región, y específicamente de acuerdo con la edad; las mujeres jóvenes y las niñas no son un grupo homogéneo, sino que tienen necesidades diversas. Las políticas por sí mismas no pueden enfrentar muchos de los temas que enfrentan las mujeres jóvenes y las niñas. El que los servicios sean accesibles es todavía un reto para la gente joven y necesitan desarrollarse formas innovadoras de brindar servicios integrales. Las mujeres jóvenes y las niñas VIH positivas enfrentan retos específicos para asegurarse ingresos; se requiere explorar más profundamente los microfinanciamientos relacionados con la salud.

Resumen: 9218

C46 - Programas de prevención que abordan la desigualdad de género

"Yo decido": Taller para cambios de conducta hacia la igualdad de género en el área de la sexualidad

M. Córdova[1], M.d.J. Orozco Rivera[2], I. García Bañuelos[3], P. Van Scoit Carballo[4]

[1]Colega O. A.C., Prevención de VIH/Sida e ITS, Guadalajara, México, [2]COLEGA O. A. C., Coordinación Operativa, Guadalajara, México, [3]COLEGA O. A. C., Fundador y Fortalecimiento Institucional, Guadalajara, México, [4]COLEGA O. A. C., Educación y Prevención, Guadalajara, México.

Temas: Talleres llevados a cabo en escuelas enfocados a la igualdad de género en el área de la sexualidad, dirigidos a los jóvenes.

Descripción: Un taller de dos sesiones para jóvenes en toma de conciencia acerca del riesgo en el que están y en conductas de discriminación, con la meta de generar cambios en la conducta hacia la reducción del riesgo y la igualdad de género. Como resultado se informó a 650 estudiantes en seis escuelas preparatorias acerca de los derechos de las mujeres y empoderamiento, al tiempo que se trabajó con temas sobre el estigma y la discriminación internalizada, convirtiéndolos así en agentes de cambio social hacia la igualdad de género.

Logros: Se aplicó una herramienta de autodiagnóstico para jóvenes que se discutió en grupos para explicar el objetivo del trabajo y generar una gráfica de diagnóstico integral. Las lecciones se reforzaron también a través de un sitio web para que los estudiantes lo revisaran cuando quisieran.

Lecciones aprendidas: Encontramos que 75% de la población de estudiantes reportó cambios conductuales hacia conductas más sanas e igualdad de género en sus actitudes sexuales. Reportaron tener una mejor comprensión de la igualdad de género, diversidad sexual, métodos de control natal, VIH/SIDA, ITS y discriminación. En algunos casos, los estudiantes no llegaron a las sesiones, lo cual explica la discrepancia en los resultados esperados; por ejemplo, 60 estudiantes que no estaban presentes en la primera sesión reportaron que no había diferencia entre VIH y SIDA, ya que el VIH/SIDA se comentó durante la primera sesión y no se abordó en la segunda.

Próximos pasos: Tener un proyecto en las escuelas es una herramienta efectiva para enseñar sobre la igualdad de género,

el VIH/SIDA y temas relacionados para los estudiantes. Se requiere hacer los horarios con cuidado para que los estudiantes puedan acudir a todas las sesiones y enfatizar el uso del sitio web para que puedan ampliar la información.

Resumen: 9587

C46 - Programas de prevención que abordan las desigualdades de género

Promotoras en Acción de la Salud de las Mujeres

C. Loera Salazar[1], H.E. Esquivel Cerda[2], R.E. Valadez Liñan[2]

[1]Grupo de Autoapoyo el Roble, A. C., Monterrey, México, [2]Grupo de Autoapoyo El Roble, A. C., Monterrey, México.

Temas: Existe una tendencia gradual hacia la feminización de la epidemia del VIH en México. Las mujeres que se encuentran en relaciones de pareja estables constituyen la población más afectada. La existencia de promotoras de salud es una estrategia común de educación en salud culturalmente apropiada, por lo que puede considerarse a nivel nacional una de las "mejores prácticas".

Descripción: Entre los meses de octubre y diciembre de 2007, el proyecto llevó a cabo un entrenamiento en SIDA y VIH para 28 promotoras de salud en comunidades, provenientes de 10 municipios de Nuevo León, México. El taller de entrenamiento incluía información básica en transmisión y prevención de VIH, prevención de SIDA, y uso correcto de condones femeninos y masculinos. Evaluamos la duplicación del taller, impartido por las promotoras de salud entrenadas en dos municipios, usando una prueba previa y otra posterior, y con observadores participantes. En los dos talleres se administraron 50 pruebas rápidas de anticuerpos VIH; todas fueron negativas. Las mujeres participantes mostraron poder y confianza en sí mismas para negociar el uso del condón con sus parejas. También expresaron el deseo de duplicar el taller con otros miembros de su comunidad, para llegar a más mujeres y, especialmente, a los hombres que eran sus parejas. En los dos talleres que se evaluaron participaron 10 hombres. Los hombres dijeron que para promover su participación, los talleres educativos tendrían que ser en horarios fuera de los de trabajo.

Lecciones aprendidas: Las participación de promotoras es una estrategia efectiva para llegar a los sectores más vulnerables de la población mexicana: amas de casa y sus parejas hombres. Los hombres están interesados en participar en las sesiones educativas siempre y cuando se lleven a cabo fuera de horas de trabajo; así puede promoverse su participación. Los talleres dieron como resultado un incremento en la aceptación y confianza en el uso del condón. La prueba rápida del VIH fue aceptada en este contexto.

Pasos a seguir: Los programas para entrenar a las promotoras de salud en VIH deben incrementarse para responder a las deficiencias en la educación sexual formal y aumentar el conocimiento del riesgo latente de la epidemia de VIH/SIDA.

Resumen: 11012

C47 – Reducción de la vulnerabilidad

La movilización de poblaciones clave en la comunidad reduce drásticamente la vulnerabilidad y aumenta significativamente los resultados positivos de los programas de prevención de ITS: resultados de la evaluación del impacto de un estudio de cuatro años en Andhra Pradesh, India

S. Ghosh[1], T. Maheswari[2], C. DeZoysa[2], P. Chikukwa[3], F. Samuels[4], S. Mcpherson[3], J.P. Gutiérrez[5], S. Bertozzi[5], Frontiers Prevention Project Evaluation Study Group

[1]International HIV/AIDS Alliance, Project Director, Frontiers Prevention Project, Brighton, Inglaterra, [2]International HIV/AIDS Alliance in India (Andhra Pradesh), Hyderabad, India, [3]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [4]Overseas Development Institute, Londres, Inglaterra, [5]Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México.

Temas: En la actualidad, los programas de prevención de VIH se ven forzados a incrementarse; existen más recursos disponibles para luchar contra la pandemia, aunque todavía son insuficientes. Sin embargo, los fondos para un proyecto raras veces permiten el apoyo de intervenciones para movilizaciones de la comunidad que puedan construir capital social en las poblaciones clave (KPs, por sus siglas en inglés), tales como trabajadores sexuales y HSH. Esto sucede a pesar de que existe consenso respecto de que las respuestas al VIH que están verdaderamente enraizadas en las comunidades tienen más probabilidades de tener seguimiento por periodos largos de tiempo y que el reto que representa el VIH/SIDA requiere una respuesta sostenida.

Descripción: El Frontiers Prevention Project (FPP), un programa que existe en varios países enfocado en la prevención en KPs, apoyó la cobertura saturada en Andhra Pradesh, India, llevando un paquete completo de actividades de prevención entre 2003 y 2007. Esto conllevó la instalación de clínicas "Mythri" con personal clave para las KPs, que asegurara que los esfuerzos de prevención de VIH estuvieran integrados en los intereses de la comunidad, y que el diseño fuera de "abajo hacia arriba", llevando a cabo para esto evaluaciones *in situ*. Además, un componente importante de FPP fue la triangu-

lación de información cuantitativa y cualitativa de la línea de base del proyecto y la línea terminal de otros estudios.

Lecciones aprendidas: La movilización de comunidades de KPs para construir liderazgo, solidaridad y compromiso para la acción colectiva que apoya el cambio en la conducta individual y reduce el riesgo de VIH, contribuyeron a tener resultados positivos significativamente mayores que los vistos en estudios previos. Las trabajadoras sexuales (TSF), cuya base de operación es la calle, y los HSH de Kothi mostraron niveles de aumento en el capital social reportado: percepciones de apoyo social y participación en grupos de apoyo (en Kothi de 10% a 40.9%, n = 925); aumento en el uso del condón (TSF de 70% a 99% con clientes, p<0.001; HSH de 47% a 96%, p<0.001); y las tazas de sífilis bajaron (HSH de 24% a 10%, p<0.001; TSF de 19% a 8%, p<0.001).

Pasos a seguir: Desarrollo de políticas breves y diseminación y evaluación de hallazgos entre los actores clave interesados, a nivel nacional e internacional.

Resumen: 4814

C47 – Reducción de la vulnerabilidad

Unidad móvil de alcance: cuidado y prevención de VIH e ITS para poblaciones vulnerables

J.C. Rodríguez[1], G. Cabrera[2], A. Solís Rodríguez[3], J. Martínez[4]

[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., Coordinación de Difusión, Ciudad de México, México, [2]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., Director General, Ciudad de México, México, [3]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C, Coordinador de Educación, Ciudad de México, México, [4]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA VIH/SIDA, A.C., Coordinador de Servicios, Ciudad de México, México.

Tema: Las limitaciones para acceder a los servicios, el ambiente de estigma y discriminación, la baja autoestima, el abuso en el uso de drogas y alcohol, y la limitada información sobre ITS/VIH son factores de vulnerabilidad que colocan a los trabajadores sexuales masculinos y transexuales en riesgo el adquirir VIH e ITS. Estos factores también son obstáculos para recibir diagnóstico y tratamiento oportunos.

Descripción: Identificar y compartir experiencias positivas, reales y exitosas para ayudar a las poblaciones vulnerables y promover el cuidado personal en salud, la defensa de los derechos humanos, la prevención y el diagnóstico y tratamiento oportunos de VIH e ITS constituyen la principal estrategia de este proyecto. Consejeros entrenados llevaron a cabo representaciones de modelos en distintos roles para las poblaciones objetivo. El proyecto también involucra a las parejas sexuales y sentimentales de la población objetivo. Un equipo de profesionales de la salud y consejeros usaron una unidad móvil para llegar a los trabajadores sexuales masculinos y transexuales, ofreciendo diagnóstico y tratamiento, apoyo en casos de violencia de género, referencia a servicios, orientación y pruebas voluntarias para VIH en las calles de la ciudad de México. De esta forma, las poblaciones vulnerables reciben acceso a los servicios, contribuyen a evitar nuevos casos de VIH e ITS y disminuyen la vulnerabilidad y el riesgo de las poblaciones.

Lecciones aprendidas: Invitar a las poblaciones objetivo a facilitar el proceso, crear un ambiente de confianza que ayude a descubrir las necesidades reales de los trabajadores sexuales masculinos y transexuales. Es necesario reducir el estigma y la discriminación en las unidades de cuidados de salud para incrementar el acceso de las poblaciones vulnerables a los servicios de salud sexual.

Pasos a seguir: Involucrar a los trabajadores sexuales masculinos y transexuales en actividades comunitarias, hacer monitoreo y evaluación en su propio contexto, y recibir retroalimentación como base para dar continuidad a los programas comunitarios. Sistematizar los hallazgos identificados por los consejeros y utilizarlos como base para nuevas directrices en el trabajo para apoyar el empoderamiento, el liderazgo y el proceso de participación comunitario en las poblaciones objetivo.

Resumen: 4340

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Factores contextuales asociados con altas tasas de sexo sin protección entre trabajadoras sexuales en dos ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos

T.L. Patterson[1], H. Staines-Orozco[2], R. Lozada[3], D. Abramovitz[1], M.A. Fraga-Vallejo[4], G. Martínez-Mendizabal[5], P. Orozovich[1], A. De La Torre[6], C. Magis-Rodríguez[7], H. Amaro[8], S.A. Strathdee[1]

[1]University of California, San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos, [2]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [5]SADEC/FEMAP, Ciudad Juárez, México, [6]University of California, Davis, Davis, California, Estados Unidos, [7]CENSIDA, Secretaría de Salud, México D. F., México, [8]Northeastern University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

Antecedentes: Pocos estudios sobre trabajadoras sexuales (TSF) han considerado los factores contextuales, como, por ejemplo: clientes regulares vs. clientes casuales, uso de sustancias mientras se practica el sexo, etc., como determinantes potencialmente importantes para el sexo inseguro. Determinamos

los factores asociados con sexo vaginal sin protección entre TSF en Tijuana y Ciudad Juárez, México, ciudades que colindan con los Estados Unidos.

Métodos: TSF con edad >=18 años, sin conocimiento de tener infección por VIH, que vivían en Tijuana o Ciudad Juárez, y recientemente habían tenido sexo sin protección con clientes fueron entrevistadas y se hicieron pruebas iniciales de VIH/ITS para un estudio de intervención conductual. Entre las TSF que tenían clientes regulares y casuales al inicio del estudio, se utilizó regresión negativa binomial para correlación de datos utilizando ecuaciones generalizadas para estimación, considerando el radio de desprotección del total de actos sexuales como el resultado, y entre y con sujetos como factores potencialmente correlacionados.

Resultados: De 523 TSF, las medianas de edad y tiempo en el trabajo con sexo fueron de 32 y 4 años respectivamente. Solamente 48% se había hecho la prueba del VIH previamente. Los factores independientes asociados con sexo sin protección fueron trabajar en Tijuana, en contraposición con Ciudad Juárez (Adj.Rate Radio [RR]: 1.2; 95% CI: 1.1-1.4) y tener sexo con clientes regulares en contraposición de clientes casuales (AdjRR: 1.5; 95% CI:1.4-1.6), mientras que tener ≥1 UDI como pareja sexual (AdjRR: 1.1; 95% CI: 1.0-1.3), tomar alcohol antes/durante el acto sexual (AdjRR:1.2; 95% CI:1.0-1.3), y haber usado alguna vez metanmfetaminas (AdjRR: 1.2; 95% CI: 1.2-1.3) están asociados marginalmente. Haber tenido una prueba de VIH anterior fue un factor de protección (AdjRR: 0.8; 95% CI:0.7-0.9).

Conclusiones: Las TSF tienen mayores probabilidades de tener sexo sin protección con clientes regulares, lo que sugiere que la naturaleza de las relaciones entre ellas y sus clientes debe tomarse en consideración al desarrollar intervenciones. El sexo no protegido se asoció también con el uso de sustancias por parte de las TSF y sus parejas, lo que muestra la necesidad de intervenciones que promuevan negociaciones de sexo protegido en el contexto del uso de drogas/alcohol. Nuestros hallazgos apoyan el importante papel de la expansión de la prueba y consejería voluntarias como un componente crítico para la reducción del riesgo de VIH/ITS entre las TSF en estas ciudades mexicanas.

Resumen: 4293

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Aceptación y uso de condones femeninos y diafragma entre trabajadoras sexuales en la República Dominicana: resultados de un estudio prospectivo

D. Lara[1], D. Grossman[2], S.G. García[3]

[1]Population Council Mexico Office, Reproductive Health Program, Ciudad de México, México, [2]Ibis Reproductive Health, San Francisco, Estados Unidos, [3]Population Council Mexico Office, Reproductive Health Program, México, México.

Antecedentes: Los métodos de barrera controlados por las mujeres tienen el potencial de prevenir la transmisión de VIH e ITS y pueden usarse en lugar de condones masculinos. El estudio evaluó la aceptación y uso del condón femenino (CF) y del diafragma en una población de trabajadoras sexuales (TSF) en la República Dominicana.

Métodos: Se dio seguimiento a 243 TSF durante cinco meses. Las participantes recibieron condones masculinos y femeninos y un diafragma, junto con la orientación necesaria. En cada visita mensual de seguimiento se recopiló información acerca de la experiencia, aceptabilidad y uso de los métodos de barrera.

Resultados: Al finalizar el estudio, 54% de las TSF reportó preferir el CF, 13% prefirió el diafragma, a 30% le gustaron ambos y a 3% no le gustó ninguno de los dos métodos. 76% dijo haber usado el CF por lo menos una vez en el último mes del estudio, comparado con 50% que usó el diafragma con condones masculinos (CM) y 9% que usó solamente el diafragma. La proporción de TSF que reportó el uso de CM en cada relación sexual durante el último mes decreció durante el estudio de 66% en la primera visita a 14% en la última; sin embargo, la proporción de participantes que reportó que todas sus relaciones sexuales habían sido protegidas con algún método de barrera aumentó de 66% a 77% (P<0.05). La proporción de uso reportada de CF o CM en cada acto sexual no cambió durante el estudio (66% a 68%, p=0.877).

Conclusiones: En este estudio las TSF reportaron una mayor aceptación y uso del CF que del diafragma. La introducción de métodos de control femeninos de barrera en esta población promueve el uso de un amplio rango de métodos de prevención y una reducción significativa de sexo sin protección. Estos hallazgos, junto con un estudio reciente que demuestra que el diafragma no previene la transmisión del VIH, sugieren que en futuros esfuerzos de prevención del VIH, al menos entre TSF, deben incluir la inversión en CF.

Resumen: 4338

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Predictores de reducción del riesgo sexual entre trabajadoras sexuales inscritas en una intervención conductual en dos ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos

T.L. Patterson[1], B.T. Mausbach[1], R. Lozada2, H. Staines-Orozco[3], S.J. Semple[1], M.A. Fraga-Vallejo[4], A. De La Torre[5], H. Amaro[6], C. Magis-Rodríguez[7], S.A. Strathdee[1]

[1]University of California, San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos, [2]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [5]University of California, Davis, Davis, California, Estados Unidos, [6]Northeastern University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, [7]CENSIDA, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Nuestro objetivo fue examinar la eficacia de una breve intervención conductual para promover el uso del condón entre trabajadoras sexuales (TSF) en dos ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos, donde la prevalencia de VIH y el uso de drogas inyectables está en aumento.
Métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria de 924 TSF de edad >=18 años sin conocimiento de estar infectadas por VIH, viviendo en Tijuana y Ciudad Juárez, que recientemente habían tenido sexo sin protección con clientes y se hizo una intervención conductual de 30 minutos que incluyó una entrevista motivacional con principios de cambio conductual, o una condición didáctica de control. Al inicio del estudio y seis meses más tarde, se realizo una entrevista a dichas mujeres y una prueba de VIH, sífilis, gonorrea y clamidia.
Resultados: De las 924 TSF (474 en Tijuana; 450 en Ciudad Juárez), con medias de edad y tiempo en el trabajo sexual de 34 y 6 años; 94% tenían hijos; 18% usaban drogas inyectables. En la prueba inicial entre las TSF-UDI, la prevalencia de VIH, sífilis titers fue de >=1:8, la gonorrea y clamidia fue significativamente más alta: 13.9%, 22.1%, 12% y 18.4% comparada con 4.2%, 10.7%, 4% y 10.3% entre otras TSF. El seguimiento fue de 81%. Si se compara el grupo de intervención con el de control, la incidencia acumulativa de ITS disminuyó en 40% (p=0.049). La densidad de la incidencia de ITS entre el grupo de intervención contra el grupo de control fue de 13.8 vs. 24.92 por 100 py (p=0.034), y 0 contra. 2.01 por 100 py para VIH (p<0.001), con aumentos concomitantes en números totales y porcentajes de sexo protegido y disminución en números totales de sexo sin protección con clientes (p<0.05). En el grupo de intervención, los aumentos en la autoeficacia estuvieron asociados con aumentos en el uso del condón (p=0.008). Las TSF-UDI incrementaron el uso del condón con sus clientes pero no de la misma forma que otras TSF (p=0.09). Sin embargo, el incremento en los conocimientos de VIH fue asociado positivamente con el cambio en el uso del condón entre las TSF-UDI (p=0.025), pero no con las no IDU (p=0.950).
Conclusiones: Esta breve intervención conductual promete la reducción del VIH y las ITS asociadas con las conductas de riesgo entre las TSF de las dos ciudades fronterizas entre México y Estados Unidos, con un pequeño beneficio para las TSF-UDI. Se necesitan mejores intervenciones para TSF-UDI.

Resumen: 14549

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Proyecto preventivo de FPP para TSF en Ecuador: incremento en el uso del condón con clientes, permanece bajo con parejas regulares; aumenta el número de ITS

J.P. Gutierrez[1], S. McPherson[2], A. Fakoya[3], S. Ghosh[3], P. Chikukwa[3], F. Samuels[3], S.M. Bertozzi[4], FPP Evaluation Study Group

[1]Instituto Nacional de Salud Pública / Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]International HIV/AIDS Alliance, Field Programmes Department, Brighton, Inglaterra, [3]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [4] Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México.

Antecedentes: Como en otros países latinoamericanos, las trabajadoras sexuales en Ecuador tienen un papel potencialmente importante en la transmisión de las ITS. El Frontiers Prevention Project (FPP) es un paquete de intervenciones dirigido a las poblaciones clave en áreas geográficas específicas, asumiendo que al saturar estos sitios se podrían generar sinergias.
Métodos: La evaluación de impacto consistió en un estudio prospectivo aleatorio controlado comunitario en seis ciudades, tres de intervención y tres de control; donde los programas existentes aún continúan. A mediados de 2003 se hizo una encuesta inicial con un cuestionario exhaustivo, multidisciplinario (con datos demográficos, socioeconómicos y conductuales). Se recolectó sangre para las pruebas de HSV 2 y sífilis. A mediados de 2007 se hizo un seguimiento con una encuesta similar, más una medición de la exposición a las intervenciones. Con estas encuestas estimamos el efecto de la intervención sobre el uso de condón y los marcadores biológicos.
Resultados: Se entrevistó a 2,093 TSF al inicio del estudio y 1,760 en el seguimiento. En ambos casos, 48% fueron de control. El uso del condón con clientes, alto al inicio (85%) se

volvió casi universal tanto en la ciudad de intervención como en la de control. El uso del condón con parejas regulares permaneció bajo (10% control, 13% intervención). Asimismo, la prevalencia de sífilis en el grupo de control se triplicó (2% a 7%) y se duplicó en el de intervención (3% a 6%). Los datos preliminares expuestos sugieren que las actividades de prevención han aumentado en estas ciudades.

Conclusiones: Los datos sugieren que el aumento en los esfuerzos de prevención en Ecuador se asocia con el alto uso del condón con los clientes. El riesgo de ITS y VIH en la población parece ahora estar motivado por el bajo uso del condón con parejas regulares, lo que puede explicar el rápido incremento en la prevalencia de ITS a pesar de los altos niveles de uso de condón con clientes.

Resumen: 4334

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Cobertura de la prueba de VIH entre trabajadoras sexuales en situación de alto riesgo en dos ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos

H. Staines-Orozco[1], S.A. Strathdee[2], M. Gallardo[3], D. Abramovitz[2], G. Martínez-Mendizabal[4], R. Lozada[3], M.A. Fraga-Vallejo[5], V. Ojeda2, P. Orozovich[2], C. Magis-Rodríguez[6], T.L. Patterson[2]

[1]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México, [2]University of California, San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [4]SADEC/FEMAP, Ciudad Juárez, México, [5]Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [6]CENSIDA, Secretaría de Salud, México.

Antecedentes: Nuestro objetivo fue examinar la cobertura y las correlaciones de la prueba VIH entre trabajadoras sexuales (TSF) en dos ciudades en la frontera entre México y Estados Unidos donde la prevalencia de VIH está aumentando.

Métodos: El estudio se hizo con 924 TSF de 18 años o más que no tenían conocimiento de estar infectadas por VIH, que viven en Tijuana o Ciudad Juárez y que recientemente habían tenido sexo sin protección con clientes. Se realizó entrevista inicial y la prueba de VIH, gonorrea, clamidia y sífilis. Las correlaciones de la prueba VIH se identificaron usando regresión logística.

Resultados: De 924 TSF (474 en Tijuana; 450 en Ciudad Juárez), la medias de edad y tiempo en el trabajo sexual fue de 34 y 6 años. Las prevalencias de VIH, gonorrea, clamidia y sífilis titers >=1:8 fue 6%, 6.4%, 13% y 14.2%, respectivamente. Sólo 49% se había hecho antes la prueba de VIH (66% en Tijuana versus 36% en Ciudad Juárez, p<0.001). Casi la mitad (46%) tenía permiso en Tijuana (donde se requiere) comparado con 2% in Ciudad Juárez (donde no se requiere). Los factores independientes asociados con haber realizado la prueba del VIH incluían: residir en Tijuana (AdjOR: 1.7, p=0.009), tener permiso (AdjOR: 5.4; p<0.001), hablar inglés (AdjOR: 2.1; p=0.002), vivir en un departamento (AdjOR: 3.6; p<0.001); haber compartido agujas (AdjOR: 2.2; p=0.002), y tener un punteo más alto de autoeficacia para usar condones (AdjOR: 1.5; p=0.003). En contraste, las mujeres que habían migrado a la ciudad donde ahora viven tenían una probabilidad de 50% de haber realizado la prueba de VIH (AdjOR: 0.5; p<0.001).

Conclusiones: La cobertura de la prueba de VIH entre TSF en estas ciudades en la frontera de México y Estados Unidos fue baja, especialmente dado el aumento en las tasas de VIH. Se requieren esfuerzos para incrementar la práctica de la prueba del VIH entre las TSF en Ciudad Juárez que viven en situación de alto riesgo, no tienen permiso, han emigrado de otras regiones, o no tienen una vivienda fija. Incrementar el alcance usando promotores y el programa de alcance móvil ("condonetas") patrocinado a nivel estatal y federal podrían ser parte de la solución.

Resumen: 7255

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Estigma y discriminación relacionadas con VIH/SIDA en trabajadores sexuales que viven en Aguascalientes

M.A. Pedroza Padilla, V. Valencia García

CECADEC, A.C., Aguascalientes, México.

Temas: La difícil situación del VIH/SIDA en el trabajo sexual se muestra en las acciones de estigma y discriminación que se intensifican por la inequidad de género. Entre 2005 y 2007, CECADEC A.C. ha desarrollado acciones para empoderar, educar y realizar cabildeo.

Descripción: Con base en las evaluaciones de la comunidad llevadas a cabo con trabajadoras sexuales (TSF) notamos lo siguiente: violaciones a los derechos humanos por parte de proveedores de servicios de salud; explotación sexual; maltrato físico y extorsión por la policía; condiciones de higiene deplorables; falta de servicios de salud completos y unidades donde se provean; privación de la libertad; estigma social e interno; y una ausencia total de campañas de prevención de ITS. Se implementó una estrategia de cabildeo para garantizar la implementación de un programa educativo en la zona de tolerancia. Además, se involucró a las autoridades municipales para la implementación de un marco internacional hacia el VIH/SIDA. Se llevaron

a cabo reuniones a las que asistieron 39 mujeres y 15 hombres; los temas cubiertos fueron: promoción de los derechos humanos; uso apropiado del condón y habilidades de negociación. También se realizó una campaña de información, educación y comunicación sobre el uso del condón. Las TSF aumentaron sus conocimientos y habilidades; los propietarios de bares y otros trabajadores redujeron su agresión; se fortalecieron los lazos de apoyo entre los trabajadores del área, y mejoraron las condiciones de higiene; además, se equipó la oficina de un doctor. CECADEC pertenece actualmente al Consejo contra SIDA del Estado y su misión es llevar las demandas de las TSF.

Lecciones aprendidas: La población masculina que se reúne en las zonas de tolerancia debe incluirse en estas intervenciones ya que ellos tienen un impacto en sensibilización y apoyo a las TSF para enfrentar posibles abusos.

Pasos a seguir: Ampliar la experiencia hacia otra zona de tolerancia conocida como El Charco. Los objetivos de cabildeo deben incrementarse para que las autoridades realicen mejoras estructurales y evitar decisiones y políticas que violen los derechos humanos.

Resumen: 4314

C48 - Programas de prevención para trabajadores y trabajadoras sexuales

Cobertura del uso del condón entre trabajadoras sexuales en dos ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos

J. Alvelais[1], H. Staines-Orozco[2], R. Lozada[1], S.A. Strathdee[3], G. Martinez-Mendizabal[4], M.A. Fraga-Vallejo[5], L. Nguyen[3], P.Orozovich[3], J. Bucardo[3], C. Magis-Rodríguez[6], T.L. Patterson[3]

[1]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [2]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Cuidad Juárez, México, [3]University of California, San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos, [4]SADEC/FEMAP, Ciudad Juárez, México, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, [6]CENSIDA, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Las prevalencias de VIH e ITS son altas entre las trabajadoras sexuales (TSF) en Tijuana y Ciudad Juárez, que están situadas en la frontera entre México y Estados Unidos. En un esfuerzo por guiar los programas de prevención se identificaron los factores asociados con la obtención gratuita de condones por las TSF.

Métodos: Entre 2004 y 2006, se entrevistó a TSF de edad ≥18 años sin conocimiento previo de infección por VIH que vivían en Tijuana o Ciudad Juárez y que habían tenido relaciones sexuales sin protección con clientes. Se les hizo una encuesta con un entrevistador y se les aplicó la prueba del VIH. Se utilizaron estadísticas descriptivas y regresión logística para evaluar los factores asociados con la obtención gratuita de condones.

Resultados: De 924 TSF, 69% sentía que podía pagar por sus propios condones; 62% reportó nunca haber obtenido condones gratuitos. La mediana del número de actos sexuales sin protección con clientes en el mes anterior fue 21 (rango inter-cuartil: 8-47). Si se compara a las TSF que podían comprar sus condones con aquéllas que sentían que no podían pagarlos, éstas últimas tenían menos probabilidades de obtenerlos de forma gratuita (34% vs. 66%, p=.006). La cobertura del uso del condón no varía entre las ciudades. Las fuentes más comunes para obtener condones fueron hoteles (43%), programas comunitarios (32%), clientes (11%) y clínicas (8%). Después de ajustar la habilidad percibida de adquirir condones, los factores independientes asociados con la obtención de condones gratuitos fueron: el uso de drogas inyectables (AdjOR:1.7, p=0.010), y tener más de 7 actos sexuales protegidos con clientes regulares (AdjOR:1.5, p=0.006), mientras que tener más de 7 actos sin protección con clientes regulares en el mes anterior se asoció con un menor acceso a condones gratuitos (AdjOR: 0.68, p=0.008).

Conclusiones: A pesar de que dos terceras partes de las TSF sintieron que podían comprar sus propios condones, la disponibilidad de condones gratuitos se relacionó estrechamente con el uso de los mismos por las TSF con sus clientes en estas ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos. Se requieren mejores esfuerzos para proveer de condones gratuitos a las TSF en desventaja económica para reducir su riesgo de adquirir y transmitir el VIH y las ITS.

Resumen: 9607

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Predictores del uso de condón en la última práctica sexual en cuartos privados entre hombres que tienen sexo con hombres: Implicaciones para los programas de prevención de VIH, México, 2007

A. Ospina, B. Nieto-Andrade, O. Letouzé

Population Services International, México, México.

Antecedentes: Los cuartos privados que se encuentran a menudo en los clubs frecuentados por HSH en México, son espacios para encuentros sexuales inmediatos, a menudo anónimos y potencialmente riesgosos. Comparamos las características de los hombres que usaron condón en el último coito en un cuarto privado con las de aquéllos que no usaron condón. Los factores

que se exploraron incluyen actitudes hacia la sexualidad, percepciones de homofobia, disponibilidad y uso de condones.

Métodos: Reclutamos a 894 hombres cuya edad fue de entre 18 y 50 años en clubs de cinco ciudades de México: ciudad de México, Mérida, Mexicali, Veracruz y Tapachula, y administramos una encuesta cara a cara que usó una estrategia de muestreo basada en tiempo y lugar. Usamos el análisis de regresión logística para identificar las variables asociadas significativamente ($p<0.05$) con el uso del condón en el último encuentro sexual en un cuarto privado.

Resultados: De 894 hombres reclutados, 345 (39%) reportaron haber tenido sexo en un cuarto privado y se incluyeron en el análisis. Los encuestados que estuvieron de acuerdo en que los hombres se sienten orgullosos de tener varias parejas sexuales (n=229, 66%), y que los HSH encubren su atracción hacia otros hombres para evitar ser discriminados (n=263, 76%) fue poco probable que hubieran usado condón en su último encuentro sexual en un cuarto privado (OR=0.532, $p<0.05$; y OR=0.472, $p<0.05$, respectivamente), comparado con aquéllos que no estuvieron de acuerdo con esas ideas. Los encuestados que vivían en provincia (n=158, 46%) tenían menos probabilidades de usar el condón que aquéllos de la ciudad de México (OR =0.11, $p<0.001$). Los hombres que mostraron un condón al momento de la entrevista (n=113, 33%) tenían mayores probabilidades de haberlo usado en su última relación sexual en un salón privado, comparado con aquéllos que no traían condones (OR=2.86, $p<0.05$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los programas de prevención deben enfocarse en animar a los HSH a traer condones consigo en todo momento. Proveer el acceso a condones en clubs con cuartos privados es muy importante para los que no traen consigo condones, especialmente en provincia. Los hallazgos también sugieren la implementación de campañas de comunicación para disminuir la homofobia.

Resumen: 14611

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

La prevalencia de VIH autorreportada es alta entre HSH en la ciudad de México

J.P. Gutiérrez[1], M. Calderón[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, División de Economía / Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]La Manta de México, México, México.

Antecedentes: En México, como en muchos países latinoamericanos, la epidemia de VIH se ha concentrado ampliamente en el grupo de HSH. A pesar de que se han implementado muchas actividades de prevención para esta población objetivo específica en México, la información sociodemográfica disponible, que podría ayudar en el diseño de intervenciones más efectivas, es insuficiente. Este estudio mapeó los sitios de encuentro de los HSH en la ciudad de México y realizó una encuesta a los hombres que frecuentan esos sitios.

Métodos: Se usaron informantes claves, documentos disponibles, visitas a los lugares y llamadas telefónicas, para generar y mapear una lista completa de los puntos de reunión formales e informales de los HSH en la ciudad de México. Una muestra de 30 lugares (con probabilidad de selección proporcional al tamaño) se extrajo de este universo. Se administró un cuestionario demográfico, socioeconómico y conductual a 2,900 HSH usando dispositivos portátiles.

Resultados: Se identificaron en la ciudad de México un total de 133 lugares; aproximadamente 50% eran espacios informales, la mayoría con baños públicos. Casi todos (65%) se localizaron en el área del centro de la ciudad. La población que frecuenta estos lugares se estimó entre 6 y 14 mil personas. 2,900 HSH llenaron el cuestionario. La edad promedio fue 26 años. 60% reportó haber efectuado alguna vez una prueba de VIH, y de éstos, 30% reportó ser VIH positivo. El estatus socioeconómico autorreportado fue más alto en promedio que el de la población en general.

Discusión: Los HSH en la muestra de los lugares públicos de reunión tienden a ser más jóvenes, menos pobres y con más empleo que la población en general. Este mapeo sugiere que la población altamente concentrada en algunas áreas de la ciudad tiene una prevalencia de VIH autorreportada bastante mayor que la de la población en general. Las actividades de prevención deben garantizar la saturación de la cobertura para HSH en la ciudad de México con intervenciones múltiples, que se refuercen mutuamente, y cada vez más enfocadas a la prevención para actividades positivas.

Resumen: 14568

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

HSH en India: los cambios positivos en la conducta sexual son impresionantes y se reflejan en la reducción de la prevalencia de ITS

S.M. Bertozzi[1], J.P. Gutiérrez[2], S. McPherson[3], C. De Zoysa[4], S. Ghosh[5], F. Samuels[6], FPP Evaluation Study Group

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, División de

Economía / Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [3]International HIV/AIDS Alliance, Field Programmes Department, Brighton, Inglaterra, [4]Alliance for AIDS Action, Hyderabad, India, [5]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [6]Overseas Development Institute, Londres, Inglaterra.

Antecedentes: Después de años de abandono, varios estudios recientes enfatizan la importancia de los HSH en la epidemia de VIH en India. El Frontiers Prevention Project (FPP), una iniciativa amplia de prevención de VIH, trató de reducir la transmisión de VIH realizando intervenciones focalizadas en poblaciones clave, saturando áreas geográficas en las regiones de Telengana y Rayalaseema, en el estado sureño Andhra Pradesh (AP).
Métodos: La evaluación prospectiva usó un diseño de dosis-respuesta, con encuestas de inicio y seguimiento realizadas en 24 templos hindúes (mandals), divididos uniformemente entre FPP y gobierno para su implementación. La heterogeneidad en la cobertura de la intervención (intensidad) se analizó en relación con los hallazgos. Junto con la amplia encuesta de inicio de 2003 (demográfica, socioeconómica, y conductual), se recolectó sangre para pruebas HSV 2 y sífilis. La encuesta de seguimiento de mediados de 2007 recolectó información similar más la información sobre exposición a las intervenciones.
Resultados: Se entrevistó a 2,786 HSH al inicio del estudio (40% en sitios no-FPP) y 1,535 en el seguimiento (14% NFPP). En ambos grupos aumentó el uso del condón con parejas masculinas de 50% aproximadamente a 90%. Con parejas femeninas, el uso del condón aumentó de 13% en ambos grupos a 29% en sitios NFPP, y de 13% en ambos grupos a 29% en sitios NFPP y 41% en lugares FPP. Las prevalencias de sífilis y HSV2 disminuyeron de 22% a 8% y de 27% a 14% respectivamente en los sitios de comparación, y de 26% a 9% y de 37% a 13% respectivamente en los sitios FPP. Las medidas de exposición fueron más altas en los sitios FPP.
Conclusiones: Entre 2003 y 2007, la conducta sexual riesgosa y la transmisión de ITS parece haber disminuido notoriamente en la población de HSH en AP. Este análisis no puede separar los componentes de la intervención que contribuyeron especialmente a estas disminuciones, pero la asociación a nivel de los lugares, entre intensidad y resultados deseados sugiere que la cobertura es un factor importante.

Resumen: 14443

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Prevención de FPP para HSH en Ecuador: cambios positivos en la conducta, pero no tan significativos en la transmisión de ITS

J.P. Gutiérrez[1], S. McPherson[2], A. Herdoiza[3], A. Fakoya[4], S. Ghosh[4], P. Chikukwa[4], F. Samuels[4], S.M. Bertozzi[5], FPP Evaluation Study Group

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México, [2]International HIV/AIDS Alliance, Field Programmes Department, Brighton, Inglaterra, [3]Corporacion Kimirina, Quito, Ecuador, [4]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [5]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México.

Antecedentes: La epidemia de VIH en Latinoamérica, en general, y en Ecuador, en particular, se ha concentrado especialmente en HSH. Frontiers Prevention Proyect (FPP) es un importante programa que actúa en varios países y se enfoca realizar un grupo integral de intervenciones para y en poblaciones clave.
Métodos: El diseño de evaluación consistió en un análisis de seguimiento aleatorio controlado prospectivo en la comunidad; se eligieron seis ciudades, tres para la intervención y tres de comparación, donde los programas existentes continuaron. A mediados de 2003 se realizó una encuesta inicial que usó un cuestionario integral multidisciplinario (con datos demográficos, socioeconómicos y de conducta). Se recolectó sangre para pruebas de HSV 2 y sífilis. Se aplicó encuesta de seguimiento similar en 2007, que además incluía variables que medían la exposición a las intervenciones. Usando estos datos se estimó el efecto del programa midiendo el uso del condón y los marcadores biológicos.
Resultados: Se entrevistó a 2,026 HSH al inicio y 1,676 en el seguimiento. En ambos casos, cerca de 30% eran de los sitios de comparación. El uso del condón con parejas masculinas aumentó de 35% a 55% en ambos grupos en ciudades de comparación y 77% en las ciudades intervenidas (p=0.052 por la diferencia entre intervención en comparación); el uso del condón con parejas femeninas permaneció constante en 35% en las ciudades de comparación y aumentó de 22% a 53% en las intervenidas. Estos cambios son importantes sugieren un fuerte impacto del programa. No son significativos estadísticamente, dado el número reducido de clusters. La inclusión de las medidas de exposición sugiere una asociación positiva del uso del condón con parejas masculinas y femeninas. Sin embargo, tanto la sífilis como el HSV 2 aumentaron en ambos grupos (aunque menos que en el grupo de comparación), lo que sugiere que el aumento en el uso del condón no fue suficiente para evitar la transmisión de ITS.
Conclusiones: La información disponible de HSH y trabajadores sexuales no permite explicar el rápido aumento de ITS en estas ciudades. Las actividades integrales de prevención parecen tener un efecto positivo en el aumento del uso del condón y reducir, más no revertir, los aumentos en la prevalencia de ITS que quizá se deban a aumentos en conductas de riesgo en la población en general.

Resumen: 13519

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Acción H "Porque eres importante para nosotros" (Programa de Prevención de VIH/SIDA y otra infecciones de transmisión sexual por La Manta de México, A. C.)

E. Avila Cardenas, M. López-Calderón, V. Montiel

La Manta de México, A. C., México, México.

Temas: Campañas informativas y estrategias innovadoras para la prevención, información escrita (guías acerca de la salud sexual), anuncios en radio, líderes calificados de opinión pública, reuniones cada semana, campaña informativa: "Info reality: buscando al hombre Acción H".

Descripción: La misión de "ACCIÓN H" es crear intervenciones de prevención social y campañas para informar sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. También se interesa por dar habilidades para mejorar la vida sexual en la comunidad de HSH. Las campañas e intervenciones han sido innovadoras y han ido más allá de lo que se espera de una campaña convencional. Algunos ejemplos de campañas y anuncios se dan en estaciones de radio en Internet que transmiten mensajes acerca de la prevención y tratan de motivar a la audiencia a cuestionarse. En el caso de intervenciones concretas, hemos llevado a cabo pláticas informales en clubs nocturnos donde también se regalan condones con lubricantes. Estas pláticas se dan con guías por escrito sobre la salud sexual e incluyen varios temas como sexo anal, infecciones de transmisión sexual, autoestima y derechos humanos. Otra estrategia de prevención es una campaña informativa que tiene la estructura de un espectáculo en vivo; en ella, los productores buscan un dirigente en la opinión publica a través de un concurso de popularidad entre hombres homosexuales.

Lecciones aprendidas: Hemos aprendido que la forma en que un hombre joven homosexual conduce su sexualidad cambia constantemente. De acuerdo con esta idea, sugerimos que debemos cambiar la forma en que hacemos la prevención. El principal problema de este proyecto es la falta de recursos y el bajo interés de la juventud por aprender acerca de la salud sexual.

Pasos a seguir: En el futuro haremos una segunda temporada de la campaña informativa, estamos también preparando una campaña para reforzar las redes de solidaridad.

Resumen: 5117

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Salvando VIHdas: Intervenciones en la calle para promover el uso del condón entre HSH, trabajadores sexuales, y población móvil y sin información en Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche

D.C. Rivas Romero[1], V.d.R. Pacheco Cú[1], D.A. Cervera Balán[2], J.A. Maldonado[3]

[1]Unidos por una Vida Digna, A.C., Educación Sexual para la Prevención de Transmisión del VIH/SIDA, San Francisco de Campeche, Campeche, México, [2]Unidos por una Vida Digna, A.C., Atención y Servicios Integrales a Personas con VIH/sida, San Francisco de Campeche, Campeche, México, [3]Unidos por una Vida Digna, A.C., Jóvenes Voluntarios, San Francisco de Campeche, Campeche, México.

Temas: Intervención en la calle para promover el uso del condón entre HSH, trabajadores sexuales, y población móvil y sin información en Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche.

Descripción: El proyecto Salvando VIHdas opera en Ciudad de San Francisco de Campeche en colaboración con PSI México y ha llegado a cerca de 5,000 personas directamente, e indirectamente a cerca de 10,000. A través de un estudio de campo, se identificaron cinco lugares donde se reúnen HSH, trabajadores sexuales y población móvil y sin información. Estos lugares fueron: el mercado de la ciudad, sitios de reunión de homosexuales, el parque de la ciudad, la zona roja, y una parada de camiones de las afueras. Se hicieron cerca de 5,000 contactos en horarios matutinos y vespertinos. Primero se estableció una buena comunicación, se recopiló la información para el seguimiento a través de actividades divertidas, y se promovió el uso del condón. Se enseñó a los participantes el uso del mismo y cómo protegerse de las infecciones. Como un incentivo para aprender el uso correcto del condón se les dieron condones de colores y sabores.

Lecciones aprendidas: El trabajo cara a cara demanda ganarse la confianza de la comunidad, tener una actitud positiva y una mente abierta. Es bueno brindar seguimiento a las personas a través de monitoreo telefónico, en persona o por Internet para saber si están usando la habilidades aprendidas sobre el uso del condón. La estrategia debe sostenerse y proveer información de contacto en caso necesario. Es mejor dar la información en persona que simplemente entregar folletos, volantes, etc., ya que cuando la información se da en persona hay oportunidad de hacer preguntas y de que la información se asimile.

Pasos a seguir: Esperamos continuar la intervención a nivel de la calle, contar con una unidad de información y realizar una

feria de sexualidad móvil que llevará la información a personas que viven en áreas marginadas tanto urbanas como rurales. También pensamos ofrecer un taller para refrescar los conocimientos y dar seguimiento reforzando la información que ya se ha aprendido para los miembros de poblaciones vulnerables en lugares seleccionados.

Resumen: 9834

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Nuestros rostros ocultos

J.A. Quiroga Quintanilla

Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales A.C, Presidente, Monterrey Nuevo León, México.

Nuestro proyecto se lleva a cabo en un cuarto oscuro conocido como "La Casita", y pretende llegar a ciudadanos homosexuales hombres y HSH en la zona urbana de Monterrey, en uno de los estados más rígidos moralmente en nuestro país. Nuestra misión es proveer espacio para interacción sexual libre, sin prejuicios o discriminación homofóbica oficial y comercial. "La Casita" es un proyecto que fundó el Comité contra el SIDA del Estado, que actualmente provee alrededor de 8,000 condones para distribución entre hombres que llegan a este lugar a tener encuentros sexuales con otros hombres. El Gobierno del Estado nos apoya económicamente y con los condones para distribución. Nuestra meta es proveer a los usuarios con estos condones y con información cara a cara sobre sexualidad, ITS, detección temprana de VIH. Además realizamos acciones para crear conciencia del estigma y la discriminación hacia las PVVIH, y para evitar o disminuir cualquier tipo de homofobia y acciones discriminatorias hacia la comunidad homosexual, a través de material creado por la comunidad homosexual de este lugar para los diversos medios de comunicación, tratando así de terminar con la falta de información. Durante más de ocho años hemos dirigido nuestro trabajo a hombres jóvenes homosexuales, HSH, PVVIH, UDI, brindando consejería e información científica a través de varios medios adaptados a sus intereses y necesidades. El proyecto consiste en proveer condones en el cuarto oscuro. Distribuimos 50,000 condones al año y un número similar de sesiones de orientación e información sobre sexo. Nuestro reto ha sido no sólo distribuir los condones, sino también establecer un lazo de comunicación en salud sexual y derechos civiles. Este proyecto fue muy criticado por el gobierno e incluso por la comunidad homosexual en sus inicios, sin embargo se ha convertido en un centro para la comunidad homosexual masculina visitado por más de 18,000 personas al año.

Resumen: 9974

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Las Rukas

A.E. Nevarez

Comunidad Metropolitana A.C., Presidencia, Monterrey, México.

Temas: Acciones tomadas en bares, discos, clubs nocturnos y otros puntos frecuentados por LGBT y la comunidad heterosexual en Metroplex, Monterrey. Muchas campañas de VIH/SIDA se han centrado en audiencias con alto riesgo para contraer VIH.

Descripción: "LAS RUKAS" es una acción de prevención efectiva que usa una gran variedad de recursos de información para llegar a públicos específicos con mensajes adaptados a sus intereses y necesidades. El espectáculo es una representación que expresa un mensaje realista a través de un estilo irreverente y relajado, no grosero o del mal gusto; no se trata de una sátira política o religiosa, aunque se usan algunas expresiones subidas de tono para transmitir un mensaje claro con un tinte de humor negro. El espectáculo comienza con una comedia musical que reemplaza las letras de canciones populares para comunicar un mensaje preciso. Después del humor y sarcasmo de la obra, se reparten folletos a los asistentes y un condón, como toque final a este llamado que promueve un cambio de conducta a través de chistes y humor, usando el lema "usa siempre condón" de principio a fin.

Lecciones aprendidas: Las Rukas ha llevado su espectáculo a varios lugares de LGBT y otros, incluyendo el recién inaugurado Foro Universal de las Culturas, distribuyendo siempre información acerca del uso correcto de condones masculinos y femeninos, folletos y artículos promocionales. El gran impacto visual del espectáculo ha llegado a más de 30,000 receptores a través de presentaciones en vivo así como a todos aquéllos que visitan el sitio de la web y que han visto el video.

Pasos a seguir: En resumen, cualquier medio de comunicación puede usarse para llegar a las audiencias, pero llevar un mensaje claro, entre pares, ha sido una experiencia exitosa. Al llevar este mensaje, sin restricciones ni prejuicios, seguiremos usando la estrategia que ha demostrado ser mejor: mostrar imágenes familiares y desmitificar lo que ha sido un juicio para que la información pueda llegar de forma más personal y efectiva.

Resumen:9221

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

EduPares II: Consolidación y mejora de estrategias de educación de pares para prevenir el VIH y las ITS entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres

C. Cruz

Colectivo Sol A.C., México D.F., México.

Antecedentes: En 2006 El Colectivo Sol A.C. desarrolló "EduPares", una iniciativa para capacitar a educadores compañeros en VIH/SIDA dirigida a hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. Basándose en metodologías desarrolladas por FHI, UNFPA y ColSol, la iniciativa ha podido capacitar un grupo de educadores de ONG y organizaciones de base que trabajan con hombres gay y otros HSH, (como) empleados de salud, trabajadores sexuales y personas que trabajan en la prevención de VIH en seis estados.
Métodos: A) Realizar un taller de capacitación que les proporcionará habilidades para diseñar programas de capacitación para educadores pares y poblaciones vulnerables; B) Recopilación y ajuste de un nuevo paquete de 12 herramientas prácticas para facilitar y promover la comunicación para el cambio de conducta en encuentros con pequeños grupos; C) Materiales para un taller de IEC/CCC de educadores pares de dos días; D) Recolección y adaptación de materiales IEC para promover CCC; E) Documentación para monitorear y evaluar programas educacionales entre pares.
Resultados: Los socios apoyaron en el diseño y producción de materiales de prevención con énfasis en la producción de materiales virtuales.
Conclusiones: El Colectivo Sol está creando una red de organizaciones que trabaja para integrar sus programas en el sistema de educación entre pares. El proyecto incluye un fuerte elemento de monitoreo y evaluación, las organizaciones pares se acompañarán a través de todo el proceso de validación de sus productos enfocados en la prevención en sus poblaciones objetivo.

Resumen:14661

C49 - Programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

"Cuenta conmigo": personas jóvenes, homosexuales y bisexuales y sus familiares unidas para la prevención del VIH/SIDA y el mejoramiento en la salud sexual

L. Pérez, Cuenta Conmigo Letra S

Cuenta Conmigo, Letra S, México, D.F., México.

Antecedentes: El estigma, la familia y la discriminación de la sociedad contra los jóvenes homosexuales y bisexuales afecta su autoestima y, como ellos buscan afecto, están dispuestos a involucrarse en prácticas riesgosas que favorecen la transmisión de VIH/SIDA.
Objetivo: El objetivo principal es ampliar las actitudes de toma de decisiones entre homosexuales (gays y lesbianas) y entre jóvenes bisexuales, para la promoción del autocuidado y mejora de la salud sexual.
Metodología: Hemos diseñado y puesto en práctica en grupos de crecimiento un modelo de atención basado en la perspectiva de género y una teoría humanista existencial, que incluye información especializada, sensibilización, experiencia personal, dinámicas psicocorporales de grupo y reflexión personal. Integramos dos grupos, uno de jóvenes y otro de sus familiares (padres, hermanos y hermanas, etc.). Los grupos se reúnen tres horas semanalmente y son coordinados por psicólogos. Hay también programas de seguimiento y evaluación.
Resultados: En nueve años de práctica se ha atendido a 2,682 personas: 2,041 gays, lesbianas o bisexuales y 641 familiares. Diseño y documentación del modelo de atención, especializado en nuestros grupos objetivo. Dos manuales de operación para ambos grupos de crecimiento. En 2007 atendimos a 204 personas: 125 jóvenes y 79 familiares de los mismos; integrados en cuatro grupos. Se han obtenido las siguientes estadísticas: 86% analizó sus sentimientos, pensamientos y emociones respecto de su orientación sexual y el VIH/SIDA; 96% de los jóvenes trabajó la homofobia internalizada y los estereotipos. 86% de los jóvenes identificó prácticas sexuales de riesgo y tomaron decisiones para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. 75% de los padres mejoraron la comunicación con sus hijos, y el estigma hacia la comunidad homosexual se redujo.
Conclusiones: El programa ha dado resultados positivos en la prevención del VIH/SIDA y ha contribuido a mejorar la salud sexual de la comunidad GLBT y de sus familiares.

Resumen: 9128

C50 - Programas de prevención para transgéneros

Participación de trabajadores sexuales transgénero en estrategias de prevención entre pares y actividades de cabildeo

R. Torres Flores[1], J. Bear Blass2, S. Ramírez[2]

[1]Fortaleciendo la Diversidad A.C., San Luis Potosí, México, [2] Fortaleciendo la Diversidad A.C., San Luis Potosí, México.

Temas: En 2005 tuvo lugar una evaluación comunitaria con trabajadores sexuales transgénero (TST) en la zona mexicana de El Bajío. Se identificaron violencia, estigmatización y discriminación, y negación de los derechos básicos. 85% de las 133 personas transgénero consultadas estaban involucradas en trabajo sexual como medio de supervivencia, lo que incrementaba su vulnerabilidad a las ITS y el VIH, debido principalmente a que no se había desarrollado programas de prevención para esta población y los condones y lubricantes no estaban disponibles por el costo que representan.

Descripción: Se dio capacitación a ocho promotores transgénero y se realizaron cuatro talleres de capacitación basados en el trabajo con pares. Los talleres llegaron a 100 TST a quienes se les dio información básica sobre la prevención del VIH y otras ITS, y sobre la vulnerabilidad específica de los TST. Los promotores llevaron a cabo actividades comunitarias en zonas donde se ofrecen servicios sexuales y se distribuyeron 14,000 condones y lubricantes. Con base en estos resultados se iniciaron negociaciones y se logró un acuerdo para recibir condones masculinos y lubricantes como donación permanente, asegurando así un mayor acceso a los condones. El conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS aumentó en 70%; se fortalecieron las habilidades para negociar el uso de condones con los clientes; la provisión gratuita de condones y lubricantes se incrementó y 15% de los participantes decidió hacerse la prueba de VIH.

Lecciones aprendidas: La inclusión de TST en el diseño, implementación y organización permite una mayor participación comunitaria, una comunicación con un mayor número de personas, la legitimidad para sostener el acceso a servicios negados y el fortalecimiento de la cultura de trabajo sexual sin riesgos.

Pasos a seguir: La implementación se llevó a cabo con éxito en los municipios de San Luis Potosí y se extenderá a municipios remotos en el mismo estado y a otros estados de la región.

Resumen: 7507

C50 - Programas de prevención para transgéneros

Educación sexual y autocuidado, nuestro compromiso con travestis, transgéneros y transexuales (mujeres transgénero) en Tabasco, México

F.H. Moguel Marín[1], K. Melgarejo Puebla[2], J.C. Guzmán Matías[3]

[1]Tabasqueños Unidos por la Diversidad y la Salud Sexual, Planeación y Desarrollo, Villa Parrilla, Centro, Tabasco, México, [2]Brigada de Trabajo, Investigación, Villahermosa, Tabasco, México, [3]Tabasqueños Unidos por la Diversidad y la Salud Sexual, Presidencia, Villa Parrilla, Centro Tabasco, México.

Antecedentes: La falta de información de la comunidad transgénero que realiza trabajo sexual ha incrementado las ITS y el VIH/SIDA. Esto ha conducido al asesinato de diversas personas de esta comunidad y muchos casos no se han resuelto. La falta de conciencia de la comunidad transgénero sobre el contexto legal y los derechos humanos, vinculada con las altas expectativas de verse atractivas para sus clientes, las lleva a adquirir productos de baja calidad para transformar sus cuerpos, ocasionando la mutilación y la muerte. Por otro lado, puesto que Tabasco es la puerta de entrada para la ruta maya y para Centroamérica, parece ser una región más vulnerable a las cuestiones de VIH y transfobia.

Métodos: Con base en 17 entrevistas a profundidad, conducidas con integrantes de la comunidad transgénero en Tabasco, México, para averiguar cuestiones sobre sus carencias y necesidades, su conocimiento sobre VIH, y su conducta sexual y de autocuidado, se diseñó y creó un taller de dos sesiones para generar un cambio de conducta en relación con el riesgo. La primera sesión incluyó información sobre sexualidad básica, uso adecuado del condón, riesgos relacionados con las inyecciones, prevención primaria y secundaria, autoestima, inyecciones de aceite, y hormonas. La segunda sesión incluyó información sobre el contexto legal y la identidad nacional del comercio sexual y transgénero. Para esto, se creó un material audiovisual para usarse en la comunidad transgénero.

Resultados: Se instaló un taller de conocimiento y sensibilización. Se dividió en dos sesiones y se ofreció a 14 mujeres transgénero, líderes en sus propias ciudades (Balancán, Cárdenas, Centro, Comalcalco, Huimanguillo, Jalapa, Jalpa, Jonuta, Macuspana, Nacajuca, Paraíso, Tacotalpa, Teapa y Tenosique). El beneficio del taller se vería reflejado en las 1,700 personas transgénero de Tabasco.

Conclusiones: Se obtuvo un cambio de conducta en relación con el riesgo frente a VIH en travestis, transgéneros y transexuales a través de un taller de capacitación y educación ofrecido a los líderes de las principales ciudades de Tabasco. La idea es que la información se recicle y vuelva a aplicarse.

Resumen: 4646

C51 - Programas de prevención para inmigrantes, poblaciones móviles y desplazadas

Intervención regional conjunta de la ONU sobre la necesidad de prevención, cuidado y tratamiento de VIH en poblaciones de preocupación humanitaria y personas que viven con VIH afectadas por desastres naturales en Latinoamérica y el Caribe

A.L. Boccardi Vidarte[1], J. Adams[2], I. Yerovi, T. Montacute[4]

[1]UNAIDS, RST Latin America, Panamá, Panamá, [2]World Food Programme, LAC Regional Office, Panamá, Panamá, [3]UNICEF, Regional LAC Office, Panamá, Panamá, [4]World Food Programme (intern), Regional Office LAC, Panamá, Panamá.

Temas: Latinoamérica y el Caribe (LAC) sufren en promedio 32.6 desastres naturales al año que afectan a un tercio de la población de esa región. La necesidad de prevención de VIH en las poblaciones de preocupación humanitaria (PPH) y la necesidad de tratamiento y atención a personas que viven con VIH (PVVIH) y están afectadas por emergencias está descuidada en los planes nacionales de VIH/SIDA, la asistencia humanitaria, la recuperación transicional y los programas de desarrollo. Dentro del marco del UN System-Wide Work Programme on Scaling up HIV Services for PPH, el UNICEF, WFP y UNAIDS están desarrollando conjuntamente una intervención regional con la meta de abordar estas necesidades en la planeación de contingencias y la evaluación de necesidades e incorporarlas en los esquemas de financiamiento humanitario de los países de la región más afectados por los desastres naturales.
Descripción: La intervención incluye un fuerte componente de presión dirigido a tomadores de decisiones relevantes; la distribución de material diseñado para la prevención con información integral; el tratamiento y la atención de VIH en emergencias; sesiones de construcción de capacidades para actores humanitarios, y la provisión de apoyo técnico a nivel de cada país. Además, un grupo de expertos humanitarios de América Central provenientes de la sociedad civil, de los programas nacionales de SIDA, de la ONU y de las PVVIH analizaron los lineamientos de intervenciones sobre VIH y SIDA en situaciones de emergencia del Inter-agency Standing Committee y desarrollaron recomendaciones para incrementar la capacidad de recuperación de las PVVIH afectadas por desastres naturales: acceso a agua potable, a servicios médicos, a alimentos, a servicios de apoyo, albergues y refugios.
Lecciones aprendidas: Esta iniciativa conjunta de la ONU fomenta la inclusión de un componente de VIH en los esquemas humanitarios de financiamiento, abordando las necesidades relacionadas con VIH de las PPH y PVVIH en LAC durante los desastres naturales; también apoya la moción de que las respuestas frente a VIH durante las emergencias se establezcan en la agenda regional humanitaria y proporciona apoyo técnico a los actores humanitarios y las PVVIH.
Pasos a seguir: El desarrollo, por parte de UNAIDS, de una estrategia de movilización de presión y recursos para asegurar la implementación de la intervención regional conjunta de la ONU en la preparación para desastres y los planes nacionales de respuesta frente a VIH en LAC.

Resumen: 15299

C51 - Programas de prevención para inmigrantes, poblaciones móviles y desplazadas

El proyecto de prevención de VIH/SIDA de familias latinas, NCLR: Efectividad de la educación para la salud entre pares en las comunidades latinas emergentes y fronterizas

B. Rios-Ellis[1], L. D'Anna[1], A. Carricchi[1], R. Escolari[2], A. Jones[3], E. Tardy[4]

[1]NCLR/CSULB Center for Latino Community Health, CSULB Foundation, 6300 State Uni. Dr. Suite 125, Long Beach, Estados Unidos, [2]San Ysidro Health Center, CASA Services, 3550 Beyer Boulevard, San Ysidro, Estados Unidos, [3]Centro de Salud Familiar La FE, 1505 Mescalero Drive, El Paso, Estados Unidos, [4]Southeast Mississippi Rural Health Initiative, HIV Services, Hattiesburg, Estados Unidos.

Antecedentes: En la actualidad los latinos representan cerca de 20% de los casos de SIDA en Estados Unidos, casi 1.5 veces la proporción que tienen dentro de la población general de este país. Además, los latinos han demostrado patrones distintivos de VIH, con más del doble de nuevas infecciones heterosexuales entre 2001 y 2004. Es más probable que las poblaciones latinas inmigrantes carezcan de acceso a educación y atención en salud relevantes cultural y lingüísticamente, así como a seguro médico; estos factores suelen impedirles el acceso a pruebas y a asesoría sobre VIH.
Métodos: Para mejorar la falta de información preventiva sobre VIH disponible para los latinos de habla hispana, el National Council of La Raza (NCLR) trabajó con tres centros de servicio comunitarios sobre VIH/SIDA para desarrollar, implementar y evaluar un proyecto de educación para la salud entre pares. En un esfuerzo por definir el riesgo de VIH en la organización comunitaria "Latino Southern U.S.", los colaboradores incluyeron una comunidad latina emergente y dos comunidades latinas de

la frontera Estados Unidos-México. Los sitios incluyeron: San Ysidro, California; Hattiesburg, Mississippi, y El Paso, Texas.

Resultados: Los promotores de VIH (educadores pares en salud sobre VIH) realizaron charlas con 5,222 individuos a lo largo de los 12 meses de la intervención. Se recolectaron evaluaciones de las charlas de 2,003 participantes, 55% hombres y 45% mujeres. Para 95% de los participantes en las charlas la información fue muy útil (70%) o útil (25%), y 81% reportó que era probable o muy probable que se hicieran la prueba para VIH durante el periodo de 6 meses posterior a la charla. Se incluyeron predictores de intención estadísticamente significativos para hacerse la prueba de VIH: haber oído sobre VIH; estar casados o viviendo con una pareja; hablar tanto inglés como español, y, sólo para las mujeres, haber nacido en el extranjero.

Conclusiones: El NCLR Latino Families HIV/AIDS Prevention Project reveló que el enfoque del educador par en salud puede mejorar la falta de exposición de los latinos a los mensajes de prevención. También se presentarán las implicaciones para los enfoques de prevención de VIH basados en promotores culturalmente relevantes utilizando el Latino Health Belief Model.

Resumen: 12838

C51 - Programas de prevención para inmigrantes, poblaciones móviles y desplazadas

Evaluación de una estrategia de prevención para VIH/SIDA en hombres mexicanos migrantes

J.F. López Juárez[1], D. Mendoza Victorino[1], I. Moreno Álvarez[1], E. Delgado Herrera[1], J.V. Díaz Sánchez[2]

[1]Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Investigación, Evaluación e Información, México, México, [2]Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Director General, México, México.

Temas: La información efectiva, la orientación y la integración de servicios de consejería y pruebas voluntarios (CPV) de VIH resultarán en un incremento del conocimiento, la conciencia y las prácticas preventivas sobre el riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH, entre los inmigrantes varones de 18 a 35 años de edad. Para ofrecer estos servicios, MEXFAM inició intervenciones específicas en diez sitios diferentes, representativos del fenómeno de la migración en México.

Descripción: MEXFAM realizó una intervención de dos años dentro de un grupo de hombres pertenecientes al área de influencia de diez clínicas de salud de MEXFAM. Para evaluar esta intervención, MEXFAM condujo una encuesta de inicio, incluyendo entrevistas personales donde los participantes se seleccionaron a través de un muestreo por bola de nieve; 500 individuos formaron parte de la muestra —ellos habían migrado durante los dos años previos o estaban planeando migrar en los siguientes dos.

Lecciones aprendidas: Los estudios iniciales sugieren retos importantes. Por ejemplo, casi la mitad de los individuos sexualmente activos tuvo al menos un encuentro sexual con alguien diferente a su pareja de matrimonio o consensual, y sólo uno de cada siete utiliza condón. Además, dos de cada cinco del total de los participantes están conscientes de los servicios de CPV, y sólo 20% del total se ha hecho la prueba alguna vez. Además, el estudio señala que las fuertes creencias y mitos culturales disuaden del uso de condones y de los servicios de CPV, debido a la falta de información. Los datos de inicio, los resultados del plan de trabajo y las sesiones de trabajo con personal clave del proyecto han creado una fuente de experiencias compartidas que proporcionan oportunidades para orientar las actividades del proyecto.

Pasos a seguir: El estudio de evaluación final que se llevará a cabo en abril próximo, demostrará la efectividad de las intervenciones cruciales para incrementar el conocimiento, la conciencia y las prácticas preventivas de ITS y VIH/SIDA entre hombres adultos mexicanos migrantes. MEXFAM usará la información existente para fortalecer y consolidar su programa de VIH.

Resumen: 7535

C51 - Programas de prevención para inmigrantes, poblaciones móviles y desplazadas

Intervenciones conductuales para reducir la transmisión de la infección por VIH y las conductas de riesgo entre choferes de camión varones en países en desarrollo: reseña sistemática y metanálisis

K. Blechynden

Queensland Health and Curtin University, Tropical Population Health Network and Centre for International Health, Townsville and Perth, Australia.

Temas: Se están llevando a cabo diversas intervenciones conductuales en varios lugares del mundo en desarrollo para reducir la transmisión de VIH en los choferes de camión varones. Sin embargo, no se han publicado reseñas sistemáticas ni metanálisis que hayan examinado y determinado el mejor enfoque práctico para estas intervenciones. La conducta de alto riesgo que exhiben muchos choferes de camión puede resultar en un incremento del riesgo de transmisión de VIH para ellos mismos, para las trabajadoras sexuales y para sus parejas primarias y secundarias.

Descripción: Para completar la reseña sistemática, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de estudios primarios y se completó una valoración crítica de la calidad de 60 estudios por parte de dos críticos independientes que utilizaron criterios de inclusión/exclusión predeterminados. Los resultados de las críticas se tabularon y se llevó a cabo un diagrama de bosque. Además, la heterogeneidad estadística de los datos obtenidos de la reseña sistemática se evaluó mediante pruebas de Chi cuadrada y I2.

Lecciones aprendidas: La conducta de alto riesgo que exhiben muchos choferes de camión puede resultar en un incremento del riesgo de transmisión de VIH para ellos mismos, para las trabajadoras sexuales y para sus parejas primarias y secundarias. Puesto que la prevalencia de VIH se está incrementando en todo el mundo, la información recolectada en esta reseña destacará las estrategias efectivas que pueden usarse en los países en desarrollo y beneficiar potencialmente a los choferes de camión varones y sus parejas sexuales.

Pasos a seguir: Se prevé que esta investigación pueda contribuir al desarrollo e implementación de estrategias preventivas adicionales, efectivas y basadas en la evidencia, para la prevención de VIH en la industria del transporte, cuyos miembros se consideran ampliamente como un grupo de riesgo para la transmisión de VIH.

Resumen: 4799

C52 - Programas de prevención para personas que viven con VIH

Prevención enfocada: Materiales educativos para mejorar la calidad de vida de personas que viven con VIH en contextos urbanos

J.G. Cabrera, A.A. Solís, E.E. de la Paz, J. Martínez

Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., México, México.

Temas: La ciudad de México alberga el mayor número de personas que viven con VIH y esto ocasiona que haya una demanda excesiva de los servicios de salud y que los profesionales de esta área no tengan tiempo suficiente para proporcionar información y educación a las personas que viven con VIH. Por el otro lado, el gobierno no desarrolla campañas para ofrecer educación enfocada a las personas que viven con este padecimiento. Por ello, la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA ha diseñado, piloteado y validado una serie de folletos educativos dirigidos a las personas que viven con VIH/SIDA. El propósito de los folletos es contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Descripción: Tomando en cuenta las necesidades de las personas que viven con VIH que asisten a los grupos de discusión de la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, se diseñaron cinco folletos sobre temas específicos tales como nutrición, adherencia, infecciones oportunistas, infecciones de transmisión sexual y lineamientos para trabajar con grupos de autoayuda. El propósito es usar los folletos para ofrecer información acerca de temas relacionados con el hecho de vivir con VIH en un lenguaje simple que sirva como complemento y apoye a las personas para establecer mejores relaciones con sus doctores. También hay recomendaciones para mejorar la calida de vida y contribuir a la prevención secundaria.

Lecciones aprendidas: Para desarrollar campañas enfocadas se recomienda que los materiales educativos tomen en cuenta las necesidades de la población objetivo, ya que de esta manera se puede lograr la apropiación de los materiales.

Pasos a seguir: Promover el uso de los folletos dentro de diferentes grupos de autoayuda e iniciar un proceso de capacitación de entrenadores para reforzar a los líderes de los grupos.

Resumen: 4817

C52 - Programas de prevención para personas que viven con VIH

Espacios juveniles para la producción de materiales educativos para jóvenes homosexuales que viven con VIH

E.E. de la Paz Rodríguez[1], G. Cabrera[2]

[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA A.C., Psicología, México D.F., México, [2]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA A.C., México D.F., México.

Temas: La ciudad de México concentra el mayor número de casos de VIH en México. Una de las poblaciones más afectadas son los jóvenes. Por ello, es importante crear espacios alternativos para esta población específica, con el fin de proveer un espacio educativo en donde puedan aprendan sobre las infecciones y las estrategias de vida positivas con un enfoque juvenil.

Descripción: El objetivo del proyecto es crear un espacio seguro para jóvenes homosexuales que viven con VIH para dar respuesta a sus necesidades específicas. Este espacio promueve la movilización comunitaria para fortalecer la participación y visibilidad de los jóvenes homosexuales que viven con VIH en la respuesta nacional. El espacio proporciona información desde un enfoque juvenil sobre temas como: adherencia al tratamiento, nutrición, sexualidad (uso del condón, revelación, parejas serodiscordantes, amor), relación cliente-doctor,

y derechos humanos. Al final del proceso, los participantes diseñan una guía, que incluye todos los temas abordados durante el proyecto, para coordinar grupos de jóvenes homosexuales. La guía incluye información técnica así como técnicas participativas e interactivas que se pueden utilizar como capacitación para el manejo del juego de herramientas.

Lecciones aprendidas: Es importante contar con espacios para promover la participación comunitaria y la movilización de jóvenes homosexuales que viven con VIH. Ésta es una estrategia relevante para promover la prevención de nuevas infecciones así como la convivencia positiva entre los mismos. Es importante incluir a la población blanco en el diseño de los materiales y las herramientas educativas para asegurar intervenciones efectivas.

Pasos a seguir: Adaptar el juego de herramientas para que pueda ser usado por otras poblaciones jóvenes fuera de la comunidad homosexual. Diseñar un programa de talleres de capacitación para capacitadores. Crear y promover espacios amigables para los jóvenes homosexuales, con énfasis en aquéllos que viven con VIH.

Resumen: 4660

C53 - Programas de prevención para poblaciones indígenas

Educación basada en el cambio conductual para la prevención de VIH en comunidades rurales de México

D. Muñoz

Visión Mundial de México A.C., Comunicaciones, Ciudad de México, México.

Temas: Las comunidades rurales de México suelen carecer de una educación puesta en un contexto que les permita tomar decisiones para su autoprotección. Como consecuencia, las personas presentan conductas que las hacen vulnerables y las ponen en riesgo de infectarse con VIH.

Descripción: Diseñamos un paquete de materiales educativos con tres temas eje (conocimiento general sobre VIH y SIDA, modificación de actitudes y creencias, y habilidades para cambios conductuales). Utilizamos una escala de bajo, medio y alto para medir el nivel de estas variables. El paquete se validó y se implementó en cinco regiones en México, y se incluyeron cinco poblaciones indígenas diferentes (1,858 personas). Llevamos a cabo una evaluación para conocer su nivel de conocimiento sobre VIH y SIDA. Utilizamos métodos de educación popular, aceptados socialmente. También usamos escenarios existenciales que hacían referencia a los ejes temáticos del paquete educativo. Llevamos a cabo esto durante cuatro meses y después hicimos un seguimiento durante ocho meses.

Lecciones aprendidas: Durante la primera evaluación, la gente tuvo un nivel bajo de conocimiento. Después de la aplicación del paquete educacional, el nivel cambió a alto. Además, la percepción de riesgo se incrementó significativamente. Es importante incluir un tipo de educación que se adapte al contexto sociocultural existente en la comunidad. También debemos contar con metodologías que se acepten socialmente y que proporcionen conocimiento significativo desde la perspectiva de la gente.

Pasos a seguir: Después de esta experiencia, se promoverá la aplicación de estas metodologías y materiales en diferentes contextos socioculturales estableciendo las condiciones necesarias para que la población cuente con otros elementos para la toma de decisiones.

Resumen: 6176

C53 - Programas de prevención para poblaciones indígenas

Estudio sobre seroprevalencia entre la población indígena en México

J. Duque Rodríguez, Indio nativo mexicano

Secretaría de Salud, COESIDA, Chihuahua, México.

Las poblaciones indígenas nativas en México presentan una mayor vulnerabilidad que otras poblaciones del país, dado que no cuentan con las mismas condiciones en relación con la salud, la economía y otras características demográficas. Todo esto las hace más susceptibles a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros padecimientos que podrían volverse desastrosos entre ellos. Hasta la fecha, se desconoce la magnitud del impacto de la infección por VIH en las comunidades nativas de nuestro estado. Por lo tanto, el conocimiento sobre seroprevalencia y sobre prácticas de riesgo nos permitirá desarrollar programas estratégicos de vigilancia epidemiológica, índices de enfermedad y tratamientos eficientes y oportunos, así como promover la prevención y las acciones educativas necesarias para disminuir el síndrome de inmunodeficiencia humana en esta población en particular. Trabajamos con 12 asentamientos urbanos y con una muestra de 166 individuos: 134 mujeres y 32 hombres. El rango de edad fue de entre 15 y 65 años de edad. Encontramos 25 personas infectadas con sífilis, siete con hepatitis C y una que vive con VIH. Nuestra población mostró muy poco conocimiento sobre VIH y SIDA. No perciben el riesgo como lo hace la población general, a pesar de llevar varios años viviendo en la ciudad. Hay altos índices de alcoholismo, analfabetismo y la mayoría de estas

personas vive en unión libre. De acuerdo con estos resultados, desarrollamos un programa con el fin de ofrecer soluciones para los problemas de salud que encontramos, así como para las otras condiciones sociales.

Resumen: 14175

C55 - Integración de la prevención de VIH en los programas de salud reproductiva/ITS

Herramientas para evaluar y abordar la calidad de la atención en la asesoría y los servicios voluntarios de pruebas

S. Chamberlin[1], J. Halverson[2], S.Makleff[3], J. Galvao[2], I. Rondinelli[4]

[1]International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, HIV/AIDS/STIs, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos, [2]International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, HIV/AIDS/STIs, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos, [3]International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, Evaluation, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos, [4]International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, Quality of Care, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos.

Temas: La consejería y pruebas voluntarias de VIH (CPV) ofrecen un punto de entrada clave para mejorar el conocimiento, el cambio conductual, y los servicios de apoyo y tratamiento para los clientes. Numerosas asociaciones miembro (MAs, en inglés) de la International Planned Parenthood Federation/Región Occidente (IPPF/WHR, en inglés) han integrado la CPV en un espectro más amplio de servicios de salud sexual y reproductiva. Es necesario que las MAs tengan acceso las herramientas para monitorear y responder a situaciones vinculadas con la calidad de la atención.

Descripción: El personal de IPPF/WHR ha trabajado con las MAs para desarrollar un kit de herramientas para la evaluación de VIH, que incluya las herramientas para monitorear, planes de análisis y una base de datos para llevar a cabo el análisis para cada herramienta. El propósito de las siguientes herramientas incluidas en este kit es que su utilidad sea complementaria para la organización: • Una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas (KAP) para evaluar el conocimiento del personal y sus actitudes hacia el VIH; la encuesta incluye una escala de estigmatización de nueve elementos. Esta herramienta ayuda a identificar las necesidades específicas de capacitación y a evaluar el cambio a lo largo del proyecto. • Una escala de 30 elementos para evaluar el agotamiento y necesidades de apoyo entre el personal de CPV. Esta herramienta permite que los gerentes/supervisores identifiquen y respondan al estrés y las necesidades de apoyo de los asesores que trabajan con VIH. • Un módulo de autoevaluación de CPV diseñado para medir el proceso real y los recursos utilizados en la provisión de servicios de CPV basados en los lineamientos de Buenas Práctica. Esta herramienta se administra de forma participativa a todo el personal que lo requiera e incluye una actividad de planeación para identificar los siguientes pasos en la mejora de servicios.

Lecciones aprendidas: Se ha validado y probado la confiabilidad de estos instrumentos. Las MAs pueden acceder, implementar, analizar y responder a estas cuestiones, lo cual es un paso clave en la construcción de las capacidades y para asegurar que la asistencia técnica (AT) sea sustentable.

Pasos a seguir: Se llevarán a cabo evaluaciones cualitativas para asegurar que el juego de herramientas sea aceptable y accesible para las MAs. Se promoverá el juego de herramientas entre las MAs y se proporcionará AT de seguimiento donde sea necesario.

Resumen: 9671

C55 - Integración de la prevención del VIH en los programas de salud/ITS

Pharmasex: un modelo de prevención de VIH exitoso a través de una clínica de atención y tratamiento de ITS, implementado por la organización comunitaria "AVE de México" en la ciudad de México

J. León Ojeda[1], R. Olin German[2], M. Bautista Bautista[2], C. García de León[2]

[1]AVE DE MÉXICO, Gerente de programas, Ciudad de México, México, [2]AVE DE MÉXICO, Ciudad de México, México.

Temas: El VIH se transmite sexualmente en la mayoría de los casos (96.2%) y la epidemia está concentrada en los HSH (52%). En la ciudad que reporta la lista más larga de casos, en combinación con una alta incidencia de ITS, hay una carencia de servicios de atención especializados y amigables que incluyan un enfoque de salud sexual libre de estigma y discriminación. Esto restringe las estrategias de prevención de VIH entre HSH.

Descripción: Desde 2006 y con más de 1,000 pacientes, Pharmasex combina el mercadeo social de condones, los tratamientos de ITS de bajo costo y los servicios de CPV como parte de una clínica médica especializada en ITS, cuya meta es prevenir la infección por VIH. Un grupo de proveedores profesionales de salud, capacitados en la atención y tratamiento de ITS y en salud y derechos sexuales, han creado un modelo de clínica libre de estigma y discriminación. Este espacio ofrece un ambiente de confianza que facilita la comunicación con los

clientes, a quienes se les ofrece educación sobre la prevención de VIH, permitiendo la identificación de conductas sexuales de riesgo y sus causas. La clínica provee, además, atención y un tratamiento integral a cargo de un equipo que incluye doctores, psicólogos, promotores de salud sexual y consejeros que tienen la misma orientación sexual de la población blanco. Este modelo incluye un componente de monitoreo y evaluación acerca de la estigmatización y discriminación en los servicios clínicos. Para la implementación del modelo, se creó una asesoría especializada acerca de ITS, así como un sistema de mercadeo social para los tratamientos.

Lecciones aprendidas: La atención y un tratamiento adecuados de las ITS previenen la infección por VIH. El personal sensible y capacitado, con la misma orientación sexual del público blanco, facilita el éxito de la estrategia. El trabajo con un modelo de asesoría sobre ITS y la oferta de tratamientos de bajo costo contribuye favorece la adherencia al tratamiento.

Resumen: 9477

C56 - Integración de la prevención y atención del VIH en los programas de tratamiento

Solidarity Services Network lanza una campaña de prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV) para probar y consolidar las referencias interinstitucionales en el área metropolitana de la Ciudad de México

C. Guthreau[1], A. Castañeda[1], G. Escamilla[2], F. Ortiz[3], I. Meza[4], M. Alen[5], J. Conroy[6]

[1]Project HOPE México, A.C., Ciudad de México, México, [2]ISEM, Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl, Cd. Neza, México, [3]Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México, [4]CEPVIDA, A.C., Ciudad de México, México, [5]SER BIEN, IAP, Ciudad de México, México, [6]Asociación Mexicana de Malta, A.C., Ciudad de México, México

Temas: Solidarity Services Network (SSN) se formó con el apoyo de Project HOPE y la Elton John AIDS Foundation (EJAF) para brindar atención integral, libre de estigma y discriminación (EyD). Nueve organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con 31 sitios de servicio proporcionan educación sobre prevención, acceso a condones, consejería y pruebas rápidas (CPV), prevención de la transmisión vertical (PTV), ARV, apoyo psicosocial, y talleres para la generación de ingresos. En julio de 2007, una donación de prueba rápida lanzó una campaña de PTV a lo largo de todo la red SSN; su objetivo fue la incrementar la conciencia entre las mujeres embarazadas y los trabajadores de salud en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Descripción: La campaña de PTV utilizó recursos colectivos de la red SSN, consolidando la membresía y los mecanismos de referencia. Específicamente:

1- EJAF proporcionó fondos y negoció una donación de pruebas orales rápidas con OraSure;

2- HOPE y CEPVIDA (ONG) capacitaron trabajadores de la salud en CPV adaptada y comunicación libre de EyD;

3- HOPE y SER BIEN (ONG) grabaron en un CD los testimonios sobre PTV de madres VIH positivas para lograr un alcance educacional, protegiendo el anonimato e incrementado la sustentabilidad;

4- Los HW gubernamentales proporcionaron educación sobre PTV y CPV para grupos de mujeres embarazadas en 21 clínicas;

5- SER BIEN (ONG) proporcionó apoyo psicológico posterior al diagnóstico;

6- Un hospital gubernamental (INPer) proporcionó servicios de PTV;

7- Malta (ONG) proporcionó fórmula gratuita para bebés y un grupo de apoyo.

A lo largo de 10 semanas, 21 clínicas llevaron a cabo 1,869 pruebas. La mujer promedio tenía 24 años de edad y 25 semanas de embarazo; 60% era menor de 24 años. 85% estaba en cuidado prenatal, mientras que 6% se reclutó vía el cartel de la campaña. 95% reportó haber tenido su primera prueba de VIH y 60% reportó que el CD de testimonios de PTV fue una motivación para hacérsela. Tres mujeres y dos miembros de la familia (esposo e hija) tuvieron un resultado positivo a la prueba. Hasta la fecha, un niño ha nacido libre de VIH.

Lecciones aprendidas: 1- Las redes se benefician de compartir recursos y así se mejoran las referencias; 2- Los testimonios grabados son costo-efectivos y sustentables, e incrementan la aceptación de CPV y la conciencia sobre PTV entre mujeres embarazadas y HW; 3- Los resultados de la campaña sugieren un prevalencia > 0.3.

Pasos a seguir: En 2008 la red se expande a Chiapas y Oaxaca (dos estados del Sur), replicando la campaña de PTV con el CD traducido a lengua indígena, lo cual amplía el alcance.

Resumen: 15252

C57 - Integración de programas de prevención del VIH y otros programas de salud

Lección aprendida a partir de la capacitación comunitaria "Sexualidad para hombres jóvenes homosexuales" dirigida a proveedores de salud

J.A. Hernández Reyes[1], D. Alvarado[2], F. Rosas[2], SISEX A.C.

[1]Vivir, Participación, Incidencia y Transparencia, A.C., Ciudad de México, México, [2]Vivir. Participación, Incidencia y Transparencia, A.C., Ciudad de México, México.

Temas: En México, los estudios cualitativos muestran que existe estigma y discriminación en los ámbitos de salud pública; por ello, es necesario capacitar a los proveedores de salud sobre cómo responder a las necesidades de las personas homosexuales. La epidemia de VIH muestra que los HSH siguen siendo la población más afectada por el VIH y otras ITS.

Descripción: En 2006, SISEX Estado de México lanzó el proyecto "Nosotros también tenemos derechos... los derechos sexuales", que combina una amplia gama de actividades: evaluación de necesidades, capacitación comunitaria para hombres jóvenes homosexuales en riesgo de contraer VIH y otras ITS, desarrollo de materiales educativos de IEC, capacitación para proveedores de salud, e incidencia en políticas públicas. Se ofrecieron 10 talleres a proveedores de salud, utilizando el enfoque educativo "Hablemos sobre salud sexual con hombres jóvenes homosexuales".

Lecciones aprendidas: Existe una falta de comprensión del papel del estigma y la discriminación en los ámbitos de la salud pública, y la necesidad de incrementar la conciencia acerca de sus consecuencias sociales es imperativa entre los proveedores de salud.

Pasos a seguir: Existen diferencias en las respuestas frente al estigma y la discriminación dependiendo del rango de los proveedores de salud. Éste es un recurso que habrá que explorar en futuros talleres.

D. Ciencias sociales, del comportameinto y económicas

Resumen: 2012

D1 - Clase social, pobreza y estratificación socioeconómica

Las condiciones macrosociales no necesariamente están asociadas con una mejora en la morbilidad y mortalidad (MM) por VIH/SIDA: Evaluación de la relación entre el índice de desarrollo humano (IDH) y sus componentes y los casos y muertes por VIH/SIDA en Venezuela

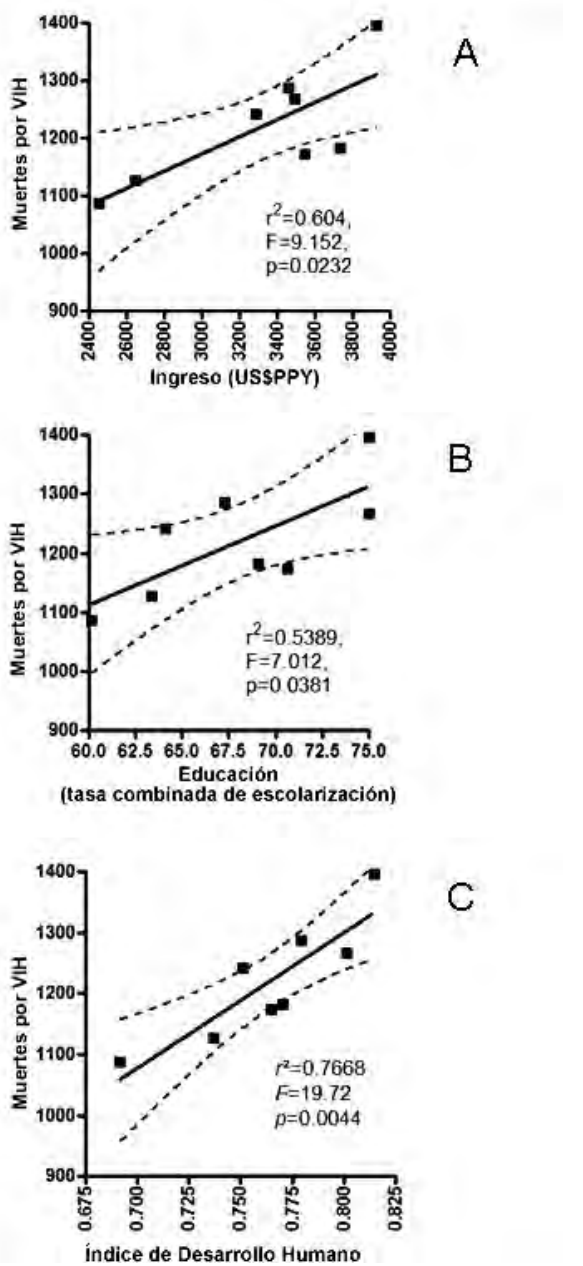
J. Benítez[1], M. Arria[2], P. Rifakis[3], S. Dickson[4], P. Vivas[5], A. Rodríguez-Morales[6]

[1]Ministerio de Salud, Maracay, Venezuela, [2]Instituto Venezolano de Investigación Científica, Caracas, Venezuela, [3]Hospital Pérez de León, Caracas, Venezuela, [4]Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, [5]Hospital Reg. Esp. N 1 Lic. I. García Téllez, IMSS, Mérida, Yucatán, México, [6]Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.

Temas: El VIH/SIDA amenaza con socavar el estado de salud y el desarrollo económico de los países en desarrollo, a menos que exista una cooperación mundial que prevenga la propagación mayor de la infección. La mayoría de los países ha lanzado programas de prevención patrocinados por el gobierno. En algunos casos, se ha considerado que la mejora de las condiciones sociales también estará relacionada con la reducción de la MM por VIH/SIDA.

Descripción: Evaluamos las relaciones entre las variaciones de las condiciones socioeconómicas, medidas por el IDH y sus componentes (alfabetización [%], ingresos [dólares americanos/persona/año – US$PPY], expectativa de vida [edad], y educación [tasa bruta combinada de escolarización]), y MM por VIH/SIDA en Venezuela (1997-2004). Se hicieron regresiones lineales entre las variables epidemiológicas y socioeconómicas; p<0.05 se consideró como significativa, y se utilizó SPSS/v.10.0®/GraphPad Prism/v.4® para las estadísticas.

Lecciones aprendidas: Durante el periodo de estudio, se reportó una media de 6204 ± 2710 (SE) casos de VIH y 1220 ± 34.9 muertes. En la evaluación múltiple entre MM y las condiciones macrosociales, encontramos una asociación significativa entre la mortalidad por VIH y el ingreso (r2 = 0.604, p = 0.0232) (Fig. 1ª), la educación (r2 = 0.5389, p = 0.0381) (Fig. 1B) y el IDH (r2 = 0.7668, p = 0.0044) (Fig. 1C). Las variaciones encontradas en estos casos muestran una mortalidad más alta cuando las condiciones sociales mejoran.



Pasos a seguir: La infección por VIH tiene una relación compleja con la pobreza y afecta tanto a ricos como a pobres. El VIH/SIDA representa la emergencia más mortal y la mayor crisis social, económica y de salud en los tiempos modernos. La pandemia del VIH afecta de forma diferente a los países desarrollados y a aquéllos en desarrollo; y, como hemos visto aquí, la mejora de las condiciones macrosociales no está necesariamente asociada con la reducción de MM por VIH/SIDA. Entonces, las acciones primarias de prevención y educación deberían reforzarse para mejorar directamente la MM por VIH/SIDA en países donde la mejora de las condiciones sociales es independiente de las reducciones de estas cifras epidemiológicas.

Resumen: 631

D1 - Clase social, pobreza y estratificación socioeconómica

La exclusión social como un factor de riesgo importante para VIH entre las poblaciones indígenas de América Latina: necesidad de una solución multinivel sustentable

M.L. Wang

Center of Global Health and Development Partnerships, Beijing, Taipei, China.

Antecedentes: La exclusión social es un importante factor de riesgo para adquirir VIH entre los indígenas de América Latina. En algunos estudios, se hace referencia al incremento de la prevalencia de VIH en estas poblaciones. Esta situación debe analizarse desde un marco multidimensional de epidemiología social. La meta de este estudio es reportar los resultados más recientes de los riesgos de VIH en las poblaciones indígenas. El objetivo es generar un marco sustentable de soluciones.

Métodos: Este estudio combina una encuesta entre países y un metanálisis de entrevistas etnográficas a profundidad, grupos focales y estudios de caso en América Latina. 80% de los sujetos entrevistados estuvo compuesto por mujeres. El análisis se enfoca en: 1. globalización y comunidades indígenas y ecosistemas, 2. protección de derechos indígenas, 3. barreras socioeconómicas, incluyendo acceso al sistema de salud, 4. factores de riesgo en las relaciones de género, y 5. barreras en la construcción de capital comunitario.

Resultados: La exclusión social es un factor de riesgo importante para las poblaciones indígenas por diversas vías:

1. La globalización está relacionada con la injusticia ambiental, la profundización de la pobreza extrema y la migración forzada.
2. La inadecuación de la protección de los derechos indígenas lleva a la marginalización y discriminación socioeconómicas.
3. La discriminación reduce el acceso a la atención cultural y lingüísticamente adecuada.
4. La marginación ocasiona la pérdida del conocimiento etnomédico indígena.

Estos factores combinados afectan la construcción del capital comunitario, un factor crítico en la prevención e intervención sobre VIH. La disminución del capital comunitario contribuye a la pérdida de vínculos críticos y resulta en el aumento de la violencia de género, la desintegración comunitaria, la elección de profesiones peligrosas, y estilos de vida y prácticas poco saludables, todo lo cual aumenta el riesgo de VIH en las poblaciones indígenas.

Conclusiones: Una encuesta a gran escala entre naciones y un metanálisis en América Latina demuestran la urgencia de abordar la exclusión social en la prevención e intervención en relación con VIH en las poblaciones indígenas. Un marco integrado necesita reparar los lazos críticos para los indígenas combinando soluciones provenientes de los más altos niveles, pero también de la comunidad, para la protección de sus derechos en un contexto de globalización y mejorando el capital comunitario intangible.

Resumen: 15450

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Conductas de alto riesgo en relación con VIH y prevalencia en trabajadores migrantes mixtecos varones

C. Sipan[1], M. Hovell[1], F. Sanudo[2], N. Kelley[3], I. Estrada[3], E. Blumberg[3], C.R. Hofstetter[4]

[1]San Diego State University, Graduate School of Public Health, San Diego, California, Estados Unidos, [2]Vista Community Clinic, Health Promotion, Vista, California, Estados Unidos, [3]Center for Behavioral Epidemiology and Community Health, San Diego State University, San Diego, California, Estados Unidos, [4]San Diego State University, Political Science, San Diego, California, Estados Unidos.

Antecedentes: Los mixtecas son uno de los grupos de indígenas mexicanos más grandes que se desempeñan como trabajadores migrantes en sitios agrícolas de México y Estados Unidos. La información anecdótica y los datos epidemiológicos de México indican un potencial para adquirir VIH por parte de estos trabajadores agrícolas varones fuera de su comunidad de origen. Este estudio comienza a calcular la prevalencia de VIH y de los riesgos conductuales relacionados, así como los determinantes sociales para las prácticas de riesgo entre trabajadores agrícolas migrantes mixtecos del condado de San Diego.

Métodos: Los protocolos de estudio se desarrollaron con miembros de la comunidad mixteca. Las entrevistas se centraron en la conducta en su comunidad de origen y en San Diego. Diez entrevistadores reclutaron y entrevistaron a 285 participantes mixtecos varones en 18 sitios; 98% accedió a hacerse una prueba Orasure de anticuerpos de VIH.

Resultados: Un tercio reportó haber practicado sexo vaginal, oral o anal durante su presente estancia en San Diego. De éstos, 21% reportó haber tenido sexo a cambio de dinero, comida o drogas (311B). 50% de los participantes sexualmente activos reportó haber tenido sexo con trabajadores sexuales. La media promedio del número de parejas sexuales del sexo femenino durante su estancia presente fue de 4.48. De casi 25% que

reportó haber tenido sexo anal con mujeres, 3 de cada 4 reportaron no haber usado condón. Del único participante cuya prueba para anticuerpos de VIH resultó positiva ya se conocía su estado serológico. 52.3% reportó ser soltero. Los resultados también compararán las conductas de riesgo reportadas por aquéllos con parejas sexuales regulares con las de aquéllos sin parejas sexuales regulares.

Conclusiones: Los resultados indican una prevalencia baja de VIH en el contexto de las conductas de riesgo comunes relacionadas con VIH. Los resultados del estudio sobre determinantes de riesgo e identificación de factores potenciales de protección podrán contribuir al control de VIH/SIDA entre migrantes mixtecos.

Resumen: 3627

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Tierra de nadie: deportación y migración como factores de riesgo versus factores de protección para la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectadas masculinos y femeninos en Tijuana, México

S. Strathdee[1], R. Lozada[2], V. Ojeda[1], A. Vera[1], R. Pollini[1], K. Brouwer[1], W. Cornelius[3], L. Nguyen[1], C. Magis-Rodríguez[4], T.L. Patterson[5], Proyecto El Cuete

[1]University of California San Diego, Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]PRO-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]University of California San Diego, Sociology, San Diego, Estados Unidos, [4]CENSIDA, Ciudad de México, México, [5]University of California San Diego, Psychiatry, San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: Examinamos las correlaciones específicas de género de la infección de VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI) en Tijuana, Baja California, una ciudad fronteriza de México y Estados Unidos que sufre índices crecientes de VIH.

Métodos: Se reclutaron UDI de edad ≥18 años utilizando un muestreo guiado por quien responde. Los participantes se sometieron a una prueba de anticuerpos para VIH y sífilis y a entrevistas estructuradas. La regresión logística ponderada identificó las correlaciones de la infección por VIH, estratificados por género.

Resultados: De los 1,056 UDI, 67% nació fuera de Baja California. Las razones más importantes para mudarse a Tijuana incluyeron deportación de los Estados Unidos (56% en hombres, 29% en mujeres), y la búsqueda de un trabajo/vida mejor (20% en hombres, 42% en mujeres). Comparadas con los hombres, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de VIH (10.5% vs. 3.4%, p<0.001). Entre las mujeres (N=158), los factores asociados independientemente con VIH incluyeron menor edad (RMa: 0.84 por año; p<0.0001), infección de sífilis de por vida (RMa: 4.8; p=0.01), y haber vivido en Tijuana por periodos largos (RMa: 1.9 por 10 años, p=0.01). Entre los hombres (N=898), los factores asociados independientemente con VIH incluyeron títulos de sífilis ≥1:8 (RMa: 6.2; p=0.0001), haber sido arrestados por presentar marcas de inyecciones, esto es, track-marks (RMa: 1.1 por 5 arrestos; p=0.05), tener altos números de compañeros recientes de inyecciones (RMa: 1.3 por 5 personas; p=0.01) y vivir en Tijuana por periodos cortos (RMa: 0.66 por 10 años; p=0.02). En un análisis posterior, la deportación de Estados Unidos desplazó la duración del periodo vivido en Tijuana como factor asociado independientemente con la infección de VIH entre los hombres (RMa: 4.0; p=0.002).

Conclusiones: La deportación se asoció con un incremento de cuatro veces en las probabilidades de infección por HIV, mientras que la migración reciente resultó ser un factor de protección entre las mujeres. Aunque la interpretación requiere de precaución debido a que los datos fueron transversales, estos hallazgos sugieren que las políticas de inmigración de los Estados Unidos repercuten sobre la vulnerabilidad frente al VIH. Se necesitan más estudios sobre el importante papel del desplazamiento y la movilidad como factores de riesgo para la infección por HIV para poner al tanto a los programas de prevención. Puesto que la sífilis fue el único factor de riesgo común para VIH entre hombres y mujeres UDI, la prevención y el tratamiento de ITS deberían de integrarse a la prevención de VIH.

Resumen: 10244

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Jóvenes mexicanos migrantes a Estados Unidos: el papel de la comunidad en la vulnerabilidad frente a ITS/VIH/SIDA

P. Torres[1], C. Tucker[2], A. Minnis[3], S. Bautista[1]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, [2]East Coast Migrant Head Start, Raleigh, Estados Unidos, [3]Women's Global Health Imperative, Research Triangle Institute, San Francisco, Estados Unidos.

Antecedentes: México es la principal fuente de migrantes hacia los Estados Unidos. El flujo de migración crece cada día. No obstante, dadas las nuevas políticas antiinmigrantes, los puntos de cruce y las rutas son ahora más riesgosos que nunca. La población joven se ha sumado recientemente a la migración México-Estados Unidos. Tradicionalmente, los jóvenes tienen comportamientos de riesgo y su salud puede estar particular-

mente expuesta durante sus viajes. La literatura sugiere que el capital cultural para la migración puede reducir la vulnerabilidad social. Nuestro objetivo fue entender el papel de la comunidad en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes mexicanos indocumentados que viajan por primera vez a Estados Unidos.

Métodos: Llevamos a cabo 47 entrevistas a profundidad con jóvenes mexicanos migrantes primerizos a Estados Unidos de entre 15 y 24 años de edad. Estos 21 hombres y 26 mujeres provenían de dos comunidades: Jiquilpan, una comunidad de alta densidad de migración, y Tehuacán, una comunidad de baja densidad de migración. Los datos se grabaron, transcribieron y analizaron con base en la teoría inductiva, utilizando el programa Atlas.ti.

Resultados: Observamos diferencias claras en sus discursos sobre las vulnerabilidades de salud sexual y reproductiva durante su viaje. Para los migrantes jóvenes, la vulnerabilidad está relacionada con su capital cultural de migración. Aun cuando los jóvenes enfrentan riesgos en su viaje a Estados Unidos, los que provienen de comunidades con alta densidad de migración viven sus recorridos bajo condiciones mejores y más seguras que sus contrapartes. Aquéllos provenientes de comunidades de baja migración hablaron de riesgos altamente relacionados con ITS/VIH/SIDA, tales como violación, uso de drogas y sexo remunerado.

Conclusiones: Los datos sugieren que la densidad de migración de la comunidad de origen en México podría estar relacionada con la reducción o aumento de la vulnerabilidad durante la travesía de los migrantes jóvenes. Los datos exploran nuevos contextos de vulnerabilidad relacionada con ITS/VIH/SIDA experimentada por los jóvenes en el contexto de ilegalidad y podrían ayudar para repensar las políticas públicas de prevención y la necesidad de enfocarnos sobre las vulnerabilidades relacionadas con la estructura social.

Resumen: 3914

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Migrantes mexicanos en California y metanfetaminas: el California-Mexico Epidemiological Surveillance Pilot (CMESP)

M.T. Hernández[1], M.A. Sánchez[1], L.A. Ayala[1], C. Magis-Rodríguez[2], J.D. Ruiz[3], M.D. Samuel[4], G.F. Lemp[1], M.V. Drake[5]

[1]California HIV/AIDS Research Program, University of California, Office of the President, Oakland, Estados Unidos, [2]CENSIDA, Secretaría de Salud, México, México, [3]Office of AIDS, California Department of Public Health, Sacramento, Estados Unidos, [4]STD Control Branch, California Department of Public Health, Richmond, Estados Unidos, [5]University of California, Irvine, Estados Unidos.

Antecedentes: El CMESP es un proyecto colaborativo binacional para evaluar las vulnerabilidades de los migrantes mexicanos frente a la infección de VIH e ITS. Durante mucho tiempo, el uso de metanfetaminas (UM) se ha asociado con la conducta sexual de riesgo entre HSH y, más recientemente, con la conducta heterosexual de riesgo.

Métodos: El CMESP es una encuesta aleatoria focalizada, con base en los lugares de reunión de migrantes mexicanos masculinos y femeninos que viven en zonas rurales y urbanas de California. Los datos conductuales para los participantes masculinos se presentan según el tipo de lugar de reunión donde se reclutaron: 1) sitios de trabajo masculinos (campos de migrantes masculinos y sitios de recolección de trabajadores); 2) lugares de reunión comunitarios (campos familiares de migrantes, escuelas para adultos, iglesias), y 3) bares y clubs.

Resultados: Se muestrearon 985 hombres a lo largo de 68 sitios en 2004 y 2005. Los HSH presentaban un UM global significativamente más alto que el de los hombres que tienen sexo con mujeres (29% vs. 24%, p = 0.04) o el de aquéllos sin pareja durante los pasados 12 meses (16%, p = 0.01). Encontramos seis hombres infectados con VIH, de los cuales tres reportaron UM. En el análisis univariado, la infección por Chlamydia trachomatis y el sexo con un trabajador sexual resultaron significativamente asociados con UM en, por lo menos, un tipo de lugar de reunión (p < 0.05). En el análisis multivariado, mientras se controlaba por sitio de reunión, se encontró una asociación significativa (p< 0.05) entre UM y las siguientes variables: edad <35 años (RM 1.8, IC 1.2-2.8), dos o más parejas sexuales (RM 3.1, IC 2.1-4.5), estado de ebriedad durante 2 o más días en el pasado mes (RM 3.0, IC 2.2-4.2), depresión (RM 1.9, IC 1.2-3.1), y mayor nivel de aculturación a los Estados Unidos basada en el uso del idioma inglés (RM 1.4, IC 1.0-2.1).

Conclusiones: El UM no inyectado es una conducta entre los jóvenes adultos en Estados Unidos que podría estarse extendiendo también a los jóvenes mexicanos migrantes varones, en especial a aquéllos que están más aculturados a los Estados Unidos. Las intervenciones de prevención en esta población deberían de abordar la reducción de daños (incluyendo el uso de alcohol), la salud mental, y promover el uso consistente del condón con parejas múltiples.

Resumen: 10247

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

La construcción de una escena social homoerótica en las comunidades mexicanas de migrantes en los Estados Unidos y la prevención de VIH/SIDA

R.J. Parrini Roses[1], X. Castañeda[2], C. Magis Rodríguez[3], J. Ruiz[4], L. George[5]

[1]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA Dirección Investigación Operativa, Ciudad de México, México, [2]University of California Office of the President, Health Initiative of the Americas, Berkeley, Estados Unidos, [3]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección Investigación Operativa, Ciudad de México, México, [4]Office of AIDS, California Department of Health Services, HIV/AIDS Epidemiology Branch, Sacramento, Estados Unidos, [5]University of California Office of the President, Universitywide AIDS Research Program, Oakland, Estados Unidos.

Antecedentes: Este estudio explora la construcción de una escena social homoerótica entre las comunidades mexicanas de migrantes en California. Analiza los discursos de migrantes varones que se identifican como heterosexuales y que no han tenido experiencias sexuales con hombres y los de los miembros de organizaciones cívicas que hacen trabajo de prevención de SIDA con estos grupos para mostrar cómo un modelo para entender la sexualidad basado en la identidad y utilizado por las organizaciones de prevención de SIDA se construye y se contrapone a otro modelo estratégico no basado en la identidad construido por hombres migrantes.

Métodos: El estudio fue cualitativo y etnográfico. Elegimos sólo hombres con experiencia de migración, residentes en Fresno o San Diego, California, con edades de entre 15 y 75 años. También involucramos a líderes comunitarios y miembros de organizaciones no gubernamentales en ambas ciudades. Realizamos 92 entrevistas a profundidad.

Resultados: Las construcciones de sexualidad y homoerotismo elaboradas por hombres migrantes "heterosexuales" y miembros de las organizaciones de la sociedad civil divergen radicalmente. Mientras que los primeros ofrecieron estrategias y tácticas, los segundos hablaron sobre verdad e identidades. De esta manera, los mensajes que intercambian son mutuamente incompresibles. Si a un hombre migrante que participa en relaciones sexuales con otros hombres se le dice que por ello es "gay" u "homosexual", está siendo forzado a aceptar una identidad que ni siquiera ha considerado para sí mismo y que cuestiona violentamente sus propias construcciones subjetivas.

Conclusiones: Para que la prevención del VIH/SIDA sea respetuosa de las construcciones culturales sobre sexualidad específicas de los migrantes, hay que evitar convertirse en una medida disciplinaria que busque integrarlos a los sociedad de Estados Unidos a través de una pedagogía de la subjetividad y la sexualidad que no toma en cuenta las profundas raíces de las identidades, ni los silencios o concesiones. Se debe de tomar en cuenta el discurso de los hombres migrantes y desarrollar estrategias que sean comprensibles para ellos.

Resumen: 15478

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Conductas de riesgo y prevalencia de VIH en trabajadores migrantes mixtecos varones en San Quintín, Baja California

C. Sipan[1], M. Hovell[1], A. Jiménez-Cruz[2], C. Vera[3], I. Estrada[3], N. Kelley[3], E. Blumberg[3], C.R. Hofstetter[4]

[1]San Diego State University, Graduate School of Public Health, San Diego, California, Estados Unidos, 2Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, Escuela de Medicina, Tijuana, México, [3]Center for Behavioral Epidemiology and Community Health, San Diego State University, San Diego, California, Estados Unidos, [4]San Diego State University, Political Science, San Diego, California, Estados Unidos.

Antecedentes: Los mixtecas son un grupo indígena grande en México cuyos miembros laboran como trabajadores migrantes agrícolas en varios lugares de México y del oeste de los EU. Los datos epidemiológicos limitados de las comunidades mixtecas de origen indican el potencial para la adquisición de VIH por parte de los hombres que abandonan sus comunidades para trabajar. Este estudio comienza a dilucidar las conductas de riesgo relacionadas con el VIH y sus determinantes sociales y ambientales, además de calcular la prevalencia de VIH.

Métodos: Los protocolos del estudio se elaboraron con la ayuda de la comunidad mixteca. Se reclutaron 110 hombres mixtecos en 11 campamentos agrícolas en San Quintín para completar una entrevista sobre conductas de riesgo en su comunidad de origen y en San Quintín. 98% de los participantes aceptó hacerse la prueba para anticuerpos de VIH utilizando Orasure.

Resultados: 15% reportó que sus amigos los alentaron a tener sexo con trabajadores sexuales durante su estancia en San Quintín. 45% reportó que sus amigos los alentaron a usar condón para proteger a sus esposas. Alrededor de la mitad (56%) reportó haber tenido sexo vaginal, anal u oral durante su estancia presente en San Quintín; 29.2% reportó estar viviendo con una pareja sexual. 23% reportó haber practicado sexo con una pareja femenina casual no prostituta; 11.5% reportó haber asistido a bares en busca de parejas sexuales, 10.2% reportó haber tenido sexo con prostitutas. 28% de los participantes

reportó haber tenido múltiples parejas; 5.7% reportó sexo vaginal o anal con un UDI, y 8% reportó sexo anal con una pareja femenina. Ninguno reportó sexo con personas del mismo sexo, aunque 17.1% dijo que era común o muy común que los hombres tuvieran sexo con hombres. Ninguno de los participantes resultó VIH positivo.

Conclusiones: Los resultados apoyan la existencia de un riesgo potencial para la adquisición de VIH, aunque la prevalencia parece ser baja por el momento. Sería importante evaluar los factores sociales y ambientales de protección para esta población con el fin de diseñar estrategias de prevención.

Resumen: 13123

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Eventos recurrentes de migración como factores para VIH/ITS: El flujo de migrantes mexicanos que cruzan la frontera Estados Unidos-México a través de Tijuana, Baja California, México

M.G. Rangel[1], A.P. Martínez Donate[2], G. Macías[1], M.F. Hovell[3], B. Hernández[4]

[1]El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Población, Tijuana, México, [2]University of Wisconsin-Madison, Madison, Estados Unidos, [3]San Diego State University, Center for Behavioral Epidemiology and Community Health, San Diego, Estados Unidos, [4]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Antecedentes: La migración de México a los Estados Unidos se ha asociado con un incremento en el riesgo de VIH/SIDA y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Exploramos factores de riesgo relacionados con VIH/SIDA e ITS en migrantes mexicanos que cruzan la frontera México-Estados Unidos a través de Tijuana, México.

Métodos: Entre febrero de 2001 y diciembre de 2003, implementamos una encuesta probabilística entre migrantes mexicanos que cruzan la frontera México-Estados Unidos a través de Tijuana, usando la "Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México" (EMIF). Utilizamos una técnica de muestreo multifase considerando dos escalas: temporal y geográfica. Se recolectaron datos sobre variables sociodemográficas, historia de migración, lugares visitados en los últimos seis meses, prácticas sexuales, uso de alcohol y drogas ilícitas, conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS, e historia pasada de ITS. Al momento de la encuesta, se ofreció una prueba de VIH.

Resultados: Obtuvimos 1,518 encuestas y 1,014 participantes accedieron a hacerse una prueba de VIH; los resultados de estas pruebas fueron negativos para todos los participantes. 7.22% reportó múltiples parejas sexuales en los últimos seis meses; 1.16% tuvo sexo a cambio de dinero, comida o drogas ilícitas; 3.74% compartió agujas; 4.48% reportó por lo menos una ITS en los últimos seis meses; 6.74% reportó una ITS previa en algún momento de su vida. El análisis de regresión logística mostró significancia estadística entre la historia de ITS autorreportada y la historia previa de migración a los Estados Unidos (RM: 1.68, p = 0.001); haber tenido sexo a cambio de dinero, comida o drogas ilícitas (RM: 3.85, p = 0.014), y los migrantes entre 30 y 49 años de edad (RM: 2.09, p < 0.001).

Conclusiones: En nuestro estudio, la prevalencia de la infección por VIH fue baja. Los migrantes mexicanos reportaron un incremento en la frecuencia de conductas de riesgo en relación con VIH/SIDA e ITS asociadas con la migración. Es necesaria más investigación cuantitativa para explorar los cambios en los riesgos de contraer VIH en el contexto específico de la dinámica de la migración.

Resumen: 2781

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Trayendo el VIH/SIDA a casa en México: perspectivas de los trabajadores migrantes y sus esposas

G. Velásquez[1], R. Sowell[2], C. Holtz[3]

[1]COESIDA, Director, Oaxaca, Oaxaca, México, [2]Kennesaw State University, College of Health and Human Services, Kennesaw, Georgia, Estados Unidos, [3]Kennesaw State University, Nursing, Kennesaw, Georgia, Estados Unidos.

Antecedentes: Los medios de comunicación han enfocado su atención en el papel de la migración transfronteriza en la propagación del VIH/SIDA. Es cada vez más claro que la transmisión heterosexual del VIH/SIDA es un problema creciente que afecta a los grupos desfavorecidos en México. Dados los altos niveles de pobreza en el México rural, los hombres se ven forzados a migrar a los Estados Unidos en busca de trabajo para poder mantener a sus familias. Estos hombres con frecuencia adquieren el VIH y lo pasan a sus esposas e hijos cuando vuelven a casa. Sin embargo, la comprensión de este fenómeno es limitada desde la perspectiva de los hombres que adquieren el VIH en los Estados Unidos y sus esposas infectadas.

Métodos: Este estudio exploratorio utilizó entrevistas cara a cara con seis hombres y cuatro mujeres para logar entender los factores que influyen sobre la creciente vulnerabilidad para contraer el VIH/SIDA entre los hombres mexicanos que migran a Estados Unidos y las consecuencias de su infección cuando

regresan a México. Se realizaron entrevistas en español, grabadas en audio en la sede de COESIDA, la organización local de servicio sobre SIDA, en Oaxaca, México. Se documentó que todos los participantes estuvieran infectados por VIH. Las transcripciones de las cintas de audio y las notas observacionales proporcionaron los datos para el análisis.

Resultados: El análisis de contenido de los datos reveló dos categorías generales y seis temas interrelacionados. Las categorías incluyeron: Riesgo de VIH/SIDA y Vivir con VIH/SIDA. Los temas de estudio incluyeron: Aislamiento social, Falta de conocimiento/Negación, Machismo, Impotencia, y Sacar el mayor provecho de la situación.

Conclusiones: Nuestros hallazgos proporcionan una comprensión única de las experiencias y las vidas de hombres y mujeres mexicanos del ámbito rural que han contraído VIH/SIDA como resultado de la migración de los hombres a Estados Unidos en busca de trabajo. Tal comprensión puede ser la base para estudios cuantitativos más grandes, así como para el desarrollo de estrategias para prevenir la propagación transfronteriza del VIH/SIDA. Nuestros hallazgos documentan la necesidad de programas de educación y prevención que tengan como blanco a los trabajadores migrantes de ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos.

Resumen: 10239

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Cuando el acceso limitado a los servicios de salud se traduce en un diagnóstico tardío de SIDA: el caso de inmigrantes en California nacidos en México

J.J. Tang[1], V. Levy[1], M.T. Hernández[2]

[1]San Mateo County Health Department, San Mateo, Estados Unidos, [2]University of California Office of the President, California HIV/AIDS Research Program, Oakland, Estados Unidos.

Antecedentes: Las pruebas tardías de VIH resultan en la pérdida de oportunidades para la prevención y el tratamiento. El conocimiento del estatus serológico aumenta la posibilidad de efectividad del tratamiento, de reducción de la morbilidad y la mortalidad, y del potencial de transmisión. El hecho de que los inmigrantes latinos en California tengan un acceso limitado a los servicios de prevención y de atención a la salud está bien documentado; también es mucho menos probable que reciban pruebas y tratamiento para VIH.

Métodos: Utilizando la base de datos de la vigilancia del estado de California sobre todos los casos de SIDA diagnosticados entre 2001 y 2006, analizamos la presentación retrasada y los factores asociados utilizando una regresión logística múltiple. Las personas que se hicieron la prueba tardíamente se definen como aquéllas que fueron diagnosticadas con VIH por primera vez dentro del periodo de 12 meses anterior a sus diagnósticos de SIDA.

Resultados: En California se diagnosticaron y reportaron 28,382 casos de SIDA durante este periodo; de éstos, 17,364 (61%) se consideraron como personas que se hicieron la prueba tardíamente. 30% de éstas correspondía a inmigrantes, de los cuales 61% provenía de México. Haberse hecho la prueba tardíamente estuvo significativamente asociado con personas que eran inmigrantes nacidos en México (RM: 3.31, IC de 95%: 3.0-3.6), con personas de 35 años o más (RM: 2.88, IC de 95%: 2.7-3.0), con personas del sexo masculino (RM: 1.88, IC de 95%: 1.7-2.1), con personas cuyos factores de riesgo correspondían a "heterosexual" u "otro" o no los tenían reportados (RM: 2.40, IC de 95%: 2.2-2.6) y con personas cuyos diagnósticos iniciales fueron "infección oportunista" (RM: 1.46, IC de 95%: 1.4-1.5). Entre las personas que se hicieron la prueba tardíamente, para los inmigrantes nacidos en México, en comparación con cualquier otro grupo de raza/etnicidad diferente nacido en Estados Unidos, fue mucho más probable ($p < 0.05$) que fueran más jóvenes (44% era < 35 años de edad) y que fueran diagnosticados con una infección oportunista (40%).

Conclusión: Haber nacido en México fue el factor más altamente asociado con un diagnóstico tardío de SIDA. Los inmigrantes nacidos en México requieren mayor acceso a las pruebas de VIH rápidas y de rutina, así como a servicios de prevención y tratamiento. El acceso a estos servicios debe aumentar tanto en California como en México para aumentar el número de diagnósticos tempranos de VIH y, en última instancia, reducir la morbilidad.

Resumen: 7196

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Un modelo integral de atención de VIH/SIDA para las poblaciones móviles en la frontera México-Guatemala

R. Leyva-Flores[1], F. Quintino-Pérez[2], D. Edelman-López[3], F.M. Rigoni[4], R. López[5], N. Gómez[6]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, Morelos, México, [2]Universidad Autónoma Metropolitana, Ciencias Médicas y Biológicas, D.F., México, [3]Servicios de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, México, [4]Casa del Migrante, Casa del Migrante, Tapachula, México, [5]Una Mano Amiga, A.C., Tapachula, Chiapas, México, [6]Servicios de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas, México.

Temas: Durante la última década se han desarrollado estrategias en México y América Central para reducir la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes. Se presenta la experiencia de una colaboración multilateral para diseñar, implementar y evaluar una estrategia basada en los derechos humanos y en la reducción de barreras que previenen el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y atención a la salud en relación con el VIH/SIDA en la frontera México-Guatemala.

Descripción: La estrategia es parte de un sistema regional desarrollado con la participación de organizaciones sociales, religiosas y gubernamentales. Las acciones incluyen: difusión (de manera interpersonal y grupal) de información impresa sobre prevención, distribución de condones, aplicación de una prueba rápida de VIH, y aplicación de una encuesta sobre conducta sexual en una muestra no aleatoria. Ésta se centró en hombres y mujeres migrantes indocumentados en tránsito hacia Estados Unidos, incluyendo trabajadores agrícolas, domésticos y sexuales. Durante 2007, 6,469 personas recibieron condones e información sobre prevención. La encuesta sobre conducta sexual (462 personas) mostró que 64% utilizó condón durante su última relación sexual y aquéllos que no lo hicieron dieron como razón "tener sexo con su pareja habitual". 38% se hizo la prueba rápida de VIH, con resultado negativo. Entre las 244 pruebas rápidas que se llevaron a cabo durante el proyecto, hubo una prevalencia de reactividad de 2%.

Lecciones aprendidas: Durante 10 años, la sustentabilidad de acciones en la frontera México-Guatemala ha permitido el diseño y la implementación de estrategias efectivas para proteger los derechos humanos y facilitar el acceso a los servicios de salud. Se han identificado los aspectos olvidados y las limitaciones de los servicios de salud pública. Esto ha permitido el desarrollo de políticas de cooperación binacional para proporcionar atención a los grupos móviles.

Pasos a seguir: Necesitamos acelerar la defensa de los derechos humanos y vincular el acceso a los servicios de salud como parte de las garantías para la población móvil indocumentada.

Resumen: 9588

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Entender las normas sexuales y las conductas de riesgo en relación con el VIH de los hombres mexicanos migrantes que viven en Dallas, Texas

K. Wilson[1], C. Díaz[2], S.C. García[1], D. Acevedo[3]

[1]Population Council Mexico, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México, [3]Harvard School of Public Health, Boston, Estados Unidos.

Antecedentes: Existe cada vez más evidencia de que la migración está asociada con conductas de riesgo y con infección del VIH entre hombres migrantes. La frontera México-Estados Unidos es una de las de mayor tránsito en todo el mundo. La mayoría de los migrantes mexicanos que entran a los Estados Unidos son hombres jóvenes solteros en busca de trabajo. Se enfrentan a varios retos, incluyendo: pobreza, acceso limitado a servicios de salud y aislamiento social, condiciones que pueden aumentar su vulnerabilidad a participar en conductas de riesgo en relación con el VIH. Sin embargo, se ha hecho poca investigación sobre las normas sexuales y el riesgo con relación al VIH entre los migrantes mexicanos que se establecen en Texas, una comunidad tradicional de destino.

Objetivos: La meta de este estudio piloto fue describir las normas sexuales y las conductas de riesgo para VIH entre los hombres mexicanos migrantes en Dallas.

Métodos: Realizamos entrevistas cuantitativas sobre conductas de riesgo para VIH entre hombres mexicanos que buscaban servicios en el Consulado Mexicano en Dallas. Evaluamos las normas de género utilizando una Escala Masculina de Equidad de Género. Analizamos los resultados con el programa SPSS 13.0.

Resultados: Un total de 131 participantes completó la encuesta. La edad promedio fue de 33 años (17-60) y el tiempo promedio de estancia en Estados Unidos fue de 13 años (0-40). 60% tenía nivel de educación secundaria o menor; 53% eran casados/cohabitando, y 32%, solteros. 21% consideró estar en riesgo de contraer HIV; 11% reportó haber tenido sexo con un hombre alguna vez; 6% reportó haber tenido sexo con un trabajador sexual en el último año, y 10% reportó alguna historia de ITS. Sólo 17% reportó usar condón siempre con cualquier pareja y 15%, con trabajadores sexuales. En relación con las normas sexuales, la mayoría reportó puntos de vista inequitativos acerca de la toma de decisiones sexuales y de las conductas sexuales de las mujeres, pero mostró perspectivas más equitativas en relación a los anticonceptivos y la crianza de los hijos.

Conclusiones: Los resultados sugieren un uso muy bajo del condón, niveles moderados de otras conductas de riesgo para VIH, y actitudes ambivalentes en cuanto a las normas sexuales. Es necesario realizar más investigación sobre la conexión entre las normas sexuales y las conductas de riesgo entre los hombres mexicanos migrantes para poder desarrollar intervenciones apropiadas de prevención en este grupo vulnerable.

Resumen: 4266

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Factores de migración relacionados con infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo para VIH entre trabajadoras sexuales en Tijuana, México

V.D. Ojeda[1], S.A. Strathdee[1], R. Lozada[2], M. Fraga[3], P. Orozovich[3], C. Magis-Rodríguez[4], A. de la Torre[5], H. Amaro[6], T.L. Patterson[3]

[1]UCSD, Family & Preventive Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [2]PROCOMUSIDA, Tijuana, México, [3]UCSD, La Jolla, Estados Unidos, [4]CENSIDA, México, D.F., México, [5]UC Davis, Davis, Estados Unidos, [6]Northeastern University, Boston, Estados Unidos.

Antecedentes: Los migrantes mexicanos varones presentan un elevado riesgo de contraer VIH en comparación con la población general, pero las mujeres migrantes no se han estudiado lo suficiente. Examinamos las asociaciones entre el estatus migratorio, los años en Tijuana, la prevalencia de VIH/ITS, y las conductas de riesgo en relación con el sexo y con el uso de drogas entre trabajadoras sexuales mexicanas (TSF), entre las cuales está aumentando la prevalencia de VIH, en Tijuana, Baja California (BC).

Métodos: Las TSF de edad ≥18 años sin infección de VIH conocida que vivían en Tijuana y que recientemente habían tenido sexo sin protección con clientes se sometieron a encuestas administradas por un entrevistador y a pruebas para VIH, sífilis, gonorrea y clamidia. Se utilizó la regresión logística para evaluar la relación entre factores de migración, VIH/ITS y nivel de uso de condón.

Resultados: De 471 TSF, 78% correspondió a migrantes nacidas fuera de BC. Entre las TSF migrantes, la prevalencia de VIH, los títulos de sífilis ≥ 1:8, la gonorrea, la clamidia, y cualquier ITS tuvieron los siguientes valores: 7%, 27%, 8%, 16% y 43% vs. 11%, 42%, 13%, 19% y 58% entre TSF nacidas en BC. La prevalencia de sífilis (p<0.01) y de cualquier ITS (p<0.01) fue más baja entre las migrantes. Éstas reportaron un uso actual más bajo de metanfetaminas (p=0.001), marihuana (p=0.03), heroína (p<0.001) y speedball (p=0.01) que las TSF nacidas en BC. Según las regresiones logísticas ajustadas, las nuevas migrantes en Tijuana (≤ 5 años) tenían menor probabilidad de contraer VIH (RMa: 0.20, p = 0.02), sífilis (RMa: 0.30, p = 0.001), y cualquier ITS (RMa: 0.45, p = 0.008) que las TSF nacidas en BC. Durante el sexo vaginal, fue más probable que las migrantes nuevas usaran condón en comparación con las nativas de BC (RMa: 1.93, p = 0.02). Las migrantes establecidas no mostraron diferencias significativas en relación con las nativas de BC en la prevalencia de VIH/ITS o en el nivel de uso de condón.

Conclusiones: Las TSF migrantes en Tijuana muestran conductas de protección en relación con el uso de condón, lo que puede contribuir a una menor prevalencia de VIH/ITS. El tiempo prolongado de estancia en Tijuana está asociado con el uso de drogas, menor uso de condón y mayor vulnerabilidad a ITS. Se necesitan más estudios para identificar y promover los factores de protección que se ven superados por los factores de riesgo entre las TSF migrantes, así como para explorar las diferencias potenciales de género.

Resumen: 7468

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Vivir con VIH/SIDA en la frontera México-Guatemala: Migrantes indocumentados que viven con SIDA y su perspectiva sobre el sistema de salud

F. Quintino[1], R. Leyva[2], E. Doris[3], N. Gómez[3], S. Guadalupe[3]

[1]Universidad Autónoma Metropolitana, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México, [3]Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA, Tapachula, Chiapas, México.

Antecedentes: A nivel mundial existen diferentes iniciativas que buscan reducir la vulnerabilidad relacionada con el VIH/SIDA entre los migrantes a través de estrategias que faciliten un enfoque integral del problema. En la frontera México-Guatemala, se ha desarrollado durante 10 años un modelo para proporcionar atención a personas migrantes indocumentadas que viven con VIH/SIDA (PVVS). El propósito de este trabajo es analizar las condiciones de vida y el punto de vista de las PVVS con respecto al acceso y la calidad de la atención integral en los contextos fronterizos.

Métodos: En 2007, se llevó a cabo un estudio cualitativo en los municipios fronterizos de México y Guatemala. Se realizaron 12 entrevistas a profundidad a hombres y mujeres centroamericanos (PVVS), que se contactaron a través del Programa de ITS/VIH/SIDA de Chiapas.

Resultados: Las PVVS indocumentadas comparten una posición social caracterizada por trabajos y condiciones de vida precarios, poca habilidad para enfrentarse al doble estigma (de ser migrantes e indocumentados) y para exigir respeto a sus derechos en un contexto de falta de protección judicial, todo lo cual podría contribuir a acelerar el progreso del SIDA. Las PVVS se enteraron de su condición de seropositividad en México mientras solicitaban servicios de atención al sistema público de salud. Desde su perspectiva, recibieron "un buen trato,

con respeto a sus derecho a la confidencialidad, voluntariedad y privacidad". A pesar de esto, identifican estructuras políticas y administrativas, así como interacciones con los servicios de salud, que representan barreras para tener un acceso regular a exámenes clínicos, medicinas y terapia antirretroviral.
Conclusiones: El punto de vista de las PVVS muestra que es importante fortalecer el proceso para defender y garantizar los derechos humanos, de género y multiculturales, así como introducir cambios en la estructura judicial y política del sistema de salud para VIH/SIDA y migración. Esto ampliará la efectividad del sistema público de salud en la frontera México-Guatemala, donde 100,000 personas cruzan sin documentos cada año.

Resumen: 7441

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Disposición para usar condón en contextos de movilidad de población: México y América Central

M.S. Sánchez Domínguez[1], R. Leyva[2], M. Caballero[2], C. Infante[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, México.

Antecedentes: El objetivo de este estudio es identificar los determinantes de la disposición de la población en general a usar condón en comunidades con un alto índice de movilidad de la población en México y en América Central.

Métodos: En este estudio se realizó un análisis estadístico mediante un modelo de regresión logística multivariada. Se analizó la información de 11 comunidades (ocho países) en México y América Central. La información provino del estudio titulado "Encuesta a la población general sobre ITS/VIH/SIDA en América Central, México y los Estados Unidos". Este estudio lo realizó en 2001 el Instituto Nacional de Salud Pública.
Resultados: La mayor parte de la población estudiada está compuesta por adultos jóvenes (25-44 años de edad); 45% no se percibió a sí mismo en riesgo de contraer ITS/VIH y 35% dijo no estar dispuesto a usar condón. La población que está dispuesta a usar condón está compuesta por hombres y mujeres con las siguientes características: personas jóvenes, solteras, estudiantes, con un nivel de conocimiento medio o alto sobre ITS/VIH/SIDA, que recomiendan que todos los individuos sexualmente activos usen condón, que tienen interés en recibir información sobre ITS/VIH/SIDA, y que percibieron estar en riesgo de contraer ITS/VIH. Los hombres están más dispuestos a usar condón que las mujeres. En el grupo de mujeres, aquéllas con más de seis años de educación están más dispuestas a usar condón.
Conclusiones: Este estudio permite conocer las características de las personas de la población en general que están dispuestas a usar condón. También da una idea de la necesidad de saber más acerca de las prácticas sexuales, las identidades sexuales y las estrategias de prevención de la población en general con el fin de ofrecer una respuesta coherente frente a la epidemia de VIH/SIDA en el contexto de alta movilidad de la población.

Resumen: 6016

D2 - Poblaciones móviles y migrantes (incluyendo personas que viven con VIH)

Discusión sobre los métodos de interacción culturalmente apropiados con inmigrantes latinos en relación con la prevención de VIH

A. Santiago

National Alliance for People with AIDS, Baltimore, Maryland Team Captain, Baltimore, Estados Unidos.

Temas: Con frecuencia, los inmigrantes latinos se perciben como un solo grupo étnico. Esta población proviene de países y continentes diversos como México, América Central, América del Sur, y El Caribe. El uso de intervenciones que no son cultural y lingüísticamente apropiadas podría ser una barrera para la efectividad de los esfuerzos de prevención.
Descripción: Los inmigrantes latinos recién llegados viven en ambientes urbanos y rurales, así como en comunidades con una menor población latina y trabajadores estacionales. Los esfuerzos de prevención deben crearse o diseñarse para alcanzar adecuada y efectivamente a esta población. La NAPWA - Baltimore Team Captains, la Maryland AIDS Administration y el Baltimore City Health Department fueron capaces de llegar a los inmigrantes latinos recién llegados colaborando con las iglesias, las agencias no gubernamentales, los centros comunitarios de salud y el departamento local de salud. Esto permitió resultados favorables en cuanto a la prevención, la aplicación de pruebas y la asesoría. Además, los proveedores de servicios pudieron dar a esta población información respecto a su agencia específica.
Lecciones aprendidas: Discutir la demografía local de la población latina inmigrante, es decir, mexicanos, salvadoreños, hondureños, etc., permite realizar esfuerzos efectivos de prevención, aplicación de pruebas y asesoría.
Pasos a seguir: Seguir identificando a los inmigrantes recién llegados a nuestra comunidad para asegurar que se ofrezcan intervenciones de prevención sobre VIH/SIDA a esta población frecuentemente marginada.

Resumen: 12296

D3 - Familia, huérfanos y otros niños vulnerables y sus cuidadores

Experiencias con preadolescentes en riesgo de contraer VIH en un poblado de tamaño mediano en los Estados Unidos

D. Defreitas[1], N. Greene[2], C. Virata[3], C. Drake[4], E. Callahan[5]

[1]CARES Clinic/University of California, Medicine, Sacramento, Estados Unidos, [2]University of California, Davis, Internal Medicine, Sacramento, Estados Unidos, [3]University of California, Internal Medicine, Sacramento, Estados Unidos, [4]University of California, Statistics, Davis, Estados Unidos, [5]University of California, Family Practice, Sacramento, Estados Unidos.

Antecedentes: El presente estudio intenta comprender la sexualidad juvenil, el VIH y el abuso de sustancias.
Métodos: Este estudio observó a 360 jóvenes en riesgo de contraer VIH en el área de Sacramento. Se llevaron a cabo una serie de intervenciones de prevención que involucraron a jóvenes con alto riesgo de adquirir el VIH. Se les aplicaron varias encuestas al inicio y en intervalos múltiples durante la intervención. A los participantes en el estudio se les dieron encuestas detalladas sobre conducta, actitudes, estados de ánimo y situación familiar. Los datos de los jóvenes a partir del inicio se examinaron para determinar la correlación entre el sexo, tabaco, drogas, conocimiento de VIH y la adquisición del VIH.
Resultados: Los jóvenes de este estudio eran étnicamente diversos: 55%, afroamericanos; 18%, no hablantes nativos de inglés. 13% de la cohorte tenía familia de origen mexicano y 7%, de origen asiático, pero el grueso provenía de los Estados Unidos. 50% correspondía a mujeres y la edad promedio fue de 12.8 años. El grado de escolaridad promedio fue séptimo. El uso inicial de sustancias fue de 25%; 23% reportó actividad sexual. El uso inicial de alcohol fue de más de 66%. Los participantes en el estudio tendían a presentar signos de depresión leve. 25% tenía experiencia sexual al inicio del estudio. Factores tales como situación de vivienda, depresión al inicio del estudio, y sexo parecen haber afectado los resultados. 56% (42) reportó uso de condón durante la actividad sexual en los últimos 30 días. 40% reportó haber tenido múltiples parejas sexuales. 10% reportó uso de drogas durante la actividad sexual en el último mes y 12% reportó uso de drogas durante la actividad sexual en los últimos tres meses. Los jóvenes reportaron que ni sus sentimientos religiosos, ni sus relaciones familiares ni la conducta de sus pares tenían un impacto significativo en sus prácticas sexuales, mientras que el uso juvenil de tabaco y drogas sí.
Conclusiones: Los jóvenes en este estudio están en mayor riesgo de adquirir VIH, de tener actividad sexual temprana y de abusar de sustancias. Merecen una consideración cuidadosa con respecto al riesgo sinérgico de abuso de alcohol, tabaco y sustancias.

Resumen: 4323

D3 - Familia, huérfanos y otros niños vulnerables y sus cuidadores

Dos mundos, un virus: Los esfuerzos de un programa binacional de apoyo a niños en la frontera de Baja California, México

R. Vásquez-Martha, J. Ortiz Quezada

Eunime-Por Tijuana, A.C., Tijuana, Baja California, México.

Temas: La falta de recursos para niños infectados en Tijuana. La alta incidencia de casos de VIH/SIDA en la frontera, independientemente de la nueva prueba rápida, implementada para las mujeres embarazadas en el Hospital General. En 2003 1,492 mujeres embarazadas participaron en un estudio sobre la prueba rápida. Tijuana mostró una prevalencia 10 veces mayor de VIH en mujeres embarazadas infectadas que otras áreas de México, lo que refleja el impacto que han tenido los cambios durante las nuevas administraciones gubernamentales sobre esta población.
Descripción: EUNIME-Por Tijuana, A.C., una organización no gubernamental, unió esfuerzos con el Binational HIV Pediatric Program de UCSD/Hospital General de Tijuana para integrar servicios psicosociales a niños infectados y sus familias. Bimestralmente, el especialista en VIH de UCSD visita la clínica pediátrica especializada en VIH del Hospital General. El personal de EUNIME se acerca a las familias para ofrecer los servicios del centro, proporcionando información tanto a los recién diagnosticados como a las que ya habían recibido el diagnóstico. Una vez al mes, EUNIME participa en las juntas preclínicas con los médicos para revisar los casos y referir pacientes a nuestro centro. EUNIME fue fundada en 2004 por dos madres afectadas con niños que viven con SIDA. EUNIME ha estado integrando servicios de salud mental para las familias. Con el apoyo de dos donaciones internacionales, EUNIME contrató una persona para un puesto nuevo de tiempo completo, para el manejo de casos, y un puesto de medio tiempo para un doctor especialista en VIH; además, firmó un acuerdo con Camp Laurel de los Estados Unidos. En 2007, el DIF municipal ofreció a EUNIME el primer albergue para niños infectados con VIH. Para finales de 2007, cuatro nuevos bebés diagnosticados con VIH fueron referidos por el DIF estatal a nuestro albergue.

Pasos a seguir: Detener la estigmatización y la discriminación y enseñar a los padres y a los cuidadores a comunicar su estatus serológico a la gente. Integrar la educación sobre VIH/SIDA al sistema escolar a través del Instituto para Padres en Tijuana.

Resumen: 15199

D3 - Familia, huérfanos y otros niños vulnerables y sus cuidadores

Talleres de vida - una experiencia de atención a niños que viven con VIH y sus familias

D. Arteaga Godínez

Mesón de la Misericordia Divina A.C., Psicología, Guadalajara, Jalisco, México.

Temas: Proporcionar información sobre VIH a niños VIH positivos y a las personas que los cuidan. Fomentar que los adolescentes VIH positivos puedan ejercer una sexualidad plena y responsable. Manejar cuestiones de estigma y discriminación.
Descripción: Éste es un espacio que busca fortalecer integralmente a los niños que viven con VIH y a sus padres o tutores para que puedan identificar y desarrollar recursos que les permitan mejorar su calidad de vida. El taller se realiza en grupos de niños para que, a través de manualidades, puedan reconocer y validar sus emociones y sentimientos, abordando temas tales como autoestima, duelo, VIH/SIDA y manejo del rechazo. Existe otro taller para adolescentes, donde pueden compartir sus experiencias, con el objetivo de que puedan darles una interpretación correcta e identificar en sí mismos los recursos necesarios para enfrentar la vida cotidiana y construir un proyecto de vida a pesar del VIH. Existe un último taller diseñado para los cuidadores, a quienes se les dan conferencias informativas y de autoapoyo con temas relacionados con la crianza y atención de los niños, enfatizando la importancia de la terapia antirretroviral, el valor de hablar con la verdad y de reconocer y validar los sentimientos y emociones.
Lecciones aprendidas: Cuando se expone a los jóvenes a la información sobre VIH y se reconocen y validan sus emociones, adquieren mayor conciencia de la importancia de los tratamientos. Los adolescentes pueden visualizar un proyecto de vida en la medida en que aceptan sus circunstancias. Los cuidadores pueden mejorar su comunicación con los jóvenes en la medida en que aprenden a hablar con la verdad.
Pasos a seguir: Buscar alternativas que contribuyan a responder a nuevas necesidades tales como: adolescentes con VIH que empiezan su vida sexual, casos nuevos entre menores de seis años, o cuidadores que no prestan atención al proceso de los menores.

Resumen: 12444

D4 - Violencia: de género, social, estructural y familiar

Detección de la violencia de género y discriminación hacia poblaciones vulnerables marginadas (HSH/TG) en un servicio de VIH

A. Eckman[1], K. Morrison[1], M. Betron[1], G. Egremy[2], A. Luna[2], W. Phoolcharoen[3], S. Sriplienchan[3], P. Sakhunthaksin[3]

[1]Health Policy Initiative, Washington, D.C., Estados Unidos, [2]Health Policy Initiative/Mexico, Ciudad de México, México, [3]Policy Research and Development Institute Foundation [PRI], Bangkok, Tailandia.

Antecedentes: La violencia basada en el género es central para la vulnerabilidad de los HSH y personas transgénero (TG) frente al VIH, especialmente en el contexto del trabajo sexual. No obstante, pocas intervenciones abordan esta vulnerabilidad. Este proyecto piloto buscó desarrollar una intervención para integrar la detección de la violencia basada en el género (VBG) a los servicios relacionados con VIH. La hipótesis fue que los proveedores de salud tienen vínculos con redes apropiadas para derivar a estas personas y podrían ser un punto de entrada efectivo para 1) identificar violencia perpetrada en contra de HSH y TG, y 2) facilitar el acceso a apoyo que pudiera abordar la vulnerabilidad frente al VIH relacionada con la VBG.
Métodos: El modelo se implementó en México y Tailandia, países con epidemias concentradas pero con diferentes respuestas culturales, comunitarias y de servicios de salud para HSH y TG. Con base en una investigación formativa con 28 TG, 32 HSH y 40 proveedores de salud, se desarrolló una herramienta y un protocolo para detectar VBG entre TG y HSH. El modelo también suponía que el modelo de detección de VBG desarrollado para la violencia contra las mujeres podría adaptarse a los servicios de VIH para HSH y TG.
Resultados: El modelo se implementó en dos países entre aproximadamente 400 trabajadores sexuales, 25% TG y 75% HSH, a lo largo de cuatro escenarios (servicios de VIH especializados en hospitales, clínicas integrales de VIH, clínicas de ITS, servicios de paso para TG y HSH). La detección se integró a los servicios de atención clínica y a los programas de consejería y pruebas voluntarias en cada escenario; los médicos, enfermeras, asesores y educadores pares administraron la herramienta. La herramienta y el protocolo iniciales de detección se validaron entre los participantes en el estudio. La evaluación calculó la aceptabilidad de la herramienta desde las perspectivas del proveedor y del cliente, la prevalencia y los tipos de VBG identificados, las referencias hechas y aceptadas, y los apoyos y barreras para poder implementar la detección en diferentes escenarios de salud y contextos de proveedores.

Conclusiones: Integrar la detección de VBG a los servicios de VIH identifica niveles altos de violencia entre HSH y TG. Esta integración se puede llevar a cabo efectivamente en los escenarios de servicios de VIH a lo largo de diferentes contextos culturales y proporciona un impulso importante para iniciar respuestas más amplias de la comunidad y de los servicios de salud para abordar esta vulnerabilidad.

Resumen: 6277

D4 - Violencia: de género, social, estructural y familiar

Violencia de pareja entre trabajadoras sexuales en dos ciudades de la frontera México-Estados Unidos

M. Ulibarri[1], S. Strathdee[2], M.R. Lozada[3], M. Fraga[4], C. Magis-Rodríguez[5], A. de la Torre[6], H. Amaro[7], P. O'Campo[8], T. Patterson[1]

[1]University of California, San Diego, Pshychiatry, San Diego, Estados Unidos, [2]Universtiy of California, San Diego, Department of Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [3]IESALUD, Departamento de Salud Pública, Tijuana, México, [4]Universidad Autónoma de Baja California, Escuela de Medicina, Tijuana, México, [5]Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA, Ciudad de México, México, [6]University of California, Davis, Center for Public Policy, Race, Ethnicity & Gender, Davis, Estados Unidos, [7]Northeastern University, Institute on Urban Health Research, Boston, Estados Unidos, [8]University of Toronto, Centre for Research on Inner City Health, Toronto, Canadá.

Antecedentes: La violencia de pareja (VP) se ha asociado con una mayor vulnerabilidad para contraer el VIH entre las mujeres. Examinamos la prevalencia y las correlaciones de la VP entre trabajadoras sexuales (TSF) en Tijuana y Ciudad Juárez, dos ciudades grandes en la frontera México-Estados Unidos, donde la prevalencia está aumentando.
Métodos: Se estudiaron TSF de edad ≥18 años que no tenían conocimiento de ser VIH positivas y que reportaron haber tenido sexo sin protección con ≥1 cliente en los dos meses previos. En modelos de regresión logística separados, identificamos los factores asociados independientemente con tres tipos de VP: física, sexual y emocional; considerando el estatus de VIH, las características de la relación y el poder en la relación como covariantes potenciales. El poder en la relación se midió utilizando una versión modificada de la Escala de Poder en la Relación Sexual (Pulerwitz, Gortmaker & DeJong, 2000).
Resultados: Entre 924 TSF, la mediana de edad y el plazo dedicado al trabajo sexual fue de 32 y 4 años, respectivamente. La prevalencia de VP física, sexual y emocional en los pasados 6 meses fue de 57%, 3% y 10%, respectivamente. En los modelos multivariados, tener un compañero que hubiera tenido relaciones sexuales con alguien más estuvo asociado independientemente con por lo menos un incremento triple de la probabilidad de sufrir VP física, sexual y emocional. El mayor poder en la relación estuvo asociado independientemente con por lo menos un incremento doble de la probabilidad de sufrir VP física y sexual, pero no emocional. La insuficiente disponibilidad de apoyo emocional de amigos o parientes estuvo asociada independientemente con VP física, pero no sexual o emocional. El seroestatus de VIH no estuvo asociado con VP.
Conclusiones: La VP es endémica en las vidas de las TSF en Tijuana y Ciudad Juárez, donde más de la mitad reporta haber sufrido VP física recientemente. Resulta interesante que las TSF con mayor poder en la relación presentaron índices más altos de VP física y sexual. Nuestros hallazgos señalan la necesidad de ofrecer servicios de detección y prevención de violencia para las TSF en la región fronteriza entre México y Estados Unidos. Se justifica una consideración cuidadosa de las dinámicas de la relación, tal como infidelidad y poder en la relación, cuando se evalúa el riesgo relacionado con VP.

Resumen: 9138

D4 - Violencia: de género, social, estructural y familiar

Jóvenes por una nueva cultura de equidad en la prevención de VIH/SIDA

A. Claudio

Desarrollo Autogestionario a.c., Veracruz, México.

Temas: En el sistema educativo mexicano, se imparten "clases" de educación sexual. Sin embargo, esta "información" no ha generado los resultados esperados, puesto que los índices de embarazos adolescentes y de enfermedades transmitidas sexualmente no han disminuido. Más que información, lo que los jóvenes requieren es una formación que transforme todas las dimensiones de su vida —biológica, emocional y social— y que les permita tomar decisiones sobre su futuro.
Descripción: Los jóvenes de nuestro equipo han participado en un taller llamado Paso a Paso, donde se utilizó una metodología muy particular para abordar el manejo y el cuidado de la salud sexual y reproductiva así como la prevención de VIH/SIDA. Estos jóvenes, a su vez, capacitaron a otros, a partir de lo cual se constituyó un grupo de 12 jóvenes que llevó a cabo talleres en las escuelas localizadas en la región del café en el centro del estado de Veracruz. Este taller ha generado mucho interés por parte de los estudiantes, las familias y las escuelas, y ha surgido la demanda de que continuemos difundiendo esta metodología, puesto que los temas se abordan sin discursos ni exposiciones. La metodología que se aplica consiste en que los participantes estén completamente involucrados en un proceso de reflexión personal sobre aspectos importantes de su vida, tales como la relación con

sus seres queridos, sus aspiraciones, su forma de vida, sus expectativas sobre el futuro y su medio ambiente.

Lecciones aprendidas: Esta metodología participativa y constructiva favorece que los jóvenes expresen sus emociones, inquietudes y sueños sobre el manejo de su sexualidad, de los papeles sociales, y de temas de género que la sociedad (familia, escuela, iglesia) ha impuesto sobre ellos. Es un programa para jóvenes, hecho por jóvenes, que favorece un ambiente de confianza dentro del grupo.

Pasos a seguir: Continuar con los talleres en las escuelas y en las comunidades. Llevar a cabo una evaluación del impacto de los mismos.

Resumen: 2801

D6 - Medios y representaciones culturales

Un museo interactivo de promoción permanente sobre VIH/SIDA en la Ciudad de México

M. Tinajero[1], C. Sánchez-Vega[2], Y. Rojas-Aldama[3]

[1]Centro de Asesoría y Atención Integral en Salud Yacana A.C., Director Ejecutivo, México, México, [2]Centro de Asesoría y Atención Integral en Salud Yacana A.C., Desarrollo de Proyectos, México, México, [3]Centro de Asesoría y Atención Integral en Salud Yacana A.C., Comunicaciones, México, México.

Temas: Se considera que un museo interactivo sobre VIH/SIDA es una herramienta de prevención que puede tener un impacto en la propagación de la infección por VIH. El objetivo es implementar un museo interactivo permanente sobre VIH/SIDA en la Ciudad de México para promover la prevención de VIH/SIDA y otras ITS desde las áreas social, psicológica y de salud.

1. Promover resultados científicos y sociales sobre VIH/SIDA.
2. Promover la reducción del estigma y la discriminación.
3. Implementar salas recreativas donde se exhiban y muestren estrategias educativas.
4. Establecer un área para promover estrategias educativas y provisión de productos de mercadeo social.

Descripción: Montar un museo interactivo que incluya salas educativas que cubran temas tales como: información sobre VIH, ITS, mitos, PVVS, familias, la comunidad afectada y que promuevan consejería y pruebas voluntatias, y cuestiones de tratamiento. Algunas de estas salas incluirían talleres y conferencias de sensibilización con el fin de reducir el estigma y discriminación hacia las PVVS, donde se resaltarían estrategias de sexo seguro (tales como el uso del condón), se proporcionarían estrategias informativas y educativas, y se proveerían productos para mercadeo social.

Lecciones aprendidas: Como se muestra en una serie de museos científicos interactivos alrededor del mundo, un museo interactivo fomenta el aprendizaje significativo a través de estrategias recreativas, informativas y creativas que permiten el uso de todos los sentidos. Se pretende crear un medio de comunicación para transmitir información, incluyendo estrategias preventivas, y generar, así, conciencia y cambios conductuales.

Pasos a seguir: Este proyecto está dividido en tres etapas: investigación y planeación; búsqueda de financiamientos locales e internacionales, y finalmente, oferta del servicio, incluyendo la evaluación del impacto sobre la prevención de VIH. Actualmente, el proyecto está en la primera etapa: se están diseñando los anteproyectos y los modelos, así como las características multimedia.

Resumen: 3846

D6 - Medios y representaciones culturales

Alcance de los medios globales en una estrategia conducida por pares

R. Meyers

National Press Foundation, Washington, D.C., Estados Unidos.

Temas: Un paso crítico en la promoción de la prevención, la justicia social, los cambios conductuales y el combate del estigma consiste en que los medios proporcionen información precisa a los ciudadanos.

Descripción: 1. Desde 2002 el programa Journalist to Journalist (j2j - De periodista a periodista) de la National Press Foundation ha llevado a cabo programas de capacitación por pares para más de 400 periodistas provenientes de 45 países, incluyendo 49% de mujeres. 2. Estos programas se han realizado en conjunto con las Conferencias Internacionales de SIDA (Barcelona, Bangkok y Toronto), con la reunión científica de la International AIDS Society en Sydney, con la Universidad Tsinghua en China (tres veces) y con grupos en Polonia, Estonia, Lituania, Kenya y Jamaica (una vez en cada lugar). 3. Los temas cubiertos abarcaban desde vacunas y retrovirus hasta conducta personal y políticas sociales. La oportunidad que tienen los periodistas de discutir sobre la información científica con los ponentes es crucial. 4. Los componentes añadidos en respuesta a las demandas incluyeron: a) un sitio web (www.npfhelpdesk.org) donde se colocan artículos semanalmente, los suscriptores pueden discutir cuestiones electrónicamente, y se listan recursos precisos; b) una compilación semanal anotada de artículos globales sobre SIDA, que se envía por correo electrónico a los suscriptores; c) una lista de correos gratuita, limitada a los asistentes a la conferencia de IAS en Sydney, donde regularmente se llevan a cabo "conversaciones"

(se agregará una separada para cada grupo diferente); d) una sección enriquecida del sitio web www.nationalpress.org sobre material relacionado con VIH.

Lecciones aprendidas: 5. Las evaluaciones hechas *in situ*, así como dos evaluaciones independientes retrospectivas, revelan que: a) los componentes que se enfocan sobre la práctica del periodismo son tan importantes como las presentaciones científicas accesibles. b) la atención —con participación activa— en la sede de la conferencia y un seguimiento posterior producen un mayor número de historias impresas o emitidas por radio y una comprensión enriquecida sobre VIH/SIDA, otras cuestiones relacionadas con la salud y sobre las organizaciones internacionales.

Pasos a seguir: 6. Creación de un programa de sala de prensa con comida de dos horas para que los asistentes puedan compartir inmediatamente con sus colegas de la sala de prensa lo que han aprendido; 7. creación de programas de capacitación más enfocados hacia los periodistas en anticipación a una incidencia incrementada de VIH; 8. incremento en el uso de la tecnología de Internet.

Resumen: 15352

D6 - Medios y representaciones culturales

El uso del mercadeo y los medios para mejorar la rendición de cuentas - El caso del Comité Binacional VIH/ITS Tijuana-San Diego

P. González-Hubbard[1], J. Valdivia[2], B. Lomelí[3]

[1]HIV/STI Committee, Co-President, San Diego, Estados Unidos, [2]HIV/STI Committee, Tijuana, México, [3]Project Concern International, México, San Diego, Estados Unidos.

Temas: El Comité VIH/ITS Tijuana-San Diego es una coalición voluntaria de organizaciones e individuos organizados alrededor de la prevención de VIH/SIDA desde 1989. Sus dos actividades anuales principales incluyen una conferencia anual y acciones de conciencia en relación con el Día Mundial del SIDA. En un ambiente carente de recursos, el comité ha utilizado los medios y el mercadeo para incluir a socios de los medios y difundir la necesidad de prevención y acción ya.

Descripción: El Comité VIH/ITS Tijuana-San Diego representa una coalición de organizaciones, miembros individuales, socios privados y públicos que trabajan en conjunto para analizar el estatus de la prevención y el control de VIH/SIDA en la región y crear estrategias sobre mecanismos para mejorar la prevención y la conciencia. A lo largo de los últimos años, el comité ha sido testigo de la disminución en la acción preventiva efectiva. Desde el año 2000, el comité organizó dos eventos anuales que, aun con un financiamiento limitado, alcanzaron a miles de personas gracias a la participación de los medios, resultado de las actividades de mercadeo. Cada año, los miembros del comité planean y organizan eventos recaudando fondos privados provenientes de fundaciones, empresas y miembros preocupados por VIH/SIDA. Mientras los fondos públicos para la prevención de VIH/SIDA disminuyen, las acciones del comité se vuelven cada vez más importantes y cruciales. Las actividades de mercadeo incluyen definición de frases publicitarias, enfoques de mercadeo, y participación de los medios para incrementar el impacto de las actividades. Los artículos de mercadeo (camisetas, carteles, calcomanías para las defensas de los autos, etc.) implican un llamado a la acción y alientan a la gente a involucrarse, a hacerse la prueba, a ponerse en movimiento ya.

Lecciones aprendidas: El impacto de las actividades aumenta cuando hay participación de los medios. Una estrategia de mercado que incluye un llamado a la acción ha resultado buena para nosotros. También utilizamos foros, proporcionados por las dos acciones principales que llevamos a cabo, para denunciar la falta de financiamiento y de estrategias de prevención del gobierno, lo cual resultó también en un aumento de la prevención.

Pasos a seguir: Continuar utilizando el mercadeo y fortalecer la relación con los medios para mejorar la atención que el SIDA recibe por parte del público en general.

Resumen: 8764

D6 - Medios y representaciones culturales

Los medios masivos: Una alternativa para reducir el estigma y la discriminación relacionada con el VIH en poblaciones clave afectadas en cinco ciudades ultraconservadoras de México

R. Ramírez Flores[1], A. Martínez[2], L. Martínez[2]

[1]Asociación Queretana de Educación para las Sexualidades Humanas, Jóvenes y VIH, Querétaro, México, [2]Asociación Queretana de Educación para las Sexualidades Humanas A.C., Querétaro, México.

Temas: Con frecuencia, los medios masivos de comunicación promueven información con prejuicios y estigmatización hacia las personas que viven con VIH o hacia quienes están en riesgo de exposición al VIH en las ciudades ultraconservadoras de la zona central de México. Se requieren estrategias convincentes y de gran impacto para evitar el estigma y la discriminación, sobre todo tomando en cuenta el papel que juegan en ello los medios masivos.

Descripción: A partir de julio de 2006, AQUESEX lanzó el sitio electrónico de noticias "SEXUANET". Se trata de un recurso único de cobertura regional que proporciona información científica, objetiva y confiable acerca del VIH y del estigma y discriminación relacionados con la infección, y está dirigido al personal de los medios masivos en las ciudades de Aguascalientes, San Luis Potosí, León, Irapuato y Querétaro. "SEXUANET" surge de la necesidad de promover la colaboración con el personal de los medios masivos no sólo para informarlos, sino también para sensibilizarlos sobre las graves consecuencias de publicar y/o difundir información sensacionalista que sólo promueve el estigma, la discriminación, los mitos y los prejuicios. La estrategia fue de fácil acceso y resultó útil para proporcionarles herramientas y materiales para sus actividades diarias. Así, se hizo posible una cobertura positiva y respetuosa de la epidemia de VIH y de las poblaciones clave afectadas. En el curso de sólo dos años, 330 periodistas y expertos en comunicación de la zona de El Bajío en México han difundido un total de 700 notas sobre VIH.

Lecciones aprendidas: Los medios masivos de comunicación pueden ser excelentes aliados y resultar muy útiles para reducir con éxito el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. El uso de nuevas tecnologías proporciona la posibilidad de implementar estrategias sencillas y baratas que pueden tener un gran impacto.

Pasos a seguir: El campo de acción de SEXUANET es asequible y necesario. También es importante incluir a estudiantes de comunicación para que durante su entrenamiento profesional puedan tener acceso a información y estar sensibilizados sobre temas de VIH y las poblaciones clave afectadas.

Resumen: 4403

D6 - Medios y representaciones culturales

Vivir como si los demás no existieran: del sexo de alto riesgo a las fantasías sexuales y el duelo

A. Marquet

Universidad Autónoma Metropolitana, Humanidades, Ciudad de México, México.

Temas: El divorcio entre la cultura gay y la vida gay.

Descripción: Consideraré la homosexualidad (*gayness*) como un continuo de experiencia vital y su representación cultural con el fin de preguntar si existe una articulación entre la producción cultural gay y la realidad que estamos experimentando. ¿Está la experiencia comunitaria gay presente en la escena cultural?

Lecciones aprendidas: Si tomamos en cuenta la cultura gay mexicana, podemos observar una desarticulación entre, por ejemplo, las prácticas reales de alto riesgo y la cultura actual. En relación con el SIDA, la ficción y el drama han narrado o puesto en escena el impacto emocional de la infección. Así, el eje biográfico del tema gay es el VIH (como en "Lo que el virus se llevó" de Oswaldo Calderón; "Salón de belleza" o "SeroCrónicas"). No obstante, existen otros tipos de representaciones: aquéllas de placer, sin consecuencias posteriores (como si la infección no existiera o la enfermedad fuera completamente inexistente). El escape a la fantasía como una forma de evitar cualquier peligro de infección es otra posibilidad ("La historia de siempre" de Luis Zapata).

Pasos a seguir: Ciertamente no podemos contestar por qué existe esta brecha entre la representación del gozo sexual y la representación del dolor y la tristeza. Pero, por lo menos, podemos describir cómo es. Me gustaría reflexionar sobre la articulación de un caso específico: el Cine Nacional como un caso de práctica de alto riesgo en el marco de las producciones culturales recientes sobre SIDA en México.

Resumen: 9662

D6 - Medios y representaciones culturales

Comercio sexual masculino en Guadalajara: uso de los medios para enfocarse en la visibilidad, necesidades y escenarios

L. Espinosas Gómez

CHECCOS A.C., Jóvenes, Guadalajara, México.

Temas: Crear conciencia sobre las necesidades del comercio sexual masculino en Guadalajara, Jalisco, México, a través del periodismo de investigación.

Descripción: En Guadalajara, los jóvenes HSH constituyen el grupo con mayor prevalencia de VIH. Alrededor de 90% de los trabajadores sexuales masculinos y los chichifos (prostitutos) entran en esta categoría. No obstante, estas personas son invisibles ante la ley y son ignoradas por las estrategias de prevención de VIH, así como ignoradas y discriminadas por las políticas públicas. Documentamos las experiencias de los hombres jóvenes, trabajadores sexuales y trabajadores transgénero, así como la de quienes trabajan en servicios de acompañamiento. Sus necesidades y ambientes de trabajo se difundieron por la radio a través de un programa de noticias que se presentó a reporteros, estudiantes y al público en general, transmitiéndose a través de las ondas sonoras e Internet. Logramos generar cierta empatía en las personas que escucharon, misma que se evidenció por el apoyo que expresaron. Las dificultades de este proyecto radicaron en el hecho de que el trabajo sexual en

Guadalajara es ilegal y las personas cuyas historias presentamos corrían el riesgo de convertirse en víctimas de homofobia, de discriminación violenta, de atracos y secuestros, además de que su práctica como trabajadores sexuales las coloca en situaciones de alto riesgo para contraer el VIH y otras ITS.

Pasos a seguir: Es importante llevar a cabo investigaciones que expongan las condiciones de vida de los trabajadores sexuales masculinos y traducirlas a un lenguaje que tenga salida a través de los medios masivos de comunicación, fomentando así la comprensión y la creación de lazos con organizaciones comunitarias que apoyen estrategias para beneficiar a este grupo en riesgo. Es posible utilizar los medios masivos de comunicación como agentes de cambio, efectivos y de bajo costo, para quienes implementan las intervenciones.

Resumen: 14382

D7 - Instituciones religiosas y comunidades de fe

Red Católica contra el SIDA en América Latina y El Caribe: Organizaciones basadas en la fe y cooperación sur-sur

J. Bernardi[1], M. Sudbrack[2], M. Pereira[1]

[1]Fonte Colombo, Porto Alegre, Brasil, [2]National STD/AIDS Programme, International Centre for Technical Cooperation, Brasilia, Brasil.

Temas: Experiencia de cooperación horizontal entre países de América Latina y El Caribe a través de la Pastoral del SIDA en ocho países, con el propósito de fortalecer y armonizar las acciones de prevención y atención sobre SIDA de la Iglesia católica.

Descripción: La Red Católica contra el SIDA se formó durante el II Simposio Latinoamericano y Caribeño "Las acciones de la Iglesia católica en el mundo del SIDA: combatir la epidemia en América Latina y El Caribe" en abril de 2007. El propósito principal de la red es articular acciones de prevención y atención dentro de la Iglesia. Los miembros de la red provienen de ocho países: Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay. La red está motivada por la STD/AIDS Pastoral de la National Conference of Brazilian Bishops (CNBB) que facilita el intercambio entre los países miembros y promueve las articulaciones con otras redes, personas y organizaciones que comparten los mismos intereses.

Lecciones aprendidas: Es urgente unir esfuerzos regionalmente para abordar las cuestiones relacionadas con el SIDA de forma más efectiva y la teología de la liberación de la Iglesia católica parece ser una herramienta importante para este propósito. La Iglesia católica, con su capilaridad social de largo alcance, puede llegar a más grupos vulnerables de la población, que no siempre son alcanzados por los trabajadores de los servicios de salud. La red ya ha logrado una articulación adecuada entre las prácticas de la Iglesia en los países miembros y las políticas públicas de los mismos, creando así una cooperación de importancia fundamental para enfrentar los riesgos que implica responder a la epidemia de SIDA entre las poblaciones más vulnerables.

Pasos a seguir: Consolidar la red y expandir la aplicación de este modelo a los demás países de la región con el propósito de contribuir a que todos los ciudadanos tengan acceso universal a prevención y tratamiento garantizados.

Resumen: 2186

D7 - Instituciones religiosas y comunidades de fe

Actitudes católicas sobre el uso del condón como parte de las estrategias integrales de prevención del VIH

J. O'Brien, C. Valenzuela

Catholics for Choice, Washington, Estados Unidos.

Temas: Prevención de VIH dentro de las comunidades católicas.

Descripción: Aun frente a una epidemia de SIDA que cobra millones de vidas, el Vaticano se ha rehusado obstinadamente a levantar su prohibición sobre el uso de condones. Se llevaron a cabo encuestas en cinco países de todo el mundo, las cuales mostraron que los católicos consideran que los condones son una medida a favor de la vida, puesto que previenen la propagación del VIH y el SIDA.

Lecciones aprendidas: La posición de la jerarquía católica ejerce su mayor influencia en los países menos capaces de lidiar económica y médicamente con la enfermedad. Mientras que los católicos en Irlanda (79%), los Estados Unidos (63%) y México (60%) estuvieron abrumadoramente de acuerdo en que "la posición de la Iglesia sobre los condones está equivocada y debería de cambiar", las cifras para los católicos en Filipinas (47%) y Ghana (37%) fueron inferiores. Estos resultados no son sorprendentes, especialmente en Filipinas, donde la conferencia de los obispos tiene una influencia política tremenda. Los resultados también señalan el hecho de que en muchos países fuera de Europa y América del Norte, las enseñanzas de la jerarquía católica pueden influir profundamente sobre la conducta de la gente, aun si seguirlas va en contra de su salud y de la de sus familias. Ghana, que demuestra el mayor apoyo por la posición del Vaticano, tiene el índice de prevalencia de VIH más alto de todos los países encuestados.

Pasos a seguir: Llevar a cabo más encuestas en otros países, además de seguimiento dentro de cinco años en los países en-

cuestados para crear una base para las tendencias. Compartir estos datos con trabajadores de prevención del VIH en todo el mundo.

Resumen: 11827

D8 - Entendimiento cultural de la enfermedad y la atención

Del dicho al hecho. SIDACULT: Red para productores culturales y artísticos en respuesta a VIH y SIDA en América Latina y El Caribe

L. Fernández[1], E.B. García Abreu[2], N. Rojo[3], R. Friedler[4], G. Aguila[1]

[1]UNESCO, La Habana, Cuba, [2]UNESCO, Consultor, La Habana, Cuba, [3]Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, [4]SALUDARTE, Montevideo, Uruguay.

SIDACULT se basa en el reconocimiento de la cultura como un sistema de relaciones que "incluye, en sentido amplio, las formas de vida, tradiciones, representaciones de salud y enfermedad, y las formas de percepción de la vida y la muerte", entre otros aspectos. (Declaración de México, UNESCO, 1982.)
Este proyecto expone la necesidad de dirigir las acciones inmediatas en respuesta a VIH y SIDA hacia la implementación de proyectos socioculturales multidisciplinarios basados en el debate y en las actividades especializadas dentro del ámbito de la creatividad, de la creación artística y de otras áreas culturales. Adicionalmente, SIDACULT suaviza el progreso para identificar, recolectar y medir el impacto de un enfoque sociocultural.
La red es un amplio espacio de acción concertada, visibilidad, promoción e intercambio multidisciplinario de experiencias e información para los profesionales y las instituciones dedicadas a la respuesta frente a VIH y SIDA en sus diferentes áreas de acción. Esto se logra a través de la creación artística, la creatividad y la promoción cultural con base en las características de cada región, condado, territorio y comunidad en América Latina y El Caribe.
SIDACULT ha editado un inventario exhaustivo con más de 40 experiencias relacionadas con el enfoque sociocultural en Cuba. El Taller Regional, teatro y artes audiovisuales en la prevención y atención de VIH y SIDA en América Latina y El Caribe (experiencias e impacto), llevado a cabo por la UNESCO en La Habana en mayo de 2007, integró y registró esfuerzos y proyectos multidisciplinarios para la prevención y la atención de VIH/SIDA a través del enfoque cultural en América Latina y El Caribe. Además, el evento constituyó un marco para la presentación de SIDACULT-net, la red regional.
SIDACULT ha desarrollado su capacidad para reunir a expertos y creadores que trabajen conjuntamente en la prevención y atención de VIH, fomentando las sinergias entre todos los actores regionales involucrados en el proyecto y evaluando el impacto de las actividades artísticas, sociales y culturales centradas en una respuesta positiva frente a VIH y SIDA.

Resumen: 10013

D8 - Entendimiento cultural de la enfermedad y la atención

La primera iniciativa latina de prevención de VIH/SIDA en California

R. Cano García[1], A. Fitzgerald[2], T. Morrison[3], E. Gómez[4], T. Donohoe[5], A. Hernández[6], A. Wolpoff[7]

[1]Project Concern International, US/Border Programs, San Diego, Estados Unidos, [2]Project Concern International, US Border Programs, San Diego, Estados Unidos, [3]Project Concern International, US Border Programs, San Diego, Estados Unidos, [4]Project Concern International, US/Border Programs, Mexicali, México, [5]University of California, Pacific AIDS Education Training Center, Los Angeles, Estados Unidos, [6]Desert AIDS Project, Education and Training Services, Palm Springs, Estados Unidos, [7]Harder+Company Community Research, San Diego, Estados Unidos.

Temas: Los latinos representan el segundo porcentaje más alto de casos acumulados de SIDA entre 1981 y el presente (22%). El número real de latinos que viven con VIH en California, sin embargo, es aún mayor. A partir del 30 de abril de 2005, más de 25% de los casos reportados de infección por VIH ha sido entre latinos. En particular, los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres jóvenes están entre los latinos con mayor riesgo de contraer VIH.
Descripción: El Project Concern International (PCI) ha sido financiado por el California Department of Public Health Office of AIDS para implementar la primera iniciativa latina de prevención de VIH/SIDA en California. PCI llevó a cabo un análisis de necesidades para mapear las brechas en los servicios de prevención e identificar las necesidades de asistencia técnica y de construcción de capacidades entre los proveedores de servicios relacionados con VIH/SIDA con el fin de mejorar su habilidad para atender a los latinos. Al entender el papel integral que los proveedores de servicios sociales y de salud juegan la prevención de VIH/SIDA entre latinos, la intención del proyecto es mejorar la habilidad de los proveedores para atender efectivamente a los latinos.
Lecciones aprendidas: Los resultados del análisis de necesidades muestran una necesidad urgente de atender los siguientes aspectos: aumento en la colaboración entre agencias y regiones; aumento en la capacidad de organización; capacitación básica sobre VIH/SIDA; capacitación en competencias culturales; proveedores bilingües; abordaje del estigma; mensajes

de prevención diseñados para las poblaciones latinas en mayor riesgo, y mejora del acceso a pruebas en las áreas rurales. Los resultados proporcionan un mapa a partir del cual se puede dar cabida a una población latina diversa. Los modelos de prevención y atención deberían de desarrollarse tomando en cuenta la aculturación, la cultura, el género, el estilo vida y la edad o generación.

Pasos a seguir: Este proyecto planea utilizar una combinación de estrategias probadas de capacitación y asistencia técnica para mejorar la prevención y la prestación de servicios en relación con el VIH/SIDA para los latinos. Las estrategias específicas incluyen: facilitar la colaboración entre las organizaciones; identificar y adaptar los mejores enfoques de prácticas; encontrar nuevas formas de abordar el estigma; promover la competencia cultural de los proveedores, y mejorar el acceso a pruebas.

Resumen: 14526

D9 - Inequidades de género, parejas y relaciones

La pobreza y las inequidades de género reducen la calidad de vida de las mujeres que viven con VIH/SIDA en Chiapas, México

A. González

Mexicanas positivas frente a la vida, Chiapas, México.

Temas: Chiapas es uno de los estados mexicanos con mayor índice de pobreza, con los indicadores de desarrollo social más bajos y mayor población indígena. Entre 1983 y 2006, se diagnosticaron 3,711 personas con SIDA, con 324 diagnósticos para 2006. Aproximadamente un tercio de los casos corresponde a mujeres —cifra superior al nivel nacional— y la mayoría se infectaron por su pareja estable.

Descripción: Se llevaron a cabo diálogos comunitarios facilitados por una mujer que vive con VIH para identificar las necesidades de las mujeres con VIH y SIDA (MVVS) en Chiapas. El análisis de la situación se realizó en Tuxtla Gutiérrez, Comitán, Reforma y Pichucalco, con 52 mujeres de diferentes entornos: rural, urbano, indígena (tzotziles) y no indígena. La pobreza es una barrera que limita el acceso de las mujeres a los servicios de salud dada la falta de recursos para el transporte. El machismo también tiene un impacto negativo sobre la salud de las mujeres cuando sus parejas les impiden tomar antirretrovirales para que "se enfermen y mueran juntos". Los servicios especializados (ginecología y tratamiento odontológico) no están disponibles para las MVVS. Pocas mujeres reportan uso de condón, a pesar de estar conscientes de la posibilidad de una reinfección. Las barreras para el uso del condón incluyeron conocimientos limitados, incapacidad para negociar con su pareja, y un patrón cultural en el que los hombres deciden cómo y cuándo tener relaciones sexuales y se rehúsan a usar condón.

Lecciones aprendidas: La facilitación a cargo de una mujer par fue crucial para crear confianza. La facilitadora dio un testimonio que subrayaba las similitudes en las experiencias de vida, lo cual alentó a otras mujeres a compartir. Estos diálogos resultaron en el aumento de las habilidades de algunas mujeres para negociar el uso del condón y en la mejora de la comunicación en la pareja. Las relaciones con las parejas masculinas son críticas para definir el acceso de las mujeres a servicios, calidad de vida y salud.

Pasos a seguir: Con base en esta investigación, se deberían de desarrollar talleres específicos para las MVVS, sus parejas y los proveedores de atención en salud. Las mejoras en la situación económica de las MVVS incrementarán su acceso a los servicios de salud y al tratamiento antirretroviral. Se necesitan servicios médicos especializados para las MVVS en Chiapas.

Resumen: 5836

D9 - Inequidades de género, parejas y relaciones

Cumbre Internacional de Mujeres (International Women's Summit - IWS)

N. Fisher-Spalton

World YWCA, Deputy General Secretary, Ginebra, Suiza.

Temas: El VIH afecta cada vez a más mujeres y niñas en todas las regiones del mundo. La inequidad de género y ciertas condiciones biológicas hacen que las mujeres y las niñas sean vulnerables a la infección por VIH. Una respuesta efectiva frente al SIDA requiere de estrategias que funcionen para las mujeres y de acciones urgentes por parte de todas las organizaciones que están trabajando para desarrollar programas de VIH y SIDA.

Descripción: La IWS, organizada por la YWCA e ICW, tuvo lugar en julio de 2007 en Nairobi. La cumbre reunió alrededor de 2,000 mujeres de 130 países para abordar el liderazgo de las mujeres en relación con el VIH y SIDA. Un tercio de las participantes correspondió a mujeres que viven con VIH. La IWS reunió a mujeres de la comunidad, mujeres jóvenes, gente de fe, funcionarios del gobierno y un número sobresaliente de funcionarios de la ONU. La cumbre proporcionó la oportunidad para que los participantes examinaran el progreso y las contribuciones que las mujeres, especialmente las mujeres africanas y de las comunidades, están haciendo. La cumbre generó conciencia y movilizó al movimiento de mujeres sobre VIH/SIDA, generando un espacio para construir redes y asociaciones estratégicas, así como para ampliar el impacto de las respuestas frente a VIH y SIDA.

Lecciones aprendidas: Algunos de los resultados de la IWS incluyeron: creación de fuertes lazos entre movimientos de mujeres y redes de mujeres seropositivas, desde el nivel local hasta el internacional; las asociaciones miembro de YWCA adquirieron nuevas habilidades, socios e información para iniciar y fortalecer los programas de VIH a nivel nacional y comunitario; se identificó la construcción de capacidades como un elemento clave para el desarrollo de programas sustentables que promuevan una respuesta específica, según el género, para lograr el Acceso Universal.

Pasos a seguir: Como parte de nuestro trabajo comunitario, la World YWCA sigue proporcionando apoyo técnico para los programas de VIH de las asociaciones miembro. Un resultado clave de la conferencia fue el Llamado a la Acción de Nairobi 2007 sobre VIH, firmado por los delegados. Se trata de una fuerte herramienta de apoyo y presión para los individuos y las organizaciones que quieren hacer la diferencia. Actualmente hay 4,000 signatarios. Buscamos duplicar esta cifra en México, como una respuesta colectiva global, efectiva y personal.

Resumen: 12717

D9 - Inequidades de género, parejas y relaciones

Adherencia terapéutica y apoyo social entre mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA en el estado de San Luis Potosí, México

I. García-Cedillo, M. Rodríguez, F. Alfaro, O. Sánchez-Armáss

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Psicología, San Luis Potosí, México.

Antecedentes: La adherencia terapéutica es crítica para los pacientes con VIH/SIDA. Para ayudarlos a mejorarla, debemos tomar en cuenta una serie de factores, incluyendo el género. Varios estudios han mostrado que las mujeres tienen una adherencia terapéutica menor que los hombres (Delahanty, *et al*., 2004; Hill, *et al*., 2003). Para ayudar a las mujeres, tenemos que entender plenamente sus condiciones de vida y sus experiencias como personas seropositivas. Se ha descrito que el silencio y la culpa son comúnes entre las mujeres que viven con VIH/SIDA, puesto que, dada su condición, son estigmatizadas y culpadas por la sociedad (Hidalgo, *et al*., 2006). Como resultado, la mayoría de las mujeres vive su enfermedad solitariamente y suele desarrollar depresión (Murphy, *et al*., 2004; Arendt, 2006). Ellas tienden a recibir menor apoyo social y familiar que los hombres, apoyo que, según muchos estudios, es crítico para lograr una adherencia apropiada al tratamiento (Harzke, *et al*., 2004).

Métodos: Un psicólogo clínico experimentado llevó a cabo entrevistas a profundidad para evaluar las experiencias de 76 pacientes con VIH/SIDA (29 mujeres, con una media de edad de 31 años; 47 hombres, con una media de edad de 32 años) en relación con la familia, el trabajo, las relaciones, la adherencia terapéutica, etc. La muestra se seleccionó de manera no probabilística. Se utilizó la prueba chi cuadrada para comparar los resultados.

Resultados: Según la chi cuadrada, no se encontraron diferencias significativas en relación con la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres y tampoco en relación con el apoyo social. No obstante, 58% de las mujeres y 40% de los hombres consideró que su apoyo familiar era escaso o inexistente, mientras que 21% de las mujeres y 32% de los hombres lo consideraron muy bueno. Se encontraron diferencias significativas en la forma de transmisión y el estado civil. La mayoría de las mujeres no supo que estaba infectada hasta el momento de dar a luz o de enfermarse.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres vive avergonzada por su condición y muy preocupada por la confidencialidad, así que este grupo necesita apoyo urgente de la sociedad y de la familia.

Resumen: 10120

D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas

Hasta que el SIDA nos separe: las campañas de mercadeo social fortalecen a las mujeres en riesgo en Uganda, México y Estados Unidos

R. Massingill

Sam Houston State University, Mass Communications, Huntsville, Estados Unidos.

Temas: Cuando los líderes mundiales completaron su cuenta anual número 25 del progreso implacable de la pandemia de SIDA, resultó tristemente claro que las mujeres han alcanzado la equidad respecto de la infección global. Las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los hombres de contraer VIH y actualmente constituyen más de 50% de los adultos que viven con la enfermedad (UNAIDS, 2007). De la cuna a la tumba, los destinos en salud de las mujeres suelen estar vinculados con las tradiciones culturales que moldean la conformidad e impotencia femeninas, así como con las normas de género que otorgan el poder a los hombres sobre cuándo y cómo tienen sexo las mujeres.

Descripción: Para combatir estas circunstancias tan frecuentes, las alianzas de grupos locales, nacionales e internacionales están diseñando campañas de mercadeo social para fortalecer a las mujeres. Este estudio cuenta las historias humanas detrás de recientes iniciativas exitosas que se han enfocado sobre las mujeres en riesgo en tres países: • Sugar Daddies abordó el

grave problema de sexo que involucra a varias generaciones en Uganda, donde los índices de infección por VIH son seis veces mayores entre las adolescentes que entre sus contrapartes masculinas. • Las Nuevas Caras del VIH en Houston se lanzó para incrementar la práctica de pruebas entre mujeres afroamericanas, quienes representan 70% de las mujeres seropositivas recientemente diagnosticadas en Estados Unidos. • El Programa Mujeres alentó a mujeres mexicanas de entre 14 y 24 años a tomar el control sobre su salud reproductiva y sexual en una sociedad donde los roles tradicionales de género alimentan los aumentos anuales de la infección por VIH.

Lecciones aprendidas: Aunque estos proyectos de fortalecimiento representaban mundos aparte con respecto a lengua y cultura, cada uno tuvo como blanco a grupos muy vulnerables. Contando con el apoyo mudial para cubrir las necesidades de prevención de las mujeres con respecto a VIH, las campañas demostraron importantes lecciones para iniciativas futuras: forjar acuerdos de colaboración con metas comunes y recursos variados; involucrar al público objetivo en cada etapa, y crear mensajes multilingües y multimedia sensibles culturalmente.

Pasos a seguir: Los ejemplos de materiales y experiencias de los participantes en estas campañas inspirarán a las audiencias a contribuir con ideas para continuar con este fortalecimiento de las mujeres a nivel mundial.

Resumen: 10285

D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas

Construir un movimiento para fomentar la equidad de género en relación con VIH y SIDA a través de alianzas locales-globales

S. Margolese[1], L. Binder[2], E.T. Crone[3], L. Orsa[4], M. Vázquez[5], M. Laphimon[6], B. Pendry[7]

[1]Voices of Positive Women, Toronto, Canadá, [2]Blueprint for Action on Women and Girls and HIV, Toronto, Canadá, [3]Athena Network, Seattle, Estados Unidos, [4]International Community of Women Living with HIV, Londres, Reino Unido, [5]International Community of Women Living with HIV, Barcelona, España, [6]Thai Women and AIDS Task Force, Bangkok, Tailandia, [7]The Living Project, Durban, Sudáfrica.

Temas: Promover la equidad de género debe ser la piedra angular de cualquier esfuerzo para alcanzar la acción universal sobre VIH y SIDA e implica promover la participación plena y significativa de mujeres y niñas, particularmente la de aquéllas más afectas por la epidemia, buscando respuestas dentro de una marco de justicia social.

Descripción: La construcción de esfuerzos de colaboración comenzó en la Conferencia Internacional sobre el SIDA (CIS) en Durban. Hubo organizaciones internacionales y locales de mujeres que formaron una alianza anterior que tuvo lugar en Toronto en 2006 con el fin de desarrollar, implementar y monitorear una estrategia coordinada para asegurar que las cuestiones relacionadas con las mujeres se abordaran adecuadamente en la agenda de la conferencia. La alianza también organizó eventos, incluyendo una marcha de mujeres, una zona de trabajo en redes de mujeres y sesiones satélite con el fin de: promover el reconocimiento, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como un componente fundamental de las políticas y los programas para abordar VIH; asegurar la equidad de género en la investigación, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con VIH; promover y facilitar el liderazgo de mujeres y niñas, especialmente de aquéllas que viven con VIH.

Lecciones aprendidas: Construir un movimiento de organizaciones similares e individuos brinda la oportunidad de: desarrollar agendas comunes; desarrollar y apoyar la capacidad de liderazgo de las mujeres y las niñas; permitir que los individuos y las organizaciones sean agentes de cambio. Como resultado del éxito obtenido en Toronto, la alianza fue invitada a planear actividades semejantes durante la Cumbre Internacional de Mujeres de la YWCA Mundial en Nairobi. Los miembros de la alianza también han desarrollado coaliciones para abordar los derechos de las mujeres al interior de los países y las cuestiones de desarrollo tales como seguridad con respecto a los alimentos y microfinanciamiento.

Pasos a seguir: Continuar fortaleciendo las alianzas locales-globales con Mexicanas Positivas para asegurar la participación local y nacional en procesos globales; continuar construyendo coaliciones para promover la participación plena y significativa de las mujeres, particularmente de las seropositivas, en foros globales tales como la IAC México 2008 y más allá; continuar monitoreando y evaluando métodos y objetivos.

Resumen: 10124

D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas

Las mujeres jóvenes prefieren recibir instrucción sobre VIH de parte de modelos femeninos pares capacitados mientras que los hombres prefieren maestros pares de cualquiera de los géneros

J. Chittick

TeenAIDS-PeerCorps, Inc., Fitchburg, Massachusetts, Estados Unidos.

Antecedentes: Con el aumento mundial de la infección por VIH entre los adolescentes, las mujeres jóvenes constituyen una población altamente vulnerable cuando inician su vida sexual sin acceso adecuado a información médicamente precisa. Las hipótesis que se buscó probar fueron: saber si ambos géneros coinciden en que los educadores guiados por pares son preferibles a los adultos y si el género del educador par marcaba una diferencia significativa entre hombres y mujeres jóvenes. Específicamente, ¿prefieren las jóvenes asesoría femenina?
Métodos: Se utilizaron metodologías cualitativas y cuantitativas con base en una investigación de Harvard sobre programas de VIH para adolescentes. Se aplicó una encuesta de 12 preguntas a 1,545 jóvenes de entre 13 y 21 años de edad en 14 países y se realizaron análisis estadísticos. Se llevaron a cabo grupos focales y entrevistas de seguimiento en persona, por teléfono, y en línea para obtener una mejor explicación de los hallazgos. Además, se utilizó el mismo número de entrevistadores masculinos que femeninos para poner a prueba las diferencias en las respuestas relacionadas con el género.
Resultados: Los hallazgos muestran que la mayoría de los jóvenes prefiere obtener información sobre la transmisión de VIH por parte de pares entrenados (y no adultos) sin importar el género. Sin embargo, las mujeres jóvenes dijeron, según cifras estadísticamente significativas, que preferían recibir instrucción sobre la prevención del SIDA por parte de un asesor femenino. Los hombres jóvenes mostraron sólo ligeras diferencias entre la preferencia de instructores masculinos o femeninos. Las jóvenes en América y Europa no se mostraron tan preocupadas por el género de los maestros, mientras que en África y Asia la preferencia fue mucho más fuerte.
Conclusiones: Existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres jóvenes con respecto al género preferido de sus asesores pares de VIH, y entre las mujeres más grandes y las más jóvenes. El hecho de que las muchachas jóvenes prefieran instructores femeninos sugiere que los programas serán más efectivos para transmitir la información si se diseñan tomando en cuenta el género, ya que la modificación de las conductas sexuales de alto riesgo es necesaria para controlar el VIH entre jóvenes sexualmente activas. Las jóvenes mayores están más abiertas a los instructores varones pero las adolescentes menores (entre 13 y 15 años) prefieren hablar de los detalles íntimos de las conductas sexuales privadas con otras mujeres.

Resumen: 14408

D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas

Poder, interacciones con proveedores de atención en salud y adherencia antirretroviral entre mujeres VIH positivas en México: un estudio cualitativo en dos momentos diferentes

B. Allen-Leigh

Instituto Nacional de Salud Pública, División de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Un elemento importante en las relaciones proveedor-paciente y en la adherencia a los regímenes antirretrovirales es el poder. Este estudio cualitativo se propone explorar las características del poder subalterno ejercido por las mujeres VIH positivas en el contexto de uso de los servicios de salud en México en dos momentos diferentes.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo para el cual se hizo la recolección de datos entre 2002 y 2003, y posteriormente entre 2007 y 2008 entre mujeres VIH positivas que reciben atención a la salud, incluyendo tratamiento antirretroviral en la Ciudad de México. Se realizaron grupos focales, observación participativa y entrevistas individuales con dos grupos de mujeres en los dos momentos distintos. Las transcripciones de las entrevistas y de las notas de campo se codificaron primordialmente con códigos *a priori* basados en un marco tomado de teorías antropológicas de género, el cuerpo y el poder subalterno, en especial Heritier, De Certeau, Bourdieu, Ortner, Butler y Gutiérrez Aguilar.
Resultados: Muchas prácticas de las mujeres mexicanas VIH positivas, cuando interactúan con el personal de atención a la salud, cuando utilizan servicios de salud y en relación con el seguimiento a un régimen antirretroviral, constituyen abstenciones, omisiones u obstrucciones. Éstas se pueden entender como tácticas más bien ineficaces de poder subalterno e incluyen llegar tarde u olvidarse de las citas con el personal de atención en salud, olvidarse de tomar las medicinas, omitir darle información al médico, o no completar el papeleo para algún procedimiento médico. Otras prácticas se pueden conceptualizar como estrategias subalternas más efectivas, tales como: crear una "economía paralela de ofrecimiento de regalos", dentro de la cual se intercambian medicinas antirretrovirales extras, o "pedir prestado" el poder de los médicos, utilizando segundas opiniones con el fin de obtener el tratamiento deseado. En años recientes, las mujeres VIH positivas parecen estar ejerciendo estrategias más efectivas y demostrando un

fortalecimiento en sus interacciones con los proveedores de atención en salud en México.

Conclusiones: Entender las interacciones de las mujeres VIH positivas con los proveedores de atención en salud como una conducta lógica que busca ejercer el poder sobre su salud, sus cuerpos y sus vidas podría contribuir a mejorar las relaciones interpersonales y de comunicación en estas relaciones.

Resumen: 13244

D10 - Temas específicos de prevención, tratamiento y atención a mujeres y niñas

Mejorar la calidad de vida incrementando el conocimiento de las mujeres que viven con VIH/SIDA en Guanajuato, México

M.d.R. Ramírez Palafox[1], M. Rangel González[2]

[1]Irapuato Vive, A.C., Prevención, Irapuato, Gto., México, [2]Irapuato Vive, A.C., Dirección General, Irapuato, Gto., México.

Temas: Las mujeres que viven con VIH/SIDA (MVVS) en Guanajuato carecen de información acerca de la enfermedad y, en consecuencia, su calidad de vida se deteriora. Una investigación participativa con base en la comunidad documentó las emociones y miedos provocados por vivir con VIH, discriminación, aislamiento social y servicios sociales de poca calidad para los cuales el acceso de las MVVS es limitado. El proyecto Mujeres en Acción, el primero de su tipo en este estado mexicano, se diseñó para dar respuesta a esta situación.

Descripción: Se diseñó e implementó un taller de capacitación para mejorar la calidad de vida de las MVVS a través de un aumento en su conocimiento sobre el tratamiento y la atención integrales, así como la apropiación y el ejercicio de los derechos humanos. El proceso incluyó la sensibilización de proveedores de atención en salud. Se imprimieron 200 manuales para MVVS, se distribuyeron 180 condones femeninos y se capacitó seis MVVS para ofrecer cuatro talleres de 18 horas de duración cada uno. El proyecto resultó en la formación de un grupo de apoyo para MVVS y se documentaron los siguientes resultados: aumentos en el conocimiento relacionado con VIH, fortalecimiento, autocuidado y ejercicio de derechos humanos en 58 MVVS. Estos beneficios se extendieron a otras MVVS en ciudades diferentes a través del contacto entre pares.

Lecciones aprendidas: Los espacios facilitados por pares contribuyen a reducir la preocupación y el miedo ocasionados por la desinformación sobre la condición de vivir con VIH. Se debe abordar el estigma internalizado como parte del tratamiento y de los programas de atención integrales dado que tiene un efecto devastador sobre la vida de las mujeres. Los cambios observados se expresan mejor en las palabras de las participantes. Al principio las mujeres decían: "Estoy avergonzada", "Me estoy pudriendo por dentro". Después de la capacitación, dijeron: "No me siento tan sola; he soltado lo que estaba cargando" y "Me deshice de mis miedos y preocupaciones y acepté que estoy viviendo con VIH".

Pasos a seguir: En coordinación con otras organizaciones de la sociedad civil, promover un mayor compromiso de las autoridades de salud, del personal clínico que atiende a la población en general, de los trabajadores de los sectores público y privado, y de los militares. Incluir talleres y consejería para parejas serodiscordantes.

Resumen: 9131

D11 - Personas transgénero e intersexuales

Trabajadores transexuales que educan a la policía para evitar la violencia

J. Bear Blass J. Jasso Aguilar

Fortaleciendo la Diversidad, A. C. San Luis Potosí, México.

Temas: Una investigación comunitaria llevada a cabo en 2005 para reunir pruebas del alto nivel de violencia física y extorsión, incluyendo violencia sexual policiaca hacia los trabajadores sexuales transgénero. Por otra parte, no existen programas de prevención para esta población vulnerable. Como respuesta, se instrumentó un plan de educación para la comunidad transgénero y la policía, reforzada por estrategias de cabildeo.

Descripción: Se formó un equipo que incluyó a personas transgénero y a un profesional de los derechos humanos con la idea de contribuir a una cultura del respeto y recuperar el derecho a la seguridad personal. Se diseñaron programas de capacitación para la policía y la comunidad transgénero. Previamente, se logró obtener apoyo del programa local de combate al SIDA, así como el compromiso de las autoridades para capacitar a su personal policiaco. Entre 2006 y 2007, diversas personas transgénero organizaron y realizaron varios talleres, con una asistencia de 150 trabajadores sexuales transgénero y 905 policías. Se diseñó y aprobó un volante sobre derechos humanos y se fortaleció la capacidad para enfrentar situaciones violentas. Con el objeto de mejorar la estrategia educativa se llevó a cabo la sensibilización de los medios de comunicación y se firmaron dos acuerdos: uno con las autoridades policiacas para promover el respeto a esta población, y otro con la Comisión de los Derechos Humanos para proporcionar seguimiento a las quejas. En cuanto a la vigilancia, las mujeres transgénero reportaron tener una mejor relación con la policía y sentirse más confiadas para protegerse.

Lecciones aprendidas: La participación de las mujeres transgénero en actividades educativas, con el uso de sus historias de vida durante la capacitación, incluyendo metodologías de participación actuada, son estrategias eficientes utilizadas con funcionarios públicos como la policía.
Pasos a seguir: Debe erradicarse la violencia hacia personas transgénero, incluyendo la violencia sexual; por ello, es necesario compartir y repetir la experiencia en otras áreas del país.

Resumen: 6331

D11 - Personas transgénero e intersexuales

Visibilidad de las trabajadoras sexuales transgénero en cuestiones de estigma y discriminación

J. Trujillo Méndez
Transleonas. León, Guanajuato, México.

Temas: En la región central de México existe un ambiente tradicional reforzado por los medios de comunicación que diseminan información estigmatizada respecto de las personas transgénero. Las políticas de control sanitario, la extorsión y las violaciones frecuentes a los derechos humanos son temas que prevalecen en la zona.
Descripción: Un grupo cualitativo de mujeres transgénero recibió capacitación en temas como el estigma y la discriminación, los derechos humanos y el seguimiento a los medios de comunicación. Se analizaron cuatro diarios locales durante seis meses para identificar cualquier información que estigmatizara a la población transgénero, a otras poblaciones clave y otros temas relacionados con el VIH/SIDA. Se enviaron cartas de protesta cuando se publicaron notas con contenido inapropiado. Se promovió la participación transgénero en estaciones de radio, prensa y televisión, cubriendo temas como: homosexualidad, travestismo, cuestiones transgénero, trabajo sexual, leyes de convivencia, VIH y movilización comunitaria. El grupo focal realizó educación de pares, alcanzando a 70 individuos transgénero. Al mismo tiempo, se comenzó a reunir pruebas de violaciones a los derechos humanos y se canalizaron las primeras quejas. Se observó un aumento de los conocimientos en las participantes transgénero y se mostró una mayor capacidad para evitar la extorsión, la detención arbitraria y las violaciones de derechos humanos. Los medios aumentaron la presencia de población transgénero y se expresaron mejor sobre este tema; se mejoró la visibilidad de dicha comunidad y el manejo de las políticas que les afectan.
Lecciones aprendidas: Una participación activa frente a cuestiones de estigma y discriminación empodera y satisface a la comunidad afectada. Mostrar actividades cotidianas y antecedentes resulta eficaz para sensibilizar a la población en general, así como para mejorar el ambiente y presentar quejas.
Pasos a seguir: La participación en los medios de comunicación debe ser constante para permanecer y avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones actuales. Participar en juntas locales permitirá plantear las quejas y promover la apertura a programas institucionales de salud y educación.

Resumen: 9926

D11 - Personas transgénero e intersexuales

Actividades lúdicas de las personas transgénero para promover y acceder a suministros para la prevención

R. Velázquez Contreras
Fangoria Nice. Aguascalientes, México.

Temas: Aguascalientes en un estado tradicional, en el que la homofobia y la fobia a las personas transgénero provocan que las instituciones y los encargados de la toma de decisiones hagan caso omiso de las necesidades de información, cuestiones de salud y educación, así como de derechos humanos. En 2005, ninguna organización incluía a esta población en su misión y objetivos; por ello, en 2006, los miembros de esta comunidad organizaron y crearon Fangoria Nice de Aguascalientes.
Descripción: El grupo base recibió capacitación en los siguientes temas: VIH, cuestiones de estigma y discriminación, así como análisis de la homofobia y fobia a las personas transgénero dentro de las familias y la sociedad. Se realizó un intercambio a través de un proyecto de comercialización social llamado "Condoneras", y se adaptó el proyecto a la cultura local, diseñando una estrategia de prevención que incluía obras musicales con mensajes de prevención e información y la demostración del uso correcto de condones y lubricantes. Se celebraron varias presentaciones en centros de reunión para personas transgénero y homosexuales, incluyendo eventos del programa local de combate al SIDA. También se realizó un evento nacional en el Foro Comunitario durante el Congreso Nacional VIH/SIDA, y se realizaron actividades de extensión en las principales calles donde los y las trabajadores transexuales ofrecen sus servicios.
Lecciones aprendidas: Las estrategias de prevención que incluyen elementos culturales como canciones populares son relevantes y de gran interés para la población objetivo. Como resultado, se logra una visibilidad en los medios de comunicación y alianzas en áreas clave del gobierno.
Pasos a seguir: La estrategia será enriquecida incrementando el número de piezas musicales que incluyan la promoción y co-

mercialización social de condones y lubricantes, además de la promoción de análisis médicos voluntarios y acceso a otros servicios sexuales y reproductivos apoyados en el fortalecimiento de asociaciones con el sector gubernamental.

Resumen: 13653

D11 - Personas transgénero e intersexuales

Modelo para la prevención de VIH/SIDA e ITS para mujeres transgénero y transexuales en México, utilizando el tema de la identidad y el trabajo con pares

H. G. Davenport Fentanes

Centro Nacional para la Prevención Control de VIH/SIDA (CENSIDA), Diversidad Sexual. Distrito Federal, México.

Temas: Las mujeres transgénero y transexuales en México se enfrentan a una vulnerabilidad social que dificulta los esfuerzos para la prevención del VIH y ITS. La falta de derechos civiles, como el acceso al empleo y a oportunidades de educación, así como la discriminación social, conducen generalmente al trabajo sexual donde el abuso policiaco es común. Esta vulnerabilidad ha dejado a la población femenina transgénero y transexual fuera de las campañas para la prevención de estas enfermedades.
Descripción: El diseño y realización de talleres de información, utilizando el tema de la identidad y el trabajo con pares parece una buena alternativa para comprender la prevención del VIH/SIDA en esta población, la cual enfrenta vulnerabilidad social, estigmatización y discriminación. Las ventajas de esta estrategia son la construcción de una fuerte empatía entre las trabajadoras transexuales y los expositores. Al utilizar su experiencia, permiten una comunicación emocional con quienes han sufrido cirugías fallidas, problemas de salud en busca de un cuerpo de distinto género, así como discriminación. Los problemas de esta población en México son de confusión de identidad producida por la ausencia de información, la cual que provoca que quienes viven como mujeres y se sienten mujeres piensen equivocadamente que son hombres homosexuales muy femeninos. No hay información en los medios homosexuales acerca del uso y abuso de hormonas femeninas y su efecto en sus cuerpos y genitales. Los clientes masculinos de las trabajadoras sexuales transgénero y transexuales les piden que los penetren, algo difícil si están utilizando substancias antiandrogénicas. Las mujeres transgénero generalmente comparten jeringas para inyectarse hormonas.
Lecciones aprendidas: Apoyar la conformación de grupos y organizaciones de mujeres que se asumen como transgénero o transexuales. Ellas han comenzado a demandar sus derechos civiles, de forma que tengan acceso a hormonas, cirugías y para evitar el riesgo de utilizar jeringas usadas en las inyecciones hormonales.
Pasos a seguir: Crear un programa nacional para transexuales que incluya la prevención del VIH/SIDA.

Resumen: 6254

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Comunicación entre padres y adolescentes sobre sexo en Morelos, México: ¿afecta el comportamiento sexual?

E. Atienzo[1], D. Walker[1], L. Campero[1], H. Lamadrid-Figueroa[2], J. P. Gutiérrez[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Cuernavaca, México.

Antecedentes: En ciertos escenarios, la comunicación entre padres y adolescentes sobre sexualidad ha mostrado servir para aumentar el uso de condones y disminuir las tasas de iniciación sexual. Esto es algo que no se ha investigado en México. El objetivo de este estudio es identificar y describir la comunicación sobre sexo entre adolescentes mexicanos y sus padres y su relación con el uso de condones y la edad de su primer encuentro sexual.
Metodología: Estudio transeccional con cuestionarios autoadministrados a estudiantes de primer año en 23 preparatorias durante 2006. La comunicación sobre sexo se dividió en tres temas: aspectos biológicos, riesgos asociados con el comportamiento sexual y prevención. Para los adolescentes sexualmente activos, se determinó si la discusión había ocurrido antes o después de la iniciación sexual. El análisis incluyó modelos de regresión logística estratificados por el momento de la discusión.
Resultados: Se analizaron 5,592 cuestionarios: 24.2% de los hombres y 10.6% de las mujeres reportaron ser sexualmente activos ($p<0.00$); 82.8% informó haber hablado al menos una vez, con al menos uno de sus padres acerca de las relaciones sexuales. La discusión sobre todos los temas fue más común con las madres que con los padres. Las discusiones acerca del riesgo y prevención previos a la iniciación sexual se asociaron con un mayor uso de condones en la primera relación sexual (OR=1.94, CI 95%: 0.99, 3.7) y la discusión tardía se asoció con una edad menor de iniciación de relaciones sexuales (<15) (OR=4, CI 95%: 2.15, 7.4).
Conclusión: La comunicación previa al inicio de la actividad sexual acerca del riesgo y la prevención se asocia positivamente con prácticas de sexo seguro. En México, mejorar la comunicación adolescentes-padres sobre sexo es una estrategia subutilizada y poco estudiada para disminuir el comportamiento sexual

riesgoso en adolescentes. Las intervenciones deben dirigirse a promover este tipo de comunicación temprana.

Resumen: 14963

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Por la Vida de los Jóvenes. Una campaña de prevención de VIH/SIDA para jóvenes en México, basada en principios católicos

Dr. I. L. Estrada Mendoza

Católicas por el Derecho a Decidir, Distrito Federal, México.

Temas: La oposición de la Iglesia católica al uso del condón y la promoción de la abstinencia como único método válido de prevención del VIH impide realizar esfuerzos integrales para dicha prevención en México. Estas posiciones son preocupantes debido a las crecientes tasas de VIH/SIDA en México, especialmente entre los jóvenes.

Descripción: En 2004, la organización no gubernamental mexicana Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) lanzó una campaña de prevención de VIH en jóvenes basada en los principios católicos de libertad de conciencia, justicia social y bien común, para promover el uso del condón y abogar por una educación sexual basada en la ciencia. La campaña buscó llegar a jóvenes, maestros, padres y miembros de la Iglesia católica, y sugiere que las prácticas sexuales responsables son una forma de quererse a sí mismo y a los demás. También examina los mitos y tabúes que alientan los prejuicios y la estigmatización hacia las personas que viven con el VIH/SIDA y que ponen en riesgo de transmisión de esta enfermedad a los jóvenes.

Lecciones aprendidas: Las campañas de prevención de VIH no sólo deben promover el uso del condón; también deben promover una educación sexual integral, hablar acerca de VIH/SIDA desde un marco de derechos humanos y tomar en cuenta los factores culturales y religiosos que representan obstáculos para la prevención. Esta campaña ha confirmado que en aquellas regiones en que la Iglesia católica tiene una influencia significativa en las actitudes de la gente hacia la sexualidad y la reproducción, es importante utilizar mensajes de prevención basados en valores católicos que alienten a los miembros de la Iglesia a apoyar el uso del condón y prácticas sexuales responsables.

Pasos a seguir: CDD ampliará esta campaña para generar un mayor entendimiento y consenso respecto de la prevención amplia del VIH entre grupos diversos en todo México.

Resumen: 3856

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Influencia de padres y adolescentes sobre las intenciones de comportamientos sexuales de los adolescentes mexicanos. Un enfoque de construcción de modelos

R. A. Benavides Torres[1], A. Villaruel[2], L. Rew[3] E. Gallegos Cabriales[1], A. Brown[3]

[1]Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México, [2]University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, Estados Unidos, [3]The University of Texas at Austin, School of Nursing, Austin, Estados Unidos.

Antecedentes: Los informes mexicanos estimaron que entre 31% y 68% de los adolescentes tenían relaciones sexuales y 72% nunca usaba condón, lo que los ponía en riesgo de adquirir el VIH/SIDA. La familia desempeña un papel importante en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo para contraer el VIH. Este estudio probó un modelo de influencias de padres y adolescentes sobre la intención de comportamiento sexual y examinó las diferencias de género en las variables culturales y psicológicas sexualmente relacionadas de la juventud mexicana.

Métodos: Este estudio utilizó información de un estudio experimental existente (RO1 NR08059). La muestra consistió de 756 adolescentes y sus padres. Se utilizó un enfoque de construcción de modelos SEM para guiar los análisis y MANOVA para explorar las diferencias de género.

Resultados: Los índices sugirieron un ajuste aceptable al modelo combinado seleccionado ($X2(30)=92.215$, $p=0.0000$, $CFI=0.97$, $TLI=0.95$, $RMSEA=0.05$, $SRMR=0.04$). La autoeficacia de los padres para la comunicación sexual y las creencias sobre el sexo mostraron una fuerte relación ($r=0.80$) con la comunicación de los padres acerca del tema y el sentirse cómodos con la comunicación sexual. Se encontró una correlación moderadamente fuerte entre la comunicación de los adolescentes sobre sexo y la facilidad para llevarla a cabo y la comunicación sexual de los padres ($r=.31$). El género de los adolescentes representó 16% de la variabilidad en el estudio de las variables. Los medios para las creencias sobre la comunicación, la familiaridad, la comunicación sobre sexo y la facilidad de dicha comunicación fueron significativamente altos para los padres con adolescentes mujeres. En el caso de todos los adolescentes, había diferencias significativamente superiores entre los hombres, en comparación con las mujeres, respecto de la autoeficacia para el uso del condón y la abstinencia, creencias favorables hacia el sexo, familiaridad e intenciones de uso de anticonceptivos y condones.

Conclusiones: Éste es el primer modelo de su tipo que toma en cuenta las interacciones entre adolescentes y sus padres y las características relevantes de la población mexicana. El modelo puede ser útil para desarrollar programas de intervención para prevenir el VIH/SIDA en los adolescentes mexicanos, tomando en consideración la comunicación sexual padres-adolescentes y las variables que deben ser específicas de género.

Resumen: 15362

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Taller Su salud sexual 2007

J. López

Agenda LGBT, A.C. Gerente General. Distrito Federal, México.

Temas: El taller se planeó como una intervención directa con hombres que tienen sexo con hombres (HSH), homosexuales masculinos y hombres jóvenes homosexuales de áreas marginales de la ciudad de México y zonas circunvecinas. Las estadísticas oficiales de CENSIDA muestran que la infección por VIH/SIDA es superior en estas áreas. La premisa es que la autoestima es la base para aceptar completamente la orientación sexual, lo que permite relaciones placenteras y protegidas, permite "salir del clóset" y unirse a la batalla en por los derechos humanos. A su vez, ello sirve para eliminar el estigma, la discriminación y la homofobia que impide el acceso a los programas de protección y la inclusión de las personas con VIH en la sociedad.

Descripción: Esta intervención de 10 horas, ofrecida a 50 participantes, se divide en sesiones generales y pequeños grupos. El objetivo es elevar la autoestima a través del intercambio, la reflexión y la información, lo que permite a cada participante desarrollar un plan personal de prevención contra ITS, VIH y SIDA. El programa concluye con un ejercicio de juego que refuerza los avances obtenidos durante el día.

Lecciones aprendidas: La evaluación del taller, usando cuestionarios de entrada y salida, permite identificar el impacto positivo de esta intervención. Los participantes confirman que han obtenido nuevos elementos en lo tocante a la salud sexual que les permitirán desarrollar un plan de prevención personal y sentirse más empoderados para declarar su orientación sexual y reclamar sus derechos. Por otra parte, con una autoestima renovada, los participantes aprenden a diferenciar entre encuentros sexuales de alto y bajo riesgo.

Pasos a seguir: El taller requiere un programa de seguimiento de más largo plazo para cubrir los temas de forma detallada y evaluar el impacto de la información que recibieron los participantes. ¿La información influyó positivamente en el comportamiento sexual? ¿Aumentó y se mantuvo la autoestima? ¿Se estableció un programa de prevención personal? ¿Lograron los participantes declarar públicamente su orientación sexual? ¿Se han tomado medidas eficaces para defender sus derechos humanos?

Resumen: 7194

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

El VIH/SIDA se termina conmigo. Construir estrategias de prevención secundaria con un enfoque de salud sexual en jóvenes homosexuales que viven con VIH/SIDA (JHVVS) en la ciudad de México

R. Olin Gerfman[1], C. García de León[2], J. Arellano[2], D. Hernández[2]

[1]Ave de México, Dirección Ejecutiva, Ciudad de México, México, [2]Ave de México, Ciudad de México, México.

Temas: De todos los casos de SIDA en México, 57% son de hombres que tienen sexo con hombres (HSH); 19.5% de los 7,829 casos en 2006 fueron jóvenes de menos de 25 años. La falta de estrategias de prevención centradas en los JHVVS para combatir el estigma, la discriminación y la homofobia, además del número creciente de prácticas de penetración anal sin condón entre la comunidad gay, han contribuido a hacer a esta población más vulnerable a comportamientos de riesgo con peligro a reinfectarse, padecer ITS y estigmatización.

Descripción: Crear una campaña cuyo objetivo sean los JHVVS. Se realizó una encuesta acerca del comportamiento y las prácticas sexuales en este tipo de individuos, incluyendo el chat gay más visitado. Esto reveló la alta frecuencia de prácticas de penetración anal sin condón y de sexo sin protección. Se conformó un grupo piloto de JHVVS menores de 25 años, se creó una metodología específica, con un enfoque de SSR, estigmatización y discriminación; además, se incluyeron las necesidades y zonas grises identificadas en una evaluación participativa. La prevención positiva es el objetivo del grupo, no como grupo autónomo, sino como grupo de acción y discusión acerca de los temas principales y comunes relacionados con ser joven, homosexual y VIH positivo, combinado con información útil sobre cuestiones sexuales, condones, placer, ITS, drogas, lubricantes, reducción de daños centrada en experiencias sexuales y de vida compartidas por otras personas con VIH que actuaron como ejemplos. Uno de los logros y desafíos más importantes fue provocar el análisis "de comprensión" de los factores y causas de las prácticas de riesgo en los participantes. Con la utilización de información proveniente de discusiones de grupo se creó una campaña que se instrumentó en la clínica más importante de VIH en América Latina.

Lecciones aprendidas: Hablar abiertamente acerca de prácticas sexuales de riesgo contribuye a identificar los factores de estas prácticas y a reducirlas. Los obstáculos sociales (el estigma y la discriminación) impiden a los JHVVS asistir a los grupos de discusión. A pesar de la gran cantidad de información existente acerca del VIH, el SIDA y la homosexualidad, existe todavía una gran cantidad de brechas y mitos entre esta población.

Resumen: 4742

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Comprender los obstáculos para la prevención: prácticas sexuales e identidad entre jóvenes no heterosexuales

I. F. Díaz Oropeza[1], F. Rosas Sánchez[2]

[1]Co Construyendo vidas, AC, Ciudad de México, México, [2]International Consultant, Ciudad de México, México.

Temas: Entre los jóvenes no heterosexuales existen muchos factores psicológicos, culturales y sociales complejos que contribuyen a la transmisión sexual del VIH y las ITS. La búsqueda de una identidad sexual, de una sexualidad no heterosexual prohibida, la falta de percepción de riesgo, el contexto de homofobia, el estigma y la discriminación afectan la capacidad de los jóvenes para mantener un comportamiento sexual más seguro para evitar el VIH y las ITS.
Descripción: Se trata de un estudio cualitativo cuyos objetivos fueron: 1) explorar las prácticas sexuales que favorecen u obstaculizan la prevención del VIH y las ITS entre jóvenes homosexuales y 2) conocer la percepción del VIH y las ITS entre jóvenes homosexuales, jóvenes que tienen sexo con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales y jóvenes que viven con VIH. En este estudio participaron 17 jóvenes hombres no heterosexuales; hubo cinco grupos objetivo y se realizaron cinco entrevistas a profundidad. Se analizó la información cualitativa mediante la utilización del programa computacional Atlas-ti.
Lecciones aprendidas: La información sobre VIH varía entre los participantes, formando un *continuum* que va desde los conocimientos específicos hasta la ignorancia y los prejuicios. Los jóvenes tienen un retrato complejo de percepción sobre el VIH y las identidades sexuales. Esta percepción se relaciona con la historia personal, factores psicológicos y socioculturales, creencias, prácticas y vida sexuales. El factor que favorece la prevención es el contacto con los pares y los que la obstaculizan son: contextos de homofobia y discriminación, los cuales limitan el acceso a la información, los servicios y los derechos.
Pasos a seguir: Se necesita realizar más investigación para comprender los factores que favorecen los comportamientos de prevención en jóvenes homosexuales y cómo se relacionan las identidades con la prevención entre poblaciones de hombres jóvenes. Esto puede tenerse en cuenta en los programas y campañas de prevención.

Resumen: 2805

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Estrategias para prevenir la infección de VIH/SIDA en adolescentes de Latinoamérica

C. Sánchez-Vega[1], Y. Rojas-Aldama[2]

[1]Centro de Asesoría y Atención Integral en Salud Sexual, YAcana A.C., Desarrollo de Proyectos, México, México, [2]Centro de Asesoría y Atención Integral en Salud Sexual, YAcana A.C., Comunicación, México, México.

Temas: Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar el nivel de información que los adolescentes centroamericanos, mexicanos y canadienses tienen acerca del VIH/SIDA, la sexualidad y los derechos sexuales, para identificar elementos clave en el desarrollo de estrategias de prevención entre adolescentes.
Descripción: En esta investigación participaron 56 estudiantes adolescentes de secundaria y preparatoria, hombres y mujeres (de entre 14 y 19 años). Para lograr un estudio fenomenológico cualitativo se crearon siete grupos focales de adolescentes: uno en Honduras, dos en Guatemala, uno en El Salvador, dos en México y un grupo de canadienses en Honduras. Se realizó una clasificación abierta y un análisis de la narrativa de los adolescentes para conocer la experiencia subjetiva de los participantes en lo tocante al fenómeno. Se encontró que en el grupo de canadienses, el nivel de información era muy superior al del resto de los adolescentes; sin embargo, todos compartían las mismas creencias, mitos y tabúes respecto a la sexualidad (por ejemplo, abstinencia hasta el matrimonio).
Lecciones aprendidas: En particular los adolescentes centroamericanos y mexicanos carecen de información básica acerca de cómo se transmite e VIH y las ITS, y desconocen totalmente sus derechos sexuales. La actividad sexual entre estos adolescentes está lejos de compararse con sus creencias. La información que poseen para prevenir la infección del VIH tiene poco efecto, por ejemplo, sobre el uso correcto del condón, ya que su disponibilidad es complicada debido a las normas sociales y culturales.
Pasos a seguir: Estos resultados nos hacen reconsiderar los caminos utilizados para desarrollar estrategias para prevenir la infección de VIH/SIDA en adolescentes y crear modelos de prevención integrales y completos dirigidos a desarrollar capa-

cidades de autoconocimiento, toma de decisiones, planeación (particularmente de sus primeras relaciones sexuales), negociación, uso correcto de condones, así como proporcionar información concreta y científica sobre VIH/SIDA, y sobre sexualidad y género.

Resumen: 15308

D12 - Prevención entre adolescentes y jóvenes

Programa de Atención Integral para la Juventud y la Adolescencia del C.S. Guillermo Román y Carrillo

J. Reyes Sánchez, Samantha Mino García, Diana García Ordoñez

Salud Integral para la Mujer (SIPAM), Jóvenes Salud Sexual y Reproductiva, México, México.

Temas: Los jóvenes que viven en Iztapalapa presentan altos niveles de exclusión económica, empleo precario, deserción escolar, ambiente violento, espacios restringidos de recreación y reunión y altos niveles de migración nacional e internacional. Esta localidad tiene un alto índice de embarazos no deseados, además del índice más alto de casos de VIH entre la población joven de la ciudad de México. Debido al contexto sociocultural, económico, político y geográfico, la juventud de la delegación Iztapalapa posee una gran diversidad de criterios y una amplia gama de problemáticas.

Descripción: El trabajo consistió en la creación del Programa de Atención Integral para la Juventud y la Adolescencia del C. S. Guillermo Román y Carrillo, donde el objetivo era atender a jóvenes de 15 a 29 años de la delegación Iztapalapa. Promover la participación de los jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud pública. Promover entre las comunidades juveniles la creación de ambientes de reunión y acompañamiento saludables (capacitación, respeto y poder), con los cuales se busca la prevención entre la juventud.

Lecciones aprendidas: Los jóvenes necesitan servicios integrales de salud amigables y que tomen en cuenta su realidad social y sus opiniones para elaborar un programa multidisciplinario. Las barreras que existen son la pobreza, el analfabetismo, la salud, el desempleo, la violencia y la inseguridad. Por otra parte, existe una mala distribución de los recursos y una gran burocracia en el sistema de salud.

Pasos a seguir: Hacer que el programa se institucionalice en todos los centros de salud de la delegación Iztapalapa. Generar espacios de discusión y producción para ofrecerlo a los jóvenes y los encargados de la toma de decisiones, así como espacios políticos públicos que tomen en consideración la realidad social de esta población.

Resumen: 9723

D13 - Raza, racismo y etnicidad

Cultura sexual juvenil y prevención del VIH en América Latina

G. Medina[1], R. Child[2]

[1]Universidad Autónoma de la Ciudad de México, D. F., México, [2]UNFPA, Country Support Team México, D. F., México.

Antecedentes: Las estrategias de prevención del VIH en América Latina parecen tener resultados limitados y la enfermedad continúa diseminándose y afectando a la juventud. Consideramos relevante incluir los aspectos socioculturales de las experiencias sexuales en las estrategias que abordan el VIH/SIDA. Los estudios existentes han proporcionado información básica que facilita la comprensión de las culturas sexuales. Dichos estudios han sido poco sistematizados y utilizados en las políticas y estrategias de prevención.

Métodos: Se llevó a cabo la investigación en nueve países de Centroamérica, el Caribe y la región andina, reuniendo y sistematizando los conocimientos producidos en las culturas sexuales de los jóvenes. Aquí se describen y comparan las representaciones sociales y la cultura que tiene influencia en la sexualidad, especialmente la relacionada con la prevención del VIH en Colombia, Perú y Nicaragua: la construcción de masculinidades en jóvenes de sectores urbanos marginales, las prácticas sexuales y sus significados ente mujeres en estas zonas, y las prácticas sexuales y sus significados entre personas pertenecientes a grupos sexuales minoritarios.

Resultados: El "machismo" que determina las masculinidades y comportamientos se expresa de maneras diferentes. En Colombia, la "raza" impone diferencias radicales entre los hombres de la "zona del Pacífico" y los de las "zonas cafetaleras". En Perú se refiere a la paternidad y el prestigio social. La masculinidad en Nicaragua se relaciona con la poligamia, el control de la sexualidad femenina y la aceptación de prácticas homoeróticas. Las mujeres son percibidas como inferiores a los hombres y su sexualidad se dirige más a la reproducción y la maternidad, pero existen marcadas diferencias entre las mujeres que viven en la amazonía y quienes viven en los Andes o las zonas costeras. Otras mujeres consideran que el destino de su sexualidad es biológico y que la violencia es parte de la vida. A pesar de la opresión, los homosexuales se han vuelto más visibles; las prácticas homoeróticas no se limitan sólo a aquéllos considerados "gay".

Conclusiones: La prevención ABC y otras estrategias y políticas similares no han sido suficientes para detener la epidemia del VIH. Los factores socioculturales específicos son centrales para cualquier estrategia de prevención si se quiere lograr un impacto en la epidemia.

Resumen: 15024

D14 - Significados sexuales, identidades y comunidades

Educación y visibilización de personas con discapacidades en la prevención del VIH

S. S. Oliver Juárez

Sexualidad, Genero y Discapacidad y Aspane Nueva Era, A. C., y Área Educativa/Área de Proyecto, Ciudad de México, México.

Temas: Las personas discapacitadas tienen un doble riesgo de infectarse de VIH. No han sido tomadas en consideración ni alcanzadas por los programas de prevención de VIH/SIDA por varias razones. Según la Organización Mundial de la Salud, 10% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, es decir, existen aproximadamente 600 millones de personas discapacitadas (ciegos, sordos, con parálisis cerebral, lesiones de espina dorsal y discapacidad intelectual). La exclusión y discriminación contra ellas se basan en creencias erróneas como considerarlas ángeles, con pocas probabilidades de ser violadas o de ser consumidores de drogas. Además, existen otros factores que los excluyen de los programas de prevención como el estigma, la pobreza, el analfabetismo y la falta de conocimiento de las discapacidades por parte de los prestadores de servicios de salud. No existe información accesible (en Braille o lenguaje de señas). La falta de accesibilidad en las instalaciones es otro obstáculo para los discapacitados.

Descripción: Hemos centrado nuestros esfuerzos en programas de educación sexual y salud reproductiva en personas discapacitadas; sin embargo, recientemente, a través de Aspane, Independent Life y la organización no gubernamental Sexualidad, Género y Discapacidad iniciamos diversas acciones para: 1) concientizar a las familias, maestros y proveedores de salud, centrándonos en las personas discapacitadas como seres sexuales; 2) capacitar a los proveedores de salud y al personal educativo acerca de la sexualidad de personas discapacitadas, y 3) aumentar la autoconciencia de personas con discapacidad acerca de los riesgos del VIH. La metodología utilizada fue a través de conferencias y grupos de autoayuda.

Lecciones aprendidas: El tema del VIH no ha sido abordado con las personas discapacitadas, por lo que existe una enorme necesidad de hacerlo. Los discapacitados que han estado participando en los talleres se muestran entusiasmados.

Pasos a seguir: Obtener financiamiento para realizar investigaciones respecto de las necesidades de los discapacitados infectados con el VIH y desarrollar una mayor prevención.

Resumen: 10103

D15 - Poblaciones no heterosexuales

Prevención contra el VIH/SIDA y la batalla contra el estigma y la homofobia en una ciudad rural de México: el caso del Club Gay Amazonas en Tenosique

R. J. Parrini Roses[1], A. Amuchástegui Herrera[2]

[1]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección Operativa, D. F., México, [2]Universidad Autónoma Metropolitana, Depto. de Educación y Comunicación, D. F., México.

Antecedentes: El Club Gay Amazonas fue creado en 1996 por un grupo de hombres gay, algunos travestis y transgénero, como espacio de socialización, un sitio a partir del cual dialogar con las autoridades e instituciones para enfrentar la epidemia de SIDA que empezó a afectar a las personas de la comunidad a principios de los años noventa. Este club funciona en la ciudad de Tenosique, en el estado de Tabasco, México, la cual tiene 30,000 habitantes, es una ruta para los migrantes y sede de una base militar con 5,000 soldados.

Métodos: Se realizó trabajo de campo durante 18 meses y se utilizaron dos técnicas de investigación: entrevistas a profundidad con 30 informantes de la ciudad, incluyendo miembros del Club, políticos y líderes comunitarios. También se realizó observación participante centrada en las actividades del Club, sus actividades de prevención entre hombres que tienen sexo con hombres, los militares y trabajadores sexuales, y la manera en que enfrentan el estigma y la homofobia.

Resultados: El trabajo de prevención de SIDA realizado por el Club Gay Amazonas ha sido en tres frentes: la circulación de información acerca de la epidemia y los métodos de prevención; ayuda para quienes viven con el VIH o SIDA, y el trabajo comunitario para enfrentar la estigmatización y la discriminación. Estos tres frentes se crearon y adaptaron para un contexto rural en el cual las formas tradicionales de concebir la sexualidad y las identidades sexuales coexisten con otras más modernas.

Conclusiones: El Club ha enfatizado el diálogo con las autoridades políticas y de salud, lo que ha llevado a modificar el trato dado a los ciudadanos gay o bisexuales por parte de las instituciones estatales, ampliando así el trabajo para la prevención del SIDA a los grupos vulnerables de la ciudad.

Resumen: 9146

D15 - Poblaciones no heterosexuales

Centro de recreación para jóvenes gay en Tapachula, Chiapas (La Casa de la Abuela)

I. Rosember

Una mano amiga en la lucha contra el SIDA, A. C., Tapachula, México.

Temas: En la zona Sur de Chiapas, México, no se dispone de sitios de recreación para jóvenes gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. México tiene una epidemia de SIDA concentrada en estos individuos. Debido al rechazo cultural a la homosexualidad en este estado conservador de México, resulta difícil crear espacios que lleven información sobre prevención, condones y otros servicios a los jóvenes gay.

Descripción: Se estableció una casa para crear un espacio de recreación seguro para jóvenes gay. La Casa de la Abuela puede proporcionar servicio a 120 individuos y está equipada con sistemas de audio y video. Tapachula es una población pequeña con un ambiente de mucho estigma y discriminación, por lo que se utilizaron listas de correo electrónico de homosexuales para los servicios de difusión. En las reuniones trimestrales, los participantes reciben información, condones y pueden utilizar los servicios de Internet por una cuota muy baja. Este espacio también contribuye a construir una movilización social y a la creación de redes sociales para la discusión de ITS, prevención del VIH, derechos humanos y otros temas como el amor, la familia, los amigos, la escuela, etc.

Lecciones aprendidas: La información oportuna es crucial para promover la autoayuda y proporcionar herramientas para ayudar a los jóvenes en su proceso de empoderamiento. Este tipo de lugares proporciona espacios de afirmación para compartir experiencias y aumentar el respeto y la integración. La educación de pares es una herramienta fundamental para promover los temas de prevención y autocuidado entre los jóvenes.

Pasos a seguir: Se benefició a 500 jóvenes gay y a 100 heterosexuales. Se creó una red social y se proporcionó asesoría y pruebas médicas, así como servicios de referencia.

Resumen: 10448

D16 - Efectos de la homofobia

Diseño de un programa de educación sexual integral para abordar la intimidación homofóbica

E. Corona-Vargas[1], A. Corona-Vargas[2]

[1]Asociación Mexicana de Educación Sexual, D. F., México, [2]Universidad Pedagógica Nacional, D. F., México.

Temas: La intimidación (*bullying*) se ha vuelto un problema casi universal en las escuelas y el contenido homofóbico es bastante común en ella, independientemente de si lo niños o jóvenes son homosexuales. El abuso puede presentarse de muchas formas: desde poner apodos y enviar mensajes de texto hasta la violencia física. Los adolescentes intimidados experimentan una baja de su autoestima y en ocasiones depresión; es más probable que contemplen dañarse o suicidarse. La educación sexual es una de las herramientas que podría ayudar a reducir la violencia y la homofobia en las escuelas; sin embargo, la orientación sexual frecuentemente es el tema más sensible y es muy normal que sea omitido debido a las presiones de los padres y otros actores o a la falta de capacitación y sensibilidad de los propios maestros. Otra preocupación que no se ha abordado suficientemente en los programas de educación sexual es la violencia de género y especialmente la violencia homofóbica.

Descripción: Se ha desarrollado un programa para abordar estos temas y complementar los contenidos existentes en el programa de las escuelas secundarias mexicanas. Sus objetivos son ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades, clarificar valores y adquirir el conocimiento que necesitan para protegerse de la intimidación y abusos de todo tipo y volverse individuos no abusivos, así como para empoderar a los participantes para adoptar estilos de vida saludables. Esta presentación muestra un programa de educación sexual integral y basado en los derechos, consistente en un taller de 20 horas para los maestros, un taller de seis horas para estudiantes de secundaria para complementar lo que ya se incluyó en el programa de la escuela, y un pequeño folleto para los padres.

Lecciones aprendidas: Este programa es nuevo y no ha sido instrumentado aún; sin embargo, durante su etapa de diseño hemos aprendido que la homofobia es un tema muy difícil de abordar y que requiere la toma de conciencia de toda la comunidad educativa, padres, maestros y estudiantes.

Pasos a seguir: Instrumentar el programa en escuelas seleccionadas y hacer una evaluación cuidadosa para saber cómo tener un impacto en la intimidación homofóbica y de qué manera hacerlo.

Resumen: 238

D16 - Efectos de la homofobia

Relación de la orientación sexual con la autocalificación de la salud y el uso de cigarrillos y alcohol en adolescentes y jóvenes en México

L. Ortiz-Hernández y B. L. Gómez-Tello

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Atención a la Salud, D. F., México

Antecedentes: Se han obtenido pruebas de desigualdades de salud relacionadas con la orientación sexual en los países industrializados. Sin embargo, la situación de lesbianas, hombres gay y bisexuales (LGB en inglés) en países de ingresos medios y bajos podría ser peor. El objetivo de este estudio fue analizar la relación de la orientación sexual con la autocalificación de la salud y el uso de cigarrillos y alcohol en adolescentes y jóvenes en México. Además, exploramos si esta relación estaba mediada por la discriminación y la violencia.

Métodos: Se analizó la base de datos de la Encuesta Nacional de la Juventud (N=12,769) que contiene información de una muestra representativa de adolescentes y jóvenes mexicanos de entre de 12 y 29 años. Se evaluaron tres dimensiones de orientación sexual (atracción afectiva, comportamiento sexual e identidad). Los acontecimientos estudiados incluyeron la autocalificación de la salud y el uso de cigarrillos y alcohol.

Resultados: En comparación con los heterosexuales, los LGB reportaron con mayor frecuencia haber experimentado violencia familiar, crímenes y violaciones de sus derechos, así como el consumo de > 5 cigarrillos diarios. Entre los varones, ser gay o bisexual mostraba un riesgo mayor de autocalificar su salud como pobre (tasa de probabilidades = 9.47). En comparación con las mujeres heterosexuales, era más probable que las lesbianas y bisexuales consumieran alcohol (tasa de probabilidades = 3.40). No obstante, las diferencias en autocalificación de la salud y uso de cigarrillos y alcohol según la orientación sexual no se explican por las experiencias de violencia y discriminación.

Conclusiones: Concluimos que las mujeres lesbianas y bisexuales exhibían un a tendencia mayor al uso de cigarrillos y alcohol, aunque ello puede ser resultado de las dificultades que enfrentan debido a la homofobia prevaleciente en México. Sin embargo, también es necesario explorar otras explicaciones posibles, tales como trasgresión de estereotipos de género o percepción de estigmatización.

Resumen: 15378

D16 - Efectos de la homofobia

Campaña Nacional contra la Homofobia en México

J. García

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Departamento de Promoción de la Salud Sexual, D. F., México.

Temas: La prevención del VIH/SIDA y la respuesta frente a la homofobia; reducción de la discriminación por preferencia y orientación sexual; grupos en riesgo de infección por VIH.

Descripción: La primera campaña contra la homofobia en México se lanzó del 25 de abril al 13 de mayo de 2005. Su objetivo era reducir la discriminación homofóbica relacionada con el VIH/SIDA por medio de dos comerciales de radio transmitidos en 18 estaciones en 8 estados de México. La campaña fue diseñada por el Centro Nacional y el Consejo para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA y CONASIDA), el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (CONAPRED), PAHO, ONUSIDA, así como varias ONG. Los comerciales, llamados "cena" y "preguntas", aludían al respeto de las preferencias y orientaciones no heterosexuales dentro de una familia y del contexto de la sociedad en general, respectivamente.

Lecciones aprendidas: Antes de su emisión en 8 estados de la república mexicana, los comerciales generaron gran controversia por parte de varios grupos conservadores, quienes incluso llegaron a pedir la renuncia del Secretario de Salud, doctor Julio Frenk Mora, y aunque la controversia se generó en los medios, su impacto llegó a todo el país. Por otra parte, varios gobiernos estatales, organizaciones nacionales e internacionales, periodistas, medios, líderes de opinión, comisiones de derechos humanos, actores e intelectuales expresaron su apoyo a la campaña. Incluso, el apoyo a la campaña y la recomendación de continuarla fue materia de un punto de acuerdo en la Cámara de Diputados. A la luz de dicha controversia, los medios comenzaron a discutir el tema de la homofobia, posicionando el término y abordando el problema en el plano nacional.

Pasos a seguir: Continuar promoviendo, en diversos medios, las campañas para reducir y eliminar la homofobia, pues representa un obstáculo para la prevención y el cuidado efectivo del VIH/SIDA, especialmente en las personas que están en mayor riesgo de infectarse.

Resumen: 8493

D16 - Efectos de la homofobia

Movilizaciones comunitarias como herramienta clave para reducir la estigmatización y la discriminación relacionada con el VIH y la orientación sexual

F. Negrete Vázquez, M. A. Rodríguez Hernández

León Gay, León, México.

Temas: León Guanajuato se caracteriza por un conservadurismo extremo y una homofobia prevaleciente, fobia al sexo y estigmatización del VIH. Esto se ve agravado por la falta de visibilidad de quienes ejercen una sexualidad diferente, porque se esconde a quienes viven con el VIH y por la discriminación de los encargados de proporcionar servicios de salud. La movilización comunitaria dirigida por los grupos en pro de la diversidad en Guanajuato estableció el reconocimiento de los derechos humanos y la salud sexual de los grupos vulnerables, subrayando la importancia de que las instalaciones gubernamentales tengan contacto con poblaciones clave y con la comunidad para crear una mayor conciencia de estos derechos.

Descripción: Se contactó a casi 20 mil individuos a través de *chat rooms* en Internet y comunidades virtuales a nivel nacional, haciendo el llamado a más de 1,500 personas para que asistieran al primer desfile gay en el estado de Guanajuato. Así, se sentó un precedente de movilización comunitaria y visibilidad que contribuyó a reducir el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH y la orientación sexual, incluyendo una posición frente a los medios masivos de Guanajuato y logrando despertar el interés de las autoridades locales y nacionales.

Lecciones aprendidas: La movilización comunitaria contribuye a la visibilidad de los grupos vulnerables y empodera a sus miembros, permitiéndoles influir en la creación de políticas públicas para combatir el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH y la orientación sexual, y promoviendo una mayor conciencia del ejercicio de los derechos sexuales.

Pasos a seguir: Planear, organizar y llevar a cabo el Segundo Desfile de la Diversidad en noviembre de 2008, estableciendo relaciones con otros grupos.

Resumen: 1563

D16 - Efectos de la homofobia

Acción Hombres Migrantes (AHM)

J. L. Vázquez Macías

Vivir, Participación, Incidencia y Transparencia A. C. Coordinador Regional Zona Norte, México.

Temas: En 2006, la Casa del Migrante en Ciudad Juárez reunió información respecto de que 86 mil hombres habían sido deportados en la frontera ciudad Juárez-El Paso y los datos muestran que en 2007 estos números aumentaron. La deportación entre adolescentes (13-19 años), jóvenes (20-25 años) y adultos jóvenes (26-35 años) es frecuente, y las estadísticas indican que en 2008 algunos deportados permanecerán en Ciudad Juárez debido a que no cuentan con recursos para regresar a sus hogares y familias.

Descripción: En este proyecto, los deportados de Ciudad Juárez recibirán un programa educativo de los CDC (cara a cara y hombres con hombres) y de CENSIDA (Manual de prevención del VIH y SIDA en migrantes mexicanos en Estados Unidos). Este programa será presentado por promotores capacitados en el VIH con experiencia de campo, e incluye programas de prevención del VIH y SIDA con experiencia reconocida.

Lecciones aprendidas. El objetivo de este proyecto será trabajar con 1) hombres adolescentes y jóvenes deportados albergados en el DIF y ONG de atención a migrantes; 2) hombres adolescentes deportados sin albergue: los mayores de 17 años se encuentran en situación de riesgo, ya que no son albergados por una ONG y viven en las calles; 3) hombres recientemente deportados; 4) hombres adultos deportados en ONG de atención al migrante; 5) hombres deportados albergados en ONG y que son adictos a las drogas, y 6) hombres adultos deportados sin albergue. Estos hombres generalmente se vuelven a reunir en zonas en las que existen trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectadas, metanfetaminas y alcohol, y al vivir en estas condiciones participarán en actividades de riesgo que aumentan la diseminación de la infección por VIH.

Pasos a seguir: Continuar con la participación social y política de comunidades y personas vulnerables, abogando por los derechos humanos y promoviéndolos. Crear e instrumentar políticas públicas de salud, educación de calidad, prevención, consultas sobre tratamiento, atención y apoyo para luchar contra la estigmatización, la discriminación y la exclusión social.

Resumen: 1622

D17 - Jóvenes y sexualidad

Edad de la primera relación sexual, ¿cuándo ocurre realmente?

M. Fontes[1], P. Roach[2]

[1]Johns Hopkins University, Internacional Health, Baltimore, Estados Unidos, [2]SSL-International, Durex Network, Londres, Inglaterra.

Antecedentes: El objetivo de este estudio es promover un modelo menos distorsionado para comprobar la edad de la primera relación sexual. Ello podría potencialmente llegar al empoderamiento de la educación sexual y las políticas de prevención del VIH/SIDA en varios países. La evidencia sugiere que los cálculos de esta edad han sido subestimados por no prestar atención a los vírgenes y por la censura (Zaba et al.).

Métodos: Este análisis se basa en las respuestas de 26 países a la Encuesta Global de Bienestar Sexual Durex (DSWGS en inglés). La encuesta se realizó en un periodo de 7 semanas de agosto a septiembre de 2006 (mínimo n=1,000, margen de error de aproximadamente 3%, basado en un CI de 95%). De los 26,032 entrevistados, 12,966 (49.8%) eran mujeres. El tiempo promedio y mediano de sobrevivencia se calculó como el área bajo la función de sobrevivencia Kaplan-Meier y los horarios. Una prueba basada en la regresión de Cox comprobó la igualdad de las curvas de sobrevivencia por género, ingreso, edad, educación y tipos de área.

Resultados: El cálculo tradicional del promedio y la media matemática para los individuos sexualmente activos subestimó la edad de la primera relación sexual por al menos 12 meses. Al permitir la censura e incluir a vírgenes, la edad promedio de este primer intercambio sexual cambia de 19.1 (basado en la media matemática) a 20.2 años para todos los países. Con base en las comprobaciones de igualdad, las diferencias de edad de la primera relación sexual se encontraron por área de residencia, ingresos y educación. Los encuestados rurales de bajos ingresos y poca educación tienen significativamente más probabilidades de experimentar este tipo de relación a menores edades.

Conclusiones: Al utilizar curvas de sobrevivencia para estimar la edad de la primera relación sexual se mejora la validez de los resultados al incluir a vírgenes y la censura. Las principales implicaciones de política para estos resultados son a) mejorar los mecanismos de evaluación respecto del momento en que los menores y adolescentes están perdiendo su virginidad, y b) determinar cuándo los niños y adolescentes deben ser expuestos a una educación sexual formal y de prevención del VIH/SIDA en las escuelas, comunidades y familias, basada en modelos estadísticos avanzados para la identificación de la edad de la primera relación sexual.

Resumen: 2007

D17 - Jóvenes y sexualidad

Uso de Windows y Live Messenger para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) acerca del VIH/SIDA y las ITS entre jóvenes lesbianas en América Latina

L. Guerrero-Lillo[1], J. Medrano-Díaz[1], F. Pérez[1], A. Bizajak-Gómez[1], G. Provenza[2], P. Vivas[3], M. Arria[4], P. Rifakis[5], J. Silva-Urra[1], A. Rodríguez-Morales[6]

[1]Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile, [2]Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, [3]Hospital Reg. Esp. N 1 Lic I. Garcia Tellez, IMSS, Mérida, México, [4]Venezuelan Institute for Scientific Research, Caracas, Venezuela, [5]Hospital Pérez de León, Caracas, Venezuela, [6]Universidad de Los Andes, Experimental Institute JWT, Trujillo, Venezuela.

Temas: América Latina ha experimentado un enorme aumento en el uso de Internet, y los servicios en línea de citas se utilizan para buscar compañeros románticos/sexuales, por lo que se espera que utilizar un sistema de *chat* seleccionado podríamos evaluar la información acerca del VIH/SIDA y las ITS en una población de jóvenes lesbianas en esta región.

Descripción: Utilizando un enfoque cualitativo, 870 jóvenes lesbianas que utilizan servicios en línea para encontrar compañeras participaron en entrevistas a profundidad a través de Windows Live Messenger para evaluar sus CAP sobre el VIH e ITS. Adaptamos, modificamos y validamos los inventarios de la encuesta estandarizada de la OMS que evalúan los conocimientos, actitudes, creencia y prácticas relacionadas con el SIDA de las adolescentes, anteriormente utilizados por nosotros (ITS 2007; 85:592-3).

Lecciones aprendidas: La edad media de las participantes era de 19.7±3.5 años. El origen era: Chile, 34.5%; México, 28.7%; Perú, 11.5%; Argentina, 8%, entre otros. Alrededor de 92% era o había sido sexualmente activa en algún momento (38% sólo una vez). Aunque se iniciaron como lesbianas, 79.3% había tenido al menos una relación sexual con un hombre. De éstas, 76.8% no utilizó condón en dicha relación. Más de la mitad de aquéllas sexualmente activas (80%) describió haber tenido una ITS. Del total, en cuanto a la prueba de VIH, sólo 27.6% se había practicado la VIH-ELISA una sola vez, pero 62.1% afirmó que estaban dispuestas a hacerlo. Sin embargo, 83.9% consideró importante prevenir la infección del VIH/SIDA.

Pasos a seguir: Recomendamos que los grupos de financiamiento y planeación estén concientes de que el ambiente de Internet está en constante cambio y que los acuerdos financieros y de planeación necesitan tener la capacidad de ser flexibles; los programas deben estar en contacto con las comunidades lesbianas, gay y bisexuales, por lo que se recomienda mucho un

componente de educación de pares; se debe tener una consideración cuidadosa en cuanto a la recolección de datos, para que se respete el ambiente y a los individuos; se necesita realizar más investigación para entender los estilos y enfoques de diversas interacciones en línea y la influencia relativa de las plataformas técnicas, el género y la edad.

Resumen: 14469

D17 - Jóvenes y sexualidad

Vulnerabilidad de la juventud al VIH/SIDA. Un análisis comparativo entre Belice y México

D. R. Dunning

University of California, Berkeley, Sociology. San Francisco, Estados Unidos.

Temas: La tasa de prevalencia del VIH en México es de 0.3%, y la de Belice de 2.5%. A pesar de la marcada diferencia en dichas tasas, estos dos países vecinos tienen epidemias de VIH que afectan de manera desproporcionada a los jóvenes de entre 15 y 24 años. Este estudio analiza los factores socioeconómicos e institucionales que contribuyen a las enormes brechas existentes en las tasas nacionales de prevalencia de VIH y a incrementar la vulnerabilidad entre los jóvenes de ambos países.

Descripción: Este estudio explora las respuestas institucionales y de política a la sexualidad de los jóvenes, además de los conocimientos, actitudes y comportamientos de esta población relativos al género, la sexualidad, el uso del condón y el VIH/SIDA. Los investigadores entrevistaron a creadores de políticas, educadores, funcionarios de salud pública y administradores que trabajan en la prevención del VIH, y realizaron una encuesta de 95 preguntas a 1,100 estudiantes de entre 18 y 29 años en preparatorias públicas de Chetumal, México y Belice. 40 hombres y mujeres jóvenes seleccionados al azar participaron posteriormente en entrevistas a profundidad para explorar diferencias de género entre las respuestas de los participantes del estudio.

Lecciones aprendidas: Los resultados iniciales indican que el uso de condón y el conocimiento del VIH son más altos entre los adultos jóvenes de Chetumal que en Belice, en parte porque los jóvenes mexicanos reciben más educación sexual escolar y sobre el VIH que sus contrapartes en Belice. Las normas religiosas conservadores en torno a la sexualidad y la estigmatización de la homosexualidad aumentan el riesgo de los jóvenes de Belice a la infección por VIH.

Pasos a seguir: El riesgo de infección por VIH/SIDA entre los jóvenes está relacionado con el acceso a los servicios y la información integral y amigable para la juventud, por el compromiso público e institucional para la prevención y por los tabúes sociales respecto de la sexualidad. Las normas conservadoras sobre la sexualidad contribuyen a reducir los niveles de conocimiento, a una mayor frecuencia de comportamientos de alto riesgo y de VIH entre los habitantes de Belice que en los de México. Estas diferencias institucionales y de política tienen implicaciones significativas respecto de la prevención, tratamiento y manejo del VIH en ambos países.

Resumen: 7421

D17 - Jóvenes y sexualidad

Investigación sobre comportamientos, opiniones y conocimientos entre adolescentes respecto de su primera relación sexual, las ITS y el SIDA en México

A. Monroy[1], L. Velasco[2], J. Montoya[3]

[1]CORA, México, México, [2]CORA, Investigación, México, México, [3]Population Media Center, D. F., México.

Antecedentes: CORA instrumentó estudios en cuatro estados mexicanos con financiamiento de PMC, Community Fund, Interact World Wide, Path, y sus gobiernos, coordinados por el COESPO (2000-2007).

Métodos: Entrevistamos a estudiantes de entre 15 y 19 años sobre temas sexuales, utilizando una muestra al azar. En Puebla entrevistamos a 444 adolescentes, en Hidalgo a 980, en Tlaxcala a 546 y en Michoacán a 1,000.

Resultados: 1. La mitad de los hombres entrevistados eran sexualmente activos, mientras que sólo 30.4% de las mujeres declaró serlo. 2. La edad promedio de los hombres para la iniciación de la actividad sexual fue de 16.2 años; en el caso de las mujeres fue de 16.3 años. 3. Se presentaron diferencia significativas respecto del porqué iniciaron los adolescentes la actividad sexual. En los hombres, las razones más importantes fueron: placer, curiosidad y amor. En las mujeres, el amor, la curiosidad y las presiones de sus compañeros sexuales y amigos. 4. La mitad de los hombres y mujeres entrevistados no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual. 5. De quienes lo utilizaron, 80% utilizó el condón. 6. La razón fundamental de quienes no utilizaron anticonceptivos fue que no tenían planeado tener relaciones sexuales. 7. En lo relacionado con las ITS, 53% no conocía un solo síntoma. 8. De todos, 70% respondió que no les preocupaba infectarse con una ITS en su primera relación sexual. 9. Se les preguntó qué es lo que la mayoría de los adolescentes hace cuando piensa que tienen una ITS: 32% contestó que esperan a que desaparezca. 10. Las respuestas de 40% fueron afirmativas en el sentido de que el virus del SIDA podía infectar a alguien si SÓLO tienen

relaciones con prostitutas, homosexuales o drogadictos. 11. 46% respondió afirmativamente que tener el virus del SIDA es lo mismo que tener SIDA. 13. 42% respondió que no podrían tener un amigo con SIDA.

Conclusiones: En los últimos siete años no ha habido cambios en la opinión, conocimientos y comportamientos en el plano estatal entre los adolescentes.

Resumen: 7422

D17 - Jóvenes y sexualidad

Vidas cambiantes en México a través de la radio

A. Monroy[1], L. Velasco[1], J. Montoya[2]

[1]CORA, México, México, [2]Population Media Center, México, México.

Antecedentes: En México, el Centro de Orientación para los Adolescentes (CORA) produjo un programa de radio para la juventud llamado "Válvula de escape. Un espacio sin censura. Sexo, netas y preguntas". El programa fue transmitido de mayo a septiembre de 2007 en Toluca, Estado de México. Dos capítulos fueron dedicados a cada uno de los ocho temas de salud sexual distintos: estereotipos y machismo, primera relación sexual, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, anticoncepción, abuso sexual y homosexualidad.

Métodos: Se realizó una evaluación del programa, consistente en entrevistas individuales a 291 estudiantes de entre 15 y 19 años al término de la transmisión.

Resultados: 70% de los entrevistados mencionaron espontáneamente "Válvula de escape" cuando se les pidió recordar programas acerca de temas de sexualidad para la juventud. 6% dijo haber escuchado el programa (recuerdo asistido). Así, el conocimiento total del programa fue de 76%. Otros programas recibieron menos de 5% de menciones. Significativamente, más escuchas (93%) que no escuchas (72%) indicaron correctamente que una persona no puede decir cuándo otra persona está infectada con VIH. Los radioescuchas tenían significativamente más probabilidades que los no escuchas de mencionar como posibles modos de transmisión del VIH el sexo sin condón (76% contra 56%), transfusiones sanguíneas (41% contra 16%), y jeringas compartidas (34% contra 19%). El "sexo sin condón" fue la forma de transmisión más mencionada por los radioescuchas.

Conclusiones: Después de realizar controles por género, edad, ingresos y nivel escolar, los escuchas tenían casi tres y media veces (3.49) más probabilidad que los no escuchas de mencionar que la infección del VIH puede ocurrir al tener relaciones sexuales sin condón. De la misma manera, era tres veces (3.06) más probable que mencionaran que puede prevenirse la transmisión de una ITS/VIH practicando la abstinencia. La exposición al programa fue el único predictor significativo de esta estrategia de reducción de riesgo.

Resumen: 7236

D17 - Jóvenes y sexualidad

Conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales desde una perspectiva de género en estudiantes de educación superior que viven en Aguascalientes

V. Valencia García[1], R. Arias Ulloa[2]

[1]CECADEC, A.C., Aguascalientes, México, [2]Universidad Autónoma de Aguascalientes, Salud Pública, Aguascalientes, México.

Temas: En 2007 se llevó a cabo un diagnóstico con perspectiva de género para que las autoridades educativas pudieran tomar decisiones informadas sobre temas de educación sexual y prevención del VIH para estudiantes de educación superior que viven en Aguascalientes, con el objeto de identificar sus conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de la sexualidad.

Descripción: Se realizó un estudio transversal tipo encuesta con observación descriptiva mediante una muestra de probabilidad. Se estimó un tamaño de muestra considerando 95% de nivel mínimo de confianza y 5% de máximo de error con un promedio de 15% de no respuesta. De los 1,560 estudiantes encuestados, 53% son hombres y 47% mujeres con un promedio de 20.59 años. De ellos, 49.2% afirmó tener relaciones sexuales: los hombres empezaron a tenerlas a los 17 años, mientras que las mujeres a los 18; 70.1% usó condón en su primera relación. A pesar de ello, tanto hombres como mujeres carecen de información acerca de métodos anticonceptivos y su frecuencia de uso es baja (9.4%) excepto por los condones, con un uso declarado de 83%. 60.2% informó haber tenido relaciones sexuales junto con alcohol y drogas; el doble de hombres los consume en comparación con las mujeres. La mayoría mostró una amplia falta de conocimientos acerca de anticonceptivos, ITS y VIH.

Lecciones aprendidas: La moral conservadora que prevalece en la sociedad no impide la práctica sexual entre los jóvenes de Aguascalientes. Por el contrario, los pone en riesgo debido a que no cuentan con programas y servicios de apoyo para tomar decisiones informadas.

Pasos a seguir: Los hallazgos deben utilizarse para actividades de cabildeo, destacando la importancia de instrumentar programas y servicios educativos centrados en la sexualidad humana, la salud, los derechos sexuales y reproductivos para los jóvenes de Aguascalientes.

Resumen: 1640

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Los mecanismos de predicción de la confianza de los individuos acerca de cómo evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS

M. Fontes[1], P. Roach[2]

[1]Johns Hopkins University, International Health, Baltimore, Estados Unidos, [2]SSL-International, Durex Network, Londres, Inglaterra.

Antecedentes: En la bibliografía existente, la confianza de los individuos acerca de cómo evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS es un factor importante para asegurar que se tomen las precauciones necesarias contra la infección durante el coito. El objetivo de este estudio es investigar varias hipótesis sobre qué factores influyen en dicha confianza.

Métodos: Este estudio se basa en respuestas a la Encuesta Global sobre Bienestar Sexual Durex 2007 (DSWGS, en inglés), llevada a cabo entre julio y agosto de 2006 en 26 países en todas las regiones del mundo. La muestra de cada país se basó en un margen de error de 3% (n=1 000). De las 26,032 respuestas, 12,966 (49.8%) eran mujeres. Al combinar los resultados de un acuerdo Linker de siete puntos en cuanto a la confianza que se tiene para saber cómo protegerse del contagio con VIH/SIDA/ITS, se generó una escala de confianza para evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS que va de 0 a 60 puntos.

Resultados: Una prueba de alpha Cronbach indicó que el coeficiente de confiabilidad de la escala de confianza para evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS alcanzó 0.85. El género, el área de residencia y una educación sexual formal no se asocian con dicha escala (p- valor>0.05). La edad es predictor importante. Cuando el individuo cumple un año más, él o ella adquieren mayor confianza acerca de cómo evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS, llegando a la meseta a los 40 años. Tener mayores ingresos y más educación también se relacionan con una mayor confianza. Finalmente, aunque la fuente de educación sexual más frecuentemente citada son los amigos/pares (50%), tuvo un impacto limitado en niveles más altos de confianza acerca de cómo evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS

Conclusiones: a) Los programas de prevención deben continuar dirigiéndose a poblaciones de bajos ingresos y bajo nivel educativo, y b) la alta exposición a fuentes específicas de educación sexual (como los amigos) no lleva necesariamente a niveles más altos de confianza acerca de cómo evitar el contagio con VIH/SIDA/ITS.

Resumen: 14889

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Encuesta entre estudiantes de preparatorias públicas de la ciudad de México para evaluar factores de riesgo de contagio de VIH/SIDA

M. Santamaría Hernández

Católicas por el Derecho a Decidir, Ciudad de México, México.

Temas: Aunque los estudios gubernamentales muestran que las tasas de VIH entre los jóvenes mexicanos están aumentando, existe poca información acerca de los factores sociales, culturales y religiosos que hacen que la juventud sea vulnerable al VIH.

Descripción: Como parte de su trabajo de prevención del VIH, la ONG mexicana Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), con ayuda de investigación demográfica de la empresa INSAD, llevó a cabo una encuesta entre estudiantes de preparatorias públicas para evaluar los factores que influyen sus prácticas sexuales y sus actitudes hacia el uso de condones. La encuesta consistió de un cuestionario autoadministrado a 6,041 estudiantes en las capitales de 16 estados entre noviembre de 2005 y marzo de 2006. De los encuestados, 47% eran hombres y 53% mujeres, y 86% tenía entre 15 y 17 años de edad.

Lecciones aprendidas: Esta encuesta muestra que los jóvenes mexicanos tienen una mezcla de puntos de vista tradicionales y liberales en lo relativo a la sexualidad y el VIH/SIDA: 92.9% de los encuestado aprueban el uso de anticonceptivos; 64% piensa que no es una falta de respeto a la religión tener relaciones sexuales antes del matrimonio; 65% siente que no ha recibido suficiente educación sexual para practicar sexo más seguro. Sin embargo, 24.6% se ha sentido avergonzado al comprar condones en una farmacia, y sólo 52.2% siempre usa condón al tener relaciones sexuales, tasa que es aún más baja entre católicos practicantes (43.8%). 37.7% piensa que sus padres no desearían que tuviera amigos infectados de SIDA. Estos resultados sugieren que la prevención del VIH debe implicar más que la provisión de información acerca del uso correcto del condón. También se deben abordar los temores que impiden a los jóvenes adquirir condones, las razones por las que no los usan de manera consistente y la estigmatización contra personas que viven con el VIH.

Pasos a seguir: La encuesta está ayudando a CDD a llevar a cabo trabajo de prevención no sólo proporcionando información acerca de sexo más seguro sino también para ayudar a los jóvenes a cuestionar actitudes o prejuicios que los ponen en riesgo de transmisión del VIH.

Resumen: 9019

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Trabajar contra la otra epidemia: "la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH/SIDA"

L. F. Zamudio Burgos, Omar Reyes, Guadalupe Riva y Salvador Aguilar

Centro de Orientación e Información de VIH/SIDA, Coordinación General, Querétaro, México.

Antecedentes: El problema de la epidemia relacionada con el VIH/SIDA, así como la estigmatización y discriminación hacia personas que viven con VIH o SIDA en los centros de salud se refleja en una calidad de vida más pobre para los individuos infectados. Debido a ello, la ONG Colectivo Sol, junto con otras organizaciones del centro de México, tales como Autonomía en Movimiento, participaron en una evaluación comunitaria para desarrollar estrategias que combatan la estigmatización y discriminación relacionada con el VIH/SIDA en esta región.

Métodos: Con base en los resultados de la evaluación, las necesidades de los individuos infectados con el VIH se clasificaron por severidad y se diseñó un proyecto para abordarlas. El proyecto se basó en talleres cuyo objetivo era empoderar a las personas que viven con VIH (PVVS), a través de información acerca de servicios de salud y avance del VIH, para mejorar su calidad de vida. Algunos de los temas tratados fueron: el avance natural del VIH, carga viral, CD4, transmisión, derechos humanos de las PVVS, y salud sexual y reproductiva de esta población, entre otros. La participación en los talleres alentó a algunas PVVS a iniciar su propia organización comunitaria que se centrará en trabajo con pares llamada Centro de Orientación e Información de VIH/SIDA.

Resultados: Después de las sesiones del taller, cinco PVVS fundaron la nueva organización comunitaria. Sus miembros fundadores son también parte de otras poblaciones vulnerables. También son visibles en su ciudad, Querétaro, como líderes de la lucha contra el SIDA.

Conclusiones: El trabajo realizado por las PVVS debe ser apoyado en el largo plazo, dado que muchos proyectos de organizaciones comunitarias se centran en la prevención para personas que no tienen SIDA. Existen sólo unos cuantos proyectos que se centran en la prevención para seropositivos y para mejorar su calidad de vida. Al mismo tiempo, las PVVS deben participar en la lucha por sus derechos humanos y unirse en la lucha contra el estigma y la discriminación que sufren actualmente.

Resumen: 4700

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Frecuencia y errores usuales en el uso del condón: ni prevención consistente ni correcta contra el VIH y otras ITS en Puerto Vallarta, México

P. Medina[1], R. M. Gutiérrez Ruiz[2], G. A. Rodríguez[3], R. Covarrubias Romero[2], J. A. López Solorio[2], G. Quiroz Hernández[2], R. L. Rodríguez Carranza[2], H. Kim[3], S. Sayana[3], E. Fajardo[3], Y. A. Vargas-Infante[4]

[1]Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Costa, Estudios Socioeconómicos, Puerto Vallarta, México, [2] Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Costa, Psicología, Puerto Vallarta, México, [3]University of California, Los Angeles, Internal Medicine, Los Angeles, Estados Unidos, [4]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Epidemiología Clínica, Ciudad de México, México.

Antecedentes: En México, la transmisión del VIH ocurre principalmente por contacto sexual entre HSH. Nuestro propósito fue describir la frecuencia de uso de condones, los errores cometidos en su uso y, simultáneamente, la percepción de riesgo de infección de VIH y ITS en la población tanto de alto como de bajo riesgo.

Métodos: De octubre de 2006 a septiembre de 2007, la universidad y la clínica de VIH/ITS de Puerto Vallarta ha venido evaluando el comportamiento sexual y la prevención del VIH/SIDA en dos grupos: 1) personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) para evaluar y promover la profilaxis secundaria a través de entrevistas seriadas, y 2) la población general, para la cual se diseñó y aplicó una encuesta con la idea de reunir datos demográficos, historia sexual, frecuencia y técnica de uso de condón, suposición de riesgo y conocimientos de ITS en dicha población. Los análisis incluyeron estadísticas descriptivas, chi cuadrada y prueba Mann-Whitney U.

Resultados: 725 individuos respondieron la encuesta y se dio seguimiento a 181 PVVS. Al comparar a la población general con las PVVS, sus características fueron las siguientes: hombres, 292 (49%) vs. 146 (81%), P<0.0001; edad promedio 20 vs. 34, P< 0.0001; solteros 606 (83.5%) vs. 108 (60%), P<0.0001; sexualmente activo, 410 (56%) vs. 181 (100%), P<0.0001; edad de inicio de las relaciones sexuales, 17 vs. 15, P<0.0001; homosexuales, 21 (3%) vs. 45 (25%) y bisexuales, 13 (18% vs. 53 (29%), P<0.0001; promedio de compañeros sexuales 2 vs. 25, P<0.0001. El uso de condón reportado fue de 355 (86%) vs. 109 (61%)m P<0.0001; pero la aceptación del uso de condón fue de 55% vs. 30%, P<0.000. En la encuesta, 562 (77.5%) de los pacientes tuvieron al menos 1 error en el uso de condón; los principales problemas fueron: ruptura del condón y pérdida del mismo durante la relación n=448 (80%); uso

de espermicidas n=438 (78%) o lubricantes de aceite n=373 (66%). 81 (11) han tenido alguna ITS, 276 (37%) se habían realizado una prueba de ITS y 261 (36%) de VIH. En general, la suposición de estar infectados con VIH/ITS fue de 10%; 24 (13%) de las PVVS eran usuarias de drogas inyectadas y 70 (39%) reconocieron haber tenido un contacto sexual con infectados con VIH. Después de su seguimiento, 95% de las PVVS activas sexualmente confirmaron el uso del condón en 87% de sus relaciones sexuales.

Conclusiones: En este estudio, el uso del condón fue inicialmente poco satisfactorio tanto entre la población general como entre los grupos de PVVS. En México deben promoverse programas de educación sexual sin distinción para reducir la transmisión de VIH/ITS.

Resumen: 3218

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Testimonios de ocho parejas gay de la ciudad de México

D. S. González

Agenda LGBT, Director de Proyectos, Ciudad de México, México.

Temas: Esta conferencia está diseñada para compartir la experiencia única de una organización civil llamada Agenda LGBT en la ciudad de México de crear una intervención no tradicional con el propósito de reducir los comportamientos sexualmente riesgosos en la población gay y, por extensión, reducir la incidencia de infección por VIH en México. La presentación describe la planeación, publicación y evaluación del libro Retratos y testimonios de parejas homosexuales, experiencias de vida de ocho parejas de homosexuales. El autor y presentador, David González, comparte con los participantes por qué decidió publicar el libro, los desafíos enfrentados para encontrar a las parejas gay descritas, el proceso de publicación, así como la respuesta notablemente positiva que ha recibido el libro entre la juventud y en la comunidad gay de la ciudad de México.

Descripción: La Agenda LGBT ha observado desde hace tiempo el fenómeno mundial que indica que la mera repetición de los mensajes de sexo seguro e incluso las advertencias ya no están funcionando para reducir el comportamiento sexual riesgoso, ni tampoco la incidencia de infección de VIH en la ciudad de México. Como resultado, el autor decidió utilizar un enfoque más psicoafectivo, con la intención de inspirar a los homosexuales a buscar la satisfacción, el apoyo, el placer y la salud sexual característicos de las relaciones saludables. Los mensajes del libro personalizan estos beneficios de las relaciones y las presentan como alternativa positiva al comportamiento sexual riesgoso. La visibilidad de las parejas homosexuales tiene como objetivo combatir el estigma y la discriminación, y goza de un reconocimiento y respeto crecientes.

Lecciones aprendidas: Las relaciones cambian con el tiempo y cada integrante de la pareja cambia individualmente, y cuando tienen una comunicación más abierta, un diálogo honesto acerca de la libertad, el sexo y la tolerancia, se protegen y están más conscientes de la prevención contra el SIDA.

Pasos a seguir: El autor proporcionará un panorama del libro, así como la manera en que otras organizaciones pueden utilizar metodologías similares para disminuir la infección por VIH.

Resumen: 9832

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Instrumentación de un programa de prevención de VIH para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en ambientes culturalmente conservadores de México

D. A . Ruvalcaba Herrera[1], A. J. Díaz Camarena[2], F. Armas Alvarado[1], E. Muñoz Carrillo[1], E. Álvarez Hernández[1]

[1]Enlaces de la Diversidad, A. C., Teocaltiche, México, [2]Grupo Diversidad Sexual, A. C., Guadalajara, México.

Temas: En la región de los Altos de Jalisco, México, es difícil, y en ocasiones peligroso, instrumentar programas de prevención del VIH para HSH, debido al conservadurismo de las normas sociales y religiosas que son parte de la vida diaria de las comunidades. Este conservadurismo es promovido por algunas organizaciones sociopolíticas influyentes. Tal situación ha generado una cultura de violencia homofóbica que hace que la población de HSH se vuelva invisible y carezca de representación en el sistema legislativo, también complica mucho la instrumentación de un programa de prevención del VIH en esta población y este escenario.

Descripción: El trabajo de prevención contra el VIH que realiza Enlaces de la Diversidad entre HSH se basa en una estrategia de empoderamiento y cambio de comportamiento frente a la infección, en función de la construcción de redes sociales. El proyecto piloto se realizó en Teocaltiche, donde se ofreció un taller grupal. Cuando terminó éste, notamos que junto con la información, estas personas habían desarrollado lazos fuertes en el grupo, los cuales les ayudaron a enfrentar el temor a la homofobia y se volvieron más visibles en sus comunidades. Además, han reducido sus prácticas de riesgo para contraer el VIH, como buscar compañeros para practicar sexo anónimo en bares y centros nocturnos, donde bajo la

influencia del alcohol o las drogas era más probable tener sexo sin protección.

Lecciones aprendidas: El cambio de actitud en el nivel comunitario hacia la homosexualidad es lento y paulatino, pero gracias a que los HSH que asistieron al taller se sienten más empoderados, están promoviendo sus derechos sexuales y están reclutando a otros HSH para que formen parte del proyecto.

Pasos a seguir: Al crecer el proyecto, esperamos desarrollar una red de grupos que tengan la capacidad de cabildear a los políticos para que el gobierno asigne programas y recursos para llevar a cabo actividades de prevención del VIH para HSH.

Resumen: 9253

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Activismo hacia el respecto y la respuesta a las necesidades de los HSH en un ambiente conservador en México

D. Videgaray Arias[1], A. González Cabrera[2], E. Ramírez Balderas[3], J. S. Ramírez Urbina[4]

[1]Colectivo Seres, A. C., Psicología, Guanajuato, México, [2]Colectivo Seres, A. C., Dirección ejecutiva, Guanajuato, México, [3]Colectivo Seres, A. C. Arte y cultura, Guanajuato, México, [4]Colectivo Seres, A. C. Educación, Guanajuato, México.

Temas: Guanajuato es un eje geográfico importante para el conservadurismo en México. La moralidad social e institucional es un obstáculo muy grande para dar visibilidad a aquellos individuos que tienen una orientación sexual diferente. Aunque la epidemia de VIH en México se concentra en hombres que tienen sexo con hombres HSH (83%), a principios de 2007 aún no se identificaba una respuesta comunitaria con un enfoque apropiado hacia esta población. La respuesta gubernamental se caracterizó por la falta de intervenciones específicas centradas en la atención, la prevención, la reducción del estigma y la discriminación o la protección de los derechos sexuales y reproductivos, así como de los derechos humanos.

Descripción: Se organizó un grupo multidisciplinario con 12 jóvenes y se creó el primer Grupo de HSH legal. El equipo base recibió capacitación sobre temas relacionados con el estigma y la discriminación, el VIH, SIDA y las ITS; autoestima, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y actividades de cabildeo. Se estableció un diálogo con autoridades de salud y de derechos humanos, así como con instituciones educativas y otras organizaciones de la sociedad civil. Se logró que las necesidades de esta población se volvieran visibles, además de lograr apoyo institucional para obtener materiales educativos e insumos para la prevención. Las actividades centradas en los HSH fueron: crear equipos de información, distribuir insumos de prevención y realizar talleres de prevención, entre otros. Se obtuvo un sitio en la junta local de control y prevención del SIDA.

Lecciones aprendidas: La promoción y participación de poblaciones clave tiene un mayor impacto en la prevención del VIH y en la reducción del estigma y la discriminación. Una comunidad empoderada logra interferencia con las autoridades a cargo de la respuesta contra el VIH.

Pasos a seguir: La comunicación y la oferta de servicios para HSH necesitan fortalecerse al tiempo que las denuncias de esta población se plantean en la junta de SIDA. Los programas y acciones contra la estigmatización y la discriminación son una prioridad.

Resumen: 7182

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Determinantes culturales, institucionales y socioeconómicas de la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH en Belice y México

D. R. Dunning

University of California Berkeley, Sociology, Berkeley, Estados Unidos.

Antecedentes: La tasa de frecuencia de VIH en México es de 0.3% y la de Belice es de 2.5%. A pesar de las diferencia marcadas en estas tasas nacionales, estos países vecinos tienen epidemias de VIH que afectan de manera desproporcionada a los jóvenes de entre 15 y 24 años. Este estudio considera los factores culturales, institucionales y socioeconómicos que contribuyen a las grandes brechas en estas tasas y aquéllos que aumentan la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA entre los jóvenes beliceños y mexicanos.

Métodos: Utilizando un enfoque de varios métodos, este estudio explora los conocimientos, actitudes y comportamientos respecto del género, la sexualidad, el uso de condón y el VIH/SIDA, además de los enfoques institucionales y de los creadores de política hacia la sexualidad de la juventud. Estos investigadores realizaron una encuesta a 1,100 estudiantes entre las edades de 18 y 25 años en preparatorias públicas de Chetumal, México y Belice. Una selección al azar de 20 hombres y 20 mujeres jóvenes participó en entrevistas a profundidad para explorar las diferencias de género entre las respuestas de los participantes en el estudio. También entrevistaron a creadores de políticas, educadores, funcionarios de salud pública y administradores que trabajaban en la prevención del VIH.

Resultados: Los resultados iniciales indican que el uso de condones y el conocimiento del VIH son más altos entre los adultos jóvenes en Chetumal, México que en Belice. La juventud mexicana recibe una mayor educación escolar sobre sexualidad y VIH/SIDA que sus contrapartes beliceños. Además, las normas religiosas conservadoras respecto de la sexualidad y la estigmatización de la homosexualidad aumentan el riesgo de los beliceños para la infección por VIH. El análisis de las entrevistas de los creadores de políticas indica un compromiso mayor para la prevención y tratamiento del VIH en Belice.

Conclusiones: El riesgo de infección de VIH/SIDA de los jóvenes está influido por el acceso a servicios e información integrales y amigables para esta población, por el compromiso institucional y público para la prevención y por tabúes sociales respecto de la sexualidad. Las normas conservadoras hacia la sexualidad contribuyen a disminuir los niveles de conocimiento, a una mayor frecuencia de comportamientos de alto riesgo, y a un aumento de la frecuencia de infección del VIH entre los beliceños que entre los mexicanos. Las grandes diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos de la juventud, las diferencias en los contextos culturales y políticas institucionales diversas tienen implicaciones importantes para la prevención, tratamiento y manejo del VIH en Belice y México.

Resumen: 7042

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Análisis de las percepciones de los actores interesados e influencia sociocultural en la aceptación de programas de reducción de daños en Tijuana, México

M. M. Philbin[1], R. Lozada[2], A. R. Mantsios[1], C. Magis-Rodríquez[3], P. Case[4], C. A. Latkin[5], S. A. Stathdee[1]

[1]University of California at San Diego, School of Medicine, San Diego, California, Estados Unidos, [2]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [3]Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA), Ciudad de México, México, [4]The Fenway Institute, Fenway Community Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, [5]The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Health Behavior and Society, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.

Antecedentes: La región fronteriza entre México y Estados Unidos presenta tasas crecientes de infecciones de transmisión sanguínea entre usuarios de drogas inyectadas (UDI), lo que subraya la necesidad de intervenciones de reducción de daños. Analizamos las percepciones de los programas de intercambio de jeringas (PIJ), máquinas expendedoras de jeringas e instalaciones de inyección más seguras (IIM) entre los actores clave interesados en Tijuana, México.

Métodos: Se realizaron entrevistas cualitativas a profundidad a 40 actores interesados comunitarios (funcionarios de salud, líderes religiosos, clínicas de rehabilitación, policías, farmacéuticos) para explorar temas culturales y sociales. Luego de recibir su consentimiento, las entrevistas se grabaron, se transcribieron y se tradujeron al inglés. Se realizó un análisis de contenido para identificar temas que surgieron como barreras o facilitadores de la reducción de daños (cultura, normas sociales, religión).

Resultados: Las relaciones entre cultura y ambientes de uso de drogas se describieron tanto explícita como implícitamente. Los temas que surgieron incluían: la localización de Tijuana como ciudad fronteriza, los valores familiares y la cultura como mediador del estigma social y empatía hacia los UDI. Se señaló la percepción tanto de un bajo nivel de conciencia como de disposición sociocultural para las intervenciones de reducción de daños. La cultura religiosa surgió como tema, subrayando el importante papel que desempeñan los líderes religiosos en determinar las respuestas comunitarias hacia la reducción de daños y las estrategias de rehabilitación para los UDI. Sólo un actor religioso ofreció apoyo público a los PIJ y dos de ellos ofrecieron apoyo a las IIM. Uno sentía que "es como decirle a un niño que tienes un arma [...] muy riesgoso, peligroso", mientras que al mismo tiempo señalaba "una falta de cultura, preparación e incluso conciencia sobre el tema". Los actores no religiosos plantearon escepticismo ante los programas basados en la fe y su influencia en la aceptación de los programas de prevención por parte de las comunidades.

Conclusiones: La influencia de la cultura en las opiniones de los actores interesados respecto de las intervenciones de reducción de daños se evidenció por las discusiones sobre familia y valores sociales, estigmatización y políticas resultantes. La religión fue descrita como beneficio percibido y factor disuasivo, destacando la necesidad de analizar a mayor profundidad la influencia de la cultura en la aceptación e instrumentación de programas de reducción de daños para drogadictos.

Resumen: 3853

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad frente al VIH y su prevención

Hombres gay, nuestras vidas y el VIH en América Central y el Caribe

E. González-Figueroa[1], J. Medina[2], N. Gutiérez[3]

[1]AIDS Project Los Angeles, Los Ángeles, Estados Unidos, [2]CONGA – KUKULKAN, San Salvador, El Salvador, [3]CONGA, Managua, Nicaragua.

Temas: Aproximadamente 200 mil personas viven en América Central con VIH (Banco Mundial, 2006). Las tasas de prevalencia alcanzan cerca de 17% en algunos países y la principal forma de transmisión del VIH es entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A pesar de la urgencia, los esfuerzos de prevención son desproporcionadamente inaccesibles para hombres gay y HSH en América Central. El flujo de migrantes de América Central hacia México y Estados Unidos crea oportunidades para tender puentes entre los esfuerzos existentes de prevención del VIH/SIDA, maximizando los recursos y creando oportunidades.

Descripción: Describimos los procesos y hallazgos de un esfuerzo reciente de colaboración como el descrito, entre APLA y organizaciones participantes de CONGA cuyo resultado fue No Más en el Tintero. Esta publicación histórica resume las necesidades y esfuerzos de organización de hombres gay en América Central. La publicación presenta la interconexión intelectual, el elemento humano y el compromiso unido de reducir la infección del VIH entre sectores multilaterales. Aquí prevalece el estigma y el silencio forzado, el incumplimiento de los derechos humanos es la norma y la incidencia del VIH sigue aumentando.

Lecciones aprendidas: Es benéfico: 1) crear un intercambio de conocimientos acerca de los temas de represión por el VIH/SIDA que enfrentan los hombres gay y HSH en América Central; 2) ampliar la comprensión de la interconexión para la prevención, tratamiento, defensa y políticas del VIH/SIDA; 3) identificar puntos de vista en común y diferencias experimentadas por diversos países; 4) formular recomendaciones y estrategias que informen acerca de actividades futuras, y 5) manejar las expectativas respecto de los recursos limitados y la priorización de las metas en común.

Pasos a seguir: Colaborar con los compañeros locales para instrumentar estrategias que informen acerca de esfuerzos programáticos locales alrededor de la prevención y defensa, así como difundir No Más en el Tintero en Estados Unidos.

Resumen: 4833

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Vaivenes del riesgo de VIH en el ciclo de vida: un estudio de biografías sexuales mexicanas

C. Gayet[1], F. Juárez[2], M. Bozon[3], C. Magis-Rodríguez[4], J. Valencia[5]

[1]FLACSO México, Población y Desarrollo, Ciudad de México, México, [2]El Colegio de México, CEDUA, Ciudad de México, México, [3]INED, París, Francia, [4]CENSIDA, Investigación Operativa, Ciudad de México, México, [5]FLACSO México, Ciudad de México, México.

Antecedentes: El análisis de la biografía sexual y las circunstancias en las cuales ocurre la actividad sexual es un nuevo enfoque para estudiar el riesgo de infección por VIH. Las condiciones materiales de la sexualidad (sitio, acceso a condón, etc.), la situación de la pareja (búsqueda de compañeros sexuales, ruptura, relaciones homo-bi-hetero) y la experiencia sexual acumulada también influyen en la prevención del VIH/SIDA. La identificación de momentos y circunstancias específicas que aumentan el riesgo es esencial para diseñar estrategias de prevención culturalmente apropiadas.

Métodos: En 2006, México condujo un estudio de biografías sexuales en cinco regiones del país para captar una parte de la diversidad cultural (hombres, mujeres, HSH; solteros, en unión, separados; rurales/urbanos). Se reunieron 80 entrevistas a profundidad acerca de sus vidas sexuales.

Resultados: La norma social de masculinidad lleva a los hombres a tener más parejas sexuales que mujeres. Existe una actividad sexual dominante para heterosexuales y HSH. La diferencia es que los heterosexuales siguen esta actividad con múltiples compañeros, al tiempo que sostienen una relación estable de larga duración. Existen más riesgos cuando son jóvenes, durante los viajes de trabajo que podrían derivar en un nuevo ciclo de búsqueda de relaciones sexuales más riesgosas. Para los HSH, las relaciones tienden a ser cortas y con una actividad sexual intensa y búsqueda de compañeros durante toda la vida. Entre las mujeres, la necesidad de cumplir con el papel de esposa-madre les impide negociar las condiciones sexuales durante la soltería, incluyendo la protección. En áreas rurales, cuando están unidas, el riesgo aumenta durante el embarazo, cuando el compañero tiene relaciones con trabajadoras sexuales. En las zonas urbanas, tienden a tener más parejas sexuales cuando están solteras y compañeros ocasionales en momentos de separación de una pareja estable.

Conclusiones: Los riesgos sexuales están presentes en las vidas de hombres y mujeres y varían durante el curso de vida de la persona. Se necesita diseñar campañas específicas que tomen en consideración los múltiples riesgos de las diferentes etapas de la vida.

Resumen: 7554

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Visibilidad y movilización de los HSH para reducir el estigma y la discriminación en Aguascalientes, México, estado tradicional

E. Peña Julián

Colectivo Sergay de Aguascalientes, A. C., Aguascalientes, México.

Temas: Aguascalientes es un estado tradicional, con fundamentalismo religioso, una doble moralidad y una homofobia institucional evidente. El VIH y los HSH no resultan prioritarios en las políticas públicas; por consiguiente, el Colectivo Sergay instrumentó entre 2005 y 2006 un programa sobre prevención del VIH y reducción del estigma y la discriminación, con impacto en los encargados de tomar las decisiones y los medios de comunicación.

Descripción: Se consultó a 60 hombres gay de Aguascalientes. Los resultados mostraron que el sitio con los niveles más altos de estigmatización y discriminación es la familia nuclear. Este tipo de familias refuerza el rechazo, la sensación de culpa, temor y violencia. Como respuesta, se ofrecieron varios talleres: estigmatización interna, derechos humanos y capacidad para enfrentar temas tan difíciles en sus familias. Se llegó a 123 participantes entre HSH y transexuales. Se organizó el primer foro estatal sobre diversidad sexual, para enfrentar los problemas y satisfacer las necesidades de dichas poblaciones, al cual asistieron 152 personas. También se organizó una reunión de HSH; como resultado, se creó una agenda de denuncias. Abrimos un servicio para promover la protección de los derechos humanos. Al identificar más problemas e injusticias iniciamos una sociedad con dos organizaciones locales que trabajan de manera conjunta presionando en los medios; se estableció un diálogo con las autoridades para obligarlos a actuar, logrando abrir la Junta Estatal para la prevención y el control del SIDA. Pertenecemos a dicha junta para incluir quejas y una visión de las poblaciones clave.

Lecciones aprendidas: Las acciones conjuntas de las organizaciones de la sociedad civil con objetivos comunes y basadas en los problemas que enfrentan se vuelven muy eficaces para exigir y mejorar la respuesta de las instituciones y de los encargados de la toma de decisiones

Pasos a seguir: Lograr un impacto en la exclusión social y cultural de los HSH, creando un Centro Comunitario para que tengan un sitio donde reunirse, compartir y meditar.

Resumen: 14561

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Muerte y SIDA en el siglo XXI. Permanencia trágica de los factores psicosociales

R. Arteaga García

Centro de Psicoterapia A&B, D. F., México.

Antecedentes: Estamos viviendo una etapa de control médico sobre la infección de SIDA. Los resultados positivos del tratamiento antirretroviral no pueden negarse. A través de éstos el SIDA se ha vuelto una enfermedad crónica. Sin embargo, el impacto negativo de los efectos psicosociales relacionados con la vulnerabilidad al VIH/SIDA no ha sido completamente comprendido.

Métodos: Estudio de caso. Se relaciona con un hombre gay que murió en 2007 y vivía en la ciudad de México con su familia de origen. Se le diagnosticó con SIDA durante la única crisis de salud que tuvo y que lo llevó a la muerte. El programa de investigación llevó a cabo entrevistas semiestructuradas para explorar cualquier factor intrapersonal, familiar y social.

Resultados: Dinámica personal: Los resultados mostraron que intentó suicidarse tres veces con medicamentos. Era drogadicto; no se cuidaba; tenía sentimientos de omnipotencia, impotencia y soledad. Su conciencia de riesgo estaba disminuida; existía autocastigo y desensibilización corporal. Dinámica familiar: Se expresaban las necesidades emocionales y materiales de forma violenta; furia y castigo hacia sus padres; transgresión de reglas y límites familiares; rechazo de su homosexualidad; falta de satisfacción emocional; poco sentido de pertenencia. Redes sociales: Amistad como medio de disfrute pero no como apoyo; negación de temas sobre VIH/SIDA en reuniones sociales; periodos de cercanía y alejamiento; prácticas sexuales sin protección para lograr excitación rápida y control sexual que se construyen como medio y no como lazos sexuales permanentes y amorosos; ambivalencia inconsciente hacia la ayuda psiquiátrica y psicoterapéutica.

Conclusiones: El impacto negativo de los factores psicosociales alimentan un deseo inconsciente de morir y aniquilar la voluntad de vivir. Se crea un nuevo significado en el imaginario colectivo: el SIDA como manera socialmente aceptable de morir. Todavía existe la necesidad de realizar más investigación y programas psicosociales para proporcionar apoyo para la prevención de muerte por SIDA.

Resumen: 15333

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

"Lo que el virus se llevó". Espectáculo de cabaret para la prevención del VIH

O. Calderón[1], L. Faure Acra[1], M. López Calderón[2]

[1]La Manta de México, A. C., Programas Especiales, D. F., México, [2]La Manta de México, A. C., Ex director, D. F., México.

Temas: La mayoría de los panfletos, carteles, libros, foros y conferencias informativas trabajan con el aspecto racional del conocimiento. Por otra parte, los recursos teatrales permiten

al público identificarse con la idea, entrando a través de este medio al aspecto subjetivo para trabajar con los mecanismos psicológicos más privados y sensibles en un nivel irracional y psicoafectivo relacionado con nuestra sexualidad.

Descripción: Durante 60 minutos, Osvaldo Calderón presenta un monólogo con el que intenta llevar al público en un viaje a través de su vida personal, describiendo lo difícil que es crecer en la sociedad heterosexual, homofóbica, chovinista mexicana. Habla acerca de sus experiencias al "salir del clóset" y transformarse en una famosa *Drag Queen* cuando descubre el mundo de las drogas, la prostitución y el VIH. Su discurso es directo, personal e intenso, y simultáneamente gracioso. Lleva al público —que en ese momento es más empático— a una profunda reflexión acerca de los efectos de este virus sobre la comunidad gay y travesti y en nuestra vida cotidiana (en temas como los tratamientos, los derechos humanos, etc.).

Lecciones aprendidas: Con esta obra hemos logrado nuestro objetivo, que es concientizar al público, llevándoles un caso real de una manera diferente a las que se presentan generalmente en México.

Pasos a seguir: Queremos incluir esta obra en programas más educativos de nuestra organización, para reforzar la sensibilidad respecto del VIH en otros grupos sociales como alternativa para transmitir información.

Resumen: 10136

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Sexualidad y prevención del VIH/SIDA entre trabajadores de plataformas petroleras en Ciudad del Carmen, México

R. Ortiz-Mondragón[1], C. Magis-Rodríguez[1], R. J. Parrini Roses[1]

[1]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección de Investigación Operativa, D. F., México.

Antecedentes: Este estudio registra la interacción entre los trabajadores petroleros, el mercado sexual de Ciudad del Carmen y las condiciones de vulnerabilidad de estos grupos para formular una propuesta de acción preventiva. Estos trabajadores son particularmente vulnerables al VIH/SIDA debido a que participan en el mercado sexual organizado a su alrededor.

Métodos: Utilizamos el modelo de evaluación rápida, el cual combina instrumentos cuantitativos y cualitativos que permiten evaluar la situación con respecto a la epidemia de SIDA en una comunidad en muy poco tiempo. A partir de este material seleccionamos las entrevistas a profundidad realizadas con 48 informantes: trabajadores petroleros, trabajadoras y trabajadores sexuales y miembros de ONG.

Resultados: El tipo de trabajo que desempeñan estos trabajadores, así como su contexto afectan la forma en que experimentan la sexualidad y la prevención del SIDA. En el caso de los trabajadores petroleros intervienen dos factores: la rutina de trabajo los obliga a estar lejos de tierra y lejos también de sus lugares de origen. Dados estos dos factores, los trabajadores buscan el sexo esporádico, sea con sus colegas o con trabajadores o trabajadoras sexuales. No obstante, la construcción de la sexualidad de estos hombres es contextual y está organizada alrededor de lo que ellos consideran sus "necesidades sexuales", las cuales no coinciden ni con sus identidades sexuales ni con los mandatos culturales con los cuales han sido socializados.

Conclusiones: Aunque la sexualidad de los trabajadores se experimenta de manera contextual, implica una serie de vulnerabilidades según el tipo de trabajo que desempeñan y el estilo de vida que tienen. Ni la empresa que los contrata ni los servicios de salud a cargo de la prevención del VIH/SIDA los consideran factores de vulnerabilidad en la planeación de estrategias efectivas para la prevención de la epidemia.

Resumen: 14839

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Ciudadanía. Padres y jóvenes como agentes de cambio en la prevención del VIH/SIDA

L. Pérez, Ciudadanía Letra S

Cuenta conmigo, Letra S, D. F., México.

Temas: Una vez que se realizó una revisión personal entre los grupos en crecimiento, se capacitó a siete jóvenes gay y sus padres para ofrecer apoyo como pares a personas similares a ellos.

Objetivos: Reducir la homofobia, el estigma y la discriminación en familias con miembros gay, lesbianas y bisexuales, y aumentar la prevención del VIH/SIDA.

Metodología: Se llevó a cabo una capacitación en dos líneas de acción: liderazgo y empoderamiento de la ciudadanía de los siete participantes y el desarrollo de talleres y seminarios para pares (jóvenes y padres).

Resultados: Los siete miembros de la ciudadanía participaron en cuatro cursos de capacitación en temas relacionados con las prácticas de sexo protegido y seguro, el uso de metodologías para el diseño de seminarios y talleres, y un taller de sexualidad para la capacitación de pares.

Capacitación: Se celebraron ocho seminarios de sensibilización acerca de la forma en que la homofobia afecta las relaciones familiares y su efecto sobre las prácticas de riesgo de VIH/SIDA entre la juventud; tres talleres para jóvenes homosexuales con temas relacionados con homofobia, estigma y discriminación debido a la orientación sexual, VIH/SIDA y sexo seguro y protegido. Dos talleres para padres sobre orientación homosexual y bisexual, aceptación familiar, autoestima y prácticas sexuales riesgosas de los jóvenes homosexuales y bisexuales. Los talleres se llevaron a cabo en las ciudades de Tenancingo, Edo. Mex.; Aguascalientes, Ags., Guadalajara, Jal.; y el Distrito Federal.
Lecciones aprendidas: Nos percatamos de que la educación entre pares, cuando se dirige a los jóvenes gay y sus familias tiene un impacto más fuerte si se transmite a través de otros jóvenes gay acompañados por las madres y padres de hijos gay. De ahí la importancia de formar líderes comunitarios de padres de hijos gay.

Resumen: 3231

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Aspectos sociales, culturales y económicos del trabajo sexual masculino en la ciudad de México: vulnerabilidades diferenciadas

C. Infante, S. G. Sosa-Rubi, M. Cuadra
Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Antecedentes: En México, los trabajadores sexuales masculinos (TSM) tienen la tasa más alta de VIH, sufren la homofobia, el machismo, el estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA y, sin embargo, no son tomados en cuenta en el diseño de programas sociales específicos y campañas de prevención del VIH. El objetivo de este estudio es proporcionar un informe del contexto social en el cual están inmersos los TSM: sus identidades y prácticas sexuales y los aspectos relacionados con su vulnerabilidad ante el VIH.
Métodos: Se trata de un estudio a profundidad realizado en la ciudad de México. Llevamos a cabo observaciones en sitios en los que se reúnen los TSM en la ciudad de México y 36 entrevistas a profundidad con TSM, incluyendo travetis, transgénero y transexuales.
Resultados: Logramos identificar y diferenciar la vulnerabilidad de los diversos grupos de TSM. En general, su vulnerabilidad se determina no sólo por el contexto social, el estigma relacionado con la homosexualidad y el trabajo sexual, sino también por su escaso capital social y la falta de respuesta de los programas sociales y de salud.
Conclusiones: Sugerimos que para disminuir la vulnerabilidad de los TSM y reducir su riesgo de infección por VIH, es importante diseñar políticas de salud preventivas que promuevan la práctica de sexo seguro. Ello requiere el diseño de acciones preventivas específicas que tomen en consideración la salud y las necesidades sociales de esta población, la promoción de su participación significativa y el respeto a sus derechos humanos.

Resumen: 7107

D18 - Factores sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad y la prevención del VIH

Primer contacto sexual entre estudiantes indígenas en la región de los Altos de Chiapas, ¿es posible la prevención de VIH/SIDA/ITS?

D. Reartes
CIESAS-Sureste, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Antecedentes: El tema central de este documento es una reflexión sobre la viabilidad de que los jóvenes estudiantes indígenas que viven en San Cristóbal de las Casas adopten el uso del condón durante su primer contacto sexual, con base en un análisis de las circunstancias en las que ocurre dicho contacto.
Métodos: Se organizaron cuatro entrevistas (dos con hombres y dos con mujeres) en mayo y junio de 2007, con estudiantes indígenas que reciben becas de la Secretaría de Pueblos Indígenas (SEPI). Las entrevistas de grupo reunieron a un promedio de 15 participantes y se llevaron a cabo en San Cristóbal de las Casas y Chenalhó.
Resultados: El mayor riesgo en el momento del primer contacto sexual parece construirse alrededor del tema de ITS/VIH/SIDA, particularmente, cuando dicho contacto ocurre con personas conocidas de su misma comunidad, y son factores que establecen la confianza y la seguridad de que la otra persona no puede estar infectada. Esto cambia cuando las relaciones ocurren en la ciudad y con jóvenes a quienes se les atribuye una mayor libertad y un mayor número de experiencias sexuales. Para aquellos jóvenes que migran a la ciudad para continuar sus estudios, las normas y valores comunitarios se entrelazan con sus nuevos conocimientos y experiencias derivadas de su nuevo medio urbano y de relacionarse con otros jóvenes indígenas y mestizos.
Conclusiones: La prevención de estas infecciones entre los jóvenes estudiantes indígenas durante el primer contacto sexual a través del uso del condón no es muy factible. Tal posibilidad depende de esfuerzos que superen las estrategias preventivas basadas únicamente en la provisión de información y que más

bien se centren en disminuir la vulnerabilidad particular de estos estudiantes a través de acciones que favorezcan el desarrollo de planes de vida situados en condiciones caracterizadas por una mayor igualdad y equidad.

Resumen: 14030

D19 - Salud reproductiva, fertilidad, sexualidad y estrategias de prevención del VIH

Placer sexual y prevención del VIH: información sobre una nueva guía de acción para la salud y el empoderamiento de las mujeres

L. C. Atkin[1], M. Smith[2], P. Patel[3]

[1]Hesperian Publications, Berkeley CA, Estados Unidos. [2]University of Texas at Austin, Community Healt, Austin TX, Estados Unidos, [3]Chetna, Gujarat, India.

Temas: Aunque el placer a menudo es el principal motivo para tener sexo sin protección, el reconocimiento del placer sexual y sus implicaciones para la prevención del VIH frecuentemente son pasadas por alto en los programas de prevención o diluidos hasta tal punto que resultan ineficaces. Además, en el trabajo de prevención del VIH, con demasiada frecuencia se hace caso omiso o se manejan superficialmente las interfases mortales entre los imperativos de género de hombres y mujeres y su sexualidad. Es esencial que tanto la sexualidad como el género se coloquen más en el centro dentro de tales estrategias de prevención.

Descripción: Este taller interactivo presenta los resultados de una iniciativa de planeación que está llevando a cabo Hesperian, el editor renombrado de *Where There Is No Doctor* (*Donde no hay doctor*) y *Where Women Have No Doctors* (*Donde las mujeres no tienen doctores*), para identificar proyectos y metodologías prometedoras, bien documentadas, positivas hacia el sexo y transformadoras para los temas de género en la prevención del VIH y la promoción del empoderamiento sexual, la justicia de género y los derechos. Esta planeación es parte de la creación de un recurso (consistente en un libro y una herramienta basada en la web) llamado *Taking Action for Women's Health and Empowerment: A Resource for Comunity-Based Activists* (*Tomar medidas para la salud y el empoderamiento de las mujeres: un recurso para los activistas comunitarios*), el cual ofrecerá herramientas para trabajar sobre salud sexual y derechos y promoción de la equidad de género, con especial énfasis en la prevención del VIH y su integración en todo el ámbito de trabajo de la salud femenina y el empoderamiento de la mujer. Los objetivos del taller son mejorar la calidad del recurso y proporcionar nuevas herramientas a las participantes al incluirlas en la discusión de secciones clave de los borradores de los capítulos relacionados con sexualidad, género y prevención de VIH.

Lecciones aprendidas: Es posible y necesario discutir abiertamente el placer sexual de hombres y mujeres para lograr un sexo más seguro; los papeles masculinos y femeninos de género deben modificarse para lograr esta seguridad de forma sostenida; los grupos comunitarios pueden y deben proporcionar información acerca de estos materiales educativos.

Pasos a seguir: Los participantes informarán acerca de los borradores, identificarán opciones de construcción de redes y serán invitados a participar para probar en campo los capítulos en su versión final.

Resumen: 6325

D19 - Salud reproductiva, fertilidad, sexualidad y estrategias de prevención del VIH

Mujer a mujer: educación de pares sobre salud reproductiva para mujeres mexicanas altamente vulnerables

M. L. González[1], M. E. Vilchis[2], I. Medina[2], L. Monarrez[2]

[1]Programa Compañeros, Coordinación, Juárez, México, [2]Programa Compañeros, A. C., Promotor, Juárez, México.

Temas: El proyecto proporciona a las mujeres VIH positivas en edad reproductiva o que tienen una pareja sexual VIH positiva o que usa drogas, una educación y conciencia muy necesarias en la frontera Norte de México (Chihuahua, Ciudad Juárez, Tijuana). Con frecuencia, estas mujeres están en riesgo de embarazos no deseados o no planeados, o desean embarazarse pero carecen de información.

Descripción: El proyecto proporciona información sexual de salud reproductiva y de reducción de daños a grupos específicos como mujeres que viven con el VIH y SIDA, mujeres encarceladas, usuarias de drogas intravenosas que también son trabajadoras sexuales o comparten jeringas, amas de casa y lesbianas. La intervención se centra en las motivaciones individuales familiares y sociales para la reproducción que pueden llevar a las mujeres a embarazarse, aunque estén conscientes de los posibles resultados adversos para su propia salud y el potencial de que sus hijos se infecten con VIH. El proyecto promueve los derechos humanos, incluyendo los derechos reproductivos.

Lecciones aprendidas: La colaboración interinstitucional ha sido crucial para construir una presencia fuerte en la comunidad, para crear redes de referencia con la sociedad civil y los

actores gubernamentales sobre la salud y las adicciones, y para sostener el proyecto durante una década. Muchas de estas asociaciones son iniciativas transfronterizas: la investigación con la Universidad de San Antonio, Texas "Trabajadores sexuales y usuarios de drogas en la frontera entre México y Estados Unidos"; el programa de investigación "El Cuete" con la Universidad de California en San Diego, y "Reducción de obstáculos para el acceso de servicios contra el VIH/SIDA para latinas" con el National AIDS Fund y Johnson & Johnson. De mujer a mujer ha recibido financiamiento del Border AIDS Partnership desde 1998. El compromiso de la organización sede, Programa Compañeros, ha sido fundamental para la duración del programa.

Pasos a seguir: Se necesitan urgentemente programas similares en la frontera Norte de México, y en áreas del interior de México donde el uso de drogas inyectadas está alimentando la infección.

Resumen: 8675

D19 - Salud reproductiva, fertilidad, sexualidad y estrategias de prevención del VIH

Prevención de SIDA en mujeres urbanas y rurales del estado de Yucatán, México

L. Vera[1], N. Pavia[2], N. Valadez[2], C. Castro[2], L. Alonzo[2], I. Quintal[2]

[1]Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Mérida, Yucatán, México, [2]Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.

Temas: Las estadísticas sobre SIDA en Yucatán, México, indican que las amas de casa son el sector femenino más afectado por esta epidemia. Hasta el momento de este estudio no se habían llevado a cabo acciones preventivas entre este grupo vulnerable.

Descripción: De agosto a diciembre de 2007, se celebraron foros en cinco municipios del estado de Yucatán abordando el tema de las amas de casa y para ofrecer información sobre VIH/SIDA; para ampliar y promover el uso del condón y ofrecerles análisis del anticuerpo VIH en locales no médicos. Después de cada foro, se distribuyeron condones masculinos y femeninos, así como trípticos informativos tanto en maya como en español. Posteriormente, se dieron talleres sobre salud sexual y autocuidado de la salud centrados en cuatro temas: a) el cuerpo y la sexualidad; b) prevención del VIH/SIDA y las ITS; c) erotismo en el sexo, sexo seguro y sexo protegido, y d) autoestima y autocuidados de salud. Se ofreció información a 1,048 mujeres y se distribuyó un total de 2 mil trípticos, 1,400 condones masculinos y 300 condones femeninos. Se realizaron 440 análisis de anticuerpos VIH y 130 mujeres participaron en los talleres. Este proyecto fue financiado por CENSIDA y apoyado por autoridades estatales y municipales, universidades, los medios de comunicación y la sociedad civil.

Lecciones aprendidas: Las mujeres necesitan información. Cuando las mujeres están informadas, toman medidas para ocuparse de su salud, como en este caso, de hacerse análisis del anticuerpo VIH y aprender acerca de cómo cuidar su salud. La coordinación de acciones fue facilitada por varios sectores de la población que trabajaron en conjunto (trabajo multisectorial).

Pasos a seguir: Pronto se presentará a la sociedad un libro con los resultados del estudio. Este esquema será instrumentado nuevamente en coordinación con las autoridades municipales, abordando a las mujeres de las zonas urbanas de Mérida, la capital del estado de Yucatán, México.

Resumen: 6100

D20 - Derechos sexuales colectivos e individuales

Demandas legales de militares con VIH en México: sexualidad como fantasma en la defensa de los derechos sexuales

A. Amuchástegui[1], R. Parrini[2]

[1]Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Educación y Comunicación, D. F., México, [2]Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección de Investigación Operativa, D. F., México.

Temas: Este artículo aborda temas relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales en México, mediante la observación de los procesos simbólicos involucrados en las demandas legales interpuestas por militares seropositivos contra su despido del ejército. Se discuten el sitio y valor de las ideas de sexualidad en la decisión de estos hombres de demandar, en la estrategia legal y en la decisión de 2007 de la Suprema Corte.

Descripción: La presentación es parte de una investigación cualitativa más amplia sobre procesos subjetivos de derechos relacionados con la sexualidad en México, en los cuales los hombres de un grupo político gay en el sur de México, mujeres que se han sometido a abortos legales en la ciudad de México y militares seropositivos fueron entrevistados ampliamente respecto de su participación en cuestiones legales y políticas sobre sexualidad.

Lecciones aprendidas: La "incapacidad", basada en el estatus seropositivo de estos hombres, fue el argumento de su despido del ejército, pero nuestro análisis de las entrevistas, los textos legales y el material de prensa muestra que la sexualidad y, especialmente la homosexualidad, es el escenario invisible en el cual ocurren estos procesos legales. Sin embargo, las demandas legales se presentaron por la violación de sus derechos laborales y el derecho a la seguridad social, argumentando discriminación basa-

da en los estados de salud de estos hombres, no de su sexualidad. Los casos se ganaron precisamente debido al silencio respecto de su sexualidad, aunque paradójicamente esta misma victoria legal les garantiza acceso a sus "derechos sexuales".

Pasos a seguir: Esto plantea preguntas significativas para los académicos y activistas en lo tocante al lugar de la sexualidad en la defensa de los derechos sexuales. ¿Debemos siempre explicitar la sexualidad en sus acciones políticas legales y de investigación? ¿La infinita descripción de las sexualidades específicas no está contribuyendo al avance del "dispositivo de la sexualidad" en países en los que todavía no está tan presente, como México?

Resumen: 6388

D21 - Abstinencia, monogamia y fidelidad sexual

Monogamia, poliamoríos y exclusividad sexual en hombres gay/homosexuales en la ciudad de México. Una aplicación del enfoque de curso de vida

G. Gallego-Montes[1], J. F. Vasco-Alzate[2]

[1]El Colegio de México-U. de Caldas, Manizales, Colombia, [2]Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

Antecedentes: La aplicación de encuestas biográficas y el enfoque de curso de vida se han utilizado recientemente en el campo de la sexualidad. A través de esta aplicación, es posible identificar las trayectorias de pareja y los estilos de las relaciones sociosexuales en las biografías de los mismos individuos.

Métodos: Se realizó una encuesta retrospectiva (biográfica) en 2006 a 206 gays/homosexuales de entre 16 y 55 años en la ciudad de México. Con la información biográfica completada fue posible identificar tres tipos de trayectorias o tipos de interacción sexual: 1) trayectorias de pareja: exclusivamente con hombres, con mujeres, productivas, transitivas y sin suficiente participación de pareja; 2) estilos de pareja: monogamia y poliamorío, y 3) trayectorias de interacciones sexuales: cerradas, abiertas y fluidas o ambas. Estos constituyen tipologías o formas de entender la realidad relacional.

Resultados: Se encontró que 84% de los hombres gays/homosexuales entrevistados son altamente monógamos y este valor es relativamente constante entre las cohortes. Sin embargo, al parecer, la edad y el creciente número de parejas sexuales y relaciones de pareja reducen la preponderancia de la monogamia, siendo culturalmente aceptado permitir la afectividad y el poliamorío. No obstante, la gran preponderancia de monogamia en el establecimiento de afectividad entre hombres es un indicador de las normas y discursos en torno al tipo y la naturaleza de la alianza en la sociedad mexicana que se extiende al campo del homoerotismo. Por otra parte, en la exclusividad sexual puede observarse que el número de hombres que tienen relaciones de pareja cerradas es significativamente menor a 42% —en relación con aquéllos que son monógamos (84%). La diferencia entre estos dos valores revela y confirma que la construcción cultural de la monogamia, en términos generales, no es sinónimo de exclusividad sexual.

Conclusiones: Determinar el tipo de lazo sociosexual establecido entre hombres permite repensar el marco ético y normativo en el que se desarrollan los programas de prevención del VIH/SIDA.

Resumen: 9622

D22 - Trabajo sexual y otras formas de sexo transaccional

Destacar las diferencias de los contextos de riesgo entre trabajadores sexuales masculinos, femeninos y transgénero: evidencias de México

A. Ospina[1], O. Letouzé[2]

[1]Population Services International PSI/México, Research, D. F., México, [2]Population Services International, D. F. México.

Antecedentes: El trabajo sexual es amplio y diverso en México. La frecuencia del VIH varía mucho entre trabajadores sexuales masculinos (15.1%) y femeninos (1.0%), pero no existe información disponible para los transgénero en México. A pesar de estas diferencias, existe una falta de estudios comparativos acerca de diferentes categorías de trabajadores sexuales: femenina (TSF), masculina (TSM) y transexuales (TST). Este estudio pretende identificar los contextos de riesgo para cada categoría de trabajadores sexuales, los cuales les impiden tener prácticas sexuales protegidas. Los hallazgos guiarán el diseño de estrategias de prevención más centradas en las poblaciones objetivo.

Métodos: De enero a mayo de 2007, se realizaron seis triadas con TSF, 15 entrevistas semiestructuradas con 15 TSM y 15 entrevistas con TST en la ciudad de México. Los temas incluían condiciones de vida, experiencias de discriminación, capital social, actitudes hacia el VIH y necesidades de salud. Se desarrolló un análisis de contenido. Los temas que surgieron fueron trayectorias en el sexo comercial, relaciones de pareja estables y antecedentes familiares.

Resultados: Los obstáculos normales al uso del condón en todos los grupos fueron: baja autoestima, falta de redes sociales,

uso de drogas y pobreza. Existían obstáculos únicos identificados para cada categoría de trabajador sexual: para las TSF, la percepción de no tener control de sus vidas; para los TSM, mantener su trabajo sexual en secreto; para los TST experiencias recurrentes de discriminación. Estos factores y las experiencias negativas en las clínicas y hospitales generan entre los trabajadores sexuales una percepción de desconfianza e incapacidad de los servicios institucionales, impidiendo a estos trabajadores buscar información acerca del VIH y las ITS, así como el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones: Estos hallazgos demuestran la necesidad de diseñar campañas más centradas para diferentes categorías de trabajadores sexuales. Para poder maximizar la efectividad para las TSF, los mensajes deben centrarse en la autonomía y el control sobre sus cuerpos. Los programas para TSM deben proporcionar apoyo personalizado para garantizar confidencialidad. Las intervenciones con TST deben intentar reducir la experiencia de discriminación en los servicios de salud y para promover servicios especializados según sus necesidades específicas.

Resumen: 9670

D22 - Trabajo sexual y otras formas de sexo transaccional

Un modelo de mediación que examina la relación entre abuso perpetrado por clientes, uso de drogas intravenosas y estatus de VIH entre trabajadoras sexuales en dos ciudades fronterizas mexicanas

M. Ulibarri[1], S. Strathdee[2], E. Ulloa[3], R. Lozada[4], M. Fraga-Vallejo[5], C. Magis-Rodríguez[6], A. de la Torre[7], H. Amaro[8], P. Ocampo[9], T. Paterson[1]

[1]University of California, San Diego, Estados Unidos, [2]University of California, San Diego, Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [3]San Diego State University, Psychology, San Diego, Estados Unidos, [4]ISESALUD, Departamento de Salud Pública, Tijuana, México, [5]Universidad Autónoma de Baja California, Escuela de Medicina, Tijuana, México, [6]Secretaría de Salud, Centro Nacional para al Prevención del VIH/SIDA, D. F. México, [7]University of California, Davis, Centre for Public Policy, Race, Ethnicity, & Gender, Davis, Estados Unidos, [8]Northeastern University, Institute on Urban Health Research, Boston, Estados Unidos, [9]University of Toronto, Centre for Research on Inner City Health, Toronto, Canadá.

Antecedentes: Históricamente, el uso y abuso de drogas intravenosas han sido asociados con la vulnerabilidad al VIH. Planteamos la hipótesis de que el uso de drogas intravenosas media en la relación entre el abuso perpetrado por clientes y el estatus de VIH entre trabajadoras sexuales femeninas (TSF) en dos ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos.

Métodos: En Tijuana y Ciudad Juárez, se estudió a las TSF mayores de 18 años, no sabían si eran VIH positivas e informaron haber tenido sexo sin protección con más de un cliente. Se usaron análisis de regresión lineal para examinar las relaciones entre variables independientes (abuso emocional, físico y sexual por parte de clientes), el mediador propuesto (uso de drogas intravenosas) y la variable dependiente (estatus de VIH). Se usó la prueba de Sobel para confirmar la mediación.

Resultados: Entre 924 TSF, el promedio de edad y duración en el trabajo sexual fue de 23 y 4 años, respectivamente. La frecuencia de VIH fue de 6%. La frecuencia general de abuso físico, sexual y emocional por parte de los clientes en los últimos seis meses fue de 18%, 10% y 26%, respectivamente, y 23%, 14% y 32% entre TSF con clientes usuarios de drogas intravenosas. De los tres tipos de abuso, el abuso sexual de los clientes predecía significativamente el estatus de VIH (β=.11, p<.001), y el uso de drogas inyectables (β=.15, p<.001). Además, el uso de drogas se asoció positivamente con el estatus de VIH (β=.11, p<.001). Un análisis final de regresión mostró que el uso de drogas inyectables servía como mediador al reducir la asociación entre el abuso sexual del cliente y el estatus de VIH, confirmado por la prueba de Sobel de su efecto indirecto (z=2.36, p<.001).

Conclusiones: Las TSF en la región fronteriza México-Estados Unidos reportan experimentar abuso frecuente de sus clientes. Los resultados sugieren la necesidad de considerar la historia de abuso y uso de drogas intravenosas al evaluar el riesgo de VIH entre esta población. Dichos hallazgos sugieren que los programas de prevención del VIH deberían 1) intervenir en el uso de drogas de los clientes y la violencia que pone en riesgo de abuso y VIH a las TSF, y 2) proporcionar exámenes, prevención y asistencia sobre violencia a las TSF para evitar relacionarse con clientes abusivos y drogadictos.

Resumen: 10265

D23 - Uso de alcohol y drogas, exclusión social, apoyos sociales y otros temas psicosociales

Reducción de daños y frecuencia de VIH en los niños de la calle de la ciudad de México

H. J. Brocca Andrade

Picas y Pláticas, A. C., D. F., México.

Temas: Discriminación de niños usuarios de drogas.

Descripción: En los últimos diez años, el uso y abuso de heroína, metanfetamina (cranking), cocaína inyectada y otras combinaciones de drogas intravenosas han se han multiplicado por diez, especialmente en la frontera México-Estados Unidos, según la Encuesta Nacional de Adiciones de 2002. Además, la diseminación del VIH entre los usuarios de drogas intravenosas

(UDI) es la más alta de las poblaciones en riesgo en México. Un porcentaje importante de UDI son menores y algunos clientes de algunas clínicas de metadona recientemente abiertas en las ciudades fronterizas sólo tienen 8 o 9 años de edad. Algunos de estos niños tienen conductas delictivas que incluyen prácticas sexuales inseguras con adultos o jeringas compartidas con usuarios potencialmente infectados. Las medidas de prevención han sido insuficientes. Como resultado, el abuso de las drogas en los niños de la calle ha crecido, incluidas las sustancias intravenosas. La frecuencia de VIH en esta población es desconocida en gran medida, lo que implica un alto riesgo para ellos y para el resto de la comunidad.

Lecciones aprendidas: Debido a una metodología inadecuada, así como a temas legales y morales muy enraizados en el sistema de valores mexicanos, el uso de drogas intravenosas entre los niños ha sido constantemente ignorado en los estudios epidemiológicos. La reducción de daños es un nuevo concepto, no siempre bien aceptado. Muchos niños de la calle no pueden entrar a instalaciones de rehabilitación, ya que no hay adultos que se responsabilicen por ellos. El uso de drogas y el VIH son estigmas que impiden a los niños buscar ayuda. Puesto que muchos de ellos participan en redes de prostitución y pornografía, pueden ser vectores de la enfermedad. Toda la sociedad debería compartir la responsabilidad de las vidas de los niños.

Pasos a seguir: Nuestra organización aboga por programas de prevención comunitarios, incluyendo un diseño de vigilancia que nos permita acercarnos a las cifras reales de UDI y VIH en la población de niños de la calle de la ciudad de México. Trabajamos en la línea que lleva a la reducción de daños. Este es el camino de la piedad, la justicia y la verdad.

Resumen: 4255

D24 - Conductas de riesgo, calidad de vida y acceso a atención en los enfoques de reducción de daños

Correlaciones del uso de "hit doctors" en Tijuana, México

A. Vera[1], J. Alvelais[2], R. Lozada[2], M. Gallardo[2], T. Patterson[3], P. Case[4], L. Nguyen[5], S. Strathdee[5]

[1]University of California, San Diego (UCSD), Div. International Health and Crosscultural Medicine, San Diego, Estados Unidos, [2]PrevenCasa, A.C., Tijuana, México, [3]University of California, San Diego, Psichiatry, San Diego, Estados Unidos, [4]University of California, San Diego, San Diego, Estados Unidos, [5]University of California, San Diego, IHCCM, San Diego, Estados Unidos.

Antecedentes: Requerir asistencia para inyectarse con los llamados "hit doctors" se asocia con jeringas compartidas e infección con el VIH. Estudiamos las correlaciones de acudir a este tipo de personas entre usuarios de drogas intravenosas (UDI) en Tijuana, México.

Métodos: A partir de abril de 2006, se reclutó a UDI que se habían inyectado en el último mes y residían en Tijuana mediante el uso de una muestra guiada por los entrevistados (RDS, en inglés) y se sometieron a entrevistas y pruebas de VIH, sífilis y tuberculosis. Se utilizó regresión logística para identificar las correlaciones de acudir con "hit doctors" en los últimos seis meses, utilizando medidas de RDS.

Resultados: De total de 1,056 UDI, 85% eran hombres. La edad promedio y la media de la primera inyección fue de 21.7 y 20 años, respectivamente. 260 (24.6%) reportó haber acudido a "hit doctors" en los últimos seis meses. En comparación con otros UDI, era más probable que quienes los hicieron fueran mujeres (23% vs., 12.1%, P<.001), nacidos fuera de Baja California (75.3% vs. 64.3%, P<.001), no hispanos (27.7% vs. 15.5%, P<.001), y hubieran compartido jeringas recientemente (70.0% vs. 64.3%, P<.001), o sido arrestados por llevar jeringas estériles (42% vs. 31.7%, P<.002), aunque la posesión de jeringas no es ilegal. Los factores relacionados de forma independiente con acudir a "hit doctors" fueron: ser mujer (AdjOR=2.7), haber nacido fuera de Baja California (AdjOR01.7), no ser hispano (AdjOR=1.9), haber sido arrestado por llevar jeringas estériles (AdjOR=1.6) y tener una red de UDI más extensa (AdjOR=1.01por cada 10 personas).

Conclusiones: Una cuarta parte de los UDI reportaron acudir a "hit doctors", lo que resultó más común entre mujeres, no hispanos y recién llegados a Tijuana. La presión policiaca también puede obligar a los UDI a evitar llevar jeringas consigo y a percibir que están obligados a usarlas, lo que sugiere la necesidad de intervenir en prácticas de vigilancia complicadas. Los "hit doctors" pueden ser blancos ideales para el cambio de conductas y podría servir como "promotores" para la difusión de mensajes de prevención del VIH.

Resumen: 7055

D24 - Conductas de riesgo, calidad de vida y acceso a atención en los enfoques de reducción de daños

Actitudes de los actores relevantes hacia la factibilidad de programas de intercambio de agujas para reducir los daños ocasionados por drogas en Tijuana, México

J. G. Bustamante Moreno[1], M. M. Philbi[2], R. Lozada[3], A. R. Mantsios[2], J. Alvelais[3], P. Case[4], C. Magis-Rodríguez[5], S. A. Strathdee[2], Proyecto El Cuete

[1]Secretaría de Salud de Baja California, Mexicali, México, [2]University of California at San Diego, School of Medicine, San Diego, California, Estados

Unidos, [3]Patronato Pro-COMUSIDA, Tijuana, México, [4]The Fenway Institute, Fenway Community Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, [5]Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA), D. F., México.

Antecedentes: El uso de drogas intravenosas es una crisis de salud pública en toda la región fronteriza México-Estados Unidos, y las crecientes tasas de infecciones de transmisión sanguínea subrayan la urgente necesidad de realizar intervenciones de reducción de daños. Analizamos la aceptación y factibilidad de los programas de intercambio de jeringas (NEP, en inglés), máquinas expendedoras de jeringas e instalaciones para inyección más seguras (SIF, en inglés) entre actores relevantes clave en Tijuana, México.

Métodos: Se realizaron 70 entrevistas cualitativas con usuarios de drogas intravenosas (UDI) (N=30) y actores relevantes clave (N=40) (farmacéuticos, profesionales legales, funcionarios de salud, líderes religiosos, proveedores de programas de rehabilitación y personal policiaco) para evaluar las actitudes y prácticas hacia los tres tipos de intervenciones descritas. Después de recibir el consentimiento, las entrevistas fueron grabadas, transcritas y traducidas al inglés. Se realizó un análisis de contenido para identificar temas, incluyendo los obstáculos, las limitaciones estructurales y sugerencia para la instrumentación de los programas.

Resultados: De las intervenciones, los NEP obtuvieron la mayor aceptación (56/70), y fueron percibidos como los más factibles (44/70) en general. Los UDI percibían a las SIF como la intervención más importante, pero menos factibles que los NEP; los actores interesados calificaron a las SIF como las menos factibles y aceptables. Estos actores que consideraban a los NEP como poco factibles en el contexto social/político de Tijuana señalaron obstáculos que incluían la religión, la policía, la cultura y una falta de voluntad, conciencia y financiamiento políticos. Los UDI informaron que la policía y el temor al arresto eran los obstáculos más importantes de las intervenciones para la reducción de daños. Las sugerencias de estrategias futuras incluían un mayor conocimiento comunitario general respecto del uso de drogas y las enfermedades relacionadas con éste, uso de los medios de comunicación y figuras confiables (líderes comunitarios/maestros/miembros de la comunidad); aumentar la conciencia entre los políticos, proporcionándoles resultados de salud e información de eficacia en costos; documentar el manejo exitoso de un NEP manejado por una organización no gubernamental existente, para alentar una mayor participación gubernamental, y cambiar las leyes locales para permitir la existencia de programas piloto.

Conclusiones: Esta investigación indica la urgente necesidad de 1) aumentar la conciencia y 2) seguir los pasos identificados para desarrollar las intervenciones sociales-estructurales y crear ambientes que permitan aumentar e implementar el número de NEP en Tijuana y otras partes de México.

Resumen: 12824

D24 - Conductas de riesgo, calidad de vida y acceso a atención en los enfoques de reducción de daños

Respuestas a la epidemia de VIH en UDI. Pasos para la reducción de daños en Irapuato, México

M. Rancel González[1], J. S. Ramírez Urbina[2], R. Epinoza Rosales[3]

[1]Irapuato Vive, A. C., Dirección General, Irapuato, Gto. México, [2]Irapuato Vive, A. C., Prevención e investigaciones, Irapuato, Gto, México, [3]Irapuato Vive, A. C., Trabajador comunitario, Irapuato, Gto., México.

Temas: Los usuarios de drogas inyectables (UDI) que viven en el estado de Guanajuato no son considerados de alto riesgo o como población altamente vulnerable para el VIH. Investigación Comunitaria Participativa identificó que compartir jeringas y tener relaciones sexuales sin protección con parejas ocasionales y estables resultaba normal en esta población. El Proyecto Génesis se creó para mejorar la conciencia del problema entre los encargados de la toma de decisiones, reducir el estigma y la discriminación y ofrecer servicios de reducción de daños.

Descripción: Inicialmente, nos centramos en la construcción institucional de capacidades. La capacitación fue provista por el Programa Nacional de SIDA y las organizaciones localizadas en la frontera norte. Se instrumentaron varias estrategias para aumentar la visibilidad del VIH relacionado con UDI y para sensibilizar a estos funcionarios. Se desarrollaron relaciones estratégicas con instituciones públicas y privadas para poner en marcha un programa de reducción de daños apropiado al contexto geográfico y social. También se instrumentó un programa de prevención, el cual incluía la participación activa por parte de los UDI. El programa ha distribuido 2,000 volantes sobre VIH/SIDA y 6,421 condones; impartió 358 horas de educación en torno a limpieza de jeringas; intercambió 683 jeringas; distribuyó 1,027 equipos de prevención; ofreció 111 evaluaciones médicas, de asesoría y acceso a pruebas rápidas; proporcionó referencia a centros de tratamiento, y completó 361 encuestas para evaluar cambios de conducta.

Lecciones aprendidas: Una mayor conciencia del riesgo y un programa confiable permitió a los UDI solicitar servicios y promoverlos entre sus pares; una mayor demanda de insumos para la prevención; sustituir drogas inyectadas por otras sustancias, y la solicitud voluntaria de asesoría y análisis médicos.

Pasos a seguir: Seguiremos trabajando para lograr un mayor nivel de participación y coordinación entre organizaciones de salud pública policíacas y civiles para continuar promoviendo y aumentando las intervenciones de reducción de daños en el estado de Guanajuato.

Resumen: 13546

D25 – Adaptación a la vida con VIH para individuos, familias y comunidades

Vivir en una pareja VIH discordante. Desafíos que enfrentan los hombres gay en la ciudad de México

B. Nieto-Andrade

Population Services International, D. F., México.

Antecedentes: Existen pocos estudios acerca de las parejas VIH discordantes (en las que sólo un integrante es seropositivo), a pesar de la creciente posibilidad de la formación de este tipo de parejas debido a nuevas terapias antirretrovirales. El objetivo del estudio es analizar los desafíos que estas parejas enfrentan en contextos íntimos y más amplios como las instituciones de salud. El enfoque está en los problemas que enfrentan las parejas discordantes vistos por cada uno de los individuos que las forman y la conexión con su contexto social. Se discuten las implicaciones para los programas de salud.
Métodos: Se analizaron entrevistas a profundidad en la ciudad de México con 44 hombres de parejas gay VIH discordantes. Los temas explorados fueron: las prácticas sexuales antes y después de conocer su diferencia, la identidad sexual, los desafíos de vivir en una relación, y las experiencias con la familia y las instituciones de salud. Para el análisis se construyeron matrices separadas para hombres seropositivos y seronegativos, respectivamente.
Resultados: Vivir en una pareja discordantes representa desafíos especiales. Los encuestados seronegativos se quejaron acerca de a) tener que poner sus propias necesidades en segundo lugar; b) tener que enfrentar los cambios de humor de sus parejas debido a la terapia antirretroviral. Los hombres seropositivos reportaron a) temores de perder a su pareja no infectada, y b) una batalla constante para mantener su autoestima. Al mismo tiempo, todos los encuestados destacaron problemas en común como discriminación y estigma social, dificultad para compartir su diferencia con familiares, temores de infección y reinfección y falta de satisfacción sexual debido a las medidas preventivas que deben practicar. Para todos ellos, el eje que empeora estos problemas es su exclusión de las instituciones sociales debido al estigma y la homofobia.
Conclusiones: Incluso con el reconocimiento de las uniones consensuales con parejas del mismo sexo en la ciudad de México, la discriminación contra parejas gay VIH discordantes sigue existiendo, dificultando la ayuda integral de salud para cada integrante de la pareja. Las instituciones de salud necesitan capacitar a su personal a reconocer completamente los derechos de las parejas del mismo sexo y ofrecerles los cuidados adecuados como unidad diádica.

Resumen: 6769

D25 - Adaptación a la vida con VIH para individuos, familias y comunidades

Empoderar a mujeres transfronterizas positivas (positivas, activas y vivas: prevención de VIH con mujeres positivas en la región fronteriza San Diego/Tijuana)

C. González-García[1], M. R. Mancillas[2]

[1]San Ysidro Health Center, HIV, San Diego, Estados Unidos, [2]AFABI, A. C., Tijuana, Baja California, México.

Temas: Proporcionar información para la prevención del VIH a mujeres latinas que viven con VIH/SIDA en la región fronteriza San Diego/Tijuana para evitar las infecciones con el virus, y las reinfecciones y coinfecciones con ITS.
Descripción: Un grupo cerrado con la participación de 12 mujeres latinas. Cada serie de grupo duró seis meses con sesiones semanales de dos horas. Cada sesión consistía de un componente educativo y uno de proceso. En el componente educativo se proporcionó información relativa a VIH/ITS. Durante el componente de procesos, las mujeres discutían el significado de cada factor (obstáculos) de sus vidas y desarrollaron estrategias para superarlos. Las mujeres del grupo inicial exploraron los obstáculos culturales, emocionales, sociales y personales para tener sexo seguro y para la negociación del uso de condones, creando el currículum para el componente de proceso. Las participantes recibieron incentivos para continuar participando y completar recomendaciones para terapia individual y análisis de ITS. Las participantes completaron una prueba previa y posterior a los conocimientos adquiridos sobre VIH/SIDA e identificaron dos obstáculos personales para un sexo más seguro y una negociación para el uso de condón y desarrollaron estrategias para superarlos. El grupo estuvo dirigido por un terapeuta y una mujer que vivía con SIDA. Este grupo participó en eventos educativo-sociales (una presentación sobre nutrición y continuación de tratamiento por parte de una enfermera, visitas a museos y un "día de belleza" proporcionado por estilistas voluntarias). Las mujeres participaron en un retiro de fin de semana en las montañas. Su logro se celebró con una cena de graduación.
Lecciones aprendidas: Las participantes no sólo aprendieron acerca de los riesgos y la prevención de VIH e ITS, sino que también el grupo se convirtió en un foro para explorar sus historias de abuso, pobreza y falta de información. Se apoyaron mutuamente. Las participantes reprodujeron sus conocimien-

tos al compartir la información con amigos y familiares. Algunas se volvieron activistas e integrantes con derecho a voto de los grupos comunitarios de servicios de planeación de VIH. Las mujeres que vivían con VIH/SIDA se volvieron visibles.

Pasos a seguir: Existe la necesidad de reproducir el grupo y probarlo en otras poblaciones/regiones. A las mujeres, como educadoras naturales en sus comunidades, deben proporcionárseles herramientas para aumentar la prevención del VIH.

Resumen: 9755

D25 - Individuos, familias y comunidades adaptándose a vivir con el VIH

Apoyo social entre mujeres que viven con el VIH en México

A. B. Sabay Irenias[1], A. Lara Rojas[2]

[1]Estrella de VIDHA, Naucalpan, Edo. de México, México, [2]Estrella de VIDHA, D. F., México.

Temas: En México, las mujeres que reciben un diagnóstico positivo de VIH lo mantienen en secreto, incluso para sus familias. Al igual que los temores de que ellas o sus hijos serán discriminados por vivir con el VIH (o por tener una madre seropositiva), las mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA (MVVS) temen ser estigmatizadas como mujeres "fáciles" o "indecentes". La decisión de no compartir su estatus reduce sus posibilidades de recibir apoyo social específico para VIH.

Descripción: El apoyo de pares ha sido identificado como crucial para responder a las mujeres y al VIH. Después del diagnóstico, las MVVS reportaron: depresión, mala salud, pobreza, estigma social, malos tratos por parte de los proveedores de salud, falta de información acerca del avance de la enfermedad, poca adhesión al tratamiento y baja autoestima. Este proyecto promovió la participación y acceso de las MVVS a capacitación sobre VIH, sexualidad, autoestima e intercambios con otras mujeres en su situación. La estrategia fue instrumentada por MVVS que habían mejorado su actitud y calidad de vida después de recibir dicha capacitación. Las mujeres se acercaron directamente a otras MVVS en clínicas de VIH y las invitaron a participar en reuniones y talleres para intercambiar experiencias acerca de cómo vivir con el VIH, obtener recomendaciones para organizaciones de la sociedad civil y recibir asesoría de pares y materiales educativos. Como resultado de esta promoción de apoyo e intercambio sociales, las MVVS de dos clínicas aumentaron el número de organizaciones, grupos de apoyo, activistas y pares a los que pueden acudir para obtener información, servicios y acompañamiento, ampliando su red de apoyo social.

Lecciones aprendidas: La cultura mexicana devalúa a las mujeres. El contacto e intercambio con pares empoderadas contribuye a romper un sistema que trata a las mujeres como ciudadanas de segunda clase y mejora la capacidad de las MVVS de buscar y recibir apoyo.

Pasos a seguir: Es necesario continuar y ampliar este trabajo, procurando llegar primero y fundamentalmente a mujeres recién diagnosticadas.

Resumen: 5313

D25 - Individuos, familias y comunidades adaptándose a vivir con el VIH

Construcción de capacidades de vida para mujeres que viven con el VIH/SIDA en la ciudad de México

A. García López, A. A. Solís Rodríguez, J. G. Cabrera Reséndiz, J. Martínez Badillo

Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C., D. F., México.

Temas: En la ciudad de México, los espacios exclusivos para mujeres que viven con VIH son limitados. Esto representa una brecha en sus necesidades de atención, y proceso de construcción de capacidades y habilidades. Por ello, la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA creó un grupo de autoapoyo exclusivo para mujeres.

Descripción: El grupo se inició con muy poca participación, a pesar de la campaña de difusión. Las principales dificultades encontradas fueron: experiencias negativas previas en grupos de mujeres, falta de tiempo para responder a actividades de cuidado de la familia, el trabajo y los obstáculos económicos. Por ello se instrumentó un cambio de estrategia: pasamos a sesiones temáticas trimestrales de construcción de capacidades; estas sesiones fueron dirigidas por expertos en temas identificados por los participantes. Éstos también reciben un apoyo económico para cubrir costos de transporte y cuidado infantil. La segunda estrategia superó la expectativa de la propuesta inicial, manteniendo la participación y el interés.

Lecciones aprendidas: Los grupos de autoapoyo exclusivos para mujeres son raros y experimentan conflictos internos. Al trabajar con un esquema de sesiones de trabajo temáticas trimestrales se logró el proceso de construcción de habilidades y capacidades. Este modelo resulta más atractivo y proporciona a las mujeres un "mejor uso de su tiempo". El apoyo económico y los servicios de cuidado infantil fueron un éxito, pero fue necesario definir criterios para aplicarlo en su beneficio. Otro tema clave fue el proceso de consulta, en el cual las mujeres discuten

y toman decisiones acerca de temas y cuestiones que desean abordar como prioridades.
Pasos a seguir: Fortalecer y dar continuidad a este nuevo espacio de conocimiento y crecimiento personal es crucial para aumentar el liderazgo y la participación de mujeres que viven con VIH/SIDA.

Resumen: 6916

D25 - Individuos, familias y comunidades adaptándose a vivir con el VIH

Construir competencias de vida para hombres que viven con VIH

A. A. Solís Rodríguez[1], J. Martínez[2], A. García López[1], E. E. de la Paz Rodríguez[1], J. G. Cabrera Reséndiz[3]

[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C., Educación y Prevención, D. F., México, [2]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C., STD clinical, D. F., México, [3]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C., Director ejecutivo, D. F., México.

Temas: Vivir con VIH puede cambiar drásticamente el proyecto de vida de quienes lo padecen, cuestionando su capacidad para enfrentar su propia existencia. El fortalecimiento de redes sociales de apoyo que generan confianza y facilitan los procesos de adaptación podría ser la estrategia para desarrollar las capacidades de vida de los hombres que viven con VIH.
Descripción: La Red coordina a un grupo de capacitación para hombres que viven con VIH, en el cual, a través de una metodología participativa, sus miembros adquieren los conocimientos y habilidades necesarias par enfrentar la vida desde la condición de vivir con el virus. Para ello, se pretende crear un contexto de pertenencia al grupo que facilite a sus miembros el proceso de adaptación necesario para diseñar y fortalecer un proyecto de vida. La metodología utilizada en este proyecto incluye abordar temas de crecimiento personal y aprender cómo vivir exitosamente sin importar el VIH (por ejemplo, reduciendo el estigma interno), bajo la supervisión de un experto en la materia. Las reuniones de trabajo se celebran semanalmente, y se lleva una bitácora del proceso del grupo de trabajo, así como su seguimiento para sistematizarlo. Los hombres que participan en este grupo afirman registrar un cambio positivo en el concepto que tienen de sí mismos y en su percepción de cómo seguir viviendo.
Lecciones aprendidas: Los espacios del grupo de trabajo ofrecen a las personas infectadas con VIH la oportunidad de fortalecer sus redes sociales de apoyo, siendo decisivos en el proceso de asumir y enfrentar su condición de seropositivos, dándoles un nuevo sentido al rediseñar su proyecto de vida.
Pasos a seguir: La metodología dentro de este grupo de aprendizaje ha probado ser eficaz. Por ello, la Red ha iniciado el diseño de estrategias que serán compartidas con otros grupos de hombres y mujeres seropositivos en la ciudad de México, así como en otras ciudades del país.

Resumen: 13084

D27 - Crecer con VIH/SIDA: infección temprana, niños y jóvenes

La generación de adolescentes infectados con VIH en transición a la vida adulta

R. Muñoz-Hernández[1], P. Tovar-Larrea[1], M. Ortega-Juárez[1], J. I. Santos-Preciado[2], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, D. F., México.

Antecedentes: De manera continua, un número cada vez mayor de niños infectados con el VIH que llegan a la adolescencia tienen que ser trasladados a clínicas de adultos (CA), a las cuales entran con una enfermedad crónica que es vivida de manera diferente en comparación con los pacientes que se infectaron siendo adultos.
Objetivos: Describir las características clínicas y psicosociales del primer grupo de adolescentes seropositivos transferidos a CA en la ciudad de México.
Métodos: Un estudio transeccional en el cual se revisaron las características epidemiológicas, clínicas y sociales en el momento del traslado a las CA.
Resultados: Hasta febrero de 2007, 12 adolescentes han sido trasladados a CA; 50% son mujeres; 83.3% son casos perinatales. La edad promedio es de 17 años; 50% estaban en la etapa clínica C en el momento del diagnóstico y ninguno presentaba inmunosupresión grave; 11/12 está recibiendo HAART; el uso promedio de antirretrovirales fue de 78 meses (0.8-162). El número total del promedio de CD4+ en la última visita fue de 448 cel/μL (241-692) y 42% tenía una carga viral (VL en inglés) indetectable. La adhesión al tratamiento se documentó en 50% de los pacientes. Todos conocían sus diagnósticos y tenían un nivel educativo al menos de primaria. Sólo 25% vivía con uno o ambos padres y 33.3% vivía en un albergue infantil. 10/10 pacientes vivían en familias disfuncionales con drogadicción o abuso de alcohol. Se detectó depresión en 58% de los pacientes, desórdenes de la conducta en 25% y uso de drogas en 16.6%. Durante el seguimiento en las CA, se detectó migración en 1/12, embarazo en 1/12, situación de calle en 1/12; 3/12 estudia preparatoria, 2/12 son obreros y 5/12 tienen trabajos no calificados.
Conclusiones: Este estudio describe la primera generación de adolescentes trasladados a CA en un momento en el que este

tipo de experiencias era limitado. Casi todos eran huérfanos o provenían de familias disfuncionales, carecían de educación o trabajo adecuados y tenían conductas riesgosas. Incluso con estas características, tenían una VL indetectable. Necesitamos un plan claro para este grupo de pacientes desde las etapas tempranas, incluyendo un proyecto de vida.

Resumen: 13275

D27 - Crecer con VIH/SIDA: infección temprana, niños y jóvenes

Nacido con VIH. Perfil de los adolescentes mexicanos infectados con VIH en una clínica pediátrica

R. Muñoz-Hernández[1], P. Tovar-Larrea[1], M. Ortega-Juárez[1], J. I. Santos-Preciado[2], N. Pavia-Ruz[1]

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, D. F., México.

Antecedentes: En México, el tratamiento con antirretrovirales (ARV) está disponible de manera gratuita para todos los niños infectados con VIH desde 1988. Los resultados de esta estrategia se han reflejado en una reducción de la morbilidad y la mortalidad en este grupo de pacientes, quienes actualmente están llegando a la adolescencia. El manejo de este grupo que vive con VIH/SIDA es diferente.
Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico del adolescente seropositivo en una clínica pediátrica en la ciudad de México.
Método: Estudio descriptivo en el que se examinaron las características epidemiológicas, clínicas y sociales en adolescentes seropositivos de un centro pediátrico de Referencia Nacional de VIH.
Resultados: De los 105 pacientes en seguimiento, 31 tienen más de 10 años de edad, 58% era mujer. En 29 casos, la transmisión fue perinatal. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 3.2 años, la edad en el momento del estudio era de 15.5 años; 45% presentaba inmunosupresión basal grave. En la última visita, 79% tenía una carga viral indetectable (< de 50 copias y un promedio de CD+4 de 786 (229-1611); 90% de los pacientes recibe tratamiento con IP y su promedio de uso de ARV es de 104 meses (36-162); 29% presenta datos clínicos de lipodistrofia; 80% conoce su diagnóstico y 93% asiste a la escuela. 29% vive con sus padres biológicos; 35% aprendió un oficio y se detectó depresión en 36% de los pacientes.
Conclusiones: Aunque los adolescentes tienen una historia de uso prolongado de ARV, la mayoría tiene una carga viral indetectable. Un alto porcentaje conoce su diagnóstico y es huérfano; también se observó depresión en este estudio. En previsión de una vida futura están aprendiendo un oficio y se están preparando para tener una vida independiente. Es importante promover adhesión al tratamiento, la autoestima y el autocuidado en este grupo de pacientes en transición a la edad adulta.

Resumen: 2517

D28 - Salud reproductiva y sexual y fertilidad: consideraciones y derechos

Mujeres mexicanas que viven con el VIH y sus derechos reproductivos

T. Kendall[1], H. Pérez-Vázquez[2]

[1]UNFPA, D. F. México, [2]Colectivo Sol, A. C., D. F., México.

Temas: Los investigadores han identificado una serie de abusos a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH en México, fundamentalmente en el sistema de salud pública. Investigaciones anteriores indican que los compañeros sexuales, las redes sociales y los proveedores de salud de muchas mujeres mexicanas seropositivas no cuentan con suficientes conocimientos de transmisión vertical, reinfección, planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos.
Descripción: En 2007, UNFPA y el Colectivo Sol organizaron una investigación de acción participativa y un taller de capacitación con 16 líderes mexicanas seropositivas del norte (Nuevo León, Aguascalientes, Sinaloa, Tamaulipas, Nayarit), el centro (Guanajuato, San Luis Potosí, el Estado de México, el Distrito Federal) y el sur (Chiapas, Yucatán) de México. Los objetivos del taller fueron documentar las violaciones a los derechos reproductivos; aumentar los conocimientos y capacidades de asesoría de pares en cuanto a salud sexual y reproductiva, y mejorar las capacidades de defensa para promover dichos derechos. Se documentó el abuso verbal de los proveedores de salud, sospechas de casos de aborto y esterilización sin consentimiento informado y prescripciones médicas que podrían dañar al feto, así como negación de servicios ginecológicos que ocurrieron entre 2005 y 2007. Las participantes se capacitaron para documentar casos de violaciones de los derechos sexuales y reproductivos y para educar a sus pares acerca de salud sexual y reproductiva.
Lecciones aprendidas: Las violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres seropositivas siguen ocurriendo en el sistema de salud pública de México. Estas mujeres pueden ser defensoras eficaces y actuar como educadoras de pares en sus comunidades, pero requieren apoyo técnico permanente para sistematizar y presentar violaciones a los derechos.

Pasos a seguir: Este modelo debe reproducirse en el nivel nacional con apoyo técnico permanente para la presentación de violaciones a los derechos. Esto requerirá de la participación de las comisiones de los derechos humanos nacionales y estatales. Además, los proveedores de servicios de salud que trabajan con pacientes con VIH y SIDA, así como en salud reproductiva necesitan mayor capacitación para mejorar sus habilidades técnicas, su conocimiento de los derechos reproductivos y para reducir el estigma y la discriminación.

Resumen: 9510

D28 - Salud sexual y reproductiva y fertilidad: consideraciones y derechos

Promover la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con y sin VIH en el Estado de México

M. Solís Neri[1], H. Pérez Vázquez[2], T. Kendall[3]

[1]Mexicanas Positivas frente a la Vida, D. F., México, [2]Colectivo Sol, A. C., D. F., México, [3]Asesora independiente, D. F., México.

Temas: En México, el uso de condones por parte de mujeres en una relación estable es raro. Incluso algunas mujeres que viven con VIH informan que sus parejas masculinas argumentan que no se necesitan los condones porque ambos están infectados.
Descripción: El Estado de México tiene 12,183 casos registrados de SIDA. En 2006, se registraron 89 nuevos casos en el municipio de Nezahualcóyotl y 72 en Ecatepec. Organizamos talleres en estos municipios con una alta incidencia de VIH y muchos casos entre las mujeres. En cinco talleres participaron 50 mujeres (30 seropositivas y 20 seronegativas). Las mujeres seronegativas reportaron agresiones sexuales de sus parejas, falta de conocimiento del condón como doble prevención (embarazo e ITS) y experiencias en las que los proveedores de los servicios de salud sólo ofrecen anticonceptivos tradicionales (hormonales o esterilización), pero no condones. Las mujeres seropositivas reportaron que sus parejas argumentan que los condones no son necesarios porque ambos están infectados, así como casos de acoso y violencia sexual si se niegan a tener sexo sin condón. Los talleres cubrieron: información básica sobre VIH e ITS; el virus del papiloma humano; el uso correcto de los condones masculinos y femeninos (incluyendo juegos para motivar a las parejas a usarlos, tales como ponerlos con la boca o los pechos); autoestima; y con mujeres seropositivas, adhesión al tratamiento. Después de los talleres, las mujeres seronegativas tenían un mayor conocimiento acerca de la transmisión del VIH y conciencia de situaciones de riesgo que eran similares a las compartidas por el testimonio de la mujer seropositiva que dirigió el taller.
Lecciones aprendidas: El uso consistente del condón por parte de personas que viven con el VIH debe ser apoyado por acompañamiento de pares y estrategias alternativas de promoción que destaquen el empoderamiento de las mujeres y aumenten su confianza y capacidades para proponer y negociar el uso de condones.
Pasos a seguir: Los programas de prevención deben incorporar componentes sustantivos de prevención para mujeres seropositivas y negativas que incluyan a las parejas masculinas, promuevan la asesoría y aborden la violencia sexual.

Resumen: 3391

D28 - Salud sexual y reproductiva y fertilidad: consideraciones y derechos

Necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres seropositivas con embarazos recientes y actuales en México

S. G. García[1], M. G. van Dijk[1], H. D. Fukuda[2], C. Díaz[3]

[1]Population Council, Oficina de México, Programa de Salud Reproductiva, D. F., México, [2]Massachusetts Deparatment of Public Health, HIV/AIDS Bureau, Boston, Estados Unidos, [3]Consultora para el Population Council, Oficina de México, Programa de Salud Reproductiva, D. F., México.

Antecedentes: Debido a la mayor susceptibilidad fisiológica, sociocultural y económica a la infección del VIH de las mujeres, la proporción de éstas que vive con VIH probablemente continuará aumentando en muchas regiones del mundo, incluyendo México. Sin embargo, es poco lo que se conoce acerca de las experiencias y necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres seropositivas mexicanas. Hemos iniciado un estudio cualitativo dual entre mujeres seropositivas y sus proveedores de salud. Entre ellas, estamos documentando sus necesidades de SSR más amplias, así como explorando decisiones de manejo de embarazos y la calidad de la información y el tratamiento recibido de sus principales proveedores de salud. Además, estamos analizando las opiniones y prácticas de éstos en lo tocante a los cuidados de SSR para mujeres infectadas con el VIH.
Métodos: Estamos llevando a cabo entrevistas a profundidad con aproximadamente 30 mujeres que han estado embarazadas en los últimos cinco años (con diferentes resultados: llevado a término, aborto espontáneo o inducido), y con 10 mujeres embarazadas actualmente en la ciudad de México y el estado de Guanajuato. Entrevistaremos también a unos 18 proveedores de salud. Aunque tenemos un tamaño aproximado de muestra,

para cada grupo participante realizaremos un muestreo hasta llegar a la saturación de datos.

Resultados: El trabajo de campo ya se inició y los resultados serán analizados para junio de 2008. Usando un enfoque de teoría básica, ubicaremos las experiencias de mujeres mexicanas seropositivas con sus proveedores de salud, y hasta donde lo permita la información, presentaremos una tipología teórica de las interacciones, incluyendo recomendaciones de las participantes para mejorar la calidad relevante de los cuidados. De manera similar, analizaremos la información de los proveedores de salud.

Conclusiones: La información que resulte del estudio será muy útil para identificar los recursos que apoyan a las mujeres seropositivas para obtener una mejor SSR, un mayor acceso a tratamiento de VIH y servicios de prevención de transmisión madre-hijo, así como un mayor acceso (de desearlo) a abortos seguros.

Resumen: 4702

D29 - Discriminación, estigma, exclusión social y criminalización

Estigma como barrera para el acceso a cuidados y participación en pruebas clínicas de VIH/SIDA entre latinos que viven con VIH en la región fronteriza Estados Unidos-México

M. L. Zúñiga de Nuncio[1], E. Blanco[1], L. A. Palinkas[2], S. A. Strathdee[1], A. L. Gifford[3]

[1]University of Califronia, San Diego, Division of International Health and Cross-Cultural Medicine, La Jolla, Estados Unidos, [2]University of Southern California, School of Social Work, Los Ángeles, Estados Unidos, [3]Boston University, Edith Nourse Rogers Memorial Veterans Hospital, Department of Veteran Affairs, Center for Health Quality, Outcomes & Economics Research, Boston, Estados Unidos.

Antecedentes: La incidencia del VIH/SIDA está aumentando entre los latinos, pero sus obstáculos a la participación en pruebas clínicas no han sido bien entendidos. Estudiamos los obstáculos relacionados con el VIH entre los proveedores de salud y latinos seropositivos en San Diego, California, en la frontera con México.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo: 1) se condujeron entrevistas semiestructuradas a profundidad con informantes clave (médicos, farmacéuticos, enfermeras, N=15) experimentados en pruebas clínicas de VIH entre latinos; 2) los hallazgos de estas entrevistas plantearon preguntas informadas para cuatro grupos focales (2 hombres, 2 mujeres, N=37) con latinos seropositivos. Se examinó el estigma relacionado al VIH entre los encuestados mediante el uso de análisis de contenido.

Resultados: Los informantes clave proveedores de salud eran en su mayoría no hispanos (66.7%), hombres (73.3%), no se sentían cómodos comunicándose en español (53.3%), y habían trabajado con latinos seropositivos durante >10 años (73.3%). Los grupos focales de pacientes latinos (57% masculinos) en su mayoría habían nacido en México (91.9%); 63% cruzaba al menos una vez al mes la frontera, y 78.4% prefería recibir información de salud en español. Los proveedores informaron acerca de los obstáculos del estigma para la participación en pruebas clínicas entre sus pacientes latinos, señalando la influencia del estigma individual (p. ej. pérdida de apoyo social si se les ve entrando a una clínica de investigación del VIH y estigma comunitario (las familias influían adversamente en su deseo de buscar cuidados médicos porque otros podrían enterarse del estatus del paciente). Los grupos focales de pacientes discutieron las manifestaciones de estigma relacionado al VIH, incluyendo evitar divulgar su estatus, como sería decirle a otros que ellos o sus parejas tienen otras enfermedades (como cáncer o tuberculosis). Los proveedores repitieron esta frase: "cuando uno de los jóvenes muere de SIDA, dicen que murieron de neumonía... o de otra cosa que no sean complicaciones relacionadas con el VIH".

Conclusiones: Encontramos una concordancia proveedor-paciente respecto de la naturaleza del estigma asociado al VIH y su impacto sobre la participación de los latinos en pruebas clínicas; los proveedores parecían comprender los desafíos que enfrentaban sus pacientes para acceder a la atención. El estigma asociado al VIH entre latinos sigue siendo un obstáculo importante para la participación en pruebas clínicas en Estados Unidos.

Resumen: 259

D29 - Discriminación, estigma, exclusión social y criminalización

Actitudes de la población mexicana hacia quienes viven con VIH

L. Ortiz-Hernández, B. L. Gómez-Tello

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Cuidados de salud, D. F., México.

Antecedentes: Los conocimientos acerca de las actitudes hacia las personas que viven con VIH provienen principalmente de muestras de conveniencia —que implican parcialidad en la selección— de trabajadores de salud o de la población en general. El objetivo de este estudio fue analizar la relación de los

factores sociodemográficos con las actitudes de la población mexicana adulta hacia personas seropositivas.

Métodos: Se analizó la base de datos de la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación, la cual incluía una muestra representativa de sujetos mexicanos de 18 años o más (N=1 437). Se construyó una escala (con cuatro ítems) de actitudes negativas hacia personas que viven con VIH/SIDA. Las variables sociodemocráticas estudiadas fueron: sexo, edad, estatus marital, religión, educación, ingresos familiares, tamaño de la población y contacto con personas seropositivas, así como actitudes hacia la homosexualidad.

Resultados: Las personas que tenían actitudes más negativas eran hombres, aquéllos con una mejor educación e ingresos familiares y la gente mayor; los divorciados y viudos; quienes hablan algún dialecto, quienes viven en áreas rurales y quienes tienen actitudes negativas hacia la homosexualidad.

Conclusiones: En este estudio, hemos identificado grupos que tienen actitudes más negativas hacia personas con VIH. Estos hallazgos pueden utilizarse para centrar los esfuerzos para reducir el estigma asociado al VIH.

Resumen: 12346

D29 - Discriminación, estigma, exclusión social y criminalización

Estigma y discriminación de hombres (HVIH) y sus parejas (PVIH) que viven con diagnóstico de VIH/SIDA en Yucatán, México

N. R. Pavia[1], L. Vera[1], J. Maldonado[2]

[1]Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Mérida, México, [2]Red de Personas que Viven con VIH, Mérida, México.

Temas: Los HVIH cargan con un doble estigma: el VIH/SIDA y la homosexualidad. Ambas condiciones aumentan el amplio espectro de conductas negativas hacia ellos, desde aislamiento social hasta problemas emocionales; esconden su diagnóstico, con lo que retrasan en el inicio del tratamiento, con el resultado de un avance excesivo de la enfermedad.

Descripción: En septiembre de 2007 se celebró un taller en Mérida, Yucatán y se entrevistó a 20 HVIH y 4 PVIH antes y después del taller. Se exploraron las experiencias de los participantes y las consecuencias de su enfermedad para el hogar con entrevistas cualitativas semiestructuradas a profundidad, subrayando las oportunidades de superar el estigma y la discriminación para estas poblaciones. Antes del taller, muy pocos participantes eran capaces de aceptar conscientemente la infección del virus en sus cuerpos, aunque consideraban los análisis de laboratorio como definitivos para confirmar y aceptar la enfermedad. Después del taller, todos los participantes identificaron a una persona con VIH con su propia revelación. Comprendieron la definición de estigma, sin embargo, ninguno de los participantes usa esta palabra para explicar su propia situación. Reconocen la discriminación como una subestimación de la violación de los derechos civiles, pero ninguno de ellos aceptó tener una situación similar y la mencionaron como parte de la vida de una persona diferente.

Lecciones aprendidas: Ser capaz de decir "vivo con el VIH" es el principio de otro proceso en el que la meta final es proporcionar las condiciones para planear mejor una buena vida, incluyendo su salud sexual. La posibilidad de informar a la familia y amigos acerca de su preferencia sexual y su situación de salud les permite aceptar y entender su propia enfermedad crónica y manejarla.

Pasos a seguir: Es necesario obtener mayor información respecto del estigma y discriminación entre HVIH y PVIH en sociedades específicas, para poder diseñar ciertos programas e integrar la atención en esta epidemia de SIDA.

Resumen: 15149

D29 - Discriminación, estigma, exclusión social y criminalización

Calidad de vida en portadores de VIH/SIDA de Chihuahua

L. E. Overa Chávez[1], P. García[1], C. Acevedo[1], C. Valles[1], J. Duque Rodríguez[2]

[1]Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, Chihuahua, México, [2]Secretaría de Salud, COESIDA, Chihuahua, México.

Antecedentes: El estigma y la discriminación son un obstáculo para la prevención y el tratamiento de los portadores del VIH/SIDA. La situación afecta a las familias, el trabajo y la sociedad. Existen muchos factores sociales para la propagación de la enfermedad como la pobreza, la falta de vivienda, el analfabetismo, la prostitución, el tráfico de personas, la discriminación de género y otras formas de discriminación. Esta investigación pretende conocer la forma en que los portadores viven con la enfermedad, así como su calidad de vida.

Métodos: Se trata de una investigación cualitativa con un método etnográfico y entrevistas a profundidad,

Resultados: Se realizaron 18 entrevistas, dos con mujeres y 16 con hombres, cinco de ellos heterosexuales y 13 homosexuales (dos transgénero), con edades de 22 a 52 años. El momento del diagnóstico iba de los tres meses a los 25 años. Las principales categorías resultantes fueron: la actitud y las

reacciones acerca de la enfermedad; la relación con el sistema de salud; la integración a grupos de apoyo; la relación con las autoridades de salud y la policía, y el apoyo familiar. En todas estas categorías se encontraron factores positivos y negativos para determinar la calidad de vida.

Conclusiones: Para mejorar la calidad de vida de los portadores de VIH/SIDA es necesario trabajar con factores sociales y psicológicos además del tratamiento médico.

Resumen: 3803

D31 - Vivir con antirretrovirales (ART): impacto, calidad de vida, cambios corporales y conducta sexual

Predictores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas que viven con HIV/SIDA (PVVSS), tratadas con terapia antirretroviral altamente activa (HAART), utilizando la versión validada del cuestionario MOS-HIV para la población mexicana

F. Silva, A. Villasis-Keever, E. Peña de León, R. I. León, A. Barrera, J. Sierra-Madero

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades infecciosas, D. F., México.

Antecedentes: La CVRS en individuos infectados con VIH que reciben HAART es importante para la evaluación de los programas de este tratamiento, dada la naturaleza crónica de la enfermedad. Luego de la instrumentación de estos programas en México no se han realizado estudios para evaluar el tema.

Métodos: El cuestionario MOS-HIV para CVRS fue recientemente validado por Peña et al. Este instrumento se aplicó a todos los sujetos que aceptaron participar en el programa gubernamental de antirretrovirales (ART) en nuestra clínica. Se usaron modelos de regresión logística para identificar los factores asociados con una mejor CVRS física y mental entre las características demográficas, sociales y clínicas.

Resultados: Los cuestionarios se aplicaron a 504 de 518 sujetos que actualmente participan en un programa gubernamental de ART en nuestra clínica. Se consideraba que los individuos tenían una CVRS física y mental "favorable" si la mayoría de sus cifras de MOS-HIV eran mayores al 25° percentil de la distribución correspondiente. El análisis no variable mostró que el género masculino, los hombres que tienen sexo con hombres, la ausencia de un evento inicial definitorio de SIDA, la ausencia de co-morbilidad y una edad menor a 50 años predecía una CVRS física favorable. El género femenino, un acontecimiento inicial definitorio del SIDA y la CDC etapa C resultaron predictores de un estatus mental de CVRS desfavorable. En el modelo logístico de regresión los únicos predictores desfavorables de CVRS fueron un número de células CD4+ menor a 50/ml, un evento inicial definitorio de SIDA (para CVRS física) y género femenino (para CVRS mental).

Conclusiones: En este estudio una calificación menor en el cuestionario de CVRS se relacionó con una etapa muy avanzada de SIDA y género femenino. Se requiere centrarse en estos grupos para intervenciones cuyo objetivo es la CVRS.

Resumen: 4627

D31 - Vivir con antirretrovirales (ART): impacto, calidad de vida, cambios corporales y conducta sexual

La sexualidad y el cuerpo en la experiencia de mujeres y hombres que viven con el VIH/SIDA en México: algunas lecciones para la prevención y el cuidado

C. Herrera[1], L. Campero[2], M. Caballero[3], T. Kendall[4], A. E. Quiroz[5]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones de Sistemas de Salud, D. F., México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, [3]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones de Sistemas de Salud, Cuernavaca, México, [4]Asesor independiente, República de Moldovia, [5]El Colegio de México, Centro de Estudios Económicos, D. F, México.

Antecedentes: Hasta la fecha ha habido una falta de investigación en torno a las diferencias experimentadas en el cuerpo y la sexualidad entre hombres y mujeres que viven con el VIH/SIDA (PVVSS) en México. Abordamos estos temas con base en la suposición subyacente de que las construcciones dominantes de género condicionan mucho estas experiencias y tienen una influencia decisiva sobre el bienestar emocional y, por consiguiente, sobre los procesos de autocuidado, prevención, tratamiento y calidad general de vida.

Métodos: El estudio cualitativo consistió en 40 entrevistas a profundidad (20 hombres y 20 mujeres) a PVVSS en México. Los sujetos de investigación no estaban relacionados entre sí, reportaron prácticas heterosexuales, habían sido diagnosticados menos de un año antes y eran ambulatorios. Se completó el análisis comparativo de género en el contexto del discurso social sobre género, sexualidad, el cuerpo y el VIH/SIDA.

Resultados: Tanto para hombres como para mujeres, el cuerpo pasó de ser el hogar de su atractivo físico a vivirse como una campo de batalla entre dos fuerzas hostiles: el virus y los medicamentos antirretrovirales. El cuerpo se vuelve "consciente" a través de procesos involuntarios que frustran los planes personales. Las normas sexuales se diferencian por género, pero

los impactos sobre la salud mental son similares: culpa, temor, estigma internalizado, autonegación y prejuicios. El temor de la sospecha de promiscuidad en las mujeres y las actividades homoeróticas en los hombres son la moralidad sexual que más afecta a cada género.

Conclusiones: La combinación de normas restrictivas de género con una falta de información adecuada acerca del VIH/SIDA hace que tanto hombres como mujeres que viven con VIH en México se sientan ansiosos y vean limitada su libertad en relación con el cuerpo y la sexualidad. Con frecuencia, se espera que las PVVSS obedezcan y se adhieran a las prescripciones médicas sin reconocer los múltiples factores emocionales y sociales que afectan dicha adhesión y que se diferencian por género. El conocimiento de estas diferencias puede resultar en la identificación de necesidades específicas que podrían orientar las iniciativas para mejorar la calidad de vida y los cuidados de esta población.

Resumen: 15375

D32 - Vivir con coinfecciones: tuberculosis (TB) y VIH, VCH, VPH y VIH

Vivir con coinfecciones. El trabajo del Comité Binacional de VIH/ITS Tijuana-San Diego para mejorar la calidad de los cuidados en la frontera

B. Lomelí[1], J. Bedoya[2], R. Cano-Hays[3]

[1]Project Concern Internacional, México, San Diego, Estados Unidos, [2]AIDS Healthcare Foundation, Tijuana, México, [3]Project Concern Internacional, San Diego, Estados Unidos.

Temas: El Comité de VIH/SIDA Tijuana-San Diego es una coalición de organizaciones miembro e individuos voluntarios organizados alrededor de la prevención del VIH/SIDA desde 1989. La calidad de vida para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVSS) en la región se ve afectada notablemente por su acceso a los servicios. Lograr o no acceder a servicios del otro lado de la frontera impacta mucho su capacidad de acceder a servicios integrados de calidad. Debido a su naturaleza binacional, el Comité se encuentra bien posicionado para evaluar las diferencias marcadas entre individuos separados por una frontera internacional, sitio en el que chocan los mundos desarrollado y en desarrollo. Hacia finales de 2007, el Comité se comprometió a trabajar en pro de una integración de los servicios de VIH y TB para mejorar la calidad de los cuidados en el lado mexicano de la región y mejorar las oportunidades de vidas más saludables para pacientes coinfectados e individuos vulnerables en Tijuana.

Descripción: El Comité presentará los resultados del proyecto de integración TB-VIH/SIDA que incluye: intercambios de capacitación conjunta entre proveedores de servicios para VIH y TB; colaboración entre programas para VIH y TB; toma de conciencia de los medios acerca de las coinfecciones, y empoderamiento y una mayor conciencia para seropositivos y personas con TB.

Lecciones aprendidas: Los resultados esperados incluyen: una mayor conciencia de la coninfección en proveedores de servicios y personas afectadas por TB o VIH o ambos en los dos lados de la frontera y mejores recomendaciones e integración de servicios.

Pasos a seguir: El Comité instrumentará este programa en colaboración con otros programas públicos y privados de TB, y documentará la intervención y las lecciones aprendidas para presentarlas en la conferencia.

Resumen: 14384

D33 - Bienestar psicológico y salud mental

Terapia cognitiva conductual, alternativa para el manejo de niños y adolescentes con VIH/SIDA y depresión

P. Tovar-Larrea[1], G. Campos-Aguilar[2], R. M. Cartt-Len[2], R. Muñoz-Hernández[1], P. Villalobos-Acosta[2], P. Martínez[3], G. Vázquez[4], J. M. Sauceda[5], N. Pavia-Ruz[6]

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México, [2]Hospital Infantil de México, Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas, Clínica de Niños con VIH, D. F., México, [3]Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México, [4]Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, D. F., México, [5]Universidad Nacional Autónoma de México, Salud Mental, D. F., México, [6]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México.

Introducción: La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión en adultos y niños con enfermedades crónicas. La bibliografía relacionada con la TCC en el caso de niños y adolescentes infectados con el VIH es limitada.

Objetivo: Describir el manejo psicológico de la depresión en niños y adolescentes infectados con el VIH utilizando la TCC.

Métodos: Se incluyó a los pacientes de entre 6 y 17 años que asisten a las clínicas pediátricas de VIH en México (UNAM, Hospital Infantil de México, IMSS, Hospital Civil de Guadalajara). Fueron evaluados utilizando pruebas CBCL, YRS, CDI,

Tabla 1

Intervención terapéutica (n=40)	Basal (n=15)	1er Seguimiento (n=15)	2° Seguimiento (n=10)	3er Seguimiento (n=8)
CCT (n=15)	Dep. ligera: 11 Dep. moderada: 3 Dep. severa: 1	Dep. ligera: 2 Dep. moderada: 0 Dep. severa: 0	Dep. ligera: 0 Dep. moderada: 0 Dep. severa: 1	Dep. ligera: 1 Dep. moderada: 1 Dep. severa: 0
	n 25	n 24	n 23	n 20
Breve terapia (n=25)	Dep. ligera: 14 Dep. moderada: 6 Dep. severa: 5	Dep. ligera: 5 Dep. moderada: 1 Dep. severa: 2	Dep. ligera: 2 Dep. moderada: 0 Dep. severa: 1	Dep. ligera: 2 Dep. moderada: 2 Dep. severa: 0

DSM-IV y CIE-10. Después del diagnóstico de depresión, un grupo recibió TCC, otro fue tratado con una breve psicoterapia. Todos recibieron diez sesiones. Se aplicó la prueba CDI cada cuatro meses durante un año.

Resultados: Entre noviembre de 2005 y enero de 2008, se incluyó a 135 niños y adolescentes, 77 de ellos niñas; 131 infectados por transmisión perinatal; 54 pacientes (40%) recibieron diagnóstico de depresión, 40/45 aceptaron una intervención psicoterapéutica (ver Tabla 1).

Conclusiones: Ambas intervenciones redujeron el nivel inicial de depresión, lo cual se mantuvo al menos seis meses después de la terapia. Es necesario dar un seguimiento más largo y aumentar el número de pacientes para poder corroborar nuestros resultados. Es importante que los niños y adolescentes con VIH/SIDA reciban apoyo psicológico para disminuir al mínimo el impacto psicológico de esta enfermedad crónica.

Resumen: 14657

D33 - Bienestar psicológico y salud mental

Alteraciones de la conducta en niños y adolescentes infectados con VIH. Un estudio multicéntrico

R. M. Chartt-Leon[1], P. Tovar-Larrea[2], G. Campos-Aguilar[1], P. Villalobos-Acosta[1], R. Muñoz-Hernández[1], P. Martínez[3], G. Vázquez[4], J. M. Sauceda[5], N. Pavia-Ruz[6]

[1]Hospital Infantil de México, Federico Gómez, Enfermedades Infecciosas, Clínica de Niños con VIH, D. F., México, [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México, [3]Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México, [4]Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, D. F., México, [5]Universidad Nacional Autónoma de México, Salud Mental, D. F., México, [6]Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Clínica de Atención a Niños con VIH, D. F., México.

Antecedentes: El VIH es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades. Los tratamientos antirretrovirales actuales han permitido a los niños llegar a la adolescencia y a la edad adulta. Un aspecto subestimado de este grupo de pacientes es la presencia de problemas conductuales. La bibliografía en este campo es limitada.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de problemas conductuales en niños y adolescentes que asisten a cuatro clínicas de VIH en México.

Métodos: De noviembre de 2005 a marzo de 2006, los niños y adolescentes con diagnóstico de VIH/SIDA que recibían seguimiento en cuatro clínicas (UNAM, Hospital Infantil de México, Hospital Civil de Guadalajara y el IMSS) fueron evaluados usando pruebas de selección (CBCL e YSR, en inglés) y una prueba de confirmación de depresión luego de dar su consentimiento informado. Se obtuvo información demográfica y social.

Resultados: Se incluyó a 135 niños y adolescentes: 57% eran mujeres; la edad promedio fue de 9 años (7-17 años); 94 pacientes (69.6%) son huérfanos y todos reciben ART; 107 (79%) estaban concientes de su estatus de VIH; 96 casos (71%) provenían de familias disfuncionales. Detectamos los siguientes problemas conductuales: depresión, 54 (40%), somatización, 32 (24%), problemas sociales, 29 (21.5%), conducta agresiva, 10, déficit de atención y congnitivo y ruptura de reglas, 8 pacientes. La depresión se detectó generalmente entre los 7 y los 12 años. Todos los pacientes recibieron terapia psicológica.

Conclusión: En este estudio, la depresión fue la alteración conductual más común, seguida por algunas somatizaciones y problemas sociales. Estas alteraciones pueden explicarse como la forma en que los niños enfrentan su enfermedad. Las pruebas de selección conductual deben ser parte del enfoque integral de niños seropositivos.

Resumen: 1169

D33 - Bienestar psicológico y salud mental

Síntomas psiquiátricos y variables psicosociales en pacientes con VIH/SIDA

J. Baranda-Sepúlveda[1], S. Sánchez-Román[2], J. Sierra-Madero[3], D. P. Jaime-Velasco[4], L. N. González de Jesús[4]

[1]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Psiquiatría, D. F., México, [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Psicología, D. F., México, [3]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Infectología, D. F., México, [4]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, D. F., México.

Antecedentes: El objetivo del estudio es evaluar los síntomas psiquiátricos, los factores psicosociales y la adhesión al tratamiento atirretroviral de los pacientes con VIH. Comprender la interrelación de tales factores podría permitirnos crear nuevos programas para detectar y tratar desórdenes psiquiátricos, mejorar el cumplimiento del tratamiento y reducir comportamientos de alto riesgo.

Métodos: En este estudio participaron pacientes con VIH externos que asistían a la clínica de infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMN) entre noviembre de 2007 y enero de 2008, completando las siguientes escalas:

1) lista de síntomas-90 (SCL-90);
2) cuestionario de apoyo social MOS;
3) cuestionario de adhesión al tratamiento antirretroviral;
4) cuestionario de manejo del SIDA.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes seropositivos (54 mujeres y 14 hombres). La edad promedio fue de 38.65±9.5 años con 12.93±3.49 años de escolaridad; 47.8% declaró ser heterosexual, 50.7% homosexual y 1.5% baisexual. Promediaban 97.46±73.91 meses de su diagnóstico y tenían un número de células CD4 de 414.47±260.57 cel/ml; 85% mostró una carga viral de <5000. Los pacientes seropositivos mostraron mayores síntomas de somatización ($p<0.01$) y depresión (p.04), al compararlos con el grupo sano. No se encontraron diferencias significativas en síntomas psiquiátricos entre pacientes homosexuales y heterosexuales. Se encontró una correlación negativa entre la "calificación de apoyo informativo" ($r=-0.847$, $p<0.01$), la "calificación de apoyo instrumental" ($r=-0.316$, $p<0.05$) y la presencia de síntoma psiquiátricos. Se encontró otra correlación negativa entre el "estilo de manejo evasivo" y los números de CD4 ($r=-0.410$, $p<0.01$). Las variables con una correlación positiva con adhesión a los antirretrovirales fueron: "calificación de apoyo informativo ($r=-0.503$, $p<0.01$), "calificación de apoyo emocional ($r=-0.381$, $p<0.01$), "estilo de manejo de comportamiento activo" ($r=-0.412$, $p<0.01$),

Conclusiones: En nuestro grupo de estudio, tener un mejor apoyo social se relacionaba con menor sintomatología psiquiátrica y mejor adhesión al tratamiento. Tener un estilo de manejo activo se relacionó como una mejor adhesión al tratamiento y tener un estilo de manejo evasivo se relacionó con números superiores de CD4.

Resumen: 13802

D33 - Bienestar psicológico y salud mental

Apoyo psicológico y social en un cuarto de descanso para personas que viven con VIH/SIDA durante el X Congreso Nacional de SIDA en León, Guanajuato, México, 2007

M. d. C. Villa Montaño[1], M. d. L. González del Castillo Aranda[2], N. A., González Morales[3], C. G. González Torres[3], M. d. I. L. Meza Rocha[4], L. V. Orozco Herrera[1], M. G. Pérez Vega[1], J. L. Rodríguez Villalpando[3]

[1]Universidad de Guanajuato, Facultad de Psicología, León, Guanajuato, México, [2]Clínica Privada, Terapia Familiar, León, Guanajuato, México, [3]Universidad de Guanajuato, Facultad de Psicología, León, Guanajuato, México, [4]Clínica Privada, Terapia Familiar, León, Guanajuato, México.

Temas: Este trabajo muestra la experiencia de un grupo de terapeutas familiares en un cuarto de descanso para personas que viven con VIH/SIDA (PVVSS) durante el Congreso Nacional de SIDA 2007, en León, Guanajuato, México.

Descripción: El objetivo del programa es ofrecer apoyo social a las PVVSS que asistieron al cuarto de descanso y apoyo psicológico a aquéllos que lo solicitaron por medio de una intervención terapéutica dirigida por profesionales en terapia familiar. El equipo estaba formado por ocho terapeutas que cubrieron 90% del congreso. Se llevaron a cabo guardias tanto en la mañana como en la tarde, en ocasiones con dos terapeutas simultáneamente en el cuarto, otras, sólo uno. Éstos daban la bienvenida a las personas, ofrecían su apoyo a quienes lo deseaban y hablaban con ellos dentro de un contexto social. Esto permitía que la gente se conociera y compartiera su experiencia durante el congreso, así como sus experiencias en torno al VIH/SIDA. Quienes así lo deseaban pedían atención personal y privada. En total, asistieron 55 personas, 27 de las cuales fueron atendidas en grupo y 28 de manera individual.

Lecciones aprendidas: A través de este ejercicio, nos familiarizamos en general con los problemas de los individuos en lo referente al VIH/SIDA, las fortalezas que pueden utilizar para enfrentar tales dificultades y sus expectativas personales respecto de los servicios de salud.

Pasos a seguir: Dentro de las conclusiones derivadas de esta experiencia, se destaca la importancia de ofrecer atención psi-

cológica a las PVVSS durante la evolución de la enfermedad, puesto que los pacientes presentan diferentes problemas en etapas diversas, así como atención psicológica a las familias para que puedan lograr una respuesta favorable de apoyo a sus familiares enfermos. También se logró confirmar que la relación humana en un marco de respeto y empatía es la mejor manera de tener éxito en la atención a las PVVSS.

Resumen: 10000

D33 - Bienestar psicológico y salud mental

Proceso de desarrollo humano para personas que viven con VIH/SIDA (PVVSS) y sus familiares

F. Cázares

Fundación Sin VIH/SIDA, A. C. Director, Mazatlán, Sin., México.

Antecedentes: El desarrollo humano para las PVVSS promueve no sólo el desarrollo económico, sino también el social y el personal a partir de variables como la autoestima, las expectativas de vida, cultura y educación, la dignidad de la persona humana en recuperación (perdida debido al estigma del VIH/SIDA), y el empoderamiento para mejorar la calidad de vida, lo cual significa mayores opciones de vida y más sostenidas. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo lo define como "El proceso de aumentar el rango de opciones de las personas —aumentando sus oportunidades de educación, salud, ingresos y empleo, y cubriendo el rango completo de las opciones humanas desde un ambiente físico fuerte hasta la libertad económica y política [...] El desarrollo humano se relaciona tanto con las capacidades humanas como con usarlas de manera productiva [...] Y significa desarrollo por parte de la gente, lo cual requiere enfoques de participación" (UNDP, Human Development Report, 1992).

Métodos: Los procesos de Entrenamiento Ontológico (Ontologic Coaching) son educación adulta experiencial. Utilizamos el formato experiencial para proporcionar el aprendizaje y el descubrimiento a largo plazo de la manera más poderosa. Nuestro crecimiento más profundo ocurre a través de nuestra experiencia, no intelectualmente. Las raíces del modelo de aprendizaje de experiencia se remontan a 1947 en los Nacional Training Laboratorios en Bethesda, Maryland. Los investigadores desarrollaron lo que se dio en llamar el "modelo de proceso de aprendizaje", que implicaba el uso de ejercicios (o lo que ahora llamamos procesos experienciales), los cuales apoyaban a los participantes para aprender de toda la experiencia, en lugar de hacerlo desde lo intelectual.

Resultados: La capacidad de producir resultados extraordinarios en todas las áreas de la vida, experimentar menos estrés, utilizar el tiempo más efectivamente, mejorar el poder personal, tener deseos de arriesgarse y desafiarse, experimentar satisfacción, respetar la vida, rechazar la violencia, escuchar para comprender, compartir con otros, proteger el planeta, redescubrir la solidaridad.

Conclusiones: 100% de las personas que adoptaron este proceso han alcanzado sus metas y cambiado su forma de vivir. Desde el primer nivel del proceso sintieron poder personal y deseos de actuar.

Resumen: 9555

D37 - Acceso y disponibilidad de tratamiento y atención, servicios de salud y salud mental para pacientes con VIH/SIDA

Comunicación para el cambio. Tecnología, redes sociales, calidad de vida

R. Rodríguez[1], A. Kydd[1], M. Biriotti[2]

[1]SHM Productions, D. F., México, [2]SHM Productions, Londres, Reino Unido.

Temas: El uso de la tecnología para mejorar el acceso a la información y servicios, el apoyo emocional y la comprensión del tratamiento médico para quienes viven con VIH/SIDA. -Redes sociales. -Calidad de vida.

Descripción: El Proyecto Zumbido se diseñó para responder a las necesidades cotidianas y mejorar el acceso a servicios médicos y otros servicios y al apoyo emocional. Se crearon pequeños grupos cuyos miembros tenían acceso a teléfonos celulares con una tecnología que permitía la comunicación de voz y mensajes de texto. Dentro de cada grupo había participantes que vivían con VIH/SIDA, profesionales y familiares de áreas rurales y urbanas del estado de Jalisco. Los miembros de los grupos podían comunicarse con la frecuencia que desearan durante los tres meses de duración del proyecto. Se comunicaron acerca de temas relacionados con el tratamiento médico y otros servicios, su salud física y también ayudaron a apoyarse emocionalmente entre sí.

Lecciones aprendidas: Más de 50% de los 40 participantes jamás había usado un teléfono celular antes de participar en el programa. En la primera semana, enviaron 14 mil mensajes y 250 mil durante la duración del proyecto. La participación mejoró la autoestima y redujo la sensación de aislamiento, depresión y ansiedad. El apoyo del grupo alentó a algunos participantes a volver a tomar sus medicinas cuando ya las habían dejado. La base de conocimientos de los participantes aumentó con respecto al acceso a servicios y tratamiento médico, ayu-

dándolos a manejar mejor su condición. La mezcla de participantes de áreas rurales y urbanas y en diferentes etapas de la enfermedad sirvió para compartir los problemas y adquirir nuevos conocimientos. La vigilancia y dirección continua del proyecto por parte de los facilitadores fue crucial para lograr los objetivos del proyecto.

Pasos a seguir: Compartir la experiencia de Zumbido con otros países. Encontrar financiamiento para ampliar el modelo en diferentes estados de México.

Resumen: 14496

D37 - Acceso y disponibilidad de tratamiento y atención, servicios de salud y salud mental para pacientes con VIH/SIDA

Seguros comerciales y esquemas de asistencia médica: su papel para mejorar el acceso a atención para personas que viven con VIH/SIDA - Un análisis global

A. Weber, B. Palmer, P. Bhatt

Levi Strauss & Co., HIV/AIDS Treatment and Care Program, San Francisco, California, Estados Unidos.

Temas: Los seguros privados pueden tanto facilitar como obstaculizar el acceso a los servicios de VIH/SIDA entre quienes padecen la enfermedad. Algunas corporaciones multinacionales subsidian los seguros médicos privados y esquemas médicos para permitir a sus empleados el acceso a atención más confiable de la que pueden disponer en los programas con financiamiento público. Mientras que el objetivo de muchas aseguradoras privadas es mejorar el acceso a la atención, a menudo aquellos individuos con condiciones de salud específicas como: el VIH/SIDA están excluidos, en parte o totalmente, de recibir cobertura.

Descripción: Se realizó una evaluación de las políticas de las aseguradoras privadas para evaluar si el VIH/SIDA tiene impacto en el nivel de cobertura ofrecido a los empleados. Se revisaron 13 políticas médicas de seguros —desde cobertura total a sólo hospitalización— en 11 países con diversas frecuencias de VIH/SIDA. Se siguió un formato de recolección estructurada de datos, considerando temas clave como cualquier medida de exclusión relacionada con enfermedades crónicas, el VIH/SIDA y/o sus complicaciones relacionadas.

Lecciones aprendidas: Aproximadamente 38% (5/13) de las políticas médicas tratan el VIH/SIDA igual que otras condiciones crónicas; 23% (3/13) lo incluyen específicamente. Sin embargo, 62% (8/13) lo destacan con restricciones y cláusulas de exclusión. Esta práctica se demostró en todo el mundo. De estas políticas, seis excluían completamente al VIH/SIDA y las complicaciones relacionadas de su cobertura, y dos tenían periodos de espera mayores para el VIH/SIDA que para cualquier otra condición preexistente. Esto demuestra que el estatus de VIH puede afectar la capacidad de recibir cualquier cobertura de salud privada y de servicios requeridos para manejar condiciones relacionadas.

Pasos a seguir: En adelante, las compañías multinacionales tienen que examinar sus políticas de seguros de salud de cara a los servicios locales para determinar la mejor manera de subsidiar los costos para sus empleados. Existe la necesidad de que el mercado de seguros privados adapte paquetes para VIH/SIDA en la medida en que los costos de medicamentos y tratamiento se reducen, y las necesidades de servicios aumentan. Las discusiones en todas y cada una de las compañías multinacionales con los proveedores/agentes de seguros pueden influir al mercado real de la cobertura del VIH/SIDA a través de los seguros privados.

Resumen: 4786

D37 - Acceso y disponibilidad de tratamiento y atención, servicios de salud y salud mental para pacientes con VIH/SIDA

Financiamiento del SIDA y los precios de los antirretrovirales (ARV): los casos de Brasil y México

R. E. Molina Salazar[1], E. González Marín[2]

[1]Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Economía, D. F., México, [2]Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, Economía, D. F., México.

Antecedentes: El estudio se centra en los tipos de financiamiento del VIH/SIDA y los precios de los medicamentos antirretrovirales en los casos de Brasil y México. Los tipos de financiamiento no son neutrales en relación con un acceso equitativo. Las formas de financiamiento público, seguro social o impuestos generales, son más equitativos que aquéllos que se basan en dinero en efectivo de los bolsillos de los hogares. Quienes viven con VIH/SIDA en Brasil tienen acceso universal a tratamiento integral, el cual incluye medicamentos antirretrovirales, pero no ocurre lo mismo en México, donde los servicios de salud están segmentados, al igual que aquéllos para los afectados por el VIH/SIDA. En el sistema del seguridad social se proporciona un tratamiento incluyente, pero no es el caso para quienes no cuentan con este servicio, independientemente de que exista una mejor disponibilidad medicamentos antirretrovirales.

Métodos: Se utilizan las cuentas de salud de SIDA para estudiar los tipos de financiamiento. Para los precios de los antirretrovirales se utiliza al información privada y pública.
Resultados: En ambos países, la principal fuente de financiamiento es la pública. La tasa de mortalidad por SIDA (TMS) de Brasil cayó al instrumentarse el programa SIDA y se incluyeron los antirretrovirales de forma universal. La TMS mexicana se encuentra estabilizada, pero es 43% más baja para quienes cuentan con seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social). Los precios de los medicamentos antirretrovirales en México son más altos que en Brasil; el precio del Kaletra era, en 2005, 100% más caro en México que en Brasil; el Efavirenz para 2007 era 45% más alto que en Brasil y 263% más alto que en Tailandia. En promedio, el costo de la terapia con antirretrovirales por paciente era, en 2005, 48% más alto en México que en Brasil.
Conclusión: El sistema de salud mexicano no logra proveer atención universal e integral para el tratamiento del VIH/SIDA, por lo que la TMS no disminuye. El costo de esta terapia representa una gran carga para la sociedad mexicana.

Resumen: 630

D38 - Comercio, patentes y producción y disponibilidad farmacéuticas

Globalización y manejo de la cadena de insumos farmacéuticos: mejorar el acceso y sustentabilidad para los excluidos

M. L. Wang
Center of Global Health and Development Partnerships, Beijing, Taipei, China.

Antecedentes: Las deficiencias en el manejo de la cadena global de insumos farmacéuticos, especialmente para los excluidos representan un desafío importante para la intervención en VIH. A pesar de la mejora de algunos mecanismos de comercio global, tales como la Declaración de DOHA y la Decisión del 30 de agosto, el acceso a medicamentos contra el VIH sigue siendo inadecuado. El propósito de este estudio es hacer un reporte de los análisis más recientes del manejo de la cadena global de insumos farmacéuticos para medicamentos contra el VIH/SIDA. El objetivo es generar un marco innovador para mejorar el acceso farmacéutico global al tratamiento del VIH.
Métodos: Este estudio combina una encuesta mundial y un meta-análisis de entrevistas etnográficas a profundidad, grupos focales, estudios de caso y políticas y reglamentaciones globales en África, Sudamérica y el Caribe, China, Camboya e India, con el objeto de analizar la cadena global de insumos farmacéuticos para medicamentos contra el VIH/SIDA. Se analizan:

1. los sistemas de manejo de la cadena global de insumos farmacéuticos para medicamentos;
2. marcos regulatorios globales;
3. barreras técnicas para el comercio, derechos de propiedad intelectual y precios de fármacos;
4. mecanismos de proceso, v. gr. financiamiento y distribución, y
5. capacidad de salud pública.

Resultados: El pobre acceso a fármacos es resultado de problemas en el manejo de la cadena global de insumos. Entre éstos se encuentran: la falta de un marco regulatorio global armónico; barreras técnicas globales; mecanismos ineficientes y poco efectivos de financiamiento, predicción, producción y distribución y de sistema de salud publica.
Conclusiones:

1. Se requiere urgentemente una cadena de insumos farmacéuticos global, que combine soluciones provenientes de todos los niveles de acción, desde altos mandos hasta actores de menor rango;
2. las soluciones provenientes de los mandos superiores deben dirigirse a la construcción de capacidades comunitarias para el acceso equitativo;
3. las soluciones de los mandos altos deben abordar las barreras técnicas en el comercio y los derechos de propiedad intelectual, incluidas las mejoras en licencias obligatorias, importaciones paralelas, transferencia de tecnología y patentes, como la creación de una patente "compartida-pública-privada", y
4. las soluciones provenientes de abajo requieren la integración de los mecanismos de proceso.

Conclusión: La encuesta a gran escala y el meta-análisis en cuatro continentes muestra la urgencia de abordar los problemas de la cadena global de insumos farmacéuticos para medicamentos a través del uso de un marco innovador e integrado, el cual es provisto en su totalidad por el estudio.

Resumen: 15125

D39 - Evaluación económica de los programas de prevención, atención y mitigación (costo-efectividad incluida)

Costo-efectividad de la terapia antirretroviral de primera línea para el VIH en México

P. Oliva-Oropeza, A. Valencia, S. Bautista-Arredondo, S. M. Bertozzi
Instituto Nacional de Salud Pública, Economía de la salud, D. F., México

Antecedentes: La terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés) se ha vuelto en el estándar de atención para los pacientes con VIH en México. En comparación con otros paí-

ses en desarrollo, México paga mucho por los antirretrovirales a las compañías farmacéuticas, por lo que hicimos un cálculo de costo-efectividad de tres regímenes de estos medicamentos.

Métodos: Desarrollamos un modelo de transición estatal de la historia natural de la enfermedad del VIH, utilizando el número de células CD4 y los niveles de ARN VIH como predictores del avance de ésta. Evaluado en una cohorte hipotética mexicana, las medidas incluían esperanza de vida, costos médicos directos para toda la vida y efectividad de costos en dólares de 2007 por año de vida ganado. La información clínica se obtuvo de estudios clínicos importantes. Los datos sobre los costos de utilización de servicios y de los medicamentos se basaron en un estudio de utilización mexicano que incluye los costos médicos directos de la atención relacionada con el VIH, incluyendo costos de hospitalización, consultas externas, pruebas de laboratorio, procedimientos clínicos y medicamentos.

Resultados: Los costos de por vida aumentaron de $23,798 sin HAART a $68 813 para Zidovudine (AZT)-Lamivudine (3TC)-Efavirenz (EFV); a $75,679 con Tenofovir (TDF)-Emitricitabine (FTC)-EFV, y a $112 052 con TDF-FTC-Raltegravir. El costo incremental por año de vida ganado al utilizar AZT-3TC-EFV en comparación con ninguna terapia fue de $13,258. La tasa de costo-efectividad para la combinación AZT-3TC-EFV fue de $10,436 (95% de intervalo de confianza CI, $9,701 a $11,021) por año de vida ganado; para TDF-FTC-EFV fue de $11,092 (95% CI, $10,276 a $11,746), y para TDF-FTC-Raltegravir fue de $16,058 (95% IC, $13,983 a $17,671). Los costos de los medicamentos y la adherencia fueron los determinantes más importantes de los costos y los beneficios clínicos, respectivamente.

Conclusión: De acuerdo con los valores de umbral para la costo-efectividad relativa de una intervención de la OMS, las tres estrategias son costo-efectivas para México. La combinación AZT-3TC-EFV es el tratamiento antirretroviral más costo-efectivo para iniciar el HAART en México. Nuestros resultados son similares a los de estudios publicados anteriormente, demostrando que el HAART es una intervención costo-efectiva en países en desarrollo.

Resumen: 13213

D39 - Evaluación económica de los programas de prevención, atención y mitigación (costo-efectividad incluida)

Costo-efectividad y evidencia de costo para atención y tratamiento del VIH/SIDA en sitios de escasos recursos: un análisis de la bibliografía

L. De María[1], S. Bautista-Arredondo[1], Y. Caro-Vega[1], H. Sucilla[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Health Economics, Cuernavaca, México, [2]Secretaría de Salud de México, Office of the Federal Gobernment Secretariat, D. F., México

Antecedentes: El análisis de costo-efectividad (ACE) es una herramienta útil para informar la toma de decisiones de políticas y servicios en atención de salud. La poca información sobre efectividad de costos y terapia antirretroviral comenzó a estar disponible para países de escasos recursos cuando los programas comenzaron a aumentar. Recientemente, se dispone de más datos de ACE, los cuales proveen evidencia para informar mejor cuándo iniciar y detener una terapia, qué herramientas de diagnóstico emplear, y la factibilidad de añadir regímenes de segunda línea y de rescate.

Métodos: Llevamos a cabo una revisión sistemática de la literatura para examinar la literatura publicada y la literatura gris de estudios de intervenciones costo-efectivas de VIH/SIDA en países de ingresos bajos y medios, utilizando criterios amplios de búsqueda para el periodo 2005-2007. Seleccionamos 10 artículos que cumplían los criterios establecidos para una revisión detallada.

Resultados: La bibliografía de costo-efectividad del tratamiento de VIH/SIDA se centra en aspectos de provisión de ART (ocho artículos) y profilaxis antibiótica para infecciones oportunistas (dos artículos). Las tasas de costo-efectividad incrementales no descontadas para ART iban de US$430/año de vida salvado (AVS) a US$4,937/año de vida ajustado por la calidad (AVAC) al iniciar la terapia en CD4 <200 células/mm3 y US$550/AVS a US$5,314/AVAC al iniciar en CD4<350 células/mm3. Las estimaciones de las tasas de costo-efectividad incrementales (TCEI) para marcadores clínicos de inicio y abandono de terapia fueron de US$590-1,060/año de vida ganado (AVG), mientras que para la prueba de CD4 fue de US$1,180/AVG. Las TCEI para las pruebas de carga viral fueron de US$14,670-US$16,139/AVAC por encima de los escenarios de caso base. Añadir una terapia de segunda línea fue de US$1,850 a 10,960/AVS. Las estimaciones de cotrimozazole (sin ART) iban desde ahorros en costo hasta US$1,171/AVAC. No se encontró información de costo-efectividad en atención paliativa, intervenciones de adherencia, ART en niños, suplementos nutricionales o apoyo psicosocial.

Conclusiones: Iniciar el tratamiento ARV más temprano (a <350 células/mm3) mejora la expectativa de vida y aumenta la costo-efectividad. La costo-efectividad (CE) de la terapia de segunda línea y el monitoreo de laboratorio se mejoran con menores costos de medicamentos y equipos. Los estudios de CE de ART se centran en África. En la medida en que se ha producido más evidencia de CE en los años recientes, se requieren más estudios en un rango más amplio de escenarios para ofrecer un panorama más completo de CE de la atención en VIH/SIDA.

Resumen: 4198

D39 - Evaluación económica de los programas de prevención, atención y mitigación (costo-efectividad incluida)

Costos y beneficios de HAART para pacientes con VIH en un hospital público de México

B. Aracena[1], J. Oaxaca[2], H. Lamadrid[1], S. Forsythe[3], B. Trejo[1]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, [2]Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuernavaca, México, [3]Futures Institute, Cuernavaca, Morelos.

Antecedentes: Actualmente, el gobierno mexicano está instrumentando estrategias para mejorar y ampliar el tratamiento integral para personas con VIH. Se dispone de información limitada sobre los beneficios obtenidos y los costos de tales estrategias. El objetivo de este estudio fue estimar los efectos de la terapia HAART en una cohorte de PVVSS y estimar el costo de extender sus vidas.

Métodos: Se usó un análisis de supervivencia para dar seguimiento a 797 personas que recibían tratamiento contra el SIDA. Se aplicó el método Kaplan-Meier para estimar la probabilidad de supervivencia para diferentes periodos de tiempo, iniciando por la fecha de diagnóstico. Se utilizó el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox para evaluar las diferencias en la mortalidad de SIDA por régimen terapéutico antirretroviral, edad y sexo.

Resultados: La probabilidad de supervivencia después del diagnóstico sin ART fue de aproximadamente 0.73 (95% CI: 0.69, 0.77) después del primer año, 0.36 (95% CI: 0.32, 0.40) a los 5 años y 0.28 (95% CI: 0.24, 0.33), al décimo año, 0.26 (95% CI: 0.21, 0.31) al año 15 y 0.22 (95% CI: 0.14, 0.30) a partir de entonces. Cuando los pacientes tomaron HAART desde el principio de su tratamiento, la probabilidad de supervivencia fue de 0.97 (95% CI: 0.90, 0.99) durante el primer año y de 0.9 durante el quinto año. En los años 10, 15 y posteriores, la probabilidad de supervivencia fue constante (0.83, 95% CI: 0.71, 0.90). Los resultados del modelo Cox mostraron que quienes iniciaron y continuaron con HAART tenían 7.1 (<0.01) veces más probabilidades de sobrevivir que quienes no recibían tratamiento alguno. Extender el tiempo de vida más allá de los 15 años después del diagnóstico inicial representa un costo acumulado de más de US$280,000 por individuo.

Conclusiones: Los resultados mostraron una expectativa de vida mayor cuando los pacientes tomaron HAART desde el principio de su tratamiento, por lo que es necesario garantizar un tratamiento adecuado si deseamos extender las vidas de las PVVSS.

Resumen: 3831

D39 - Evaluación económica de los programas de prevención, atención y mitigación (costo-efectividad incluida)

Costo-efectividad de las intervenciones de prevención del VIH. Un análisis de la literatura reciente

O. Galarraga[1], A. Colchero[2], R. Wamai[3], S. Bertozzi[4]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) & U. C. Berkeley, Health Economnics, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) & JHU, Health Economics, Cuernavaca, México, [3]Harvard University, School of Public Health, Cambridge, Estados Unidos, [4]Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Centro para la Evaluación e Investigación Estadística, Cuernavaca, México.

Antecedentes: El análisis de costo-efectividad (ACE) es una herramienta útil para la planeación estratégica y para decidir la mejor manera de distribuir los escasos recursos para la salud pública en general, y para las intervenciones de prevención del VIH en particular. El objetivo de este estudio es revisar y evaluar críticamente la evidencia de costo-efectividad de las intervenciones de prevención del VIH publicadas de 2005 a 2007 en países de ingresos bajos y medios.

Métodos: Identificamos las publicaciones a través de varios métodos: bases de datos electrónicas, búsquedas en Internet de organizaciones internacionales y agencias de financiamiento/instrumentación importantes, búsquedas en revistas académicas y revisiones sistemáticas. Los criterios de inclusión fueron la estimación de costo-efectividad (empírica o por modelaje) usando estimados de costo-efectividad en términos de costo por infección de VIH evitada y/o costo por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evitada. Se recopiló un total de 470 trabajos para su evaluación en términos de efectividad, costos y costo-efectividad.

Resultados: Encontramos 14 estudios sobre costo-efectividad de intervenciones de prevención del VIH que han aparecido en los últimos tres años (2005-2007), los cuales hacen contribuciones importantes a un cuerpo de bibliografía de por sí extenso. Se han cubierto muchos temas: la mayoría de los estudios abordan una sola intervención, pero también los hay que enfrentan temas más generales y amplios. Distintos artículos científicos (incluyendo pruebas de control al azar y meta-análisis cuidadosos) avalan la efectividad de las intervenciones de prevención en diversos escenarios, incluyendo países de ingresos bajos y medios. También existe evidencia importante respecto de la costo-efectividad de dichas intervenciones. Sin embargo, aún existe una cantidad de intervenciones para las que no existen pruebas de costo-efectividad.

Conclusión: Existen varios tipos de intervenciones para las cuales todavía no se dispone de estudios de costo-efectividad,

incluyendo: vigilancia, educación para la abstinencia, sustitución de alimentación de madre a hijo, precauciones universales y vacunas. Después de más de 25 años de epidemia de SIDA, apenas empiezan a analizarse formas innovadoras de realizar intervenciones efectivas (particularmente enfoques estructurales) en términos de efectividad de costos.

Resumen: 3267

D40 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y los sectores privado y de negocios

"Por amor o por justicia: SIDA, sociedad civil y ética"

A. Hernández, M. Martell, J. M. Ramos, M. Velasco, C. Martínez, A. Urquiza, J. T. Olivarría

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, D. F., México.

Toda organización social actúa a través de individuos que desempeñan un papel dentro de ella. Sus actividades convergen en la acción institucional de los individuos (integridad) y los factores más allá de las personas que determinan su comportamiento (estructura ética: premisas, normas, reglas; cultura: creencias y valores).

En México existe una diversidad de iniciativas de la sociedad civil que responden a los problemas del VIH/SIDA. El objetivo de esta investigación es estudiar la estructura ética, la cultura y la acción de estas organizaciones no lucrativas (ONL) y las situaciones que deben enfrentar.

El libro *Por amor o por justicia: SIDA, sociedad civil y ética* presenta los resultados de este trabajo en seis capítulos. El primero resume la historia de las ONL en México y la aparición del SIDA. En la segunda parte dibujamos una línea de tiempo con los temas identificados como más relevantes de los organismos que trabajan con VIH/SIDA. El tercero presenta las características del sector: tamaño, número de colaboradores, usuarios de los servicios, actividades y la relación entre estos factores.

En el cuarto capítulo, estudiamos el curso de siete iniciativas que responden al problema del VIH/SIDA, y nos concentramos en tres "linajes" o afinidades: asistencia tradicional, defensa de las minorías y ética-médica. La quinta sección presenta la formalización de las ONL analizadas a través de su función, tamaño y estructura. Y, finalmente, presentamos las conclusiones de esta investigación en lo relacionado con los valores éticos que guían la acción de las organizaciones que trabajan con VIH/SIDA.

En este libro señalamos que la organización, estructura ética y cultura son los factores que influyen en la forma en que las ONL enfrentan los desafíos y conflictos para el desarrollo de sus actividades. Los casos incluidos en este trabajo son un ejemplo de cómo estos elementos pueden hacer que las organizaciones de la sociedad civil logren sus metas o desaparezcan.

Resumen: 5941

D40 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y los sectores privado y de negocios

Acción positiva en el trabajo en India y México. ¿Qué tan efectivos pueden ser los programas en los sitios de trabajo para enfrentar el estigma del VIH?

J. Hussey[1], M. Joyner[2], J. J. Hernández[3], G. Singh[4]

[1]National AIDS Trust, Londres, Reino Unido, [2]GlaxoSmithKline Positive Action, Londres, Reino Unido, [3]Colectivo Sol, D. F., México, [4]GlaxoSmithKline, Delhi, India.

Temas: Las limitaciones de los programas en los lugares de trabajo; la efectividad de los programas anti estigma entre los empleados: las actitudes cambiantes entre los empleados y administradores; manejo de sensibilidades culturales en dos continentes.

Descripción: El programa de Acción Positiva en el Trabajo se amplió a la India y México durante 2007/2008. Utilizando el mismo tipo de materiales, los empleadores participantes buscaron enfrentar el estigma relacionado al VIH, proporcionando educación sobre VIH que apoyara su política de empleo. Aunque estos dos países son muy diferentes, ambos muestran problemas importantes de estigma y discriminación en relación a la sexualidad y el VIH/SIDA. El currículum de Acción Positiva en el Trabajo aborda el estigma, las respuestas de la sociedad a las personas afectadas por el VIH, y el papel del empleador dentro de la comunidad. El enfoque trata de superar los límites locales, utilizando materiales, imágenes y referencias culturales apropiadas. Este trabajo informará los resultados de las nuevas encuestas y entrevistas a empleados realizadas en 2008, las cuales reflejan la experiencia de jefes y trabajadores.

Lecciones aprendidas: Los resultados nos ayudarán a entender los desafíos que implica abordar el estigma y las costumbres sociales en los lugares de trabajo; comparar los niveles de conocimiento sobre el VIH con los cambios en las actitudes; señalar las diferencias entre las actitudes de empleados hombres y mujeres, y comparar las experiencias de los dos países.

Pasos a seguir: Debe ofrecerse a las empresas hindúes y mexicanas el currículum y los materiales para utilizarlos con base en la libertad de derechos —estos hallazgos ayudarán a promover su uso y evitar cualquier obstáculo que haya sido identificado para su instrumentación.

Resumen: 4554

D40 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y los sectores privado y de negocios

El Llamado a la Acción de Nairobi 2007 y la Declaración de la Cumbre Internacional de Mujeres de Nairobi: un modelo de compromiso personal y colectivo con la justicia social a través de la acción.

A. Welbourn[1], S. Dilmitis[2]

[1]Alice Welbourn independent consultant, Londres, Inglaterra, [2]World YWCA, Ginebra, Suiza.

Tema: En julio de 2007, la Cumbre Internacional de Mujeres (IWS, en inglés) reunió a 2000 mujeres en torno al tema del liderazgo femenino en la atención y el combate al VIH. Esas mujeres son destacadas activistas de los derechos de las mujeres a nivel mundial y, sin embargo, pocas estaban seguras de conocer a mujeres VIH positivas o habían pensado en ofrecerles una respuesta basada en la confianza; tampoco habían considerado siquiera los efectos personales de esa condición de salud. La IWS transformó esa situación y concluyó el encuentro con la firma masiva de una Declaración. Tanto el Llamado a la Acción como la Declaración se crearon para abordar la falta de compromiso personal hacia el VIH, elemento esencial para conseguir el Acceso Universal. Las participantes se comprometieron a abordar la vulnerabilidad y las experiencias de las mujeres en relación con el VIH, haciendo énfasis en diez áreas decisivas de acción.

Descripción: La preparación del encuentro incluyó tres enfoques concurrentes: la realización de un taller de lluvia de ideas –recolección de ideas mediante el uso de las principales listas mundiales de correo de mujeres VIH positivas; la aplicación de un cuestionario a profundidad a 25 activistas de importancia mundial; y la constitución de un pequeño grupo de redactoras de diferentes continentes que contó con el apoyo de un grupo asesor más amplio. De este proceso surgió una declaración de compromiso personal compuesta por diez puntos y basada en los principios "lo personal es político" y "acción local para un efecto global". La Declaración resume estos diez puntos y el Llamado a la Acción los desarrolla a detalle. Ambos documentos están disponibles por vía electrónica en inglés, español y francés.

Lecciones aprendidas: Este proceso permitió evidenciar diversos factores: la importancia de la capacidad de comunicarse con nuevas audiencias para conseguir acciones efectivas contra el VIH; la importancia de reconocer la capacidad personal para incidir en el cambio global; la eficacia de documentos con vigencia permanente y de alcance global; la eficacia de la suscripción de documentos sobre la base del compromiso personal de actuar, como paso decisivo hacia la creación y el desarrollo de marcos de justicia social individuales y colectivos; el hecho de que un compromiso personal de acción masiva puede obligar a los responsables de la elaboración de las políticas a rendir cuentas sobre el cumplimiento de sus compromisos.

Pasos a seguir: Estos documentos ofrecen una herramienta de vital importancia para la comunicación personal significativa con nuevos grupos de la sociedad civil en el camino hacia una respuesta global efectiva, basada en la justicia social, frente al SIDA. Comprometer a las personas a la acción. Actualmente tenemos cuatro mil firmantes. Nuestro propósito es duplicar esta cifra en México como respuesta global, colectiva, sustentable y personal frente a la pandemia.

Resumen: 6306

D41 - Sustentabilidad de los programas de terapia antirretroviral y de adherencia en los países en desarrollo

Evaluación del impacto de la inseguridad alimentaria en el acceso y la adherencia a la terapia antirretroviral en Latinoamérica

K.Palar, K.P. Derose, G. Wagner, H. Martinez[1], J. Adams[2]

[1]Rand, Rand Health, Santa Monica, Ca, Estados Unidos, [2]Programa de Naciones Unidas para la Alimentación, Oficina Regional para América Latina y El Caribe, Ciudad de Panamá, Panamá.

Tema: El acceso a terapias antirretrovirales (ART) para la atención del VIH ha experimentado un incremento significativo en Latinoamérica y El Caribe, elevando de este modo las expectativas sobre el acceso universal. Sin embargo, la inseguridad alimentaria empieza a ser reconocida como un obstáculo para el acceso, el uso y la adherencia a las ART en contextos de escasos recursos, así como una grave consecuencia del VIH/ SIDA entre los individuos y los hogares afectados por la enfermedad. A pesar de ello, todavía no se ha aclarado la relación entre la inseguridad alimentaria y el VIH/SIDA, ni la orientación que las políticas y acciones directas respecto de esa relación deben asumir en la región.

Descripción: Se recurrió a entrevistas con expertos de la comunidad y a un análisis sistemático de la literatura sobre el tema para responder las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿Cómo se relaciona la inseguridad alimentaria con el acceso y la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA en Latinoamérica y El Caribe? 2) ¿Qué políticas y programas existentes en la región enfrentan la inseguridad alimentaria de las personas que viven con VIH/SIDA y cómo se pueden mejorar?

Lecciones aprendidas: Comúnmente se reconocer la mala nutrición y la inseguridad alimentaria como obstáculos para el acceso y la adherencia a la ART, aunque se ha hecho muy poca investigación al respecto en Latinoamérica y El Caribe. El VIH/SIDA y la desnutrición se concentran en los grupos más pobres y vulnerables de la región; sin embargo, es muy escasa la investigación dedicada al análisis de la forma como el VIH/SIDA contribuye a la inseguridad alimentaria. Los gobiernos de la región, agencias internacionales y organizaciones comunitarias están asumiendo algunas medidas para integrar la seguridad alimentaria a un enfoque integral del VIH/SIDA; con todo, la mayoría de estos esfuerzos es todavía elemental y no ha sido evaluada.

Pasos a seguir: Algunas acciones clave para profundizar la investigación son: 1) La realización de evaluaciones formativas de las intervenciones que tienen como objetivo a personas VIH positivas o altamente vulnerables al contagio que padecen inseguridad alimentaria. Estas evaluaciones deben concentrarse en el aprendizaje derivado de las intervenciones que combinan prevención del VIH o iniciación del tratamiento ART y de adherencia con asistencia alimentaria. 2) La evaluación del impacto de programas basados en la asistencia alimentaria a personas que viven con VIH/SIDA, con el propósito de valorar sus efectos en el estatus económico de los hogares, en el acceso o la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA, y/o en conductas de riesgo. 3) La instrumentación de programas piloto que integren la asistencia alimentaria y actividades generadoras de ingresos para fortalecer tanto los resultados de salud como económicos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Resumen: 6764

D44 - Aspectos sociales, psicológicos y de comportamiento en las pruebas, la consejería y la prevención del VIH

Manejo psicoterapéutico para entender y atender a los pacientes con VIH/SIDA de forma eficiente

A. Azucena

Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A.C., Clínica, Distrito Federal, México.

Resumen: En México, la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha experimentado cambios. En un principio, la enfermedad fue catalogada como un padecimiento de la población homosexual, pero hoy en día su incidencia se ha incrementado entre la población heterosexual. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha afectado a la sociedad mexicana y esta enfermedad cuestiona y confronta múltiples aspectos individuales, sociales, religiosos y morales. En lo que concierne a los aspectos sexuales, el SIDA pone en cuestión la moralidad del comportamiento y provoca dudas acerca de si las personas deben ser castigadas o premiadas en su salud y si deben recibir apoyo social o ser objeto de discriminación. El objetivo del trabajo que se presenta es mostrar las implicaciones de la psicoterapia en casos de VIH/SIDA para la construcción de proyectos de vida satisfactorios, así como para incrementar la esperanza de vida de los pacientes. Nuestras conclusiones de basan en la atención psicoterapéutica de aproximadamente 400 pacientes. Además, se señala cómo el estigma y la discriminación dan lugar a múltiples disfunciones emocionales como el estrés y la ansiedad. Herek y Glunt (1988) puntualizan: "La ansiedad que despierta el SIDA lleva a pensar que no hay suficiente tiempo para valorar la fortaleza y la debilidad de diversas soluciones alternativas". Las implicaciones que la notificación clínica de la condición seropositiva tiene para el paciente son analizadas en la psicoterapia, junto con cada una de las fases y las reacciones emocionales por las que atraviesa el paciente –como la angustia, la ansiedad y la depresión. Todo este conjunto de reacciones produce síntomas que no están necesariamente relacionados con la enfermedad. Durante el proceso de psicoterapia destacan la importancia de la actitud apropiada del terapeuta hacia el paciente seropositivo o que vive con SIDA, y los factores indispensables para fortalecer y favorecer los aspectos psicológicos positivos del paciente. Palabras clave: psicoterapia, VIH/SIDA, depresión, discriminación, aspectos psicológicos.

Resumen: 9591

D45 - Teorías del cambio social y del comportamiento, sus límites y posibilidades

Replanteamiento de la percepción del riesgo de infección por VIH y su relación con el uso del condón entre hombres que tienen sexo con hombres: de las perspectivas centradas en los comportamientos al interaccionismo

A. Ospina[1], o. Letouzé[2], K. Longfield[3]

[1]Population Services International PSI/México A.C., Research, Ciudad de México, México, [2]Population Services International PSI/México A.C., Ciudad de México, México, [3]Population Services International, Washington D.C., Estados Unidos.

Antecedentes: Muchas de las intervenciones enfocadas en la modificación del comportamiento se han centrado en incrementar la percepción del riesgo de infección por VIH entre personas en situación de riesgo. Sin embargo, estudios internacionales han mostrado que las personas conscientes del riesgo ejercen

prácticas sexuales no protegidas. Este estudio entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) explora 1) su percepción del riesgo de infección en relación con las características del compañero sexual, y 2) la influencia de la percepción del riesgo en el uso del condón con parejas ocasionales.

Métodos: Se realizó un estudio con nueve tríadas de hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de México y Mérida, y se empleó el análisis del contenido para identificar las construcciones de riesgo entre informantes individuales. Se realizó una encuesta entre 894 HSH en las ciudades de México, Mérida, Mexicali, Veracruz y Tapachula, a partir de un marco de muestreo de tiempo-lugar y se recurrió a un análisis de multivariado para identificar los factores determinantes del uso del condón durante la última relación sexual anal con una pareja ocasional ($p<0.05$).

Resultados: De acuerdo con el análisis cualitativo, los hombres jóvenes, atractivos y económicamente exitosos no son percibidos como parejas riesgosas, y los encuestados manifiestan estar dispuestos a tener sexo desprotegido con ellos. La regresión logística refuerza este hallazgo. Los hombres que dijeron no estar dispuestos a tener relaciones sexuales desprotegidas con hombres atractivos, fueron más proclives a usar condón en el último encuentro sexual ocasional que aquéllos que manifestaron la disposición opuesta (OR=1.69; $p<0.05$). Otros factores que determinan el uso de condón en el último encuentro sexual son: desacuerdo con las ideas de confianza (OR=1.91; $p<0.001$), sentirse en situación de alto riesgo de contraer VIH (OR=0.54; $p<0.05$), y haber tenido más de cuatro parejas sexuales en el último año (OR=2.8; $p<0.001$).

Conclusiones: Estos hallazgos revelan la necesidad de incorporar nociones básicas de la teoría del interaccionismo social en los programas de prevención del VIH. Puesto que los factores que determinan la percepción del riesgo están estrechamente relacionados con el contexto en el que tienen lugar los encuentros sexuales, se recomienda realizar talleres y entrevistas motivacionales que favorezcan la vinculación del conocimiento sobre el VIH con los ideales sobre las relaciones y las experiencias sexuales. El énfasis no debe ponerse en la información, sino en el proceso de re-conocimiento alcanzado en el espacio de conversación.

Resumen: 6367

D45 - Teorías del cambio social y del comportamiento, sus límites y posibilidades

Identificación de herramientas de política para incrementar el uso regular del condón entre trabajadoras sexuales de alto riesgo en Tijuana

K Pittenger[1], A. Havenner[1], A. De la Torre[2], J. Ng[3], H. Staines[4], S. Strathdee[5], M Fraga[6], H. Amaro[7], T. Patterson[8]

[1]University of California, Davis, Agricultural and Resource Economics, Davis, Estados Unidos, [2]University of California, Davis, Center for Public Policy, Race, Ethnicity & Gender, Davis, Estados Unidos, [3]University of California, Davis, Department of Agricultural and Resource Economics, Davis, Estados Unidos, [4]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Escuela de Medicina, Ciudad Juárez, México, [5]University of California, San Diego, Department of Family and Preventive Medicine, San Diego, Estados Unidos, [6]University of California, Tijuana, Escuela de Medicina, Tijuana, México, [7]Northeastern University, Institute of Urban Health Research, Boston, Estados Unidos, [8]University of California, Department of Psychiatry, La Jolla, Estados Unidos.

Antecedentes: Desde un marco de maximización de las utilidades, este estudio identifica mecanismos suplementarios y de políticas para incrementar la probabilidad de que las trabajadoras sexuales utilicen regularmente el condón durante sus relaciones sexuales con clientes, a partir de un amplio conjunto de estímulos que influyan en sus decisiones. Entre esos estímulos se encuentran la compensación de los ingresos por relaciones sexuales de alto riesgo, así como diversos factores de riesgo para contraer VIH.

Métodos: Empleamos un modelo probit ordenado para calcular empíricamente los factores que determinan la frecuencia del uso del condón en una muestra de trabajadoras sexuales de alto riesgo en Tijuana, México. El modelo empírico surge de la teoría de las utilidades esperadas, desde cuya perspectiva una trabajadora sexual toma decisiones racionales sobre el uso del condón basándose en sus intereses personales e incorporando el cálculo del premio monetario por el encuentro sexual sin condón, además de su propia percepción del riesgo de contraer VIH.

Resultados: Las estimaciones del modelo probit predicen que las trabajadoras sexuales que recibieron recientemente educación sobre VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen una probabilidad 41% ($p<0.0001$) más alta de usar frecuentemente el condón en sus relaciones con clientes, mientras que la educación sobre VIH e ITS reduce la probabilidad de que una trabajadora sexual use el condón sólo ocasionalmente en un 44% ($p<0.0001$). Cuando existe disponibilidad real de condones, existe una probabilidad de 20% (pz0.0001) de que las trabajadoras sexuales los usen. Además, si los condones son accesibles sin cargo alguno, la probabilidad de su uso frecuente por parte de las trabajadoras sexuales aumenta en 20% ($p=0.18$). Otras variables significativas son: la cantidad de transacciones con clientes regulares y esporádicos. Una cantidad mayor de clientes regulares disminuye la probabilidad de un uso consistente del condón, mientras que una mayor cantidad de clientes esporádicos incrementa esa probabilidad.

Conclusiones: Nuestros resultados señalan vías que pueden resultar adecuadas para ejercer influencia sobre la maximización de las utilidades esperada en las decisiones de las trabajadoras sexuales respecto del uso del condón. En particular, nuestros

resultados indican que la educación sobre VIH altera la percepción que las trabajadoras sexuales tienen del riesgo de contagio y, de esta manera, incrementa significativamente la probabilidad de un uso regular del condón tanto con clientes regulares como con clientes eventuales. Además, las políticas sobre el entorno orientadas a facilitar la disponibilidad de los condones pueden aumentar la frecuencia con la que éstos se usan.

Resumen: 11457

D45 - Teorías del cambio social y del comportamiento, sus límites y posibilidades

El movimiento de la danza como agente de cambio social

K. Spijkers
Dance4Life International Foundation, Amsterdam, Países Bajos.

Antecedentes: Dance4Life es una iniciativa internacional dinámica que planea involucrar activamente a un millón de Agentes de Cambio para el año 2014 y comprometerlos en la lucha contra el VIH. La gente joven se siente atraída por la experiencia de la mercadotecnia, la danza, la música, los íconos de la juventud y su idioma, lo cual puede impulsarla a aprender más acerca del VIH, el SIDA y los derechos y la salud sexual y reproductiva. Se involucra en programas sobre habilidades vitales y en el activismo.
Métodos: Dance4Life desarrolló un sistema de evaluación participativa para analizar el impacto del activismo de las personas jóvenes mediante la Técnica del Cambio más Significativo. La pregunta central se relaciona con el cambio social: ¿Cuál es el impacto del activismo de los Agentes de Cambio de Dance4Life en la lucha contra el VIH? A través de un enfoque participativo de abajo hacia arriba, los Agentes de Cambio, los actores interesados y las organizaciones encargadas de la implementación del sistema identifican la transformación más significativa. Esta novedosa técnica está respaldada por una herramienta en línea para monitorear el progreso.
Resultados: Un programa piloto llevado a cabo en México, Holanda, Rusia y Sudáfrica muestra los siguientes resultados: los jóvenes califican el proyecto como innovador y adecuado para ellos; también manifiestan sentirse involucrados en el cambio de su comunidad. Jóvenes que normalmente no estarían interesados en el VIH ahora participan activamente en la recolección de fondos y en actividades de promoción, defensa y concientización, y buscan desplegar comportamientos para protegerse a sí mismos del contagio por VIH. Dance4Life comenzó en 2004 en tres países. En 2008 estará trabajando en 22 países del mundo, con más de 52 mil Agentes de Cambio y más de 3 millones de euros reunidos por jóvenes. Nuestros desafíos consisten en monitorear y evaluar el impacto de las actividades de apoyo y concientización de los jóvenes hasta el año 2014.
Conclusiones: Dance4Life continuará evaluando en más países y desarrollando su estrategia participativa con la colaboración de jóvenes investigadores profesionales y universidades, en lugar de hacerlo mediante consultores de investigación externos. Los hallazgos ayudarán a los líderes más activos a ampliar su respuesta frente al VIH y el SIDA, en colaboración con estos jóvenes.

Resumen: 6373

D47 - Análisis sociohistóricos del VIH/SIDA: la tercera década

Cambios y continuidades en la formación de parejas entre hombres en la era del SIDA: 1970-2005. El caso de la Ciudad de México

G. Gallego-Montes
El Colegio de México - U. de Caldas, Manizales, Colombia.

Antecedentes: La aplicación de encuestas biográficas y el enfoque del curso de vida se han venido empleando recientemente en las investigaciones del campo de la sexualidad. Por medio de estas aproximaciones se han estudiado los acontecimientos y las transiciones socio-sexuales en la vida de hombres y mujeres heterosexuales. Sin embargo, todavía no se han explorado a profundidad las posibilidades que estos enfoques ofrecen para el estudio de hombres y mujeres homosexuales ni su capacidad para revelar la manera como se estructura la vida erótico-afectiva de las personas homosexuales, considerando su momento histórico, biográfico y social.
Métodos: En 2006 se aplicó una encuesta retrospectiva (biográfica) a 250 hombres gay/homosexuales en la ciudad de México. A través de ella se reconstruyeron 633 historias de pareja. Dichas historias tuvieron lugar en diferentes momentos. Por lo demás, considerando el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA en México, se establecieron tres cohortes de parejas: una, antes del SIDA o durante la época mexicana del "ambiente" (1970-1984); otra, durante el periodo de "crecimiento exponencial" de la epidemia (1985-1995), y otra en la etapa de "estabilización" de la enfermedad (1996-2005). Las 633 historias de pareja se distribuyen entre los periodos mencionados, tomando como criterio principal la fecha de inicio de las relaciones.
Resultados: El análisis de las variables entre las cohortes de parejas revela el proceso de institucionalización de la vida erótico-afectiva entre hombres en la Ciudad de México, teniendo

en cuenta los siguientes factores: el creciente predominio de los bares gay y del Internet como escenarios principales del encuentro de parejas, la extensión del modelo de pareja gay —incluyendo sus regulaciones civiles—, y la creciente articulación de parejas gay en la estructura de familias parentales. Se encontró una exclusividad sexual menor y una baja duración de las relaciones de pareja. Éste último proceso ha sido documentado en algunos otros lugares y se le ha denominado como "distensión sexual".

Conclusiones: Este estudio permite entender el proceso de formación de parejas entre hombres homosexuales en época reciente, así como sus implicaciones para la elaboración de políticas públicas orientadas a la prevención del VIH/SIDA.

Resumen: 9976

D47 - Análisis sociohistóricos del VIH/SIDA: la tercera década.

Respuesta social al VIH/SIDA; visiones y retos a lo largo de 25 años de lucha contra la epidemia en México

J.A. Torres Sánchez

Identidad saludable A.C., Hidalgo, Tizayuca, México.

Antecedentes: México es un país multicultural. Este hecho ha dado lugar a diferentes respuestas, dependiendo de la zona geográfica, y los hombres y mujeres activistas han desarrollado diversas estrategias. Pero ¿cómo ven esos activistas el futuro cercano de cara a la epidemia del SIDA? ¿Hemos confrontado acertadamente la epidemia? ¿Es necesario replantear las políticas de salud pública?

Métodos: Entrevistamos a 30 personas: 15 activistas contra el SIDA y 15 proveedores de servicios de salud de todo el país. La entrevista constó de 100 preguntas divididas en diez secciones diferentes y abordaba cuestiones demográficas, actitudes y percepciones respecto de las políticas de salud pública frente al VIH/SIDA de los últimos 25 años en México.

Resultados: Se publicó un libro que incluye las entrevistas íntegras y los perfiles completos de los participantes en este trabajo. Se otorgó reconocimiento y visibilidad a las y los activistas, así como a los proveedores de servicios de salud que participaron en el proyecto. A lo largo del estudio aprendimos de los errores y los aciertos de 25 años de políticas públicas relacionadas con la prevención, el estigma y la discriminación, y los programas de atención a la gente que vive con VIH/SIDA. Se reflexionó acerca del impacto y el papel desempeñado por las organizaciones no gubernamentales, y se evaluaron sus logros. Deben replantearse los objetivos para enfrentar la epidemia en los años por venir.

Conclusiones: En este estudio se pone al descubierto la historia del VIH a través de los creadores de políticas públicas. Es necesario publicar estas entrevistas, pues por medio de su análisis se puede aprender de los errores y los aciertos, e instrumentar los cambios necesarios para mejorar las políticas públicas en torno al SIDA. Las entrevistas muestran cómo las organizaciones no gubernamentales han frenado sus esfuerzos de prevención, así como nuevas vías de prevención del VIH/SIDA y las formas en que pueden encausarse los esfuerzos de prevención.

Resumen: 14728

D48 - Participación en el proceso de investigación de las personas que viven con VIH/SIDA y otras personas afectadas

Métodos para el reclutamiento de una muestra de hombres mexicanos que tienen sexo con hombres: retos y límites para futuras pruebas

F.J. Arellano- Ayala[1], R. Olin-German[2], C. García de León-Moreno[2]

[1]Instituto nacional de Salud Pública INSP, Escuela de Salud Pública de México, Ciudad de México, México, [2]Ave de México, Ciudad de México, México.

Tema: Reclutar a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para realizar pruebas, investigaciones e intervenciones preventivas es una tarea difícil en México. La población HSH es un objetivo complejo al que no es fácil acceder. Las causas de esto son múltiples y diversas. Con frecuencia, este tipo de población tiene estilos de vida diferentes a los del resto, lo cual se relaciona con sus características y necesidades particulares.

Descripción: Con el propósito de reclutar una muestra de entre diez y 20 HSH, menores de 25 años y VIH positivos, para formar un grupo de intervención preventiva, pusimos en práctica diferentes estrategias. Se colocaron anuncios y carteles en los principales centros de reunión de la zona homosexual de la Ciudad de México (bares, cafeterías, baños, clínicas y cuartos oscuros, entre otros). Se desarrollaron estrategias específicas como la colocación de carteles con imágenes atractivas para el público homosexual, con el fin de difundir información sobre el proyecto. También recurrimos al Internet anunciándonos en sitios homosexuales y gay de la red. Además, hicimos difusión mediante recursos tradicionales tales como la comunicación oral o de "boca en boca" entre algunos HSH que fungieron como "semillas". Éstos difundieron la información entre amigos, ex-amantes, parientes, etcétera. A los hombres que desempeñaron el papel de "semillas" se les ofreció un pago de 50 dólares por cada invitado que convocaran, con un máximo de tres invitados.

Lecciones aprendidas: Fue muy difícil reclutar la muestra necesaria. El reclutamiento se extendió por dos semanas adicionales y se realizó un importante esfuerzo de difusión. Finalmente pudimos reclutar a diez hombres menores de 25 años VIH positivos. Casi todos ellos se enteraron del proyecto a través de los carteles colocados en clínicas y centros de reunión. La estrategia de la "semilla" no logró contribuir con ningún participante.

Pasos a seguir: Es necesario mejorar los métodos de reclutamiento de HSH. Aparentemente, las estrategias planteadas (como el pago a los colaboradores) no tuvieron mucho éxito con hombres mexicanos HSH. Es necesario desarrollar nuevas estrategias y recursos que tomen en cuenta los aspectos sociales y culturales de este tipo de hombres mexicanos.

Resumen: 3233

D49 - Participación comunitaria en la investigación

La urgencia de implementar estrategias innovadoras de prevención: combinación de una investigación participativa basada en la comunidad con incentivos económicos a trabajadores sexuales en la Ciudad de México

C. Infante, S.G. Sosa-Rubi, M. Cuadra

Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Antecedentes: Enfrentar las desigualdades en el acceso a la salud es uno de los principales desafíos de gobiernos, investigadores, médicos, líderes comunitarios y comunidades afectadas. Y el campo del VIH/SIDA no es la excepción. En México, los varones que se dedican al trabajo sexual tienen el índice más alto de infección por VIH y, sin embargo, están ausentes en el diseño de programas sociales y campañas específicas de prevención del VIH. El objetivo de este estudio es ofrecer una descripción del contexto social en el que los trabajadores sexuales (TSM) se encuentran inmersos, y explorar la viabilidad de ofrecerles incentivos económicos para promover su participación en estrategias de prevención del VIH. Se reflexiona sobre la posibilidad de combinar enfoques basados en la participación de la comunidad con la provisión de incentivos económicos.

Métodos: Se realizó un estudio a profundidad basado en la observación en lugares de reunión de TSM en la Ciudad de México y en 36 entrevistas a profundidad con TSM, incluyendo travestis, transexuales y transgénero.

Resultados: Las estrategias preventivas que se enfocan en los TSM son escasas. Esto, junto con el estigma, la discriminación, la marginalización y la pobreza, determinan la vulnerabilidad de los TSM a la infección por VIH. Los TSM están dispuestos a participar en programas preventivos y a formar parte de estrategias de prevención en las que su voz sea escuchada. Es urgente abordar asuntos como el acceso a programas de salud, educación, empleo y vivienda. De acuerdo con los trabajadores sexuales, un incentivo económico de alrededor de 20 dólares mensuales sería suficiente para facilitar su participación.

Conclusiones: La investigación participativa basada en la comunidad construye alianzas entre investigadores, integrantes de la comunidad y representantes de las organizaciones en todos los aspectos del proceso de investigación. El conocimiento derivado de las experiencias de los trabajadores sexuales es decisivo cuando lo que se pretende es mejorar el nivel de comprensión sobre la epidemia del VIH/SIDA en este grupo e integrar ese conocimiento a la acción para mejorar la salud y el bienestar de los TSM de la Ciudad de México.

Resumen: 2213

D49 - Participación comunitaria en la investigación

El método Photovoice como poderosa herramienta participativa para ampliar las perspectivas en la atención a la TB y el VIH/SIDA mediante el empoderamiento y la promoción entre diferentes entornos culturales

E. Moya[1], R. Lacson[2], A. Lopez- De Fede[3], K. Sangsuk[4], C. Basilia[5], J. Kinney[6], V. Oscar[7]

[1]U.S.-Mexico Border Health Association, TB-HIV/AIDS Alliance, El Paso, Estados Unidos, [2]Amaya-Lacson Tb Photovoice Project, University of South Carolina, Columbia, Estados Unidos, [3]Institute for Families in Society, University of South Carolina, Columbia, Estados Unidos, [4]Health Development Network, TB Photovoice, Chiang Mai, Thailand, [5]Institute Brazil for Social Health, TB Photovoice Project, Río de Janeiro, Brasil, [6]South Carolina Department of Health and Environmental Control, TB Photovoice Project, Columbia, Estados Unidos, [7]U.S.-Mexico Border Health Association, TB Division Director, El Paso, Estados Unidos.

Tema: La perspectiva de las y los enfermos de tuberculosis se encuentra notoriamente ausente de la bibliografía relacionada con esa enfermedad. De ahí que el empoderamiento de las personas afectadas por tuberculosis-VIH/SIDA constituya un factor decisivo para enfrentar las altas tasas de mortalidad asociadas con la tuberculosis entre las personas que viven con VIH/SIDA.

Descripción: El propósito de esta ponencia es presentar el método Photovoice como una herramienta de la Investigación-Acción Participativa que permite ampliar los conocimientos, la conciencia y la acción social. La presentación se divide en dos secciones: 1) El método Photovoice como

herramienta de la Investigación-Acción Participativa, y 2) El Proyecto Tuberculosis-Photovoice como estrategia para acentuar la conciencia y comunicar la importancia de la relación entre la tuberculosis y el VIH/SIDA desde la perspectiva de las personas afectadas por la coinfección en diferentes contextos culturales.

Lecciones aprendidas: Los hallazgos del proyecto hacen una contribución a nuestra comprensión conceptual del impacto de la tuberculosis-VIH/SIDA entre las personas participantes en el proyecto, y sugieren herramientas para transformar las políticas con miras al mejoramiento de los servicios humanitarios y de salud. Recomendaciones de los participantes para la prevención de la tuberculosis y la educación en torno al padecimiento dirigidas a responsables de la elaboración de políticas en ambos lados de la frontera México-Estados Unidos, Brasil y Tailandia, documentadas a través de la fotografía. El proyecto facilita el desarrollo de la capacidad de las personas participantes para construir desde la base en sus propios entornos, asociando el significado y la necesidad de la acción social. Se ofrece evidencia empírica para sostener que la relación tuberculosis-VIH es un tema sujeto a estigma que requiere empoderamiento para influir en la acción social. A través de la eficacia de Photovoice, los participantes se presentan mutuamente sus historias e imágenes y, en última instancia, las ponen a disposición de los responsables de la elaboración de las políticas, impulsando así políticas públicas de acción en torno a la salud.

Pasos a seguir: Quienes participan en el proyecto Tuberculosis-Photovoice hacen un llamado a los responsables de la elaboración de las políticas globales a emprender acciones para eliminar la amenaza de la tuberculosis, comprometiéndose a hacer más visible la presencia de las personas que padecen tuberculosis-VIH/SIDA y a incluirlas en la revisión de los programas y las políticas que afectan negativamente a las comunidades pobres y vulnerables. Piensa en la tuberculosis, porque "la tuberculosis aquí es la tuberculosis en todos lados", y ¡actúa ahora!

Resumen: 790

D52 - Comparaciones entre países

Clasificación basada en un análisis regresivo del compromiso gubernamental en diferentes países hacia el suministro de tratamientos antirretrovirales

N. Nattrass

University of Cape Town, AIDS and Society Research Unit, Cape Town, Sudáfrica.

Tema: A pesar del importante crecimiento que se ha observado en la cobertura del tratamiento antirretrovirales de gran potencia – HAART, en inglés (medida de acuerdo con el porcentaje de tratamientos HAART ofrecidos respecto de los requerimientos totales), se perciben notables diferencias entre países de bajo y mediano ingreso. Estas diferencias obedecen a restricciones "objetivas", así como al grado de "voluntad política" de los gobiernos. El trabajo que se presenta recurre al análisis de regresión para predecir el nivel de cobertura de HAART en diferentes países, después de considerar los factores socioeconómicos y políticos sobre los que los gobiernos difícilmente pueden ejercer influencia en el corto plazo. Los residuos de regresión (que se obtienen restando la cobertura prevista de la cobertura real) indican qué países satisfacen, superan o no consiguen satisfacer las expectativas de acuerdo con los estándares internacionales.

Descripción: El modelo regresivo principal, empleó las siguientes variables contenidas en los registros nacionales de cobertura del HAART (diciembre de 2006): (+) registro del ingreso per cápita; (+) registro de la población VIH positiva; (+**) registro de la prevalencia de VIH; (+***) proporción de la población VIH positiva urbana; (-) registro de los años perdidos por discapacidad (AVAD) por causas no relacionadas con el SIDA; (+) índice de estabilidad política; (+**) país objetivo del Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, en inglés); (+) país recipiendario de apoyo del Fondo Global; (+**) democracia establecida (n=82, adj-R ajustado=0.4979, F=8.40, Prob>F=0.000). Las regresiones subsecuentes incluyen el lenguaje y la fragmentación religiosa, así como variables regionales sustitutas. A fin de analizar los cambios en el tiempo, el modelo también se aplica a la regresión del registro de la cobertura de HAART para junio de 2004 (n=82, adj-R ajustado=0.5327, F=12.96, Prob>F=0.000).

Lecciones aprendidas: Un análisis de sensibilidad (empleando diferentes especificaciones plausibles de regresión) encuentra que 50 de 82 países obtienen consistentemente el mismo lugar en la clasificación (ya sea por debajo, en el mismo nivel o por encima de los estándares internacionales). Los 10 países mejor clasificados de 27 son Cuba, Camboya, México, Tailandia, Brasil, Paraguay, Ruanda, Burkina-Faso, Venezuela y Malawi. Los 10 países peor clasificados de 14 son Sudáfrica, Trinidad y Tobago, Uruguay, Vietnam, Ucrania, Mozambique, Papua-Nueva Guinea, Tanzania e Irán. Camboya, Tailandia y Ruanda son los países que más mejoraron sus niveles de cobertura entre 2004 y 2006. Uruguay e Irán descendieron de mejores a peores expectativas; Mozambique, Madagascar, Papua-Nueva Guinea y Tanzania descendieron de la expectativa de cumplir con las normas internacionales a un nivel inferior, y Sudáfrica y Trinidad y Tobago empeoraron su ya pobre desempeño.

Pasos a seguir: Se requiere más investigación cualitativa e institucional sobre los países que muestran un desempeño deficiente. Sin embargo, estos primeros resultados indicativos serán de utilidad para los investigadores, los activistas en la lucha contra el SIDA y las instancias que brindan financiamiento.

Resumen: 15008

D52 - Comparaciones entre países

Eficiencia de los programas nacionales de VIH/SIDA de acuerdo con un análisis envolvente de datos

D.S. Shepard[1], W. Zeng[1], J. Chilingerian[1], C. Avila-Figueroa[2]

[1]Brandeis University, Heller School, Waltham, MA, Estados Unidos, [2]UNAIDS, Ginebra, Suiza.

Antecedentes: ONUSIDA calculó que las necesidades de financiamiento para garantizar el acceso universal a servicios de atención al VIH en países de bajo y mediano ingreso ascenderían en 2010 a un mínimo de US$28,000 millones, en contraste con los US$10,000 millones disponibles en 2007. Con el propósito de ayudar a los programas nacionales de VIH/SIDA a operar en su máximo nivel de eficiencia y satisfacer los requerimientos del acceso universal, evaluamos su eficiencia relativa y actualmente nos encontramos en proceso de identificar los factores que contribuyen a una alta eficiencia.

Método: Reunimos la información sobre el gasto y los resultados de la atención al VIH/SIDA disponible por país para el periodo entre 2001 y 2005. Consideramos el gasto como insumo, y definimos como resultados la cantidad de pacientes que reciben voluntariamente consejería y pruebas, servicios de prevención de transmisión madre-hijo y tratamiento antirretroviral. Cuando la información anual no era consistente, interpolamos, obteniendo así 41 observaciones completas de 21 países (16 de Latinoamérica y cinco de África). Posteriormente, aplicamos un análisis envolvente a los datos sobre los resultados (DEA, en inglés) para calcular el mayor resultado posible (traducido en servicios) que pudiera obtenerse del gasto efectuado si el programa fuese absolutamente eficiente. De manera similar, aplicamos un DEA a los datos sobre los insumos para calcular el menor insumo (gasto) a partir del cual se podrían producir los resultados observados en condiciones de eficiencia perfecta. Por último, calculamos la eficiencia real por año de cada uno de los programas nacionales de SIDA.

Resultados: A pesar de que durante el periodo considerado la expansión a gran escala de los tratamientos antirretrovirales acababa de comenzar, los países analizados estaban logrando un nivel moderado de eficiencia. Al calcular el nivel de eficiencia tanto de los insumos como de los resultados, el cuartil superior de las observaciones mostraba un 100% de eficiencia, mientras que las eficiencias promedio se ubicaban entre 51 y 49%, respectivamente. La eficiencia de los programas aumentó durante el periodo de estudio particularmente entre los países africanos.

Conclusiones: Un alto nivel de eficiencia contribuye a asegurar la maximización de los servicios a partir de los recursos disponibles, y las instancias que aportan financiamiento conservan la confianza necesaria para sostener sus compromisos. A fin de ayudar a los programas nacionales de SIDA a lograr y mantener ese nivel de eficiencia, nuestro estudio se encuentra en la fase de identificación de las combinaciones óptimas entre factores ambientales muy influyentes (por ejemplo, sistemas de salud que funcionan bien) y características internas efectivas (por ejemplo, buena administración de los programas).

Resumen: 5492

D52 - Comparaciones entre países

Conocimiento, comportamiento y cobertura de la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables en países de ingreso bajo y mediano: lecciones de la ronda informativa de UNGASS del año 2005

L. Degenhardt[1], B. Mathers[1], A. Roberts[1], B. Phillips[1], I. Toskin[2], D. Rugg[2], P. de Lay[2]

[1]National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia, [2]UNAIDS, Ginebra, Suiza.

Antecedentes: Aunque en muchos países del mundo se han hecho estimaciones sobre la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI), carecemos de estudios sobre sus conocimientos y comportamientos en torno al VIH, así como sobre los servicios de prevención que reciben en países de bajo y mediano ingreso. El trabajo que se presenta está basado en los datos proporcionados por los informes nacionales de avance en la implementación de la Declaración de Compromiso de UNGASS sobre VIH/SIDA.

Método: Se realizó un análisis de los indicadores de prevención reunidos por UNGASS para 2005 respecto de UDI.

Resultados: Sólo 30 de los 145 países de ingreso bajo y mediano (PIBM) proporcionaron información sobre conocimientos y comportamientos en torno al VIH, uso del condón,

pruebas de VIH, prácticas seguras de inyección o acceso a servicios preventivos entre UDI. 16 países informaron sobre conocimientos y comportamientos en torno al VIH, y 15 sobre prácticas seguras de inyección. La mayoría de los países que elaboraron sus informes sobre la base de los Indicadores Compuestos de Políticas Nacionales contaban con políticas de prevención orientadas a las poblaciones de mayor riesgo; entre estos países, 18 tenían una estrategia específica para UDI, y 17 habían desarrollado un programa de intercambio de jeringas. Sin embargo, sólo cinco PIBM tenían un plan nacional de monitoreo y evaluación para identificar el nivel de cobertura de las acciones de prevención y de los servicios de atención al VIH. Además, la cobertura de la población de UDI mediante algún tipo de servicios de prevención (ya fueran programas de información, educación y comunicación, programas de intercambio de jeringas, terapia de sustitución de opioides o campañas de difusión y medios masivos) resultó muy baja: el nivel medio de cobertura fue de 24%, y tres cuartas partes de los países tenían un nivel inferior a 45%.

Conclusiones: Resulta claro que, a pesar de que en los países existe conciencia de la necesidad de instrumentar políticas nacionales estratégicas, muchos no han implementado todavía por completo planes para identificar el grado en el que sus programas alcanzan las metas establecidas. Es necesario continuar los esfuerzos que se hacen para ampliar la cobertura de la atención a los UDI, quienes siguen siendo una población de alto riesgo para la transmisión y la infección por VIH. La información que aporta esta ronda informativa sobre las acciones de prevención y mejoramiento de los conocimientos y comportamientos en torno al VIH entre UDI constituirá una base para evaluar el impacto de las iniciativas de prevención del VIH en la próxima ronda de información de UNGASS.

Resumen: 12906

D52 - Comparaciones entre países

Las metas de UNGASS y la salud sexual y reproductiva: desafíos para las políticas nacionales sobre SIDA

W. Vilella[1], A. Nilo[2]

[1]UNIFESP, Sao Paulo, Brasil, [2]GESTOS, Recife, Brasil.

Antecedentes: Si bien se reconoce ampliamente que el fortalecimiento de las políticas y servicios de salud sexual y reproductiva constituye un factor indispensable para enfrentar la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA, hasta el año 2006 los informes gubernamentales y de la sociedad civil presentados en UNGASS no habían proporcionado información suficiente para mejorar las respuestas de los países ante el VIH/SIDA.

Método: Se desarrolló un instrumento de recolección de datos cualitativos basados en los párrafos de la Declaración de Compromiso, cuyos objetivos exigen acciones sobre la salud sexual y reproductiva. En todos los países donde se aplicó el instrumento se compartió la información y se analizó colectivamente, haciendo énfasis en los avances y en las brechas para la articulación de las políticas en torno a la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA, y tomando en cuenta el entorno sociopolítico y de salud que rodea las respuestas frente al SIDA.

Resultados: A pesar de que los países disponen de un cuerpo significativo de leyes, reglamentos y planes sobre la equidad de género, y de que existe disposición para promover la protección de los derechos de las mujeres, la instrumentación de las acciones correspondientes es todavía muy deficiente. Resulta sorprendente la ausencia de políticas gubernamentales efectivas hacia los huérfanos VIH positivos —particularmente hacia las niñas— quienes, además de cargar con el estigma de la enfermedad, son todavía invisibles para los responsables de la elaboración de las políticas. Las políticas de prevención orientadas a la población joven tienden a restringir su pleno acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la vigencia de sus derechos, en lugar de ayudarla a enfrentar responsablemente sus problemas de salud sexual y reproductiva. La restricción de los servicios de salud reproductiva a la esfera del cuidado materno-infantil sin incluir una atención integral de la sexualidad y la salud de las mujeres, ha terminado por fomentar comportamientos discriminatorios hacia las madres VIH positivas y una desatención de sus necesidades sexuales y reproductivas.

Conclusiones: Ningún esfuerzo por mejorar la respuesta ante el VIH/SIDA y por garantizar la salud sexual y reproductiva puede tener éxito si no incorpora y pone en práctica una perspectiva de género. La participación relativa de las mujeres en cada país, así como la prevalencia del VIH en el nivel nacional son factores que deben tomarse en cuenta al organizar acciones a favor de la salud sexual y reproductiva capaces de ejercer un impacto sobre la epidemia del SIDA.

Resumen: 7227

D53 - El impacto de las agencias de financiamiento y de sus políticas en las respuestas nacionales ante el VIH/SIDA

El Proyecto Mesoamericano: Respuesta regional ante el VIH/SIDA a favor de las poblaciones migrantes de Centroamérica

R. Leyva-Flores[1], R. Siman[2]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, Morelos, México, [2]Servicios de Salud del Gobierno de El Salvador, Programa Nacional de SIDA/Mecanismo de Coordinación Regional, San Salvador, El Salvador.

Tema: La movilidad de las poblaciones y la migración internacional se han convertido en una condición estructural de la sociedad actual. Sin embargo, las condiciones en las que esos fenómenos se producen han dado lugar a la vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en los lugares de origen, tránsito y destino. De ahí que se requiera una respuesta regional que reduzca la vulnerabilidad y facilite el acceso a la atención integral en cualquier punto de la trayectoria de migración. En el trabajo que se presenta se analiza una experiencia desarrollada en Centroamérica entre 2005 y 2008 orientada a brindar atención integral para el VIH/SIDA a poblaciones en movimiento y migrantes. En ella participaron organizaciones sociales, gubernamentales y de cooperación técnica, con apoyo financiero del Fondo Global.

Descripción: Se plantea desarrollar el proyecto a lo largo de cinco años, entre 2005 y 2010. El propósito es reducir la vunerabilidad de poblaciones centroamericanas en movimiento y migrantes ante el VIH/SIDA. La estrategia comprende tres líneas de acción: facilitar el acceso a servicios integrales de salud, desarrollar apoyo social comunitario y emprender procesos políticos regionales que aseguren el desplazamiento necesario de los servicios así como el acceso a ellos y a tratamientos antirretrovirales por parte de la población. En la actualidad han concluido ya dos años de instrumentación del proyecto y se ha ampliado la cobertura de los servicios de salud, los exámenes rápidos, el acceso a los condones y la información sobre prevención para diferentes grupos móviles y migrantes de los países centroamericanos. Se ha establecido también un Mecanismo de Coordinación para la elaboración de iniciativas integrales de atención regional al VIH/SIDA que permitirá hacer un uso óptimo de la cooperación técnica.

Lecciones aprendidas: La implementación de un proyecto regional implica el manejo de diferentes perspectivas e intereses a menudo contradictorios en su enfoque del problema. El establecimiento de un Mecanismo de Coordinación Regional nos ha permitido desarrollar acciones y asegurar su continuidad a través de la concertación de compromisos políticos de los gobiernos de la región. Es necesario que las organizaciones sociales se involucren no únicamente como responsables de la implementación de los proyectos sino también en calidad de actores políticos en las decisiones regionales.

Pasos a seguir: Es extremadamente urgente armonizar el suministro de tratamientos antirretrovirales en Centroamérica y México, así como establecer compromisos de cooperación regional para asegurar el desplazamiento y la sustentabilidad de los servicios.

Resumen: 6305

D53 - El impacto de las agencias de financiamiento y de sus políticas en las respuestas nacionales ante el VIH/SIDA

Medición del impacto al final de un proyecto: evaluación previa y posterior de un proyecto destinado a incrementar la participación de gays, transexuales y hombres que tienen sexo con hombres en el programa de SIDA, tuberculosis y malaria del Fondo Global

O. Montoya[1], A. Mikowski[2], C. Cheta[3], J. Hourcade Bellocq[4]

[1]ASICAL, Quito, Ecuador, [2]GTZ, Eschborn, Alemania, [3]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [4]International HIV/AIDS Alliance, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: En 2004, la Red de Hombres Gay y que Tienen Sexo con Hombres (ASICAL) —la cual cuenta con integrantes en más de 20 países de América Latina—, en colaboración con la Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA y la Iniciativa BACKUP de la Agencia Alemana de Cooperación Técnica, implementó un proyecto destinado a incrementar la participación de los hombres gay, transexuales y que tienen sexo con hombres en proyectos del Fondo Global y de los Mecanismos Nacionales de Coordinación. El proyecto consistió en un programa de capacitación en desarrollo organizacional y en visitas de intercambio entre grupos de hombres gay, transexuales y que tienen sexo con hombres, a fin de consolidar los aprendizajes prácticos. Participaron en el proyecto más de 60 representantes de 53 instituciones. En diciembre de 2007 se realizó una evaluación previa y posterior para evaluar los logros del proyecto así como su impacto y sustentabilidad.

Métodos: La evaluación se basó en la metodología participativa cualitativa denominada "El Cambio Más Significativo", que se emplea para monitorear y evaluar el impacto de los pro-

yectos desde la perspectiva de los participantes. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, discusiones en grupos focales y talleres. El análisis de los datos se concentró en una selección sistemática de las historias más importantes relatadas por los participantes en el proyecto.

Conclusión: Los principales hallazgos incluyen: el fortalecimiento de los grupos de hombres gay, transexuales y que tienen sexo con hombres, que permitió incrementar el nivel de coordinación y la sustentabilidad del proyecto en su totalidad. ASICAL se fortaleció para convertirse en la red regional de hombres gay y que tienen sexo con hombres, y se crearon otras redes subregionales y nacionales. Actualmente se observa un notable aumento en la participación de hombres gay, transexuales y que tienen sexo con hombres en los procesos de toma de decisiones. El proyecto tuvo un importante efecto en los procesos de trabajo del Fondo Global, así como en los de elaboración de políticas nacionales, con el incremento de 10% en la participación de los grupos en los Mecanismos Nacionales de Coordinación y como subrecipiendarios del apoyo del Fondo Global. Se obtuvieron buenos resultados al aplicar metodologías que combinan teoría y práctica en la evaluación del desarrollo y la sustentabilidad de los proyectos. Estos hallazgos constituyen valiosos insumos para el mejoramiento de las prácticas (transferibles, susceptibles de apropiación por parte de las comunidades y adaptables), así como del trabajo futuro de promoción y defensa a favor de gays, hombres que tienen sexo con hombres y transexuales.

E. Políticas y ciencia política

Resumen: 9756

E1 - Factores determinantes y restrictivos de las políticas

Nuevos desafíos para la continuidad de los programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA: la democracia electoral y la globalización en Latinoamérica

A. Torres-Ruiz

University of Toronto, Political Science, Toronto, Canadá.

El trabajo que se presenta exhibe algunos de los resultados de un amplio proyecto de investigación sobre la economía política del VIH/SIDA en México y Latinoamérica entre 1998 y 2008, en el contexto del fenómeno conocido como globalización. El propósito es contribuir a una discusión seria sobre los diversos factores sociopolíticos y económicos que determinan el proceso público de elaboración de las políticas, tanto de prevención como de tratamiento de la pandemia. Se sostiene que las políticas públicas frente al VIH/SIDA implementadas en México y otros países latinoamericanos son reflejo de un proceso más amplio y en desarrollo de democratización durante las últimas décadas.

El argumento central es que el establecimiento de redes identificables de elaboración de políticas públicas sobre VIH/SIDA tanto en el nivel nacional como en el global, ha funcionado como catalizador de las acciones de los actores locales. Éstos habrían participado en la creación de estas redes y se habrían beneficiado de su apoyo en su esfuerzo por promover políticas que respondan a las necesidades de grupos vulnerables (como las minorías sexuales, las mujeres y los niños). Es en este contexto, y sin dejar de reconocer algunos pasos importantes en la lucha contra la pandemia, resulta importante poner gran atención a los efectos de las transformaciones de los partidos políticos en el poder (así como de las claques o grupos dentro de ellos), tanto en el nivel local como en el nacional, y a su influencia en las políticas públicas sobre el VIH/SIDA.

Así pues, es necesario participar en discusiones públicas a fin de profundizar nuestra comprensión sobre el funcionamiento de las redes de políticas nacionales y globales, y del papel que pueden desempeñar en la vigilancia del mantenimiento, la continuidad y el mejoramiento de esas políticas. Esto es especialmente importante en el caso de aquellas políticas que responden a compromisos previos y evaden de ese modo el riesgo de retrocesos importantes.

Resumen: 13970

E2 - Influencia en la elaboración de políticas

Fortalecimiento de la cooperación y las alianzas Sur-Sur: Una estrategia para el desarrollo de habilidades entre el personal del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Latinoamérica y El Caribe

C. Maurente[1], R. Child[1], P. Bermúdez[2]

[1]UNFPA, Country Support Team México, Ciudad de México, México, [2]Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.

Tema: El fortalecimiento de la cooperación y las alianzas Sur-Sur a través de políticas de construcción de habilidades que incluyen el desarrollo conjunto de programas de capacitación y aprendizaje, ha contribuido a generar estrategias eficaces para facilitar la ampliación de la respuesta al VIH/SIDA en la región.

Descripción: Se organizó el primer Diplomado en Prevención del VIH con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las habilidades del personal del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la región, y contribuir así al mejoramiento de las respuestas al VIH/SIDA. El curso fue diseñado conjuntamente por el UNFPA, la Universidad de Brasilia y el Centro Internacional para la Cooperación Técnica de Brasil. Los profesores provenían de las Universidades de Brasilia, Sao Paulo y Rio Grande do Sul; los líderes participantes, de la sociedad civil brasileña, del Programa Nacional de SIDA de Brasil, del UNFPA y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El diplomado abordó enfoques innovadores relacionados con los derechos humanos, el género y la prevención. Entre los resultados destaca el establecimiento de una Red de Puntos Focales sobre el VIH del UNFPA, que representa una "ventana de oportunidad" para responder de mejor manera a las crecientes demandas regionales de las áreas asignadas al UNFPA y a la División de Trabajo del ONUSIDA.

Lecciones aprendidas: La iniciativa ha constituido una oportunidad excepcional para promover la Agenda del VIH en la región, a través de la construcción y expansión de asociaciones con entidades regionales y nacionales y de la colaboración entre agencias de Naciones Unidas, así como del mejoramiento de las sinergias institucionales y el fortalecimiento e intercambio de experiencias, conocimientos y nuevos enfoques y metodologías para la Respuesta al VIH/SIDA. En este sentido, y con voluntad política, las organizaciones que se especializan en áreas complementarias y cuentan con recursos comprometidos y decisiones conjuntas, posibilitaron el logro de resultados mutuamente benéficos, que de otro modo habría sido difícil conseguir.

Pasos a seguir: Esta alianza estratégica, así como el modelo de capacitación que se desarrolló, pueden emplearse para capacitar a colegas de otras agencias de Naciones Unidas y a actores clave. Esta actividad es un primer paso del proyecto destinado a mejorar la respuesta del UNFPA en la región mientras se implementan a mediano plazo programas de capacitación y actividades relacionadas con problemas emergentes específicos.

Resumen: 15360

E2 - Influencia en la elaboración de políticas

La agenda de investigación sobre VIH/SIDA del Consorcio de Investigación sobre VIH/SIDA y Tuberculosis

H. Ruiseñor Escudero[1], P. Torres[2], C. Infante[2], J.P. Gutierrez[2], Consorcio de Investigación sobre VIH/SIDA/TB (CISIDAT)

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, CIEE, Cuernavaca, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Tema: Los esfuerzos de investigación sobre VIH/SIDA en México han estado mal coordinados. Esto ha dado lugar a la superposición de proyectos y temas, así como a una asignación de recursos basada en criterios muy deficientes. A fin de generar consenso en torno a las áreas prioritarias de investigación es necesario promover la elaboración de una agenda de investigación comprensiva pero bien centrada e inclusiva.
Descripción: El Consorcio Mexicano de Investigación sobre VIH/SIDA y Tuberculosis (CISIDAT), una iniciativa multidisciplinaria e interinstitucional, asumió el desafío de elaborar una agenda de investigación que reflejara las prioridades comunes de investigación necesarias para facilitar una respuesta coherente y organizada a la epidemia del VIH/SIDA en contextos semejantes. A partir de un enfoque basado en los actores interesados, se reunió información proveniente de 48 estudios estructurados realizados con líderes de la sociedad civil, investigadores y expertos que trabajan en proyectos o temas relacionados con el VIH/SIDA en México. Las preocupaciones y prioridades que estos actores expusieron se sistematizaron en diferentes áreas que deben abordarse para confrontar el VIH/SIDA: 1. Prevención, 2. Atención, 3. Vulnerabilidad, 4. Atención/Prevención/Vulnerabilidad, 5. Prevención/Atención, 6. Atención/Vulnerabilidad y 7. Prevención/Vulnerabilidad. En cada una de esas áreas se plantean los problemas mediante preguntas precisas de investigación que deben ser respondidas.
Lecciones aprendidas: Es preciso cerrar muchas brechas para poder ofrecer una respuesta apropiada a la epidemia del VIH/SIDA en México. Si nuestro esfuerzo debiera trascender la presentación de este documento, sería imprescindible difundirlo a través de un proceso inclusivo que involucrara a la comunidad científica.
Pasos a seguir: Los resultados de este ejercicio serán difundidos entre instituciones de investigación y responsables de la elaboración de políticas y de toma de decisiones en México. Deberían desarrollarse talleres participativos con grupos de investigación en todo el país, de modo que la agenda pudiera servir como una guía de recursos para la planeación estratégica de las organizaciones y el establecimiento de prioridades de financiamiento, permitiendo a los investigadores y las instituciones integrar las prioridades nacionales de investigación sobre VIH/SIDA en sus propias agendas. El documento está disponible en: http://www.cisidat.org.mx

Resumen: 5333

E2 - Influencia en la elaboración e instrumentación de políticas

Educación para el ejercicio de la sexualidad, la prevención del VIH y las relaciones humanas: desarrollo de una estrategia gubernamental en México

C. De Azcárraga[1], M.d.L. Cobos Gutiérrez[2], M.d.L. Martínez Vega[3], E. Delgado[4], B. Mayen[5], U. Ramos[6], D. Verderi[7], Sexual Education Task Team (National Council for AIDS, México)

[1]UNESCO, HIV and AIDS programmes, México, México, [2]Secretaría de Educación, Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas, México, México, [3]Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas, México, México, [4]MEXFAM, México, México, [5]Afluentes S.C, México, México, [6]Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, México, México, [7]Instituto Mexicano de la Juventud, Sexualidad, México, México.

Tema: La Estrategia y Plan de Acción del gobierno de México para la educación en prevención y atención del VIH/SIDA es un ejemplo pionero en la región de trabajo conjunto en el área de la educación sexual y la prevención del VIH, de desarrollo de políticas y de esfuerzo multidisciplinario en la construcción de respuestas integrales al VIH/SIDA.
Descripción: La Iniciativa Mundial sobre VIH/SIDA y Educación (EDUSIDA) que se desarrolla en México tiene el propósito de auxiliar a los Ministerios de Educación y de Salud en la planeación y la definición de prioridades de acción para subsanar las carencias educativas en materia de sexualidad y VIH. Actualmente se realizan esfuerzos en colaboración con otras contrapartes decisivas, tales como organizaciones no gubernamentales y agencias de Naciones Unidas. La UNESCO, con el apoyo financiero de Japón, emprendió en junio de 2007 el proyecto

EDUSIDA. El objetivo inicial de este proyecto fue la elaboración de una Estrategia y Plan de Acción para el sistema educativo. En México, con la cooperación del Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA de la Secretaría de Salud, se creó un equipo multidisciplinario denominado "Equipo de Trabajo para la Educación Sexual". Este grupo congrega a muy diversos actores. A través de una serie de talleres de consulta se desarrolló una estrategia seguida de un taller de planeación estratégica destinado a elaborar un Plan de Acción que contase con el consenso de todas las instancias involucradas.

Lecciones aprendidas: El trabajo conjunto de diferentes actores en la elaboración de la Estrategia y del Plan de Acción contribuyó a la apropiación del proyecto por parte de todos ellos y a asegurar que todos los aspectos y preocupaciones centrales fuesen tomados en cuenta. El proceso de consulta fortaleció las alianzas y movilizó al sector educativo para responder al VIH/SIDA. Vincular la Estrategia con un Plan de Acción articulado constituye un factor necesario para traducir la política en acción. Los principales compromisos delineados en la Estrategia y en el Plan, así como las conclusiones generales del proceso, se presentan aquí como un modelo que puede ser útil para otros países de la región.

Pasos a seguir: La instrumentación de la Estrategia y del Plan de Acción se llevará a cabo con la cooperación de diferentes instancias (institutos, secretarías, organizaciones no gubernamentales y agencias de Naciones Unidas), de acuerdo con las funciones y responsabilidades asignadas por acuerdo a cada una de ellas.

Resumen: 4000

E2 - Influencia en la elaboración e instrumentación de políticas

Promoción de programas de atención al VIH/SIDA mediante la cooperación Sur-Sur

D.S.M. Shariful Islam

Partners in Population and Development (PPD), Programme, Dhaka, Bangladesh.

Tema: Debido a las transformaciones del entorno político global y al desarrollo de un nuevo orden económico puesto en funcionamiento por las crecientes fuerzas de la globalización, así como al reconocimiento de progresos sustanciales en algunos países en desarrollo, se ha hecho evidente la existencia de un potencial para la cooperación entre países que comparten antecedentes socioeconómicos y políticos comunes. Los países que cuentan con mayor cantidad de rasgos en común han reforzado sus lazos de cooperación y han desarrollado una sinergia de trabajo para lograr mucho más de lo que podrían conseguir individualmente. En un escenario en el que los recursos financieros y técnicos son realmente escasos, esos esfuerzos de colaboración pueden liberar recursos potenciales.

Descripción: La Cooperación Sur-Sur se basa en dos premisas: La primera es que diversos países en desarrollo han adquirido en las últimas décadas una considerable experiencia y pericia en la instrumentación de programas exitosos y efectivos para atender el VIH/SIDA. La segunda es que la puesta en común de capacidades y experiencias entre los países en desarrollo puede enriquecer y fortalecer el conjunto total de políticas y programas.

Lecciones aprendidas: Se percibe con creciente claridad que la cooperación Sur-Sur es una modalidad innovadora, económicamente eficaz y capaz de alcanzar resultados concretos en la transferencia y el intercambio de conocimientos y experiencias relevantes para la atención al VIH/SIDA entre países en desarrollo. Mediante la creación de redes, la instrumentación de proyectos compartidos entre países, la capacitación y las alianzas, ha promovido la cooperación y las alianzas entre países. Se ponen en marcha Redes Regionales de Salud y se llevan a cabo intercambios de capacidades en forma de diálogo en torno a las políticas y proyectos conjuntos.

Pasos a seguir: Es necesario analizar el modo como se lleva a cabo la cooperación técnica, así como la voluntad política de los actores interesados en promover la Cooperación Sur-Sur. La mayor parte de las intervenciones en VIH/SIDA planeadas por los países es instrumentada en el nivel nacional. La Cooperación Sur-Sur tiene, en consecuencia, posibilidad de presentar complicaciones relacionadas con la propiedad, la gestión e, incluso, la administración de los recursos. Éste es un desafío especialmente importante para los países en desarrollo. Para obtener resultados más sólidos en los países a los que prestamos servicio debemos fortalecer los lazos entre los niveles nacional, regional y global, prestando la debida atención a las subregiones y trabajando en equipo.

Resumen: 13493

E2 - Influencia en la elaboración e instrumentación de políticas

La legislación internacional y los marcos legales nacionales para la atención del VIH/SIDA en México, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Ecuador y Bolivia

A. Mejía

Action Aid Latin America, Bogotá D.C., Colombia.

Antecedentes: El estudio que aquí se presenta busca promover la adquisición de conocimientos y el mejoramiento del

acceso a los instrumentos legales que orientan las respuestas nacionales a la epidemia del VIH y protegen los derechos de las personas afectadas en México, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Ecuador y Bolivia, a fin de que puedan emplearse en la promoción y la negociación. Pretende también identificar las principales debilidades y obstáculos legales.

Métodos: La metodología empleada en el estudio fue la de la investigación documental, incluyendo la delimitación del tema, la búsqueda y organización de las fuentes de información, la lectura y la sistematización de los datos, y la elaboración de un marco conceptual.

Resultados: Los países estudiados tienen normas para el tratamiento del VIH/SIDA respaldadas por acuerdos internacionales. Éstos han sido formulados y reformados durante la última década debido al impacto de la epidemia, a los hallazgos de los estudios y a las lecciones aprendidas.

Fortalezas: Énfasis en los derechos humanos; el VIH/SIDA se considera como un problema de interés nacional; existen instancias responsables de la elaboración de políticas; la confidencialidad y la naturaleza no obligatoria de las pruebas están garantizadas (con excepción de Honduras y Bolivia), y se reconoce el papel de la sociedad civil. Se ofrece protección a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y a los grupos afectados, a pesar de que el proceso ha sido gradual e inconsistente. Se han creado comisiones multisectoriales con participación comunitaria. Se prohíbe la discriminación, si bien se han hecho numerosas denuncias al respecto señalando la insuficiencia de la legislación.

Debilidades y obstáculos: La discriminación resulta evidente en algunas normas que enfatizan las obligaciones de las personas que viven con VIH/SIDA. Se observa una carencia de recursos para la ejecución de los programas, así como deficiencias en su instrumentación debidas a la ausencia de voluntad política, a la influencia de la Iglesia católica, a las discrepancias con otras legislaciones, a obstáculos al acceso a la atención universal de la salud, a la debilidad de los sistemas de salud, a la desarticulación de la sociedad civil y a la carencia de conocimientos legales.

Conclusiones: La legislación no es suficiente por sí misma, y tiene que ser promovida, instrumentada y controlada. Hay numerosas debilidades y obstáculos en las legislaciones actuales, y el estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA todavía están presentes. La ausencia de voluntad política se evidencia en la falta de recursos.

Resumen: 4212

E8 - Políticas relacionadas con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH

Obstáculos de género a la aplicación de nuevos métodos de prevención del VIH: una revisión de las políticas de profilaxis antirretroviral posterior a la exposición

B. Herstad

Constella Futures, Washington, DC, Estados Unidos.

Tema: Las mujeres y otros grupos que enfrentan violencia de género son sectores crecientemente vulnerables a la infección por VIH que ponen de manifiesto la necesidad de aplicar políticas de profilaxis antirretroviral posterior a la exposición al riesgo (PEP, en inglés) como método de prevención. Aunque suele recomendarse el PEP para prevenir la transmisión del VIH, las políticas para adoptar esta recomendación son limitadas. En ausencia de esas políticas, las víctimas de violación sexual enfrentan grave riesgo de adquirir el VIH.

Descripción: El estudio que se presenta evaluó las políticas actuales sobre la aplicación de la PEP —específicamente en la violación— en relación con lineamientos recientemente emitidos por la Organización Mundial de la Salud y los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos. El estudio analizó la amplitud, el contenido y la instrumentación de las políticas de PEP en países en desarrollo, e identificó los condicionamientos de género que afectan el acceso a la información sobre esos procedimientos y al servicio mismo. Se analizaron los criterios de elegibilidad a fin de averiguar cómo definen las políticas a las personas susceptibles de recibir PEP en caso de violación sexual y si establecen diferencias entre las víctimas por su sexo. Para complementar la revisión de los países en desarrollo, la investigación incluyó también un análisis comparativo de las políticas PEP en un grupo selecto de países desarrollados.

Lecciones aprendidas: El acceso a la PEP es un problema reciente en el campo de la prevención del VIH, pero existen pocas políticas específicas al respecto. Cuando las hay, suelen dar prioridad a la exposición ocupacional al riesgo por sobre la exposición sexual, y su instrumentación es limitada. Las políticas que sí toman en cuenta la exposición sexual no suelen prestar atención a las circunstancias específicas de la violación, las cuales pueden ejercer una enorme influencia en la capacidad de una mujer o un hombre de acceder a la PEP. Por ejemplo, algunos países exigen que las víctimas de violación informen sobre el ataque sexual antes de acceder al tratamiento. Ese tipo

de política desalienta a las personas en su esfuerzo por obtener la asistencia necesaria, y su efecto es limitar el acceso a la PEP.
Pasos a seguir: La investigación subsecuente debería analizar la eficacia de las políticas existentes de PEP y proponer recomendaciones a los responsables de la elaboración de políticas sobre las prácticas más adecuadas y la aportación que pueden hacer las personas interesadas. Esas recomendaciones deberían considerar los obstáculos específicos de género, especialmente los relacionados con la violación sexual.

Resumen: 208

E9 - Políticas relacionadas con los factores sociales y económicos determinantes de la vulnerabilidad

El énfasis en las características demográficas y en los perfiles individuales de riesgo puede limitar la atención a factores contextuales determinantes de la vulnerabilidad: el ejemplo de dos grupos de usuarios de drogas inyectables en México

M.E. Ramos Rodriguez[1], R. Ramos[2], K. Brouwer[3], J. Ferreira Pinto[4], R. Lozada[5], S. Strathdee[6]

[1]Programa Compañeros A.C., Cd. Juárez, México, [2]US-Mexico Border Health Association, El Paso, Texas, Estados Unidos, [3]University of California, Department of Family and Preventive Medicine, San Diego, California, Estados Unidos, [4]University of Texas at El Paso UTEP, Health and Health Services Research, El Paso, Texas, Estados Unidos, [5]Patronato Pro-COMUSIDA A.C., Tijuana, México, [6]University of California, Division of International Health and Cross Cultural Medicine, San Diego, Estados Unidos.

Tema: La definición de la vulnerabilidad en las investigaciones y en el diseño de programas de atención suele basarse en variables demográficas y de riesgo individual. Por lo general, la bibliografía disponible tampoco concede el mismo peso a las variables ambientales y estructurales que a las relacionadas con los riesgos conductuales al definir la vulnerabilidad.
Descripción: Esta ponencia analiza dos poblaciones que tradicionalmente han sido consideradas similares debido a sus características sociodemográficas. Se trata de dos grupos de usuarios de drogas inyectables (UDI) en Tijuana, Baja California y Ciudad Juárez, Chihuahua, ambas ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos. La ponencia examina los entornos ambiental y estructural de los dos grupos y pone en cuestión la afirmación de que son igualmente vulnerables.
Lecciones aprendidas: Las diferencias en las condiciones ambientales y estructurales tienen importantes implicaciones metodológicas para el diseño de la investigación, así como para la planeación, el diseño y la evaluación de programas. Desde el punto de vista demográfico y de comportamientos de riesgo, ambas poblaciones parecen sumamente similares; sin embargo, el ambiente y las características estructurales del medio que afecta a esas poblaciones muestran patrones muy diferentes. La selección de una teoría de salud pública que haga énfasis en los comportamientos individuales a fin de modificar los conocimientos, las creencias y las actitudes e ignore las condiciones ambientales y estructurales en las que los comportamientos se manifiestan, pasará por alto variables decisivas que provocan o aumentan el riesgo. El riesgo de infección y de adicción que conlleva el uso de drogas intravenosas en Ciudad Juárez está asociado a la manera como los UDI manejan sus hábitos en el interior de redes familiares y sociales cerradas. En Juárez existe mayor vulnerabilidad a la infección entre UDI debido a un uso familiar de heroína y otras drogas sumamente arraigado. En contraste, los UDI en Tijuana ofrecen una imagen de mayor vulnerabilidad estructural y ambiental debido a su carencia de vivienda, la deportación y los arrestos por llevar jeringas. Las diferencias entre las condiciones ambientales y estructurales han sido documentadas a partir de decisiones metodológicas críticas en el diseño de la investigación.
Pasos a seguir: Las consideraciones ambientales, documentadas a través de la investigación, pueden vincularse a las decisiones fundamentales sobre planeación, diseño y evaluación de programas en cada una de estas ciudades fronterizas.

Resumen: 9696

E10 - Políticas frente al VIH/SIDA en el entorno laboral y en las instituciones educativas

Cambio en los conocimientos y el comportamiento entre maestros de escuela primaria con una historia de discriminación ligada al VIH

D.d.C. Balán Herrera[1], J.A. Torres Sánchez[2], J.M. Quevedo Hernández[3]

[1]FRENPAVIH Sinaloa, Mazatlán, Sinaloa, México, [2]Identidad Saludable A.C., Tizayuca, Hidalgo, México, [3]Compartiendo Retos A.C., Mazatlán, Sinaloa, México.

Tema: A partir de una recomendación emitida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México para evitar la violación del derecho a la educación de niñas y niños VIH positivos o cuyos padres están infectados, se implementó un proyecto orientado a formar al personal del sector educativo de Sinaloa mediante la identificación de casos de expulsión de la escuela de niños en esa condición.
Descripción: Además de presentar una queja por violación de derechos humanos debida a la expulsión de la escuela de un

niño, una asociación de personas VIH positivas desarrolló un taller denominado "Respuesta Compartida", en colaboración con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y los departamentos municipales de salud y educación. El taller comprendía dos sesiones de cinco horas cada una que cubrían los siguientes temas: información básica sobre VIH, el marco legal mexicano sobre los derechos humanos de las personas VIH positivas, y resultados de la investigación sobre estigma y discriminación en México y en el mundo. El taller benefició a maestros de preescolar y primaria, capacitadores de maestros y funcionarios responsables de la protección de la infancia y de impartir justicia.

Lecciones aprendidas: Los maestros encontraron que menos información teórica mejoraba su comprensión de los temas, reconocieron que la ignorancia era la causa de que discriminaran a los niños infectados, y expresaron su remordimiento por actos de discriminación cometidos previamente. Los sectores de la salud y la educación deben enfrentar el problema del estigma y la discriminación asociados con el VIH entre los funcionarios públicos. La colaboración con personas VIH positivas y con la sociedad civil resulta eficaz.

Pasos a seguir: Los talleres sugieren que los maestros de la escuela primaria cometen actos de discriminación debidos principalmente a la ignorancia. En consecuencia, resulta necesario ampliar esta estrategia educativa a fin de cubrir a todas las escuelas primarias del estado. Sería razonable desarrollar una prueba piloto de la estrategia en otros estados y considerar la posibilidad de ampliarla a todo el país.

Resumen: 7166

E10 - Políticas frente al VIH/SIDA en el entorno laboral y en las instituciones educativas

IMPULSO: suministro de asistencia técnica al sector privado para el desarrollo de políticas frente al VIH y su implementación en el entorno laboral

C. García de León M.[1], J.C. Rodríguez[2], R. Olin German[2]

[1]IMPULSO, consultoría y asesoría en VIH, Coordinación General, Ciudad de México, México, [2]IMPULSO, Ciudad de México, México.

Tema: Las quejas de las personas VIH positivas y los resultados de los estudios y análisis que se han hecho al respecto en el sector privado, se refieren principalmente a la discriminación, la obligatoriedad de las pruebas de VIH y la violación de la confidencialidad. Para mejorar la situación e incorporar al sector privado en la respuesta al VIH, en 2004 se creó el Consejo Empresarial Nacional para el SIDA, con apoyo del gobierno mexicano y de agencias internacionales, y con la asistencia técnica de organizaciones mexicanas de la sociedad civil con experiencia en VIH/SIDA agrupadas en la iniciativa denominada IMPULSO.

Descripción: Se desarrolló un proceso de capacitación y de construcción de habilidades a fin de mejorar la capacidad de las empresas en el manejo del VIH/SIDA en los entornos laborales. El proceso incluyó el desarrollo de estrategias específicas, talleres de elaboración de políticas basadas en evidencia y factores contextuales, y la elaboración de materiales para desarrollar e instrumentar políticas contra el estigma y la discriminación ligados al VIH en el lugar de trabajo. Se superaron con éxito las dificultades relacionadas con la credibilidad y con la diferencia de lenguajes y marcos de referencia entre el sector privado y las organizaciones civiles. De esta manera se consiguió diseñar un modelo que actualmente apoya a diversas compañías en la elaboración e instrumentación de sus políticas de acuerdo con sus necesidades. 29 importantes compañías que operan en México forman parte del Consejo, y con la asistencia técnica de IMPULSO, más de 50% cuentan ya con políticas específicas y se encuentran en proceso de implementarlas; en un caso se diseñó una política sobre VIH para ocho países de Latinoamérica; 90% de las compañías integrantes del Consejo son trasnacionales, y se reconoce que diversos factores culturales y un ambiente de discriminación, estigma, apatía e impunidad constituyen enormes obstáculos para incorporar más compañías mexicanas al Consejo. Actualmente, alrededor de 150,000 trabajadores mexicanos gozan del beneficio de políticas relacionadas con el VIH, el estigma y la discriminación en sus entornos laborales.

Lecciones aprendidas: Es posible lograr una sinergia entre organizaciones civiles y el sector privado cuando el lenguaje y los marcos de referencia son entendidos por ambas partes. La profesionalización de las organizaciones civiles les permite establecer alianzas duraderas con el sector privado. Éste puede, por su parte, enriquecer y mejorar la situación de sus empleados aprovechando la experiencia de las organizaciones civiles.

Resumen: 8011

E11 - La investigación basada en evidencia como método de transformación de las políticas

Uso de un instrumento de análisis situacional para desarrollar una estrategia centrada en evidencias y resultados en Honduras

R. Rodríguez[1], M. Tallarico[2], M. Paredes[3], E. Gaillard[4], M. Aragón[5], L. Mejía[6], I. Mendoza[7], M. Bortman[8], S. Forsythe[9], S. Gupta[10], J.R. Gradelhy[11], A. Stella[11]

[1]World Bank, Washington, Estados Unidos, [2]ONUSIDA/UNAIDS, Guatemala, Guatemala, [3]AIDS Program Department, Tegucigalpa, Honduras,

[4]ASAP Consultor, Puerto Príncipe, Haití, [5]CDC GAP Consultor, Tegucigalpa, Honduras, [6]UNAIDS/ONUSIDA, Tegucigalpa, Honduras, [7]Comisión Nacional de SIDA de Honduras, Tegucigalpa, Honduras, [8]Banco Mundial, Washington, Estados Unidos, [9]ASAP Consultor, Cuernavaca, México, [10]CDC GAP, Tegucigalpa, Honduras, [11]ONUSIDA, Tegucigalpa, Honduras.

Tema: Honduras se comprometió a que el diseño de su tercera estrategia para enfrentar el VIH (PENSIDA III, 2008-2012) estuviera basado en la evidencia y contuviera prioridades. En los planes anteriores, los responsables de la elaboración de las políticas carecían de datos sobre las tendencias de la epidemia y sobre sus formas de transmisión. Tampoco sabían cómo se invertían los recursos y no habían hecho estimaciones de costos. El Banco Mundial y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) prestaron asistencia a Honduras a través de ASAP.

Descripción: El instrumento de análisis situacional conocido como Ciclo de Resultados Estratégicos suministró el marco que orientó la coordinación, la transferencia de conocimientos y el análisis. En el análisis de la situación y en la identificación de las fortalezas y debilidades del PENSIDA II participaron más de 100 actores interesados. Los participantes respondieron el formulario SAT, un instrumento de evaluación que permite identificar las fortalezas y debilidades del PENSIDA II y que se compone de 55 preguntas clasificadas en 12 rubros. Se revisó la información sobre la prevalencia entre grupos específicos en 1998, 2001 y 2006, y sobre mujeres embarazadas entre 1990 y 2004. El diseño del PENSIDA III incluyó la definición de prioridades y un análisis de costos y gastos. La elaboración final del diseño se realizó a través de talleres regionales en los que participaron más de 300 actores.

Lecciones aprendidas: El Ciclo de Resultados Estratégicos ayudó a elaborar un plan basado en la evidencia y centrado en resultados con altos niveles de participación de actores interesados y el aprovechamiento de la información disponible. La planeación estratégica basada en la evidencia tiene éxito cuando se cuenta con información confiable. Se estimó que la prevalencia era de 0.7%, puesto que la prevalencia en el nivel nacional, de 1.5%, sobreestimaba la dimensión real de la epidemia. El uso del condón se había incrementado en algunos grupos de riesgo. La incidencia de infecciones de transmisión sexual sigue siendo alta en Honduras. El sexo comercial da cuenta de 28% del total de nuevas infecciones; los hombres que tienen sexo con hombres de 19%; la población garífuna de 5%; los usuarios de drogas inyectables de 3%, y otros grupos de 44%. El acceso a tratamientos antirretrovirales se incrementó de 200 personas en 2002 a más de 6,200 en 2007. Los recursos necesarios para instrumentar el PENSIDA III deben incrementarse ($21 millones en 2006, 49 millones para 2012). En total se requieren $197 millones.

Pasos a seguir: El Banco Mundial y ONUSIDA deben apoyar a la Comisión Nacional Hondureña para el SIDA en la recolección de información sobre grupos no estudiados, la actualización regular de las proyecciones epidemiológicas, el uso de indicadores combinados de prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual y el manejo de datos sobre comportamientos y formas de transmisión, a fin de dar prioridad a los grupos de riesgo.

Resumen: 4809

E13 - El impacto de las políticas en los sistemas de salud

Oportunidades para el mejoramiento de la planeación y la adquisición de antirretrovirales en México

V. Gidi, K. Hsieh, D. Rodríguez, A. Adesina, J. Lorvick

University of California, Berkeley, School of Public Health, Berkeley, Estados Unidos.

Tema: En la década de los noventa, México comenzó a extender el acceso de las personas que viven con VIH/SIDA a tratamientos antirretrovirales, y en 2001 el gobierno se comprometió a suministrar antirretrovirales a todos los pacientes que los necesitaran. Si bien es cierto que se han hecho grandes avances desde entonces, también se observan ineficiencias en la adquisición y prescripción de antirretrovirales en los tres principales sistemas de salud del país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Descripción: Después de revisar la bibliografía pertinente y recabar evidencia anecdótica, realizamos una serie de entrevistas a profundidad con funcionarios y médicos de la SSA, el IMSS y el ISSSTE, con informantes clave de organizaciones no gubernamentales y con personas que viven con VIH/SIDA y se encuentran en tratamiento antirretroviral. Analizamos temáticamente los datos y los evaluamos desde la perspectiva de sus implicaciones para las políticas.

Lecciones aprendidas: El costo y la selección de antirretrovirales varían entre los sistemas. El acceso a los medicamentos podría mejorarse y los costos podrían reducirse mediante la adquisición coordinada por parte de los hospitales y de las tres instituciones entre sí. En la actualidad, el agotamiento de las existencias de antirretrovirales conduce a la interrupción de los regímenes de medicación individual o a su modificación, lo cual contribuye a generar resistencia a los medicamentos. Un sistema nacional de seguimiento de pacientes podría contribuir a mejorar la eficiencia de las proyecciones y de las compras. Asimismo, el desarrollo de algún mecanismo de respaldo que

permitiera enfrentar el agotamiento eventual de las existencias de medicamentos contribuiría a mantener la continuidad de los tratamientos. A pesar de que existen Lineamientos Nacionales para el Tratamiento del VIH, las prácticas de prescripción difieren entre los tres sistemas, tanto como las oportunidades de capacitación de sus médicos. La prescripción prematura o contraindicada de antirretrovirales de segunda línea, que son más tóxicos y caros, podría reducirse mediante la adopción universal de los lineamientos. Nuestras recomendaciones a las instituciones incluyen la intensificación de la capacitación de los médicos, la coordinación de los mecanismos de adquisición de antirretrovirales entre los hospitales de los tres sistemas, y el mejoramiento de las prácticas farmacológicas.

Pasos a seguir: La colaboración entre instituciones y la emisión de recomendaciones adecuadas deben considerarse seriamente, puesto que podrían asegurar un acceso óptimo a los tratamientos antirretrovirales en México.

Resumen: 9333

E13 - El impacto de las políticas en los sistemas de salud

Atención dental a pacientes que viven con VIH/SIDA en las regiones de América

I. Tami-Maury, M. Aguero, S. Estupinan-Day

Organización Panamericana de la Salud/OMS, Programa de Salud Bucal, Washington, DC, Estados Unidos.

Tema: Nuestro propósito era obtener la información más precisa posible sobre la provisión de servicios de salud dental a personas que viven con VIH/SIDA en las regiones de América.

Descripción: Con este fin, la División de Salud Bucal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un cuestionario en línea destinado a las autoridades de salud dental de cada país. Este cuestionario contenía ocho preguntas que podían responderse en línea, por correo electrónico o vía fax. La notificación correspondiente se envío a cada uno de los países americanos, junto con instrucciones para responder el cuestionario. A pesar del creciente número de personas que viven con VIH/SIDA en el continente, sólo 12 países (31.6%) respondieron el cuestionario y lo enviaron a tiempo. Para evaluar la precisión de las respuestas sobre la cantidad de personas que viven con VIH/SIDA en cada país, los investigadores las compararon con las estimaciones de ONUSIDA. Sólo tres de los países que respondieron el cuestionario (25%) proporcionó una cifra nacional confiable. 68% de los países que respondieron cuenta con políticas y estrategias nacionales para dar atención dental a personas que viven con VIH/SIDA. Sólo 58% ha elaborado manuales y protocolos específicos. Los temas de investigación sobre los que se ha trabajado más intensamente durante los últimos cinco años, son: prácticas de control de infecciones en el consultorio dental, prevalencia de lesiones bucales entre las personas que viven con VIH/ SIDA, discriminación de personas que viven con VIH/SIDA en los consultorios dentales, y cobertura de la atención dental para la población que vive con VIH/ SIDA. Por lo que se refiere a las necesidades de información de los dentistas profesionales que atienden a personas que viven con VIH/ SIDA, las respuestas subrayan: prácticas de control de infecciones, adelantos en el tratamiento del VIH, espacios para el intercambio de ideas, foros de discusión en línea y financiamiento.

Lecciones aprendidas: Concluimos que la comunicación dentro de los países, e incluso entre la OPS y los países de la región, se dificulta debido a barreras lingüísticas, carencia de información o datos de contacto erróneos del personal responsable de los programas nacionales, así como a la falta de voluntad para resolver problemas y entablar vínculos de cooperación.

Pasos a seguir: La colaboración en materia de atención dental sigue siendo una pieza faltante que debe incluirse en el paquete de cuidados para los pacientes que viven con VIH/ SIDA.

Resumen: 12434

E16 - La relación entre los derechos humanos y el VIH/SIDA

La Declaración Ahora Más que Nunca: definiciones y acciones en torno al SIDA y los derechos humanos

R. Jurgens[1], J. Cohen[2]

[1]Consultant, Milles-Isles, Canadá, [2]Open Society Institute, Public Health Program -Law and Health Initiative, Nueva York, Estados Unidos.

Tema: A pesar del amplio reconocimiento de que los derechos humanos son esenciales para el combate al SIDA, éstos siguen siendo ignorados y, a menudo, muy escasamente entendidos por los responsables de la elaboración de las políticas y las instancias que proporcionan apoyo financiero. Esto se debe, en parte, a la falta de consenso sobre lo que constituye un enfoque de derechos humanos frente al VIH. Muchos activistas y personas VIH positivas suelen expresar la necesidad de una descripción concisa y comprensible de los enfoques basados en derechos susceptible de ser compartida por funcionarios gubernamentales y donantes.

Descripción: Un conjunto de 25 organizaciones y redes importantes formuló una declaración de diez puntos que expone por qué, ahora más que nunca, los derechos humanos deben ubicarse en el centro de la respuesta global al SIDA. Esta declaración se refiere a los derechos humanos de mujeres, niños, trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, pri-

sioneros, hombres homo y bisexuales y otro tipo de personas, la violación de cuyos derechos impide el acceso universal a la atención del VIH. La declaración fue lanzada conjuntamente en el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA de 2007, y las organizaciones desarrollaron actividades especiales en sus respectivos países. La declaración ha sido traducida a casi 20 idiomas.

Lecciones aprendidas: La participación de las principales redes dedicadas a la promoción de la atención del VIH/SIDA fue decisiva para el éxito y la legitimidad de la Declaración Ahora Más que Nunca. Las organizaciones participantes representan a un conjunto geográficamente diverso de actores interesados que adaptaron la declaración a sus contextos locales y lograron atraer la atención de los medios de comunicación y de los gobiernos de sus países. La participación de ONUSIDA en la preparación de la declaración garantizó su distribución entre todos los integrantes del secretariado de la ONU y el personal de los países. Esta declaración representa una de las mejores oportunidades de la última década para colocar los derechos humanos a la vanguardia de la agenda global sobre el SIDA.

Pasos a seguir: La campaña internacional de adhesión a la Declaración Ahora Más que Nunca culminará con una Marcha por los Derechos Humanos en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Las actividades que se recomiendan para el futuro incluyen la suscripción de la declaración por parte de los gobiernos y las principales instancias de financiamiento, la auditoría de las intervenciones que suponen inversión en derechos humanos, y la colocación de los derechos humanos como tema central de la XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA que se celebrará en 2010.

Resumen: 8958

E16 - La relación entre los derechos humanos y el VIH/SIDA

El Proyecto Mesoamericano de los Derechos Humanos

D. Hernández Ramírez[1], J.G. Cabrera Reséndiz[2], J. Salas[3], J.J. Hernández Chávez[4], K. Morrison[5]

[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., Derechos Humanos, Ciudad de México, México, [2]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., Director Ejecutivo, Ciudad de México, México, [3]Colectivo Sol, A.C., Derechos Humanos, Ciudad de México, México, [4]Colectivo Sol, A.C., Director Ejecutivo, Ciudad de México, México, [5]Constella Futures, Ciudad de México, México.

Tema: Contribuir a una respuesta colectiva e integral a la pandemia del VIH en México y Centroamérica, como medio para asegurar el respeto y la protección de los derechos humanos y la reducción del estigma y la discriminación asociados con el VIH en la región, a través de la construcción y difusión de herramientas prácticas que permitan monitorear las violaciones de derechos humanos de las personas VIH positivas, así como formar a ciudadanos capaces de supervisar, investigar, documentar y analizar, a fin de lograr una respuesta integral frente al VIH.

Descripción: Considerando que una de las mayores debilidades en el nivel nacional es la supervisión y la sistematización de la documentación de las violaciones a los derechos humanos, resulta ineludible crear mecanismos que promuevan la conciencia entre las agencias protectoras de los derechos humanos acerca de la importancia de legislar y proteger a los grupos vulnerables de la población y de contribuir a la formación de sujetos de derechos a quienes se les restituya la ciudadanía, la Iniciativa Mesoamericana para los Derechos Humanos y el VIH concentra su atención en tres áreas estratégicas: el desarrollo de habilidades, el monitoreo de violaciones de derechos humanos relacionadas con el VIH, y la construcción de una respuesta eficaz y sustentable a largo plazo.

Lecciones aprendidas: Es necesario fortalecer y aportar mecanismos eficientes para monitorear e informar acerca de temas relacionados con los derechos humanos y la pandemia del VIH a las organizaciones de la sociedad civil. A través de esos mecanismos deben hacerse visibles y condenables las prácticas violatorias de los derechos humanos. Es recomendable promover experiencias de intercambio en los niveles local, estatal y nacional a fin de reforzar las alianzas estratégicas para garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos como parte de la respuesta nacional al VIH.

Pasos a seguir: Basarse en mecanismos eficaces para el procesamiento, el seguimiento y la documentación de las violaciones de los derechos humanos, e instrumentar un programa de ciudadanos vigilantes en tres estados del país.

Resumen: 10020

E16 - La relación entre los derechos humanos y el VIH/SIDA

El papel de los derechos fundamentales en los esfuerzos orientados a la reducción de daños

A. Madrazo

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Leyes, Ciudad de México, México.

Tema: El análisis de la relación entre los derechos fundamentales, específicamente el derecho a la salud, y las políticas de combate a las drogas puede ofrecer una poderosa herramienta para profundizar las medidas de reducción de daños —tales como la prevención de la difusión del VIH/SIDA a través del uso compartido de jeringas.

Descripción: Nuestra Constitución consagra el derecho a la salud. El derecho penal mexicano prohíbe el uso de drogas. En mi calidad de asesor del partido Alternativa Socialdemócrata, redacté el borrador de una iniciativa de ley que propone permitir el uso médico de la marihuana. La criminalización del consumo de drogas tiene sentido sólo cuando protege la salud de los individuos expuestos a ellas. En el caso del uso terapéutico de la marihuana no puede aplicarse esta lógica a quienes la emplean para mejorar su salud o su calidad de vida, y no con el fin de dañarlas. Al criminalizar este uso específico de la marihuana, la ley impide a las personas acceder a los medios necesarios para procurar su salud.

Lecciones aprendidas: Las consideraciones en las que se basa el proyecto de ley para el uso médico de la marihuana tienen mucha mayor fuerza en el caso del VIH/ SIDA. Al criminalizar el uso de la heroína mediante su prohibición absoluta y empujar a los adictos a la clandestinidad, la ley los expone a un riesgo de salud mucho peor: la infección por VIH/SIDA a través del uso compartido de jeringas. El SIDA es letal y, hasta ahora, incurable. La adicción a la heroína puede ser tan letal como incurable, pero no tiene que serlo forzosamente.

Pasos a seguir: La pregunta relevante se refiere a lo que debemos hacer cuando la criminalización produce un daño mayor que el que previene. Si tomamos en serio el derecho fundamental a la protección de la salud, debemos concluir que las personas adictas a la heroína deben dejar de ser criminalizadas como un primer paso para protegerlas de un riesgo más grave aún: el de la infección por VIH/ SIDA. La criminalización, con el estigma que conlleva, catapulta a las personas adictas a riesgos más graves y, potencialmente, a un daño a su salud. Quienes promueven la reducción de daños deben recurrir a los derechos fundamentales, específicamente al derecho a la salud, como una sólida plataforma a partir de la cual es posible profundizar las propuestas.

Resumen: 9165

E16 - La relación entre los derechos humanos y el VIH/SIDA

Comunicado del grupo de trabajo de la Conferencia Mónaco VIH+ (enero 24-26, 2008) sobre la criminalización de la transmisión del VIH

B. A, Tima

ICW, International Steering Office, Londres, Inglaterra.

Tema: Sesión de capacitación en medios sobre criminalización de la transmisión del VIH, dirigido a periodistas y personas que viven con VIH/ SIDA.

Descripción: Existe una tendencia a la criminalización de la transmisión del VIH, y en diversos países se han adoptado ya leyes al respecto. Esta criminalización constituye una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos fundamentales, así como una grave infracción a los compromisos internacionales que los gobiernos han asumido. Penalizar a una persona VIH positiva cuando ocurre una transmisión equivale a ejercer discriminación a favor de la persona VIH negativa en los casos en los que ambas partes comparten la responsabilidad. La inmensa mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA no desean transmitir el virus. Desean, en cambio, que el problema se aborde en el debate general sobre la salud pública. Una combinación de evidencias y experiencias obliga a concluir que la criminalización de la transmisión del VIH es contraproducente para la buena práctica de la salud pública. Al hacer esta afirmación, en tanto defensores y representantes, afirmamos también nuestra convicción sobre la importancia de compartir conocimientos y aprender de las diferentes democracias de las que provenimos. De ahí que consideremos que nuestra participación en el diseño de un taller para actualizar nuestra comprensión de la criminalización del VIH durante el congreso de México constituiría una valiosa aportación para promover el trabajo conjunto y la construcción de capacidades.

Lecciones aprendidas: Algunos responsables de la toma de decisiones, ciertas autoridades de salud y el público en general suelen tener un punto de vista negativo y prejuiciado respecto de la transmisión del VIH. Los medios de comunicación y las personas que viven con VIH/SIDA deben ser partícipes decisivos en la construcción de una estrategia adecuada para enfrentar el problema. Requieren por ello de una perspectiva que tome en cuenta las opiniones de los líderes comunitarios sobre las preocupaciones de las personas VIH positivas en torno a la criminalización de la transmisión

Pasos a seguir: Organizar una sesión de capacitación de un día en medios de comunicación, con el objetivo de delinear una estrategia de defensa y promoción basada en la experiencia compartida de personas VIH positivas y que viven con VIH/SIDA respecto de su participación en los medios. El entrenamiento profesional podría contribuir a elaborar un mensaje eficaz sobre la responsabilidad compartida y el respeto a los derechos humanos. Esta sesión es necesaria para interactuar con los responsables de la toma de decisiones durante y después del encuentro en México.

Resumen: 9973

E17 - Cuestiones legales, legislación y reformas legislativas

El papel del partido político Alternativa Socialdemócrata en la legalización del uso médico de la *cannabis*, incluyendo su empleo en el tratamiento del VIH/SIDA

E. Conde

Alternativa Socialdemócrata, Ciudad de México, México.

Alternativa Socialdemócrata se define como un partido democrático e inclusivo de izquierda. Como diputada de ese partido ante el Congreso, he dedicado especial atención al impulso de políticas públicas progresistas en materia de salud. Recientemente presenté una iniciativa de ley para legalizar el uso de la *cannabis* con fines médicos y terapéuticos. De aprobarse, la iniciativa permitirá que esa opción terapéutica quede al alcance de la población, incluido el sector que vive con VIH/SIDA. Los usos médicos de la *cannabis* son numerosos, bien conocidos y probados científicamente. Muchos otros países han comenzado a reconocer sus virtudes y han promovido serias investigaciones médicas en torno suyo. Resulta claro que la sustancia psicoactiva de la *cannabis* tiene muchas cualidades terapéuticas y que, cuando se la emplea de manera responsable y cuidadosa, puede contribuir a mejorar la calidad de vida de muchas personas, incluyendo a quienes viven con VIH/SIDA. Muchos de los temas relacionados con el VIH/SIDA y la reducción del daño suelen ser enfrentados con prejuicios por diversos sectores de la sociedad y el gobierno mexicanos, debido principalmente a la ignorancia y a la confusión que introducen en el debate ciertos preceptos "morales". Lo mismo ocurre con el uso médico de la *cannabis*. Por esta vía, el Estado Mexicano provoca un daño mucho mayor del que supuestamente busca prevenir, fracasa en su intento de impedir la diseminación del VIH/SIDA al no incluir la reducción del daño entre sus políticas públicas de salud, y no garantiza ni protege realmente el derecho fundamental a la salud de todas y todos los mexicanos. Consideramos que esta iniciativa dará visibilidad al tema, lo pondrá sobre la mesa de discusión y favorecerá un debate serio en torno al uso médico de la *cannabis*, particularmente en el tratamiento del VIH/SIDA. Esperamos que otros partidos políticos perciban la importancia de esta iniciativa, y confiamos en que la población en general, y especialmente la gente que vive con VIH/SIDA, participe activamente en la presión que debe ejercerse sobre el Congreso Federal para aprobarla.

Resumen: 13537

E17 - Cuestiones legales, legislación y reformas legislativas

Establecimiento de la responsabilidad civil por infección por VIH mediante transfusión sanguínea

P.I. Morales

Medilex Consultoría Médico Legal, México, México.

Temas: Los tribunales mexicanos decidieron, inicialmente, que las personas infectadas por VIH a través de sangre contaminada debían presentar la demanda correspondiente dentro de los dos años siguientes a la fecha en la que hubiesen descubierto que habían sido infectados. De lo contrario, entraría en vigencia la ley de prescripción.

Descripción: En agosto de 2007, un tribunal federal modificó los criterios prevalecientes respecto de la responsabilidad civil en los casos de personas infectadas por VIH mediante transfusión sanguínea argumentando que, en contraste con la infección misma, los daños que se derivan de ella son permanentes y evolucionan con el tiempo, de modo que el delito no prescribe sino hasta que la causa de los daños ha cesado de existir. En este caso particular, la institución médica responsable de la infección por VIH mediante transfusión quedaba obligada a reparar el daño moral y a ofrecer a la persona VIH positiva atención médica y medicación gratuita por el resto de su vida, de acuerdo con las prescripciones médicas.

Lecciones aprendidas: Es posible modificar los criterios judiciales que inicialmente resultan adversos a las personas contagiadas por VIH.

Pasos a seguir: Difundir el precedente judicial mencionado, de modo que las personas infectadas por VIH mediante transfusión sanguínea (quienes en su mayoría padecen hemofilia) y que no demandaron la reparación del daño dentro de los dos años siguientes a la fecha en la que descubrieron que habían sido infectadas puedan demandar por daños provocados por la enfermedad del VIH.

Resumen: 6232

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

Estigma y discriminación en servicios privados de asesoría y análisis clínicos en VIH en Guatemala

E. Yam[1], A.M. Rodas[2], D. Averbug[3], M. Caal[4], O. Ortiz[5]

[1]Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland, Estados Unidos, [2]Abt Associates Inc., Guatemala, Guatemala, [3]Abt Associates, Bethesda, Maryland, Estados Unidos, [4]Independent consultant, Guatemala, Guatemala, [5]Independent consultant, México, México.

Antecedentes: Poco se sabe sobre las experiencias de mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH/SIDA respecto de los servicios privados de consulta y análisis clínicos en VIH en Guatemala. Nuestra investigación se propuso describir las experiencias de estos tres grupos de población en los servicios de consulta y análisis clínicos del sector privado, los conocimientos y las actitudes de quienes prestan estos servicios de salud, y el estigma al que someten los prestadores de servicios a las poblaciones vulnerables o que viven con VIH/SIDA.

Métodos: Reclutamos a las personas participantes en el estudio a través de contactos profesionales y de organizaciones no gubernamentales, establecimientos de salud y locales frecuentados por trabajadoras sexuales en los departamentos de Guatemala, Izabal y Quetzaltenango. Todos los participantes tenían cuando menos 18 años de edad y habían recibido, solicitado o administrado un análisis de VIH en el sector comercial privado. El trabajo de campo se concentró en cuatro grupos focales de personas viviendo con VIH/SIDA, tres grupos focales y cuatro entrevistas con trabajadoras sexuales, cuatro grupos focales de hombres que tienen sexo con hombres, dos grupos focales y cuatro entrevistas con personal de clínicas, tres grupos focales y tres entrevistas con personal de laboratorio, siete entrevistas a médicos y cuatro entrevistas a bioquímicos.

Resultados: Las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres que se someten a pruebas de VIH en el sector comercial privado perciben que estos servicios son más confidenciales, confiables y rápidos que los del sector público. Las personas viviendo con VIH/SIDA refirieron una extrema carencia de profesionalismo y sensibilidad entre el personal de laboratorios privados, particularmente en lo que se refiere a la falta de asesoría y de trato humano al momento de emitir un diagnóstico positivo. Los proveedores privados no ofrecen, por lo general, asesoría previa ni posterior a los análisis, rara vez solicitan el consentimiento informado para hacer las pruebas, y algunos aducen razones religiosas o morales para despreciar a las trabajadoras sexuales o a los hombres que tienen sexo con hombres.

Conclusiones: En Guatemala existe una enorme necesidad de capacitar a los proveedores privados de salud que ofrecen servicios de asesoría y análisis clínicos. Tanto las personas usuarias como las proveedoras revelaron carencia de conocimientos técnicos, habilidades interpersonales y sensibilidad a las necesidades de los grupos de población vulnerables que buscan servicios de asesoría y análisis en el sector comercial privado de la salud.

Resumen: 9013

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

El VIH y las fuerzas armadas en México

G. Orozco

VIHas de Vida, A.C., Área de Derechos Humanos, Guadalajara, México.

Temas: Este resumen presenta de manera introductoria la sistematización y documentación de un caso que permite enfocar la situación de los militares y el VIH en México desde una perspectiva de derechos humanos.

Descripción: De acuerdo con CENSIDA, el ejército mexicano es uno de los grupos más vulnerables a la infección por VIH. A pesar de ello, no se conocen con exactitud las dimensiones del problema, ya que, cuando se descubren nuevos casos de infección, los afectados son separados de su trabajo y se les suspende la atención médica. Esta situación impide tener control y registro del fenómeno. El caso "Juan" es el de un soldado VIH positivo cuyos derechos a la protección de la salud y al empleo fueron violados. En 2002 comenzó el procedimiento para separarlo de su trabajo y para darlo definitivamente de baja de las fuerzas armadas. En febrero de 2007 le fue notificada su baja definitiva, y la consecuencia fue la suspensión del pago de su salario. En marzo de 2007 se emprendió un juicio de garantías contra la notificación de la baja definitiva. El resultado fue la suspensión del procedimiento y la restitución del soldado a su puesto de trabajo, así como la reanudación del pago de su salario.

Lecciones aprendidas: La documentación de este caso muestra que las estructuras y los instrumentos que deberían proteger la dignidad y los derechos humanos de las personas son usados con fines opuestos. En el contexto mexicano existen regulaciones legales que violan los derechos humanos de los soldados infectados por VIH, a quienes se les considera inútiles e incompetentes para el desempeño de sus tareas cotidianas. Éstas son prácticas discriminatorias que atentan contra el derecho de los soldados a ser tratados como personas.

Pasos a seguir: ¿Qué ocurre con los soldados que son dados de baja y no pueden defender sus derechos? ¿Qué impacto tiene

en sus vidas el hecho de ser despedidos por considerárseles "inútiles" para prestar servicio en el ejército debido a su condición de VIH positivos?

Resumen: 6380

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

Primer Foro Nacional sobre VIH/SIDA de adolescentes GLB en México

B. Delgado Navarrete, Adolescentes Gays, Lesbianas y Bisexuales de México
Teatro & sida a.c., Subdirection, Ciudad de México, México.

Tema: Diagnóstico social actual entre adolescentes gays, lesbianas y bisexuales de México.
Descripción: Realizamos un curso de capacitación para veinte jóvenes gays, lesbianas y bisexuales (GLB) en temas tales como derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, prevención de VIH/SIDA, uso correcto de condones y sexo seguro y protegido, habilidades para la vida y plan de vida, redes familiares y sus fortalezas, y la Ley Contra la Discriminación. En noviembre de 2007 este grupo organizó el Primer Foro Nacional sobre VIH/SIDA de adolescentes GLB, al que acudieron 49 jóvenes de entre 15 y 21 años de edad, 99% de ellos varones y 1% mujeres. Estos jóvenes representaban a cinco estados del Norte, Centro y Sur de México. El foro se dividió en cuatro mesas de trabajo: Derechos sexuales y reproductivos; Discriminación en la familia, la escuela y la Iglesia, y Equidad, justicia y VIH/SIDA; Acceso a servicios de salud y conocimiento sobre VIH/SIDA; Información sexual y acceso a la información, prevención en la escuela y campañas específicas en torno al VIH/SIDA.
Lecciones aprendidas: El foro produjo un documento en el que explicamos la problemática que los y las adolescentes confrontan, particularmente cuando son menores de 18 años y forman parte de un grupo especialmente vulnerable, puesto que el gobierno no tiene políticas públicas específicas para prevenir y combatir la discriminación de la son objeto.
Pasos a seguir: Presentar el documento emanado de este Primer Foro Nacional en el XVII Congreso Internacional sobre el SIDA, a fin de sensibilizar acerca de un sector de la población generalmente ignorado por todos los gobiernos del mundo, y promover una sinergia de atención y afecto concretamente entre los gobernantes de México.

Resumen: 13340

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

Personal de las fuerzas armadas con VIH en México

P.I. Morales
Medilex Consultoría Médico Legal, México, México.

Antecedentes: Como resultado de estrategias de litigio forjadas a lo largo de más de diez años de defensa del personal de las fuerzas armadas despedido del ejército por ser VIH positivo, la patente discriminación contra este grupo comenzó a ser objeto de visibilidad social y judicial. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el último eslabón en la estrategia, declaró inconstitucionales esos despidos.
Descripción: A partir de 1997, las fuerzas armadas mexicanas comenzaron a despedir sistemáticamente a personal cuyas pruebas de VIH daban positivo, ello en ausencia de una ley que diera cobertura a ese tipo de situaciones. En 2003, el Congreso Federal aprobó una ley que permitía los despidos por razones asociadas con el VIH: ser VIH positivo o padecer SIDA. Los mecanismos no jurisdiccionales dedicados a la protección de los derechos humanos (tales como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos) no funcionaban. En una primera etapa del proceso de defensa, la estrategia de litigio que se desarrolló nos permitió emplear una resolución previa de la Suprema Corte en el sentido de que ser VIH positivo no hace en sí ni de por sí a la persona incapaz de prestar servicio en el ejército, de modo que un despido basado exclusivamente en esa razón resulta tan discriminatorio como inconstitucional. Desafortunadamente, esa resolución no suprimía la ley en cuestión. El sistema judicial mexicano tiene también que resolver el problema de la constitucionalidad o inconstitucionalidad de la segunda cláusula de despido prevista por esa ley, que se refiere a tener síntomas relacionados con el SIDA.
Lecciones aprendidas: El sistema judicial puede ser un medio eficaz para garantizar los derechos humanos de las personas que viven con VIH, incluido el derecho a recibir tratamiento médico y a un trabajo digno.
Pasos a seguir: Actualmente estamos trabajando para conseguir que la segunda causa de despido prevista por la ley sea declarada inconstitucional, y promovemos la modificación de la ley para prevenir la discriminación del personal militar. Seguiremos llevando a cabo procedimientos en casos civiles en los que se demanda la reparación del daño moral.

Resumen: 8651

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

Metodología para medir la vulnerabilidad entre HSH: comparación entre un estudio realizado a través de la web y un estudio basado en entrevistas cara a cara en México

C. Magis-Rodríguez[1], F.-J. Arellano-Ayala[2], F. Estrada Márquez[3], C. Gayet[4], E. Bravo-García[1], G. Paredes Orozco[1]

[1]Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA, Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Salud Pública INSP, Escuela de Salud Pública de México, Ciudad de México, México, [3]Instituto Nacional de Salud Pública INSP, Cuernavaca, México, [4]Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Ciudad de México, México.

Antecedentes: Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen uno de los grupos más afectados por la epidemia del VIH/SIDA en México. La vulnerabilidad y la discriminación forman parte de una compleja red que involucra los derechos humanos de los HSH. Por eso resulta importante desarrollar metodologías que permitan medir la vulnerabilidad de los grupos más afectados por el VIH/SIDA.

Métodos: Hicimos un análisis secundario de dos estudios llevados a cabo en México (2005-2006), con el propósito de comparar diferentes metodologías para la medición de la vulnerabilidad. Uno de esos estudios se realizó mediante entrevistas tradicionales cara a cara con 1,111 HSH en cuatro diferentes ciudades de México. El segundo se hizo sobre la base de entrevistas electrónicas enviadas a través de un sitio de web LGBT (http://www.anodis.com), con la participación de 701 HSH de diversos estados del país. Comparamos ambos estudios cotejando sus resultados en seis diferentes categorías de discriminación: servicios médicos de salud, discriminación en el entorno laboral, rechazo familiar, discriminación en escuelas y discriminación en servicios recreativos y religiosos.

Resultados: Los resultados comparados de los estudios se muestran en la Tabla 1; algunos de ellos, como los correspondientes a los rubros de servicios de salud y discriminación en el entorno laboral, son muy similares. Los resultados sobre las experiencias de discriminación en centros educativos dan cifras altas en ambos estudios (27 y 20%). Sin embargo, los resultados sobre discriminación en servicios recreativos y religiosos y sobre el apoyo familiar resultan notoriamente diferentes.

Conclusiones: Examinamos las diferencias en las formas de medir la vulnerabilidad de ambos estudios y encontramos discrepancias significativas en la comparación entre categorías individuales ($p<0.05$). Por lo tanto, no podemos comparar ambos métodos de entrevista a partir de estos datos. Es preciso realizar mejores estudios comparativos que nos permitan desarrollar una metodología adecuada para medir la vulnerabilidad y la discriminación.

Resumen: 6749

E20 - Discriminación, estigma y exclusión social

Metodología de capacitación en estigma y discriminación, derechos humanos e incidencia política

J.G. Cabrera Reséndiz[1], J. Salas[2], K. Morrison[3], J.J. Hernández Chavez[2]

[1]Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C., Director Ejecutivo, México, México, [2]Colectivo Sol, A.C., México, México, [3]Constella Futures, México, México.

Tema: El mejoramiento de la comprensión del estigma y la discriminación, así como de sus vínculos con los derechos humanos y con la negociación en las organizaciones de la sociedad civil, como herramienta para lograr respuestas más amplias al VIH en los niveles nacional y regional, en el marco de la promoción y la protección de los derechos humanos, mediante el desarrollo y suministro de herramientas prácticas y de capacitación eficaz.

Descripción: La guía metodológica para la capacitación es resultado de un proceso de sistematización de las experiencias y los conocimientos de integrantes de diversas organizaciones de la sociedad civil en Centroamérica y México. Esta guía se compone de cuatro módulos de capacitación que se convierten en una herramienta para orientar y apoyar a quienes participan en los esfuerzos de comprensión del estigma y la discriminación, de reconocimiento social y político de sus derechos, y de construcción de una visión integral de la negociación. La guía

Tabla 1

Característica del estudio	Servicios de salud	Trabajo	Rechazo familiar	Escuela	Servicios recreativos	Servicios religiosos
Estudio electrónico (N= 701 HSH)	4.9%	8.8%	36%	27%	16%	29%
Estudio cara a cara (N= 1,111 HSH)	8.6%	7.8%	16.4%	20%	3.1%	5.4%

puede adaptarse al contexto nacional. El núcleo de los módulos se basa en los derechos humanos, lo que incluye el respeto a la diversidad de estilos de vida, sexo, grupos étnicos, género, orientación sexual, nacionalidad, discapacidades y nivel social.

Lecciones aprendidas: La elaboración del perfil de los participantes mejora el resultado y la apropiación de los contenidos de la capacitación. La conciencia y la consideración de la diversidad multicultural del país conducen a una mejor apropiación. Contar con la participación de personas diferentes en las sesiones de capacitación permite establecer un mejor diálogo, favorece el intercambio de experiencias y facilita el diseño de estrategias de capacitación adecuadas a las necesidades de las organizaciones que trabajan en la protección y promoción de los derechos humanos.

Pasos a seguir: Crear un grupo de personas capacitadas provenientes de organizaciones de la sociedad civil. Establecer un mecanismo de comunicación, intercambio y retroalimentación de las estrategias e iniciativas que se desarrollan constantemente.

Resumen: 1249

E21 - Protección, empoderamiento y participación de personas viviendo con VIH/SIDA y grupos vulnerables de la población

Empoderamiento de mujeres positivas (positivas, activas y vivas: prevención entre seropositivas en la región fronteriza de San Diego/Tijuana)

C. Gonzalez-Garcia[1], M.R. Mancillas[2]

[1]San Ysidro Health Center, AIDS, San Ysidro, CA, Estados Unidos, [2]AFABI, A.C., Tijuana, México.

Tema: Proporcionar información para la prevención del VIH a mujeres latinas que viven con VIH/SIDA en la región fronteriza de San Diego/Tijuana, con el propósito de prevenir nuevas infecciones por VIH, reinfecciones y coinfecciones con infecciones de transmisión sexual (ITS).

Descripción: Trabajo con grupos cerrados en cada uno de los cuales participaron doce mujeres latinas. Cada proceso de trabajo grupal tuvo una duración de seis meses, con sesiones semanales de dos horas. Cada sesión se estructuró en torno a un componente educativo y un componente procesual. En el componente educativo se proporcionaba información sobre VIH y enfermedades de transmisión sexual. Durante el componente procesual, las mujeres discutían las implicaciones de cada factor (obstáculo) en sus vidas, y elaboraban estrategias para superarlos. Las mujeres del grupo inicial analizaron los obstáculos culturales, emocionales, sociales y personales que les impedían el ejercicio de una sexualidad más segura y la negociación para el uso del condón, y por esta vía crearon el programa del componente procesual. Las mujeres recibían incentivos para seguir participando y cumplir los requisitos necesarios para ser canalizadas a terapia individual y a análisis de enfermedades de transmisión sexual; hacían pruebas previas y posteriores de conocimientos sobre VIH y enfermedades de transmisión sexual, identificaban dos obstáculos personales para la práctica del sexo seguro y de la negociación del uso del condón, y elaboraban las estrategias correspondientes. Un terapeuta y una mujer viviendo con SIDA prestaron servicio como facilitadores del trabajo con los grupos. Las mujeres participaban en actividades educativas y sociales (por ejemplo, exposiciones de una enfermera sobre nutrición y adherencia al tratamiento, visitas a museos, y un "día de la belleza" ofrecido por cosmetólogos y estilistas voluntarios), así como en un retiro de fin de semana en las montañas. El logro de cada grupo era celebrado con una cena de graduación.

Lecciones aprendidas: Las participantes no solamente aprendieron acerca de los riesgos y los mecanismos de prevención del VIH e ITS; cada grupo se convirtió en un foro para analizar las historias personales de abuso, pobreza y desinformación. Las participantes se proporcionaron apoyo mutuo y reprodujeron su aprendizaje al compartir la información con amigos y familiares. Algunas se convirtieron en activistas sobresalientes y en integrantes con derecho a voto de grupos de planeación de servicios de VIH en sus comunidades. Las mujeres que vivían con VIH/SIDA se hicieron visibles.

Pasos a seguir: Es necesario crear grupos semejantes y poner a prueba esta forma de trabajo en otras poblaciones y regiones. Las mujeres, como educadoras naturales en sus comunidades, deben contar con herramientas adecuadas para la prevención del VIH.

Resumen: 14851

E21 - Protección, empoderamiento y participación de personas viviendo con VIH/SIDA y grupos vulnerables de la población

El VIH/SIDA y la discapacidad en Latinoamérica y El Caribe: una relación con graves implicaciones

R. Berman Bieler

IIDI Oficina Interamericana, Ciudad de Nueva York, Estados Unidos.

Temas: Con frecuencia, las personas con discapacidad son excluidas permanentemente de las acciones de prevención del

VIH, así como de los servicios de atención del SIDA, ya que se presupone que no son sexualmente activas y no tienen riesgo de infectarse. La verdad es que el riesgo de que hombres y mujeres con discapacidad sean víctimas de violencia sexual es mayor que el de la población que no sufre discapacidades. Asimismo, debido a los avances de la medicina, las personas que viven con SIDA tienen ahora una tasa de supervivencia más alta; sin embargo, como consecuencia de esto, hay un número creciente de discapacidades derivadas de la enfermedad misma o de su tratamiento farmacológico.

Descripción: Con el fin de dar difusión a este tema y de integrarlo a las políticas públicas de las naciones, el Banco Mundial, en colaboración con gobiernos y organizaciones no gubernamentales, ha estado promoviendo encuentros de expertos en VIH/SIDA y discapacidad en Latinoamérica y El Caribe (Chile, noviembre de 2006; Argentina, marzo de 2007; México, agosto de 2008); la asistencia técnica a programas nacionales (Santa Lucía, Barbados, Argentina, Uruguay, Brasil, América Central); la capacitación de organizaciones no gubernamentales (encuentro en Santa Lucía de países de El Caribe); el desarrollo de una base de conocimientos y de un sitio de web con recursos, así como otras actividades de intercambio de conocimientos en las que participan alrededor de veinte países de la región.

Lecciones aprendidas: Los sectores que se ocupan de la discapacidad y de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA deberían instrumentar iniciativas conjuntas que involucraran a los gobiernos, la sociedad civil, las diversas agencias y las universidades. Los diferentes sectores y grupos de interés deberían adoptar un enfoque de desarrollo incluyente, buscar apoyo para los programas y recursos existentes, y esforzarse por evitar la creación de ambientes segregados. Todos los materiales, servicios y actividades deberían ser incluyentes y atenerse a criterios de accesibilidad y diseño universal.

Posibles pasos a seguir: Se produjo ya una lista de recomendaciones para desarrollar un enfoque transversal de los temas de discapacidad, prevención y atención del VIH/SIDA del que puedan beneficiarse gobiernos y organizaciones no gubernamentales. Las principales áreas de acción incluyen: el establecimiento de alianzas, educación y comunicación públicas, participación y empoderamiento, monitoreo y evaluación, e investigación. Para información y recursos en ingles, español y portugués, visítese el sitio: www.worldbank.org/lacaids

Resumen: 9151

E22 - Ética (incluyendo ética de la investigación, ética clínica, ética de la salud pública y ética profesional)

Problemas éticos detectados con frecuencia en la evaluación de protocolos de investigación: la experiencia de la Comisión de Ética de CENSIDA, México, 1997-2007

H.J. Barrientos Bárcenas, C. Magis Rodríguez

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Investigación Operativa, Distrito Federal, México.

Antecedentes: La Comisión de Ética fue creada en 1997 con el propósito de establecer normas, políticas y recomendaciones para el trato a las personas que viven con VIH/SIDA, y de evaluar los protocolos de investigación sobre el tema. El propósito de esta investigación consiste en identificar los problemas éticos más frecuentes que encontró la Comisión de Ética al evaluar los protocolos de investigación durante sus nueve años de existencia.

Métodos: Revisión documental de los protocolos evaluados y de las recomendaciones emitidas por la Comisión de Ética del CENSIDA entre 1997 y 2007.

Resultados: La Comisión evaluó 60 protocolos, 46.7% de los cuales eran de tipo epidemiológico, 33.3% de tipo social y 20.0% de naturaleza clínica. De estos últimos, 25% fueron rechazados y 17% condicionados. Variables estudiadas: 13.2% de los protocolos incluían aspectos éticos de la investigación, 38.2% incluían el consentimiento informado, 28.2% de los protocolos que incluían el consentimiento informado especificaban los beneficios que el sujeto de la investigación obtendría de ella, 29.9% de los protocolos que incluían el consentimiento informado establecían los riesgos para el sujeto de la investigación, 23.3% de los protocolos que incluían el consentimiento informado proponían la dotación de tratamiento antirretroviral a los sujetos de la investigación hasta que dejase de ser útil para la misma, y 13.3% de los protocolos que incluían el consentimiento informado proponían obtenerlo de los sujetos de investigación mediante un lenguaje simple y claro, carente de tecnicismos.

Conclusiones: En la mayoría de los protocolos se observó una acusada carencia de conocimientos entre los investigadores principales sobre los aspectos éticos de la investigación; esto puede percibirse en los resultados de las variables analizadas. De ahí que resulte muy importante promover cursos de capacitación que informen a los investigadores sobre los reglamentos, leyes, normas y otros documentos internacionales, nacionales y locales relacionados con los requerimientos éticos que debe satisfacer la investigación en seres humanos.

Resumen: 4697

E22- Ética (incluyendo ética de la investigación, ética clínica, ética de la salud pública y ética profesional)

Reflexiones bioéticas sobre el paciente con SIDA en tanto individuo moral

J. Ocampo Martínez

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, D.F., México.

Tema: Reflexiones bioéticas sobre el paciente con SIDA en tanto individuo moral.

Descripción: Esta ponencia aborda una serie de reflexiones en el campo de la bioética, desde una perspectiva laica, sobre las dimensiones morales y sus implicaciones éticas en relación con el paciente con SIDA en tanto individuo moral, es decir, en tanto ser humano autárquico, responsable, autónomo y consciente. Independientemente de la diversidad de doctrinas ético-filosóficas desde las cuales hoy es posible orientar la reflexión, ésta ha tendido a desarrollarse principalmente a partir de la consideración del paciente como "persona", más que como "sujeto moral", ignorando el hecho de que, a pesar de que estos pacientes experimentan un grave problema, no han perdido sus obligaciones morales ni la posibilidad de ejercer prácticas soberanas y autónomas, y que no pueden evadir sus relaciones con los demás, como tampoco el resto de las consecuencias que se desprenden de su calidad de integrantes de una comunidad y de la sociedad en su conjunto.

Lecciones aprendidas: A partir de la experiencia y de la necesidad de destacar las obligaciones morales de los pacientes con SIDA en su condición de individuos morales, se justifica, apelando al "bien común", promover entre ellos la conciencia de ciertos imperativos éticos. Esta tarea exige un trabajo permanente de convencimiento y programas educativos que los conduzcan a la adquisición de elementos de diferente orden para un auto-examen.

Pasos a seguir: Elaborar propuestas específicas para propiciar el auto-examen y la educación ética de los pacientes con SIDA, tomando en consideración el contexto socio-histórico de nuestro país.

Resumen: 9277

E25 - Funciones y responsabilidades de las personas que viven con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables

Participación de poblaciones clave en los consejos estatales de coordinación de las políticas locales sobre VIH/SIDA

R. Arechar Lara[1], M.A. García Robles[2]

[1]Fundación VIHDHA, Aguascalientes, México, [2]Fundación VIHDHA, A.C, Aguascalientes, México.

Tema: Se estima que en México existen más de 115,651 casos acumulados de SIDA, y que en el estado de Aguascalientes, México, hay 597 casos. La política nacional frente al SIDA es coordinada por CENSIDA, y en el nivel local por los Consejos Estatales de SIDA (COESIDAS). Sin embargo, la ausencia de compromiso político dejó a Aguascalientes sin una instancia de toma de decisiones de ese tipo, y sin mecanismos para la participación multisectorial en ella.

Descripción: Se observaron experiencias exitosas de otros estados del país. Los COESIDAS definen prioridades y programas, diseñan campañas, asignan recursos a proyectos de la sociedad civil e incorporan la participación de poblaciones clave afectadas por el VIH/SIDA. Nuestro proyecto tenía como objetivo instalar el COESIDA en Aguascalientes. Entre 2004 y 2007 se realizaron actividades de cabildeo con el Programa Nacional de SIDA, el Programa Estatal de SIDA y el congreso local. Se establecieron nexos con organizaciones de la sociedad civil a fin de ejercer presión para la instalación del Consejo. Se identificaron documentos y acuerdos firmados y protocolizados por el gobierno. Se hizo una solicitud pública a través de los medios de comunicación para que se instalara el COESIDA. Su instalación comenzó en 2007, con la participación de cuatro organizaciones no gubernamentales, dos universidades, una institución militar y tres instituciones de salud. Entre los participantes se incluyó a cinco personas provenientes de poblaciones clave.

Lecciones aprendidas: La organización de poblaciones clave para la participación en actividades de cabildeo y negociación puede suponer una diferencia decisiva en la instrumentación de las políticas, y ello incluso en estados donde predominan actitudes tradicionalistas y cuyos gobiernos se muestran reacios a respetar la diversidad y la participación ciudadana.

Pasos a seguir: Para impedir que la burocracia obstaculice la instrumentación de las políticas locales en torno al VIH/SIDA, se requiere el seguimiento y la supervisión del funcionamiento del COESIDA. Es necesario también fortalecer las habilidades de las poblaciones clave y realizar consultas a la población como un mecanismo eficaz para identificar las necesidades percibidas y establecer los objetivos prioritarios.

Resumen: 10293

E25 - Funciones y responsabilidades de las personas que viven con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables

Participación comunitaria y ciudadana en la obtención de servicios de salud para personas que viven con VIH/SIDA en dos hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social

M.A. García Murcia, J. Serrano Meza, S. Castro Magdaleno

Enlazados Frente al SIDA, Nezahualcóyotl, México.

Tema: Participación comunitaria y ciudadana en la obtención de servicios de salud de calidad para personas que viven en condiciones de marginalidad social y económica y padecen VIH/SIDA.

Descripción: En el oriente de la Ciudad de México, una comunidad de más de 700 personas que viven con VIH/SIDA recibe atención en dos hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dependiente del gobierno. Esta comunidad se caracteriza por su alta marginalidad social y económica. El IMSS cuenta con los recursos técnicos y económicos necesarios para proporcionar atención y terapia médica para el VIH, pero ciertas acciones administrativas, la discriminación y la corrupción han reducido la eficacia de las terapias y la calidad de vida de las personas afectadas. Muchas de estas deficiencias constituyen violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Desde hace dos años, el Grupo de Apoyo de Personas Enlazadas frente al SIDA y la organización Enlazados frente al SIDA —formados ambos por personas que viven con VIH/SIDA—, han promovido la transformación de las relaciones con el IMSS para obtener servicios de salud que se ajusten a la Norma Oficial Mexicana. A partir de un modelo de participación comunitaria, hemos desarrollado dos tipos de acción orientados al auto-reconocimiento de las personas que viven con VIH/SIDA como titulares de derechos, así como a la construcción de una nueva ciudadanía capaz de democratizar los servicios de salud que presta el Estado Mexicano: 1) intervenciones educativas y 2) monitoreo ciudadano. Para ello, hemos contado con el apoyo técnico en planeación estratégica de otra organización mexicana no gubernamental y, recientemente, con apoyo financiero de Tides Foundation y de CIAT-ITPC.

Lecciones aprendidas: Las condiciones de marginalidad económica y social de la población objetivo dificultan la acción comunitaria, pero tanto ésta como el uso eficiente de los recursos públicos son factores determinantes para reducir el impacto del SIDA. De ahí que resulte absolutamente necesario el diseño de políticas públicas que promuevan la acción comunitaria.

Pasos a seguir: En los próximos meses esperamos producir un modelo de monitoreo ciudadano que pueda emplearse en otras regiones del país.

Resumen: 8973

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Lineamientos de APEC para el manejo del VIH/SIDA en el entorno laboral: difusión e instrumentación

D. Patterson[1], M. Killen[2]

[1]David Patterson & Associates Ltd, Montreal, Canadá, [2]Health Canada, International Affairs Division, Ottawa, Canadá.

Antecedentes: El Foro de Cooperación Económica del Asia-Pacífico (APEC, en inglés), está integrado por 21 economías que representan, aproximadamente, a 40% de la población mundial, 56% del Producto Interno Bruto (PIB) y 48% del comercio mundial. Los estrechos lazos de APEC con el sector empresarial ofrecen la oportunidad de adoptar una orientación específica para el manejo del VIH en el entorno laboral.

Descripción: En 2006, la entonces Fuerza de Trabajo para la Salud de APEC realizó un estudio de las economías miembros y de otros actores sociales interesados, incluyendo representantes del sector empresarial y personas que vivían con VIH. El estudio identificó prácticas adecuadas y recomendaciones necesarias para generar y sostener entornos en los que los empleadores pudiesen instrumentar prácticas laborales eficaces para personas viviendo con VIH/SIDA y para la prevención del contagio por VIH en los sitios de trabajo. El producto de ese estudio, los Lineamientos de APEC, se elaboró en estrecha consulta con la Organización Internacional del Trabajo y se basó en el Código de la OIT para la Práctica Relacionada con VIH/SIDA en el Mundo Laboral. Los Lineamientos hacen referencia al marco legal, a programas de prevención con perspectiva de género, a los niños trabajadores, al cuidado de la salud, a la seguridad social y las primas de seguro, a los migrantes y a la acreditación nacional. En septiembre de 2007 los países Líderes Económicos de APEC suscribieron los Lineamientos, y en octubre de ese año el Gobierno de Canadá, en su calidad de presidente de la Fuerza de Trabajo para la Salud, estableció contacto con las economías miembros de APEC y con otras instancias decisivas, como la Red de Personas VIH positivas de la región Asia-Pacífico (APN+), para allegarse sugerencias sobre la difusión, promoción e implementación de los Lineamientos. Se identificó el problema del VIH como origen de discapacidades episódicas y área emergente de interés. Esto se debe a que, aún con acceso a tratamiento antirretroviral altamente activa (HAART, en inglés), los periodos de salud pueden ser interrumpidos por episodios de enfermedad. A mediados de 2008, instancias nacionales y regionales interesadas en el tema sostuvieron un encuentro para definir vías de difusión e instrumentación de los

Lineamientos, y para hacer frente al VIH en tanto origen de discapacidades episódicas.

Lecciones aprendidas: El reconocimiento de la importancia de los lineamientos internacionales y de las prácticas adecuadas en relación con el VIH/SIDA en el entorno laboral puede promoverse y difundirse a través de nuevos foros y alianzas entre las partes interesadas. La experiencia de los miembros de APEC en un área emergente de la política tiene valor para otras economías.

Pasos a seguir: Instrumentación de las recomendaciones del encuentro de 2008, con énfasis en el VIH como origen de discapacidad episódica.

Resumen: 814

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Mejoramiento de la respuesta del sector público al VIH a través de alianzas entre los sectores público y privado

E. Mallas[1], M. Kincaid[2], M. Fahnestock[3], M. Jardine[4], K. Ivers[5], R. Esler[4], J. Milan[6], M. Negroni[7], K. McClure[8], P. Shifflett[9], A. Hirschmann[10], L. Merino[10]

[1]Constella Futures, Washington, Estados Unidos, [2]Constella Futures, Chapel Hill, North Carolina, Estados Unidos, [3]Constella Futures, Washington, DC, Estados Unidos, [4]Constella Group, Atlanta, GA, Estados Unidos, [5]AIDS Responsibility Project, Sao Paolo, Brasil, [6]Constella Group, Washington, DC, Estados Unidos, [7]Constella Futures, Ciudad de México, México, [8]Constella Futures, Kingston, Jamaica, [9]Constella Group, Atlanta, Georgia, Estados Unidos, [10]Constella Futures, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Antecedentes: Desde el año 2005, Constella Futures ha elaborado e instrumentado programas para crear y fortalecer alianzas entre los sectores público y privado en proyectos que se llevan a cabo en países del continente americano con apoyo de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Oficina del Coordinador Global para el SIDA de Estados Unidos (OGAC). En el marco de este esfuerzo, ha diseñado tres estrategias superpuestas que pueden contribuir al establecimiento y fortalecimiento de alianzas público-privadas y al mejoramiento de la respuesta del sector público al VIH.

Métodos: Las tres estrategias diseñadas son: (1) la organización de consejos empresariales específicamente enfocados al VIH en México, Jamaica y Guatemala. Los consejos se estructuran con miembros provenientes del sector privado y con apoyo del sector público, y se dedican a desarrollar planes de trabajo específicamente diseñados para contribuir al logro de los objetivos de los programas nacionales de combate al SIDA, acompañados de entrenamiento a capacitadores en la transferencia de habilidades para organizaciones no gubernamentales, funcionarios gubernamentales y consultores individuales, con el propósito de suministrar al sector privado asistencia técnica relacionada con el VIH; (2) la promoción del diálogo y el desarrollo de estrategias conjuntas con compañías de informática y el Gobierno de Estados Unidos para dar una respuesta integral al VIH; y (3) el diseño y la implementación de módulos de capacitación y planeación estratégica para incrementar la capacidad de los departamentos locales de salud para involucrarse con pequeñas empresas estadounidenses en áreas de alta prevalencia de VIH.

Resultados: Los resultados incluyen: consejos empresariales dedicados a desarrollar el plan de trabajo de los programas nacionales de SIDA, socios económicos locales que participan en la instrumentación de campañas de prevención, un aumento general de la participación del sector privado (incluyendo multinacionales que operan en México, empresas familiares de Guatemala y pequeños negocios de Detroit), una mayor comunicación y confianza entre los sectores privado, público y civil de la sociedad, y planes de trabajo específicos para el sector privado relacionados con los objetivos del sector público.

Conclusiones: Una respuesta estructurada que involucre a los sectores privado y público, facilitada por una organización independiente, tendrá un impacto sustentable en los niveles local y global, y mejorará la respuesta del sector público al VIH. Cuando el sector público es capaz de trabajar con el sector privado, los mensajes y esfuerzos pueden alcanzar a más personas, puesto que el lugar de trabajo es un ambiente acotado que retiene la atención de sus trabajadores.

Resumen: 7526

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Catolicismo, fundamentalismo y prevención del SIDA

G. Rodríguez

Afluentes S.C., Dirección, México, México.

Antecedentes: Esta ponencia analiza la influencia del catolicismo y del fundamentalismo en las prácticas sexuales y en la cultura de la prevención del SIDA en México. Comienza con una descripción de los principios religiosos católicos relacionados con el comportamiento sexual, las creencias y las prácticas de la población católica mexicana. Continúa con una discusión sobre la manera en la que esas creencias y prácticas ejercen influencia sobre la salud sexual, y termina con una consideración

sobre el impacto que el fundamentalismo católico ha tenido en las tendencias actuales del SIDA.

Métodos: Análisis de contenido del Nuevo y el Antiguo Testamentos y de algunas comunicaciones públicas del Papa, así como interpretación de un estudio nacional.

Resultados: Según la perspectiva católica oficial, la heterosexualidad en el marco del matrimonio constituye la única posibilidad moral de ejercicio de la sexualidad. El sexo prematrimonial o al margen del matrimonio se considera pecaminoso y está prohibido. Los homosexuales y las lesbianas son considerados como personas que padecen una enfermedad tratable y que deben practicar la abstinencia. La cultura mexicana parece ser muy religiosa, pero contiene muchos elementos seculares. Casi 80% de la población mexicana se define como católica, pero la mitad niega ser practicante. 90% de la población joven se considera devota de la Virgen de Guadalupe, casi 80% cree en el pecado, y 60% en el infierno. Sin embargo, las prácticas sexuales de la población mexicana no se ajustan a las prescripciones católicas: más de 30% de la población ejerce prácticas sexuales prematrimoniales, 70% de las mujeres utiliza anticonceptivos modernos, y casi 80% de las y los jóvenes ha utilizado el condón cuando menos una vez.

Conclusiones: El nuevo Papa ha reafirmado los papeles tradicionales de hombres y mujeres en la Iglesia, y ha aseverado que el mundo debe someterse a las sagradas escrituras. En sentido estricto, el documento del que proviene esta afirmación es fundamentalista, dado que "interpreta de manera literal los textos fundamentales". Esta actitud afecta negativamente la cultura de la prevención y las políticas públicas, obstaculiza las campañas de prevención dirigidas a la población adolescente, y fortalece el estigma contra las personas que viven con VIH/SIDA, cuyo perfil predominante en México es el de los hombres que tienen sexo con hombres.

Resumen: 9632

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Un programa global de política y capacitación para enfrentar el VIH/SIDA en los centros de trabajo

E. De La Torre[1], D. McMurry[2]

[1]Chevron, Health and Medical Services, San Ramon, Estados Unidos,
[2]Chevron, Health and Medical Services, San Ramon, Estados Unidos.

Tema: Esta ponencia informa sobre el desarrollo de políticas para los centros de trabajo y la instrumentación global de programas de capacitación para el entorno laboral, con atención especial en los directivos de empresas y la sustentabilidad a largo plazo.

Descripción: En 2005 Chevron inició un proceso trienal de desarrollo e instrumentación de una política global frente al VIH/SIDA. Actualmente se requiere un programa de capacitación para la adquisición de conciencia y habilidades de prevención, que sea obligatorio para los directivos y opcional para los empleados. Los estudios realizados sobre conocimientos, actitudes y prácticas posteriores a los procesos de capacitación de los empleados abordan los siguientes temas: Propuestas estructuradas para el mejoramiento de la empresa; lógica empresarial y factores a considerar por las compañías de cualquier dimensión en el desarrollo de políticas frente al VIH/SIDA; recomendaciones generales sobre derechos humanos para la elaboración de planes de retiro, políticas y prácticas de contratación y protección de la confidencialidad, a la luz de la movilidad de la fuerza de trabajo y de los recursos disponibles. Desarrollo de políticas- Recomendaciones sobre los pasos indispensables para desarrollar políticas que tomen en cuenta el proceso y los desafíos de la implementación. Capacitación en VIH/SIDA- ¿Cuáles son los pasos necesarios para crear un programa global de capacitación? ¿Cuáles son los temas decisivos para el desarrollo de la conciencia sobre el VIH/SIDA y el entrenamiento específico en prevención de directivos y empleados de una compañía multinacional? Caracterizar la necesidad de diseñar procesos de capacitación basados en las peculiaridades de países o regiones, tales como el lenguaje, la religión y la legislación local.

Lecciones aprendidas: Algunos aspectos fundamentales del trabajo se relacionan con la traducción lingüística y la adaptación del material general a las características locales en materia de cultura, religión, lenguaje y leyes nacionales. Resulta de vital importancia asegurar en cada caso el apoyo de la dirección de la empresa en el diseño de políticas y cursos generales de capacitación sobre VIH. La asociación entre compañías y organizaciones no gubernamentales es un factor importante para asegurar la sustentabilidad a largo plazo y la eficacia de la inversión corporativa.

Pasos a seguir: Chevron participará con Global Fund como su primer campeón corporativo. Se conseguirá una mejor coordinación del compromiso organizacional de Chevron mediante el establecimiento de una oficina de Salud Pública General, que tratará integralmente asuntos relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria y desarrollará estrategias para una mayor participación comunitaria como parte de los compromisos de las Empresas Socialmente Responsables.

Resumen: 13321

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Garantía de calidad de los servicios que presta la sociedad civil en el combate al VIH/SIDA

A. Bacha[1], C. Calica[2], P. Chikukwa[1], B. Edwards[3], B. Menon[4], P. Nawa[5], T. Pearcy[1], P. Smyrnov[6], S. Springett[1], A.B. Sow[7]

[1]International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Inglaterra, [2]PHANSuP, Manilla, Filipinas, [3]Caribbean HIV/AIDS Alliance, Trinidad, Trinidad y Tobago, [4]International HIV/AIDS Alliance en India, Nueva Delhi, India, [5]Alliance Zambia, Lusaka, Zambia, [6]International HIV/AIDS Alliance en Ucrania, Kiev, Ucrania, [7]ANCS, Dakar, Senegal.

Tema: Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el combate al VIH/SIDA deben asegurar la alta calidad de sus programas y estar dispuestas a rendir cuentas ante las comunidades a las que prestan servicio.

Descripción: La Alianza Internacional contra el VIH/SIDA ha desarrollado un Programa de Acreditación mediante el cual las organizaciones que la integran se evalúan entre sí a partir de normas de desempeño que atañen a las funciones de dirección, administración y desarrollo de programas. Las evaluaciones están diseñadas para identificar las áreas de debilidad que puedan remediarse mediante la prestación de apoyo técnico por parte de otras organizaciones de la Alianza. Este Programa de Acreditación tiene el propósito adicional de generar confianza entre los donantes respecto de la calidad de los programas de las organizaciones de la Alianza. La base normativa es el Código de buen desempeño de las Organizaciones no Gubernamentales que trabajan con VIH/SIDA, documento que establece Directrices Básicas y aplica un enfoque de derechos humanos al trabajo en VIH/SIDA. Actualmente se están realizando evaluaciones piloto en Burkina Faso y China.

Lecciones aprendidas: La identificación de normas básicas de desempeño a través de un proceso participativo (labor realizada por un grupo de trabajo del Secretariado de la Alianza y organizaciones asociadas) incide en el funcionamiento de las organizaciones integrantes de la Alianza en tanto instancias intermediarias que apoyan a las comunidades en el campo. La identificación de criterios que pueden emplearse como indicadores de cumplimiento de normas específicas. Organizaciones evaluadas en relación con 35 normas que cubren una amplia gama de áreas vinculadas con los sistemas organizativos, las finanzas, la dirección, la programación y los recursos humanos, así como con principios éticos, incluido GIPA, la perspectiva de género y la atención a poblaciones clave… Una sociedad civil auto-demandante capaz de trabajar en común con otras organizaciones para mejorar su desempeño, de aplicar estándares de calidad, y en búsqueda permanente del mejoramiento de sus sistemas y programas, resulta más confiable cuando mantiene informados a gobiernos y donantes y al participar en el diálogo político.

Pasos a seguir: Las lecciones aprendidas que se deriven de las evaluaciones piloto darán cuenta del término del proceso de adquisición de herramientas para la acreditación. El Programa de Acreditación se aplicará a cada una de las organizaciones integrantes de la Alianza a lo largo de los próximos cinco años. Se realizarán evaluaciones periódicas para asegurar que las lecciones aprendidas se estén incorporando al desarrollo del programa. Se planteará un programa de apoyo técnico adecuado para cada una de las organizaciones que se sometan a la revisión para la Acreditación.

Resumen: 8066

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

Una vía para la construcción de alianzas entre jóvenes y adultos. Trabajando juntos por el Acceso Universal

C. Ahumada

World AIDS Campaign, Amsterdam, Países Bajos.

Tema: Alianzas —jóvenes— grupos de la sociedad civil.

Descripción: Esta presentación se organizará en torno a un formato de discusión y se concentrará en el intercambio de los principales resultados y recomendaciones de la Iniciativa de Alianza Juvenil (IAJ) de la Ciudad de México. A lo largo del Congreso Internacional sobre SIDA 2008, la Campaña Mundial del SIDA y la Fuerza Juvenil de México instrumentarán esta iniciativa que busca promover el encuentro entre líderes juveniles y líderes ya establecidos de una amplia gama de grupos de la sociedad civil. A través de estos encuentros, los líderes juveniles y los de otro tipo de grupos tendrán la oportunidad de aprender unos de otros mediante un proceso de entendimiento mutuo que promoverá la creación de redes y facilitará el intercambio de conocimientos y habilidades. Los grupos participantes incluirán líderes de los medios de comunicación, personas que viven con VIH/SIDA, organizaciones empresariales, organizaciones de mujeres y no gubernamentales, y grupos religiosos, de trabajadores, de académicos, de parlamentarios, de activistas que trabajan en la reducción del daño, y de hombres que tienen sexo con hombres. Un líder de cada uno de los grupos será puesto en contacto con un líder juvenil. A lo largo de la sesión, los pares de líderes identificarán las mejores prácticas, los aprendizajes adquiridos y los desafíos que plantea el trabajo entre diferentes grupos sociales. Cada

uno de los panelistas destacará sus aprendizajes y recomendaciones particulares, así como las vías a través de las cuales pueden fortalecerse las alianzas entre grupos sociales en la búsqueda del Acceso Universal. Adicionalmente, los panelistas subrayarán los mecanismos más adecuados para involucrar significativamente a la población joven en tanto grupo social transversal en el trabajo en torno al VIH/SIDA. Mediante una animada discusión y la presentación de ejemplos concretos, la audiencia obtendrá una mejor comprensión de la necesidad de construir un enfoque integral frente al VIH/SIDA, fortaleciendo las alianzas entre grupos, especialmente a través de la genuina integración de los jóvenes.

Lecciones aprendidas: Las personas que participen en los paneles compartirán los aprendizajes alcanzados a través de su participación en la IAJ, haciendo énfasis en recomendaciones pertinentes para integrar a los jóvenes en la acción frente al VIH/SIDA.

Pasos a seguir: Antes de la sesión, cada líder participante se habrá reunido previamente con el líder juvenil que le haya sido asignado para identificar los pasos a seguir a fin de asegurar la sustentabilidad de las alianzas.

Resumen: 13848

E26 - Funciones y responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el sector privado

La construcción de alianzas entre activistas y personal de salud

S. Carmona Medina

Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, IMSS, México, D.F., México.

Tema: En México existen dificultades para la atención de las personas VIH positivas que no cuentan con seguridad social. Esto obedece a que el "acceso universal" presenta deficiencias que se suman al estigma y la discriminación prevalecientes e impiden otorgar atención de calidad a las personas que viven con VIH/SIDA.

Descripción: Si bien es cierto que las personas que viven con VIH/SIDA en México tienen acceso a medicamentos antirretrovirales, también lo es que a este grupo no se le presta atención integral. Por eso hemos tenido que "inventar" nuevas estrategias para lograr que se otorgue atención a este grupo de la población y que nadie tenga que morir en el intento de obtenerla. Cuando en algún hospital de los estados del país o del Distrito Federal se detecta alguna enfermedad oportunista que requiere atención especializada, comienzan los problemas. Ésta es la razón por la que hemos diseñado alianzas estratégicas con médicos y otros prestadores de servicios de salud de modo que los pacientes puedan ingresar a hospitales especializados y recibir atención adecuada. Sabemos que muchos de los pacientes que no consiguen quedar al amparo de estas alianzas estratégicas mueren en el camino, y es por eso que se requiere establecer ese tipo de alianzas y realizar negociaciones en otros niveles de toma de decisión a fin de que los pacientes no sigan muriendo debido a la negligencia médica y a una atención deficiente.

Lecciones aprendidas: Es necesario exigir que el acceso universal a los tratamientos y a la prevención de la enfermedad se convierta en una realidad en este país, y que deje de ser únicamente una política que esconde la realidad y conduce a la muerte a las personas con VIH/SIDA más pobres y carentes de recursos.

Pasos a seguir: Capacitar e informar tanto a la población que vive con VIH/SIDA como a las autoridades, los responsables de la toma de decisiones del sector salud (IMSS, ISSSTE y SS) y las organizaciones no gubernamentales para conseguir que la atención adecuada se convierta en una realidad en este país y no se limite al discurso oficial.

Resumen: 14350

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Participación y liderazgo de las mujeres en la respuesta al SIDA: desafíos y oportunidades

E.T. Crone[1], N. Damji[2]

[1]The ATHENA Network, Seattle, Estados Unidos, [2]UNIFEM, Nueva York, Estados Unidos.

Tema: La experiencia muestra que las políticas y programas de combate al SIDA no benefician a las mujeres sino hasta que organizaciones femeninas —particularmente las conformadas por mujeres VIH positivas y por personas con experiencia en perspectiva de género— contribuyen a definir su contenido y dirección.

Descripción: A través de entrevistas exhaustivas con actores clave que ocupan posiciones decisivas y de un llamado global a la colaboración, buscamos evaluar el nivel y la calidad de la participación de las mujeres más afectadas por la epidemia. Identificamos una persistente deficiencia en la representación de mujeres VIH positivas y de sus redes en los foros de toma de decisiones.

Lecciones aprendidas: Si bien se ha registrado una importante elevación de la atención al liderazgo y la participación de las mujeres, todavía persisten numerosas barreras estructurales: financiamiento inadecuado, ausencia de apoyo técnico, responsabilidades familiares y de cuidado de los niños, así como una cultura organizacional que no involucra significativamente

a las mujeres VIH positivas. Estos obstáculos van de la mano con políticas y prácticas generales que resultan excluyentes. Recibimos información consistente por parte de mujeres VIH positivas o de sus redes sobre la dilación con la que se les invita a participar en encuentros cuyas agendas han sido diseñadas previamente o a tomar parte en procesos cuyos lineamientos o políticas ya han sido formulados. De igual modo, las mujeres suelen ser invitadas a pronunciarse exclusivamente sobre "cuestiones de mujeres", impidiéndoseles referirse a las directrices políticas más amplias que se discuten. La promoción del liderazgo y de la participación de las mujeres en la respuesta al SIDA exige dar pasos concretos para enfrentar esos obstáculos y establecer compromisos de más largo plazo para el desarrollo de liderazgos, la capacitación y la asignación de recursos.

Pasos a seguir: 1) Recabar información amplia y desagregada con perspectiva de género sobre la participación en el desarrollo de políticas y la asignación de recursos; 2) Ampliar la documentación y la difusión de estrategias y programas exitosos en el fortalecimiento del liderazgo y la participación de mujeres VIH positivas; 3) Elaborar normas para una participación significativa de las mujeres VIH positivas y de sus redes a través de la consulta; y 4) Identificar áreas estratégicas de promoción, defensa e incidencia, tales como el incremento de la participación de mujeres VIH positivas y de organizaciones que trabajan en la promoción de los derechos de las mujeres en los Mecanismos Nacionales de Coordinación del Fondo Global para el Combate del SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Resumen: 3092

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Promoción y defensa en América Latina: el incremento de la participación de comunidades gay, transexuales y de hombres que tienen sexo con hombres

O. Montoya Herrera

Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina -ASICAL, Coordinación General, Quito, Ecuador.

Antecedentes: Las comunidades gay, transexuales y de hombres que tienen sexo con hombres son los grupos más afectados por el VIH/SIDA en la región. Sin embargo, su participación y sus actividades de defensa y promoción se encuentran restringidas debido a su carencia de habilidades técnicas, de desarrollo organizacional y de dirección. Éste fue el punto de partida para el diseño y la instrumentación de un proyecto iniciado en 2004 por la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL), con el apoyo de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y de la Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ, en alemán).

Métodos: El propósito de esta iniciativa era ampliar la participación de grupos gays, bisexuales y transexuales en el Mecanismo Nacional de Coordinación (CCM, en inglés), y en los proyectos financiados por el Fondo Global. Nuestro objetivo era mejorar el uso del financiamiento destinado a la prevención y la atención en América Latina. En menos de tres años, la red consiguió desarrollar un programa de capacitación a partir del cual se establecieron 25 centros de apoyo técnico para auxiliar a todas las organizaciones existentes en la región.

Resultados: Durante el proyecto se formaron 15 capacitadores; 63 participantes provenientes de 53 organizaciones de 20 países aplicaron los conocimientos adquiridos en comunidades locales y nacionales; 60 grupos fueron entrenados y participaron en la ejecución del componente de los proyectos relacionado con los hombres que tienen sexo con hombres. La participación de los grupos en el CCM se incrementó en 10% y se profundizó aún más en la instrumentación de proyectos aprobados por el Fondo Global.

Conclusiones: El fortalecimiento de la comunicación entre integrantes y organizaciones de América Latina y El Caribe contribuye a incrementar la participación transcomunitaria y aumenta la cantidad y calidad de la información disponible para la capacitación en epidemiología. Debe señalarse la importancia de la cooperación internacional en la promoción de iniciativas sur-sur, para respaldar redes regionales y acompañar esas experiencias mediante el monitoreo y actividades permanentes de apoyo. El trabajo que se presenta reconstruye la experiencia sobre la base de los resultados proporcionados por una evaluación externa, como marco para la acción, la reflexión y el mejoramiento de las actividades en el futuro.

Resumen: 8981

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Fortalecimiento de la respuesta comunitaria al estigma y la discriminación asociados con el VIH en México

L. Cedeño Peña, E. Arriaga Ramírez, H. Pérez Vazquez, J.J. Hernández Chavez

Colectivo Sol A.C, Distrito Federal, México.

Tema: El estigma y la discriminación relacionados con el VIH siguen constituyendo un importante obstáculo para ofrecer una

respuesta integral al VIH/SIDA en México. El proyecto "Vida Digna" busca reducir el estigma y la discriminación en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectadas y personas que viven con VIH. La región mexicana de El Bajío fue seleccionada para instrumentar el proyecto, puesto que es una de las regiones más conservadoras del país, y su sociedad civil ofrecía la más débil de las respuestas al VIH/SIDA que afectaba a poblaciones clave cuando el proyecto comenzó.

Descripción: Vida Digna es la única iniciativa de su tipo en México. El proyecto consiste en la asociación entre 12 organizaciones no gubernamentales y comunitarias, e incluye capacitación, financiamiento semilla, monitoreo y evaluación, así como iniciativas para la negociación política. Vida Digna ha llevado a cabo 11 talleres regionales de capacitación en los que han participado 92 personas, con temas como: investigación comunitaria, desarrollo y administración de proyectos, prevención focalizada, mayor participación de poblaciones clave, estigma y discriminación, negociación política y derechos humanos. Entre julio de 2005 y febrero de 2008 se celebraron 212 sesiones de asistencia técnica para las organizaciones no gubernamentales y comunitarias participantes. Estas actividades han contribuido a mejorar el diseño y la implementación de proyectos, han favorecido el aumento del impacto de la negociación política, y han mejorado la visibilidad en los medios de comunicación y en congresos nacionales e internacionales.

Lecciones aprendidas: Los enfoques participativos acentuaron la participación de poblaciones clave debido a la valoración de su experiencia. La construcción de habilidades, la transferencia de conocimientos y el incremento de la participación de poblaciones clave fueron factores indispensables para dar respuesta al estigma y la discriminación relacionados con el VIH. El apoyo técnico y financiero lograron transformar una muy débil respuesta de la sociedad civil en una de las iniciativas más visibles llevadas a cabo con grupos clave de la población en el país.

Pasos a seguir: La respuesta mexicana al VIH/SIDA requiere programas orientados a fortalecer a la sociedad civil, y estos programas deberían constituir una prioridad de las políticas públicas. Es preciso destinar más tiempo y recursos a la asistencia técnica de las nacientes organizaciones no gubernamentales y comunitarias para obtener buenos resultados.

Resumen: 14940

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Fomento del liderazgo entre jóvenes activistas católicos progresistas en la promoción de la prevención del VIH en México

F.I. Alegría Mar

Católicas por el Derecho a Decidir, Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir, Ciudad de México, México.

Tema: En México, la jerarquía de la Iglesia católica se opone abiertamente a la adopción de prácticas sexuales seguras —tales como el uso del condón— que podrían contribuir a prevenir el VIH. En este contexto, la organización no gubernamental mexicana Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) constituyó con éxito una red nacional de jóvenes educadores y voceros católicos que promueven el mensaje de que una vida sexual responsable y segura no contraviene la doctrina católica.

Descripción: La red de jóvenes de CDD opera en 15 estados del país. Las actividades en cada estado son organizadas por un equipo básico de voluntarios que educan a las y los jóvenes en torno a los mitos y tabúes relacionados con el VIH/SIDA y en formas de ejercicio sexual seguro y responsable, para que difundan el mensaje de que el sexo seguro puede ser compatible con la fe católica. La red también interactúa con responsables de la elaboración de políticas para asegurar una educación integral de la sexualidad así como la prestación de servicios de prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH a jóvenes a través de los medios de comunicación. Las y los jóvenes integrantes de la red asisten a sesiones de capacitación para aprender sobre temas que van de la teología moral a la transmisión de enfermedades por contacto sexual y del VIH, y reciben apoyo y asesoría por parte de CDD para planear sus actividades.

Lecciones aprendidas: Las personas jóvenes pueden ser activistas sumamente eficaces, y con frecuencia están más dispuestas que los adultos a asumir posiciones públicas sobre asuntos controversiales. Sin embargo, debido a la rotación de los integrantes de la red, es necesario capacitar permanentemente a nuevos activistas. Los funcionarios públicos suelen resistirse inicialmente a considerar a las personas jóvenes como autoridades en la prevención del VIH y como promotores de los derechos sexuales y reproductivos. Con todo, puesto que la red de CDD ha construido una sólida reputación a lo largo de los años, hoy en día es vista como una respetable fuente

de información y es frecuentemente consultada por los medios respecto de esas cuestiones.

Pasos a seguir: CDD seguirá reclutando nuevos activistas para la red de jóvenes y construyendo las habilidades de negociación, comunicación y liderazgo de los integrantes actuales, a fin de consolidar este exitoso modelo de activismo juvenil.

Resumen: 5341

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Mejoramiento de la promoción y la defensa internacional y regional mediante la colaboración entre redes

M. Bianco

Fundación Para el Estudio e Investigación de la Mujer - FEIM, Buenos Aires, Argentina.

Tema: Desde el año 2006 se ha venido desarrollando una novedosa iniciativa surgida de la colaboración internacional entre redes de activistas en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, así como en el trabajo relacionado con el VIH/SIDA. La iniciativa se estructura en torno a cuatro instancias de diálogo: una internacional y tres regionales en África, Asia y Latinoamérica y El Caribe.

Descripción: Representantes de 31 redes regionales e internacionales que operan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (a favor de mujeres, jóvenes y derechos humanos), así como en el del VIH/SIDA (incluyendo personas infectadas, organizaciones no gubernamentales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas intravenosas e integrantes de la comunidad GLBTT), se reunieron para discutir seis polémicos temas e identificar sus consensos y discrepancias: 1) sexualidades y vulnerabilidades: grupos en riesgo, 2) aborto y derechos sexuales y reproductivos, 3) educación sexual de adolescentes, 4) violencia de género, 5) enfoques de prevención y tratamiento, y 6) contraste entre programas de financiamiento verticales e integrados. Los participantes reconocieron la originalidad y el potencial para la construcción de habilidades de este proyecto. A partir de los consensos comenzó un proceso de comunicación virtual al margen de los encuentros personales y gracias a un equipo responsable de la comunicación cibernética, a través del cual continuó el debate de los temas.

Lecciones aprendidas: Existen entre las redes más consensos que discrepancias. Esto posibilita el trabajo conjunto de defensa y promoción. Las instancias de colaboración desarrolladas entre las redes participantes han favorecido su expansión regional y un mayor impacto regional e internacional. La construcción sustentable de habilidades es posible y no exige recursos excepcionales. Ejemplo de ello, ha sido una presentación conjunta de los participantes del grupo de Diálogo de Asia en el Octavo Congreso Internacional sobre SIDA en la región Asia-Pacífico, y un proyecto de investigación sobre las actitudes de la población adolescente hacia el VIH/SIDA, la salud y los derechos sexuales y reproductivos que surgió del grupo de Diálogo de Latinoamérica y El Caribe. Estos ejemplos, así como los principales debates entre las redes y la manera como se relacionan mutuamente, serán presentados y discutidos a profundidad.

Pasos a seguir: Se reconoce la necesidad de fortalecer y profundizar el trabajo conjunto de promoción y defensa. La experiencia de la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS, en inglés) será presentada como ejemplo de ese tipo de colaboración.

Resumen: 210

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

El método Photovoice como poderosa herramienta participativa para ampliar las perspectivas sobre tuberculosis y VIH/SIDA mediante el empoderamiento y la promoción entre contextos culturales

E. Moya[1], O. Vásquez[1], R. Ramos[1], R. Lacson[2]

[1]US Mexico Border Health Association, El Paso, Texas, Estados Unidos, [2]University of South Carolina, The Amaya-Lacson TB Photovoice Project, Columbia, South Carolina, Estados Unidos.

Tema: La perspectiva de las y los enfermos de tuberculosis se encuentra notoriamente ausente de la literatura relacionada con esa enfermedad. De ahí que el empoderamiento de las personas afectadas por tuberculosis/VIH/SIDA constituya un factor decisivo para enfrentar las altas tasas de mortalidad asociadas con la tuberculosis entre personas que viven con VIH/SIDA.

Descripción: El propósito de esta ponencia es presentar el método Photovoice como una herramienta de Investigación-Acción Participativa (IAP) que permite ampliar los conocimientos, la conciencia y la acción social. La presentación se divide en dos secciones: 1) El método Photovoice como herramienta de la IAP, y 2) El Proyecto Tuberculosis-Photovoice como estrategia para subrayar y comunicar la importancia de la relación entre la tuberculosis y el VIH/SIDA desde la pers-

pectiva de las personas afectadas por la coinfección en diferentes contextos culturales.

Lecciones aprendidas: Los hallazgos del proyecto hacen una contribución a nuestra comprensión conceptual del impacto de la tuberculosis/VIH/SIDA entre las personas participantes en el proyecto, y sugieren herramientas para transformar las políticas con miras al mejoramiento de los servicios humanitarios y de salud. Recomendaciones de los participantes para la prevención de la tuberculosis y la educación en torno al padecimiento dirigidas a responsables de la elaboración de políticas en ambos lados de la frontera México-Estados Unidos, Brasil y Tailandia, documentadas a través de la fotografía. El proyecto facilita el desarrollo de la capacidad de las personas participantes para construir desde la base en sus propios entornos, asociando el significado y la necesidad de la acción social. Ofrece evidencia empírica para sostener que la relación tuberculosis/VIH es un tema sujeto a estigma que requiere empoderamiento para influir en la acción social. A través de la eficacia de Photovoice, los participantes se presentan mutuamente sus historias e imágenes y, en última instancia, las ponen a disposición de los responsables de la elaboración de las políticas, impulsando así políticas públicas de acción en torno a la salud.

Pasos a seguir: Quienes participan en el proyecto Tuberculosis-Photovoice hacen un llamado a los responsables de la elaboración de las políticas globales a emprender acciones para eliminar la amenaza de la tuberculosis, comprometiéndose a hacer más visible la presencia de las personas que padecen tuberculosis/VIH/SIDA y a incluirlas en la revisión de los programas y las políticas que afectan negativamente a las comunidades pobres y vulnerables. Piensa en la tuberculosis, porque "la tuberculosis aquí es la tuberculosis en todos lados", y ¡actúa ahora!

Resumen: 14392

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Curso de verano en San Miguel de Allende, Guanajuato, para capacitar a 33 jóvenes de un estado mexicano como promotores comunitarios en educación sexual, salud reproductiva y VIH/SIDA

A.I. Diosdado Zapatero, A. Saucillo, J. Gómez, G. García, O. Ortega

Las Libres AC., Educación Sexual y Advocacy, Guanajuato, México.

Antecedentes: El problema del VIH/SIDA en el sector social se refleja a través de acciones discriminatorias y estigmatización hacia las personas VIH positivas. A fin de combatir este fenómeno, CASA, en colaboración con IMSS/CARA, instrumentó un programa de educación para jóvenes mexicanos.

Métodos: A partir de un estudio de 26 escuelas de cuatro estados mexicanos, se diseñó un programa a modo de taller sobre sexualidad, educación sexual, salud reproductiva y VIH/SIDA. Entre los temas del programa IMSS/CARA se encuentran los siguientes: derechos humanos, estigma y discriminación, salud sexual y reproductiva, y violencia de género. El programa instrumentó también campañas en cinco zonas urbanas, diseñó una herramienta de diagnóstico, produjo materiales de prevención y atención así como una estrategia de comunicación, y elaboró un portafolio de herramientas para presentar el programa ante la población abierta.

Resultados: CASA e IMSS/CARA implementaron el programa y actualmente cuentan con dos grupos de jóvenes de nueve y diez integrantes respectivamente en los estados de Michoacán y Guanajuato. Cada grupo tiene tareas y planes específicos para desarrollar nuevas campañas, en tanto que el resto de los grupos se encuentra en proceso de autorización. Los integrantes del grupo de CASA e IMSS/CARA de Michoacán representan al 70% de la población joven de acuerdo con su grupo de edad (de entre diez y diecinueve años), y los del grupo de Guanajuato representan al 60% de la misma población en su estado. De esta manera, las actividades de CASA están ejerciendo un fuerte impacto sobre las comunidades.

Conclusiones: Un trabajo gubernamental de calidad que pretenda tener resultados efectivos requiere la aportación profesional del sector comunitario, así como un amplio entendimiento de los valores, lenguajes e intereses de la juventud. Es importante que el gobierno tenga capacidad para traducir las experiencias comunitarias en asistencia técnica especializada para los jóvenes, a fin de estar en condiciones de ofrecer servicios de salud de calidad.

Resumen: 9226

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

De y para mujeres VIH positivas

H.E. Esquivel Cerda

ICW-México, Comunidad Internacional de Mujeres con VIH, Monterrey, México.

Tema: En México se observa una tendencia clara, aunque lenta, a la feminización de la epidemia del VIH/SIDA. En los comienzos de la epidemia había 23 casos de SIDA entre varones por cada caso de SIDA entre mujeres; en 2007 la proporción era ya de 5:1. En la actualidad se calcula que en México hay 42,000 mujeres VIH positivas.

Descripción: El proyecto está diseñado para capacitar y empoderar a mujeres mexicanas VIH positivas y realizar con ellas un proceso de planeación estratégica. El proyecto se compone de seis talleres de capacitación para mujeres de 32 estados de la República que puedan influir en otras 140 mujeres VIH positivas a través de un proceso de réplica entre pares. Los resultados esperados incluyen el aumento de la membresía de ICW-México, la creación de un directorio nacional de mujeres VIH positivas, la documentación de casos de estigma y discriminación, 20 planes estratégicos de nivel estatal, la consolidación de una estrategia eficaz de comunicación (vía teléfono, Internet y web), y la movilización de mujeres VIH positivas para participar en la Conferencia Internacional sobre SIDA de 2008.

Lecciones aprendidas: La ampliación de la incidencia del proyecto y la capacitación entre pares constituyen un medio eficaz para establecer contacto con un mayor número de mujeres VIH positivas de diferentes comunidades; de la misma manera, las mujeres VIH positivas se sienten más cómodas y retienen mejor la información cuando son sus pares, que conocen sus necesidades, prioridades y problemas, quienes se dirigen a ellas.

Pasos a seguir: La instrumentación permanente del proceso para reproducir la capacitación en el nivel nacional. Promoción de la capacitación comunitaria entre pares: "De y para mujeres VIH positivas".

Resumen: 14000

E27 - Desarrollo de habilidades de liderazgo, promoción y defensa

Centro de atención integral para adolescentes gays, lesbianas y bisexuales de México

J.A. Quino Andrade, adolescentes gays, lesbianas y bisexuales entre 15 y 21 años de edad.

Teatro & sida a.c., Ciudad de México, México.

Tema: En enero de 2002 surgió CAIPAJ, un centro interdisciplinario de diversión, educación y cultura que ofrece servicios especiales de salud mental y sexual. El centro facilita la convivencia entre adolescentes menores de 18 años y jóvenes de hasta 21 años de edad pertenecientes a los sectores de gays, lesbianas, bisexuales y travestis (LGBT) de la Ciudad de México.

Objetivos: Proporcionar servicios cálidos y de calidad a adolescentes menores de 18 años, sus padres y madres, en un ambiente de respeto pleno. Entre los servicios se cuenta con: 1) ÁREA DE SALUD: a) Un centro especializado en atención médica y psicológica; b) Condonlandia: Todo lo relacionado con la vida erótica protegida; ahí se explica cara a cara el uso correcto de los condones y se imparten conferencias y talleres; c) Actividades juveniles: formación de promotores y participación en la organización de la Marcha Gay Juvenil de México. 2) ÁREA DE CULTURA: a) Foro; b) Salones de clase. 3) DIVERSIÓN: a) Cafetería y proyección de películas; b) Discoteca; espacio de baile donde se proyectan cápsulas informativas sobre prevención y se distribuyen panfletos. En este espacio se prohíbe fumar e ingerir alcohol y drogas.

Resultados: Atención a 1,500 adolescentes; conformación de un grupo de 25 promotores en educación sexual y 15 más en proceso de formación. Grupo de teatro: 10 adolescentes. Actividades externas y grupo de autoayuda de madres y padres de familia. Hemos dado 275 tutorías a adolescentes, 35 a madres y 10 a padres de familia, y atendido a 73 jóvenes en consulta médica. Hemos distribuido 2,000 condones.

Lecciones aprendidas: Ofrecer un espacio de libertad a menores y jóvenes de la comunidad LGBT en el que no se discrimina a nadie por su orientación sexual, las y los jóvenes acceden a alternativas para desarrollar su potencial, se promueve la vida recta y el diseño del proyecto de vida, y se ofrecen herramientas para el empoderamiento personal y el bienestar de la población gay adolescente, tomando en cuenta que no existen otros espacios con estas características. Las y los adolescentes encuentran un espacio inspirador en el que no experimentan discriminación ni rechazo.

Pasos a seguir: Recomendaciones: Los gobiernos y los patrocinadores financieros deberían brindar apoyo a este tipo de iniciativas interdisciplinarias orientadas a la población adolescente LGBT, que hasta ahora ha sido un grupo no considerado y discriminado que forma parte sectores poblacionales de riesgo de infección por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Resumen: 11433

E29 - Acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas

Mejoramiento de la respuesta a la epidemia: fortalecimiento de la gestión de la Red de Trabajadoras Sexuales de América Latina y El Caribe

E. Molina Lopez[1], Y. Tobar García[2], M. Navarrete[3], M. González[4], C. Souza Paz[5], H. Lainez[6]

[1]RedTraSex. Red de trabajadoras sexuales de América Latina y El Caribe, Quito, Ecuador, [2]RedtraSex, Guatemala, Guatemala, [3]RedTrasex, Montevideo, Uruguay, [4]RedTrasex, República Dominicana, República Dominicana, [5]RedTraSex, Brasil, Brasil, [6]RedTraSex, El Salvador, El Salvador.

Tema: Elaboración de reglamentos; procesos transparentes de toma de decisiones; fortalecimiento de las trabajadoras sexuales organizadas; reducción del estigma y la discriminación; participación en espacios de toma de decisiones.

Descripción: La RedTraSex fue establecida hace 10 años. Después de un periodo de crecimiento, sus integrantes decidieron construir una nueva estructura de gestión. En enero de 2006 se celebró en Argentina el taller "Buenas Prácticas de Gestión", con el apoyo de la Alianza Internacional para el VIH/SIDA y la participación de líderes de 11 países de la región. La Red de Trabajadoras Sexuales elaboró su propio reglamento y reorganizó su cuerpo directivo, que hoy en día se compone de un Comité Directivo formado por cinco representantes de otras tantas subregiones: Los Andes, Brasil, Cono Sur, El Caribe, América Central y México; Puntos Focales integrados por representantes propietarias y suplentes de cada país (15 países), y una Directora Ejecutiva.

Lecciones aprendidas: Gracias al diseño de esta nueva estructura de gestión por parte de las Trabajadoras Sexuales, los procesos de toma de decisiones se han vuelto más transparentes, ha aumentado la participación y el compromiso y se han generado procedimientos de información, transparencia y solución de conflictos. Las Trabajadoras Sexuales se han vuelto más visibles en la región, y su participación en foros, congresos y arenas de toma de decisiones se ha incrementado. Elena Reynaga, la Directora Ejecutiva, afirma: "Ahora tenemos lugares, hablamos, discutimos, administramos y movilizamos recursos. Una vez empoderadas, hemos ampliado nuestras oportunidades de cuidarnos a nosotras mismas y prevenir problemas de salud, violencia, etcétera." Las propuestas de la red están siendo consideradas en el diseño y la aprobación de políticas públicas, y por esa vía contribuyen a reducir el estigma y la discriminación asociados al trabajo sexual.

Pasos a seguir: Continuar fortaleciendo y coordinando la Red Regional de manera democrática, ética, responsable y transparente; seguir esforzándonos por asegurar la sustentabilidad de los esfuerzos de promoción de los derechos humanos, y mejorar la respuesta a la epidemia mediante la concentración de nuestros esfuerzos en la salud integral y en el combate a la violencia institucional.

Resumen: 13991

E29 - Acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas

Reasignación de los fondos públicos destinados al VIH/SIDA en México: un problema de transparencia y rendición de cuentas

M. Pulido Jiménez, G. Lara Salazar

Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., Ciudad de México, México.

Tema: Rastreo de los recursos federales destinados a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA (transparencia); rendición de cuentas sobre la reasignación de recursos públicos etiquetados para la prevención y el tratamiento de la epidemia.

Descripción: A partir del año fiscal 2004, parte del presupuesto federal destinado a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA ha sido otorgado a diferentes hospitales federales públicos de nivel terciario. Considerando esta reorientación de la política federal para enfrentar la epidemia, hemos recurrido a la Ley de Acceso a la Información para documentar el uso de los recursos federales por parte de los hospitales públicos.

Lecciones aprendidas: Dos problemas centrales surgen de la información proporcionada por los hospitales públicos, su análisis y su comparación con la cuenta pública federal correspondiente a los años fiscales de 2004, 2005 y 2006: 1. Es difícil rastrear el uso de los recursos monetarios invertidos debido a deficiencias en la calidad, la exactitud y la suficiencia de la información proporcionada tanto por los hospitales como por la cuenta pública. Desde un punto de vista técnico, la información que aporta la cuenta pública refleja que todos los recursos destinados a los hospitales de nivel terciario fueron invertidos en la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. Sin embargo, la Secretaría de Salud autorizó a algunos hospitales a reasignar todos los recursos etiquetados a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA a la cobertura de otros gastos. 2. Problemas de rendición de cuentas: existen contradicciones respecto del uso y la manera de informar sobre los recursos monetarios asignados al combate de la epidemia, así como una carencia de sanciones para esta situación. La dotación de recursos a los hospitales no se acompaña de la exigencia de satisfacer indicadores relacionados con la epidemia.

Pasos a seguir: Promover una reforma legal que suprima la actual aprobación de la reasignación administrativa de los recursos y que, en lugar de ello, imponga la obligación de rendir cuentas sobre la base de la responsabilidad legal del Estado de asignar la mayor cantidad posible de recursos a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, como parte de los compromisos del Estado Mexicano con la plena vigencia de los derechos humanos.

Resumen: 101141

E29 - Acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas

aetcborderhealth.org: Experiencias de un sitio de web que ofrece recursos para el tratamiento del VIH en la frontera México-Estados Unidos a prestadores estadounidenses de servicios de salud

T. Donohoe[1], N. Mandel[2], H. Pacheco[3], L. Bradley-Springer[4], M. Bernstein[5], M. Reyes[5]

[1]UCLA/Pacific AIDS Education and Training Center, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, Estados Unidos, [2]National Resource Center, AIDS Education and Training Centers, San Francisco, Estados Unidos, [3]Texas/Oklahoma AIDS Education and Training Center, Parkland Health & Hospital System, Dallas, Estados Unidos, [4]Mountain Plains AIDS Education and Training Center, University of Colorado School of Medicine, Denver, Estados Unidos, [5]Pacific AIDS Education and Training Center, UCSF School of Medicine, San Francisco, Estados Unidos.

Tema: La frontera entre México y Estados Unidos es la más transitada del mundo, y la región fronteriza presenta algunos de los más pobres resultados en salud de Estados Unidos. El personal de las clínicas que prestan servicios médicos a las poblaciones fronterizas requiere capacitación actualizada para el tratamiento del VIH y recursos para la adecuada derivación de pacientes, a fin de garantizar una atención de calidad especialmente a las poblaciones migrantes.

Descripción: El 1 de diciembre de 2004, Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, el Centro para la Educación y la Capacitación en SIDA (AETC, en inglés) y el Centro Nacional de Recursos (NRC, en inglés) pusieron en funcionamiento un sitio de web con recursos para la atención del VIH. El sitio ofrece servicio al personal clínico que trabaja en las comunidades fronterizas de México y Estados Unidos (hasta 61 millas o 100 km al norte de México). Los socios de este emprendimiento son otros tres centros AETC que atienden a los cuatro estados fronterizos de Estados Unidos: Tejas/Oklahoma, la zona del Pacífico (que incluye los estados de Arizona y California), y Mountain Plains (que incluye Nuevo México). Desde esa fecha, las instancias asociadas que colaboran con el sitio de web han desarrollado y colocado en la red productos específicos para la frontera, entre los que destacan un Directorio de Recursos sobre VIH para la Frontera, información epidemiológica de los condados fronterizos, hojas informativas bilingües sobre pruebas expeditas de VIH en la frontera, una guía de los antirretrovirales disponibles en México y en Estados Unidos y, recientemente, importantes recursos para la continuidad de la atención destinados al personal clínico de Estados Unidos que atiende a pacientes VIH positivos que regresan a México.

Lecciones aprendidas: Los sitios de web que ofrecen recursos actualizados sobre el VIH constituyen uno de los mecanismos más eficaces de difusión de información decisiva y oportuna entre los proveedores de servicios y las agencias que operan en regiones aisladas y carentes de recursos suficientes. A lo largo de los últimos tres años, aetcborderhealth.org ha sido visitada por alrededor de 20,000 usuarios que han bajado páginas con información epidemiológica sobre VIH en estados y condados en 16,000 ocasiones, y el Directorio de Recursos para la Frontera ha recibido 33,500 visitas.

Pasos a seguir: Las instancias asociadas en la elaboración de la oferta de aetcborderhealth.org seguirán desarrollando, poniendo a prueba y difundiendo herramientas prácticas, y trabajarán con el Centro Nacional de Evaluación (NEC, en inglés) de AETC para medir la eficacia de diversos recursos para la continuidad de la atención destinados al personal clínico de Estados Unidos que atiende a pacientes VIH positivos que retornan a México.

Resumen: 4527

E29 - Acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas

Acceso comunitario al conocimiento: evaluación de conocimientos de la sociedad civil sobre VIH/SIDA en Latinoamérica y El Caribe

J. Hourcade Bellocq[1], T. Haytayan[2], B. Camacho[3]

[1]International HIV/AIDS Alliance LAC Team, LAC Team, Buenos Aires, Argentina, [2]International HIV/AIDS Alliance, PAL Team, Brighton, Inglaterra, [3]SKAT, St Gallen, Suiza.

Tema: Hay una gran cantidad de herramientas y recursos de apoyo a programas de atención al VIH/SIDA en la región de Latinoamérica y El Caribe. Sin embargo, existe un debate sobre su utilidad, su intercambio, su difusión y su accesibilidad, especialmente en relación con las poblaciones más vulnerables. Las dificultades a las que hace referencia el debate implican que los esfuerzos tienden a duplicarse y contribuyen así a la falta de consistencia entre los programas. En este contexto, la Alianza Internacional para el VIH/SIDA llevó a cabo en 2007 una evaluación conocida como Auditoría del Conocimiento para averiguar el estado del conocimiento en Latinoamérica y El Caribe.

Descripción: El objetivo de la auditoría era identificar las fuentes y los tipos de conocimiento, así como las brechas existentes en las capacidades y los sistemas de administración de conocimientos. Durante la investigación se identificaron y se analizaron los procesos, prácticas e instrumentos del conocimiento, los grupos interesados y sus niveles de organización. La metodología em-

pleada fue de tipo cualitativo y participativo. La información se recabó mediante el uso de diferentes técnicas: análisis de documentos clave, entrevistas individuales y grupales, discusión en grupos focales, visitas de campo y talleres. Se entrevistó a un total de 53 representantes de 25 instituciones de la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y multilaterales que trabajan en 11 países de la región de Latinoamérica y El Caribe.

Lecciones aprendidas: Los principales hallazgos señalan la necesidad de organizar el conocimiento y la información mediante la planeación estratégica, y de mejorar los sistemas de supervisión de la información y el acceso a conocimientos sobre la prevención y el tratamiento del VIH entre grupos comunitarios. Así pues, se concluye que deben fortalecerse las capacidades de administración de conocimientos de los líderes, del personal técnico, de los investigadores y de los integrantes de las poblaciones vulnerables y afectadas. Además, se advierte la necesidad de que las agencias donantes y las organizaciones no gubernamentales de escala internacional ofrezcan apoyo a este proceso y promuevan la realización de más acciones de cooperación Sur-Sur.

Pasos a seguir: Dada esta situación, se instrumentará una estrategia de Administración del Conocimiento como alternativa eficaz para mejorar el trabajo de promoción, la efectividad de los programas comunitarios, el manejo de la información, el acceso a la asesoría y el aprendizaje horizontal. Durante 2008 la Alianza pondrá en marcha una serie de acciones que incluyen un portal en español para el manejo de los conocimientos destinado a la sociedad civil.

Resumen: 9433

E31 - Situaciones de conflicto y post-conflicto

Población desplazada en el interior y VIH: desafíos para el acceso universal a servicios voluntarios de asesoría, análisis y atención al VIH/SIDA en Colombia

R. Rushing[1], R. Sicard[2], S. Feliciani[2], J. Simbaqueba3, S. Loochkartt[2], M. Schilperoord[4], P. Spiegel[4]

[1]UNHCR, VIH y SIDA, Ciudad de México, México, [2]UNHCR, Bogotá, Colombia, [3]Projecto Putumayo, Mocoa, Colombia, [4]UNHCR, Ginebra, Suiza.

Tema: Colombia sigue experimentando un complicado conflicto armado interno que ha provocado la intensificación de los desplazamientos forzados y el aumento de la propia población desplazada. Este fenómeno da lugar al incremento del riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual, particularmente entre la población desplazada. La situación afecta negativamente la calidad del acceso universal a la atención de la salud y la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Descripción: En este contexto, servicios de salud tan indispensables como la consejería y pruebas voluntarias (CPV), el suministro de antirretrovirales y el apoyo psicosocial resultan insuficientes o inexistentes. Los servicios de CPV así como otras formas de atención relacionadas con el VIH suelen prestarse sin el grado necesario de confidencialidad, seguridad y equidad. Dado el conflicto armado y la abierta discriminación hacia las personas desplazadas y otras poblaciones vulnerables, la promoción de exámenes clínicos de VIH puede generar un mayor riesgo de sufrir violencia e, incluso, la muerte. Informes de visitas de campo dan cuenta de que las personas que viven con VIH/SIDA con quienes se logra hacer contacto son a menudo identificadas a través de informantes u otros medios y posteriormente asaltadas o asesinadas. También se reportan casos frecuentes de pruebas forzadas de VIH y de difusión indebida de los resultados. El acceso a los antirretrovirales y la continuidad de los tratamientos se dificultan debido al conflicto, la movilidad y la carencia de confidencialidad y de medicamentos en las localidades. Con frecuencia, las personas afectadas no buscan la atención ni el apoyo que requieren, puesto que temen que su condición sea puesta al descubierto y quedar así expuestas al estigma, la discriminación y, a menudo, la violencia asociados con el VIH y el SIDA.

Lecciones aprendidas: A pesar de que, en teoría, la población desplazada tiene acceso a servicios de consejería y análisis voluntarios, así como a otros servicios relacionados con el VIH, los obstáculos que impiden a las personas someterse a análisis son muy complejos. Es necesario evaluar cuidadosamente las situaciones locales a fin de no exacerbar el problema.

Pasos a seguir: Es esencial tomar en consideración el contexto local en el diseño y desarrollo de programas de VIH orientados a las poblaciones desplazadas. Resulta igualmente indispensable organizar respuestas coordinadas que fortalezcan las estrategias de prevención y protección de las poblaciones desplazadas contra el contagio por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como la movilización de agentes e instituciones sociales (incluyendo los grupos armados) para reducir la vulnerabilidad y mejorar la atención preventiva y curativa de las personas que viven con VIH/SIDA.

Resumen: 9275

E36 - Derecho mercantil internacional y propiedad intelectual

Impacto de la propiedad intelectual en los precios de medicamentos ARV en Argentina, Chile, Colombia y México

C. Trout[1], V. Wirtz[2]

[1]Boston University, School of Public Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, [2]Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, Morelos, México.

Antecedentes: El impacto de la reglamentación sobre propiedad intelectual en el acceso a medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA tiene mucha importancia en Latinoamérica, ya que varios países establecieron mecanismos para la protección de las patentes antes de que el acuerdo de la OMC sobre los "Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio" (TRIPS, en inglés) los obligara a ello en 2005. Por otra parte, Estados Unidos tiene acuerdos de libre comercio con diez países latinoamericanos —entre los que se encuentran México y Chile— que incluyen normas adicionales sobre la propiedad intelectual ("TRIPS+").

Métodos: Se realizó una comparación de los precios de los medicamentos antirretrovirales, los lineamientos sobre propiedad intelectual y el entorno de las políticas que inciden en el precio de los medicamentos en Argentina, Chile, Colombia y México. Adicionalmente, se hicieron 43 entrevistas con responsables de la elaboración de políticas, y se examinaron documentos gubernamentales.

Resultados: Ver Tabla 2.

Conclusiones: La adopción temprana de medidas de protección de las patentes predice precios más altos. México adoptó muy tempranamente medidas de protección de las patentes acatando las exigencias del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (NAFTA, en inglés). Chile, que utiliza solamente un medicamento genérico debido a sus preocupaciones respecto de la calidad de los productos, fue el último de los países en adoptar medidas de protección de las patentes, pero aún así paga un poco más por paciente que Argentina. El sistema descentralizado de compras de Colombia también contribuye a la elevación de los precios en ese país. La adopción tardía que hizo Argentina de medidas de protección de las patentes, su sistema centralizado de compras y una amplia cobertura de antirretrovirales genéricos contribuyen a la disminución de los precios.

Tabla 2

	México	Colombia (Bogotá) ISS	Promedio de Colombia (2005, Garavito)	Argentina	Chile
Fecha de protección de la patente del producto	1991	1994	1994	2001	2005
# de ARV disponibles como genéricos	5	9	9	10	1
Fecha de firma de Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos	1994	Pendiente	Pendiente	Ninguno	2004
# de pacientes a quienes se suministran ARV	15,750	906	16,500	22,500	8,400
Costo total para el gobierno (USD)	$76,856,310	$2,988,780	$39,740,324	$38,747,160	$15,649,927
Costo anual por paciente (USD)	$4,880	$3,229	$2,409	$1,722	$1,863
Costo anual por paciente: AZT+3TC+EFV	$3,662	$678	$2,095	$1,266	$1,851
Costo anual por paciente: ABC+3TC+EFV	$7,344	$3,552	$6,290	$1,266	$4,486
Costo anual por paciente: 3CT + AZT + LOP + Rit	$10,066	$6,722	$13,453	$3,272	$6,438

México es el país que paga más por los antirretrovirales, seguido por Colombia y Chile.

Resumen: 14620

E36 - Derecho mercantil internacional y propiedad intelectual

Los precios de los medicamentos antirretrovirales y las patentes: el caso de México y de otros países en desarrollo

V. Wirtz, S. Bautista, S. Forsythe, O. Galarraga

Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Antecedentes: Con excepción de África, los precios de los medicamentos antirretrovirales dependen principalmente del juego de las fuerzas del mercado y de la capacidad que cada país tiene para negociar los montos y para producir sus propios medicamentos genéricos. Aquí analizamos el caso de México como ejemplo de un país en desarrollo que no produce sus propios medicamentos genéricos y donde las reducciones de precios dependen fuertemente de la habilidad del país para negociar con los propietarios de las patentes. Para realizar el estudio exploramos la siguiente hipótesis: en México, la reducción de precios de los antirretrovirales entre 2001 y 2006 dependió de la fecha de expiración de las patentes y de si el medicamento correspondía a la primera o a la segunda línea.

Métodos: Se monitorearon en perspectiva histórica los precios de 12 medicamentos antirretrovirales en México. Estos precios se compararon con datos históricos de otros países en desarrollo. Se calculó el porcentaje de la diferencia de precios entre 2001 y 2006 para el caso de México y de otros países. También se cotejaron los precios de los antirretrovirales con información sobre las fechas esperadas de expiración de las patentes y la pertenencia de los medicamentos a la primera o la segunda línea, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: En términos generales, los precios promedio de los antirretrovirales adquiridos por la Secretaría de Salud de México son 8.2 veces más altos que los registrados por otros países en desarrollo (entre 1.6 y 34 veces). Si bien es cierto que los precios pagados por México entre 2001 y 2006 se han reducido en un promedio de 32.6%, en comparación con la reducción mundial global de 36.5%, el mayor diferencial de precios se observó en los antirretrovirales cuya patente expira entre 2009 y 2013. Estos antirretrovirales experimentaron una reducción de precio de 27.3% en México, mientras que esos mismos medicamentos redujeron sus precios en una proporción global de 67.7%.

Conclusiones: En México, los precios de los antirretrovirales cuyas patentes expirarán en el corto plazo han experimentado menores reducciones en contraste con el resto del mundo. No se observó ninguna relación con la pertenencia de los medicamentos a la primera o la segunda línea.

Resumen: 6334

E43 - El desarrollo del SIDA y los Objetivos del Milenio

Requerimientos financieros globales para alcanzar en 2010 el Acceso Universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo del VIH en los países de bajo y mediano ingreso

J.-A. Izazola-Licea[1], C.R. Avila-Figueroa[1], P. De Lay[1], J. Stover[2], L. Bollinger[2], A. Ball[3], T. Tan Torres Edejer[3], B. Johns[3], R.Hecht[4]

[1]United Nations Joint Programme on AIDS (UNAIDS), Ginebra, Suiza, [2]The Futures Institute, Glastonbury, CT, Estados Unidos, [3]Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, [4]International AIDS Vaccine Initiative, Nueva York, Estados Unidos.

Antecedentes: La comunidad mundial, incluidos los países líderes en la economía (G-8), se ha comprometido a alcanzar en "la mayor medida posible" el Acceso Universal a la prevención, el tratamiento, la atención (incluso la paliativa) y el apoyo del VIH para el año 2010.

Métodos: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha calculado los requerimientos financieros necesarios para alcanzar el Acceso Universal en 2010 sobre bases diferentes a las del "Modelo de Recursos Necesarios" que tiende a emplearse hoy en día. Usando información epidemiológica actualizada, ese modelo multiplica el costo unitario de los servicios necesarios para cada tipo de epidemia por la población que los requiere y la cobertura que se plantea como objetivo para 2010 en cada uno de los 132 países de bajo y mediano ingreso. A ese modelo ONUSIDA le añade indicadores sobre análisis y asesoría iniciales, circuncisión de varones adultos, tratamiento de sustitución de opioides, actividades selectas para reducir la violencia contra las mujeres, intensificación de la asistencia técnica y tratamientos antirretrovirales tempranos. También incorpora el efecto de las economías a escala.

Resultados: Para alcanzar el Acceso Universal en 2010 se requiere un total de $40 mil millones de dólares (USD) provenientes de los recursos domésticos públicos y de fuentes internacionales. Esta suma cubriría una gama de servicios entre los que se incluiría el suministro de antirretrovirales a 10 millones de personas, consejería y pruebas voluntarios (CPV) para 60 millones de personas, prevención de la transmisión materno-infantil para 80 millones de mujeres embarazadas, y apoyo a 19 millones de huérfanos. Una cuarta parte de los recursos se destinaría a cubrir los costos del fortalecimiento de los sistemas de salud y de los programas de apoyo. Una cantidad similar se destinaría a los servicios de salud directamente relacionados con el VIH, y la mitad a servicios adicionales. Si la tendencia actual continúa, los recursos disponibles en 2010 ascenderían

únicamente a alrededor de $15 mil millones de dólares, lo cual daría por resultado un menor acceso a los servicios que el que se requiere para alcanzar el Acceso Universal. Así, por ejemplo, sólo 4.6 millones de personas recibirían tratamiento antirretroviral, 24 millones recibirían servicios de CPV, 21 millones de mujeres recibirían asistencia para la prevención de la transmisión materno-infantil, y el apoyo alcanzaría únicamente a 2.3 millones de huérfanos.

Conclusiones: Aún teniendo en cuenta el considerable incremento reciente, la tendencia actual en la asignación de recursos producirá en 2010 una brecha en el financiamiento de $25 mil millones de dólares. Para alcanzar las metas del Acceso Universal se requerirá un incremento adicional de los recursos globales.

Resumen: 15240

E46 - Educación y bienestar infantil

El papel de la transferencia de recursos monetarios en la educación, la salud y la nutrición de la infancia entre familias afectadas por el SIDA: evidencia actualizada y debates centrales sobre políticas públicas

M. Adato, L. Bassett

International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., Estados Unidos.

Tema: El aumento de las intervenciones a favor de la educación, la salud y la nutrición de niños y niñas ha tomado en cuenta la nueva urgencia planteada por la interacción del VIH/SIDA con otros factores causantes de pobreza que erosionan la capacidad de las familias para invertir en capital humano. Un nuevo enfoque para atender esta amenaza contra los niños, que tiene consecuencias para toda la vida, ha acelerado la adopción de compromisos para la protección social en regiones fuertemente afectadas por el SIDA. En su clímax, este esfuerzo ha conseguido transferencias monetarias que se suman a la intensificación de los programas destinados a cubrir las necesidades de miles de personas. A pesar de ello, existen dudas sobre la eficacia de esos programas en el cumplimiento de sus metas.

Descripción: Esta ponencia se basa en un estudio de más de 300 documentos que contienen evidencia actualizada sobre el impacto de la transferencia de recursos monetarios en el capital humano infantil de 20 países, con énfasis en las evaluaciones cuantitativas del impacto y en dos debates decisivos sobre política pública: a quién deben destinarse los recursos, y la eficacia de los condicionamientos como factor para elevar los niveles de escolaridad, salud y nutrición. Se revisan también más de 25 estudios para localizar evidencia sobre la desventaja relativa de los niños huérfanos frente a quienes no lo son.

Lecciones aprendidas: -Tanto las transferencias incondicionales como las condicionadas son mecanismos eficaces para incrementar el capital humano de los niños. -Las transferencias de dinero en efectivo son particularmente apropiadas para las familias afectadas por el SIDA, porque pueden elevarse rápida y fácilmente y exigen menor capacidad de los receptores que la mayoría de las estrategias de protección social. -Las transferencias de dinero en efectivo deben vincularse con servicios complementarios no obligatorios y con condiciones cuidadosamente diseñadas y probadas para responder a contextos de afectación por SIDA. -Hay una importante dimensión de género en el impacto de las transferencias de dinero en efectivo, que se relaciona con la persona que recibe el dinero y con la directamente beneficiada. -La identificación de las familias y los niños beneficiarios debe partir de un enfoque que combine pobreza con VIH y SIDA, con posibles excepciones en el caso de pacientes bajo tratamiento antirretroviral.

Pasos a seguir: Los resultados de este estudio deberían ser considerados en el diseño de programas. Es urgente desarrollar capacidades de análisis sobre la transferencia de recursos monetarios en efectivo y la de servicios, a fin de identificar lo que ya existe y puede superarse, así como las modalidades disponibles para la prestación de apoyo técnico eficaz.

Resumen: 10885

E48 - Poblaciones encarceladas

Rostros y voces sin luz tras las rejas

G. Gutiérrez Alvarado[1], L. Ruiz Vidal[2], F.d.C. Nájera Ruiz[3], S. Carmona Medina[4]

[1]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, Coordinación Nacional, México D.F., México, [2]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, Medios, México, D.F., México, [3]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, ISSSTE, México, D.F., México, [4]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, IMSS, México, D.F., México.

Tema: En muchas cárceles del mundo la prevalencia del VIH es mucho más elevada que la que afecta a la población general. Todos los días entran y salen personas de las cárceles, incluyendo el personal de esas instituciones y los visitantes. Entre los factores generales que pueden facilitar la propagación del VIH en las cárceles se encuentran la sobrepoblación, una atmósfera de violencia generalizada y la falta de información sobre el VIH. El uso de drogas intravenosas y de otro tipo de sustancias ilícitas, el sexo sin protección y los tatuajes son prácticas de riesgo que pueden ocurrir en las cárceles.

Descripción: Desde 1992 y a lo largo de casi nueve años trabajamos con el grupo de internos VIH positivos del dormitorio 10 de la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla en el Distrito Federal. El proyecto se interrumpió y volvió a reanudarse a mediados de 2007 con apoyo financiero del CENSIDA. Desarrollamos un proyecto mediante 12 talleres en los que participaron 45 internos VIH positivos y que abordaron temas como la adherencia a las terapias, el sexo seguro y protegido, las infecciones de transmisión sexual y las adicciones, entre otros. Al final de estos talleres conformamos un equipo de 15 capacitadores en prevención primaria y secundaria, que se ocupan de promover la prevención entre el resto de los 1,800 internos de la penitenciaría.

Lecciones aprendidas: La realización permanente de talleres de capacitación, educación y prevención entre este tipo de población puede contribuir a evitar la propagación del VIH en instituciones que, como ya se dijo, no son cerradas, puesto que a ellas tienen acceso familiares, visitantes y empleados.

Pasos a seguir: Continuar desarrollando esta forma de capacitación y fomentar la aplicación de la metodología en otras instituciones cerradas puede ayudar a elaborar modelos similares de trabajo en otras cárceles del país y, por esta vía, contribuir a disminuir la propagación del VIH.

Resumen: 10800

E48 - Poblaciones encarceladas

Rostros y voces que se reflejan tras las rejas

L. Ruiz Vidal[1], G. Gutiérrez Alvarado[2], F.d.C. Nájera Ruiz[3], S. Carmona Medina[4]

[1]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, Medios, México, D.F., México, [2]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, Coordinación Nacional, México, D.F., México, [3]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, ISSSTE, México, D.F., México, [4]Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, IMSS, México, D.F., México.

Tema: En muchas cárceles del mundo la prevalencia del VIH es mucho más alta que entre la población en general. Existe también una tasa mucho más elevada de algunas enfermedades como la hepatitis B y C, la sífilis, la tuberculosis y adicciones diversas. Podemos hacer mucho para impedir la propagación del VIH mediante el trabajo con las personas que están a cargo del sistema penitenciario, quienes deben reconocer, primero, ciertos factores y comportamientos de riesgo en las cárceles. En este esfuerzo es necesaria también la participación de los internos VIH positivos.

Descripción: Desde 1992 y a lo largo de nueve años, trabajamos con los internos VIH positivos de la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla en el Distrito Federal. El proyecto se reinició a mediados de 2007. A través de talleres destinados a los internos VIH positivos, en los que se empleó la metodología de la fotografía digital y se hicieron presentaciones multimedia y videoclips elaborados por los propios internos, se ofreció a los participantes la oportunidad de observar su propia imagen reflejada en una pantalla y acompañada de música interpretada por ellos mismos. Este material nos ha servido también para promover la prevención del VIH y diversas adicciones entre el resto de los internos de la penitenciaría.

Lecciones aprendidas: "Una imagen vale más que mil palabras". Este lema resulta fundamental en el caso de internos que viven con VIH/SIDA, y es un valioso material para promover la autoestima entre ellos, así como la prevención entre otros internos que se sienten identificados con los testimonios que escuchan, no solamente en torno al VIH, sino también a las adicciones.

Pasos a seguir: Promover el uso de esta metodología y compartirla con otras organizaciones, respetando siempre la confidencialidad y el anonimato que los autores decidan reservarse en los videoclips, y difundir los rostros y las voces de los internos VIH positivos.

Discursos de clausura

Discurso de clausura de Marcelo Ebrard, Jefe de Gobierno del Distrito Federal*

Señoras, señores, compañeras, compañeros conferencistas de todo el mundo que hoy nos acompañan.

La ciudad de México quiere por mi conducto agradecer a todas y todos ustedes la visita y su participación en esta conferencia internacional. Y no piensen que lo digo retóricamente. Voy a explicar porque agradecemos. Agradecemos porque en esta ciudad, desde el año 2000 y 2001, en que se formó la primera clínica de atención gratuita a los enfermos de VIH/SIDA, en esta ciudad donde se ha producido el primer libro de sexualidad que habla de cómo queremos que sea nuestra sexualidad en México, en esta ciudad donde tenemos la ley de interrupción legal del embarazo, la ley de sociedades de convivencia, la ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres... en esta ciudad, necesitábamos una conferencia como ésta para dar los siguientes pasos, para abrir nuevas puertas, para que haya nuevos aires, para que realmente logremos el objetivo principal que más nos preocupa, que es cambiar la cultura de la sexualidad en nuestra ciudad y en nuestro país. Ésa es la meta.

Queremos construir una sociedad con otra cultura respecto a la sexualidad. En nuestro país todavía hay zonas donde no se puede hablar de condón, de preservativos, donde no se puede decir homosexualismo, donde no se puede discutir sobre la libertad de la sexualidad humana. Amigas y amigos, quiero decirles que estamos muy entusiasmados con su conferencia, con sus conclusiones, porque van a significar —y deben hacerlo— un cambio mayor en nuestro país.

La ciudad va a seguir adelante, pero muchas gracias por haber venido, por haber dicho y por haber concluido que lo que necesita América Latina, y en especial México, es un cambio muy profundo en nuestra cultura y respecto a la sexualidad, y eso es lo que vamos a hacer. Vamos a ir escuela por escuela, calle por calle, para luchar por este cambio, porque este cambio tiene que ser aquí y ahora. Si no ocurre este cambio, en Viena vamos a tener otra vez la noticia de que la prevención va detrás del contagio. Porque realmente lo que va a cambiar, modificar y transformar la situación actual, es un cambio en la cultura de la sexualidad en todo el mundo.

Les quiero dar las gracias, decirles que en hora buena por sus conclusiones y, como servidor público y Jefe de Gobierno, decirles que estamos pensando en el día lunes. No es sólo qué nos dijo la conferencia sino qué vamos a hacer en el gobierno, para que lo que aquí convenimos pueda traducirse en una realidad.

A partir del día lunes en esta ciudad estaremos trabajando para ese cambio en nuestra cultura de la sexualidad, en la construcción de una sociedad libre, porque con una sexualidad libre y respetada entre todas y todos vamos a construir una sociedad libre, justa y también vamos a frenar esta pandemia. No se puede hacer de otra manera.

Felicidades a todos y a todas.

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

Discurso de clausura de Luis Enrique Soto Ramírez, Copresidente de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA*

Voy a comenzar hoy con las últimas palabras que dije cuando recibí la conferencia en Toronto hace dos años: ¡Viva México señores!

Antes de comenzar a hablar, quiero felicitar a toda la gente que creó este maravillosa pintura que se denomina Lienzo Universal de la Conferencia del SIDA en México. Este trabajo fue realizado durante los días de la conferencia por miembros del Art Advocates AIDS Awareness y es el resultado de lo que es nuestra conferencia desde el punto de vista artístico. Gracias a todos los que participaron en crear esta hermosa pieza de arte.

Queridos amigos, la conferencia SIDA 2008 casi llega a su fin. México está orgulloso de haber sido la sede de este evento seminal y de haber dado por primera vez la bienvenida a esta conferencia en Latinoamérica. Hemos compartido con todos ustedes en esta XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA los éxitos, retos y esperanzas de Latinoamérica y el Caribe, pero especialmente nuestra determinación de luchar contra el VIH/SIDA sin descanso. Esta conferencia es la que ha tenido más concurrencia de Latinoamérica y El Caribe, es la segunda más concurrida en la historia, pero, para mucha gente, es sencillamente la mejor conferencia que ha habido.

Quiero agradecer a todos los organizadores, a todos los ponentes y a todos ustedes que vinieron a México por esta experiencia inolvidable. Creo que de esto se trata una conferencia sobre el SIDA. En los últimos días hemos aprendido muchas, muchas cosas. El hecho de que el año pasado más de 2 millones de personas se infectaran con el VIH, una infección que es completamente prevenible, es sencillamente inaceptable.

A pesar del avance que hemos logrado, no estamos en condiciones de cubrir los objetivos de acceso universal. Es tiempo de llevar los medicamentos a todos los que los requieran. ¡Es tiempo de Acción Universal Ya!

Hoy en día, existen muchas estrategias efectivas para prevenir el VIH y nosotros, los ciudadanos del mundo, debemos comprometernos totalmente a su implementación. En muchos lugares el estigma, la discriminación y la homofobia siguen exacerbando leyes y políticas contraproducentes que impiden el crecimiento de la prevención y el tratamiento. Desafiar esas políticas de manera frontal y demandar cambios es un componente central de cualquier estrategia de prevención del VIH.

Y parece que esta conferencia es una combinación triple. Además del tratamiento antirretroviral altamente activo y el que se presentó esta mañana sobre el estigma y la discriminación, la prevención debe incluir información y educación, prácticas seguras y tratamientos profilácticos impulsados principalmente por los derechos humanos. ¡Es tiempo de prevención universal ya!

Es tiempo de dar mayor atención y recursos para las necesidades de los niños y jóvenes afectados y rechazar las estrategias no probadas que ignoran las realidades de los hombres que tiene sexo con hombres, lesbianas, transgéneros, trabajadores sexuales, usuarios de drogas, migrantes e indígenas. Ignorar las necesidades de niños y adolescentes, y mujeres afectadas por el VIH y continuar marginando a los grupos en mayor riesgo de infectarse sólo conducirá a nuevas infecciones y menos personas en tratamiento. En el futuro, pagaremos por este error insensato. Es tiempo de terminar con el estigma, la discriminación y la injusticia social y acoger a los más afectados en las políticas de salud públicas. ¡Es tiempo de acción humana universal ya!

Los defensores del VIH y la salud global tienen bastantes enemigos comunes, pero el principal de ellos es la complacencia política y los recursos humanos y financieros inadecuados. Si la magnitud de las pérdidas

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

humanas que estamos experimentando no es suficiente para empujarnos a proveer incluso el nivel más básico de atención de salud a aquéllos que viven en países de bajos ingresos, entonces nosotros, como comunidad mundial, estamos moralmente en bancarrota. Pero lo más importante es que nunca tendremos otra oportunidad. ¡Es el tiempo de Acción Universal Ya! Es tiempo de generar asociaciones entre la clínica y las ciencias sociales, entre los científicos y activistas, entre el gobierno y las farmacéuticas, pero sobre todo entre seres humanos afectuosos. Podemos hacer la diferencia. Los seres humanos no deberíamos ser el problema porque somos la solución.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a los gobiernos federal mexicano y al de la ciudad de México. Su compromiso ha sido parte importante del éxito de esta conferencia. Gracias al magnífico equipo de IAS en Ginebra, los voy a extrañar, también voy a terminar mi periodo como miembro del Consejo Directivo este año luego de ocho años de servir al International AIDS Society.

Un agradecimiento especial al increíble y profesional equipo de IAS en la oficina de México. Los quiero a todos. Voy a pedirles un gran aplauso a los siempre amigables voluntarios. ¡Vivan los voluntarios! ¡Viva la UNAM! Y finalmente, gracias a mi familia y amigos, gracias por todo su apoyo.

Perdón, voy a usar una cita que Alex Coutinho utilizó este lunes. "Alcanza la luna e incluso aunque falles, estarás entre las estrellas". Estamos aquí compañeros mexicanos, tenemos que estar muy orgullosos de esta conferencia. Hemos empujado la agenda en México, Latinoamérica y del mundo hacia la educación sexual, precios más bajos de medicamentos y derechos humanos. Y no debemos dejar de empujar.

Adiós a todos.

Nos vemos en Viena.

Muchas gracias.

Discurso de clausura de Carlos García de León, de la organización Ave de México*

Amigos y colegas, finalmente lo hicimos. Estoy muy, pero muy orgulloso y contento con esta conferencia, ya que probablemente sea la mejor que he visto.

Cuando estábamos celebrando esta conferencia, probablemente en un sitio muy pobre de Zimbawe nació un bebé con VIH. Quizá también en Lima o Perú una mujer fue violentada por su condición de género. Una pareja de hombres gay en Kingston, Jamaica, estaba teniendo sexo sin protección, ya que su relación es clandestina debido al miedo a ser atacados o incluso asesinados por la sociedad homofóbica en la que viven.

Muchas trabajadoras sexuales aquí, en Tijuana, han sido obligadas a pagar por un certificado médico que muestre que son VIH negativas para poder seguir trabajando. Quizá un empleado VIH positivo haya sido despedido de su trabajo y a un usuario de drogas inyectables no se le permita ver a sus hijos en la cárcel debido a la situación en que se encuentra. Probablemente, también, un indígena en Honduras se encuentra en su pueblo sin posibilidades de acceder a servicios de VIH. Al mismo tiempo, en algún sitio de Brasil, un seropositivo estaba recogiendo su tratamiento. Con seguridad un bebé, muy probablemente en Seattle, nació VIH negativo de una madre VIH positiva debido a que ella fue diagnosticada a tiempo y tuvo la oportunidad de acceder a un tratamiento completo.

Éste es el mundo real. Mientras estas desigualdades existan, deberemos seguir trabajando sin descanso para asegurar que todos y cada uno, pero particularmente las poblaciones vulnerables y en riesgo, puedan gozar plenamente de sus derechos humanos, incluidos el acceso a prevención, educación sexual basada en la evidencia, atención tratamiento y respeto. Es por esto que las organizaciones comunitarias y los activistas están aquí. Éste es nuestro reto y nuestro compromiso.

En el actual contexto global, esta conferencia ha sido sumamente exitosa y ha tenido un impacto positivo en todos los niveles. Localmente, tuvimos al menos tres semanas con la cobertura mediática más grande que ha habido nunca sobre este tema. Gracias a los medios, quienes han hecho un excelente trabajo que será de gran ayuda para nosotros.

También escuchamos a nuestros políticos y gobiernos. Se hicieron discursos y promesas que nos dieron esperanza de que un futuro mejor está por venir. Pero en el nombre de las comunidades, en el nombre de la gente que vive con VIH/SIDA, nosotros estaremos ahí para asegurarnos de que esos discursos se hagan realidad. Si no es así, entonces muy probablemente los gobiernos tendrán problemas con nosotros; se los puedo garantizar.

Después de esta conferencia, hablaremos de dos Méxicos: uno antes de la conferencia y otro que mantendremos unido, siempre unido después de la conferencia. Nosotros, las comunidades, somos parte de la respuesta y nunca permitiremos un retroceso.

Como señalé, este encuentro estuvo enmarcado en los temas de derechos humanos. Como nunca antes, la gente que vive con VIH/SIDA, trabajadores sexuales, indígenas y personas de origen africano, hombres gay y HSH, mujeres, usuarios de drogas inyectadas y jóvenes, fueron visibles y tuvieron una mejor participación en el programa de la conferencia, y de una forma muy especial en nuestra vibrante, diversa, cálida y energética Aldea Global.

Para nosotros fue un honor recibirlos a todos ustedes para aprender juntos, compartir experiencias y luchar por objetivos comunes, fortalecer la respuesta y poner toda nuestra pasión para alcanzar nuestros objetivos. No importa si esto sucede en un pequeño pueblo en México u ocurre en Nueva York.

Quiero agradecerles en nombre de todas las organizaciones mexicanas y todas las demás organizaciones

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

que no pudieron estar aquí. Deberíamos asegurar que las comunidades y organizaciones locales participen en las conferencias que se organizan en sus propios países.

Quiero agradecer también a los miembros del CCC, los locales e internacionales. Muchas gracias. Fue un extraordinario proceso de aprendizaje y también encontramos la forma de poner las cosas en su lugar. Al equipo de la AIS en México y Ginebra, muchas gracias, y en especial a las organizaciones de Latinoamérica y el Caribe que estuvieron aquí con nosotros.

Hagamos realidad el lema de esta conferencia ¡Acción Universal Ya!

Muchas gracias.

Discurso de clausura de Rodrigo Olin, de la organización Ave de México*

Compañeros y compañeras. Espero que con esta conferencia hayamos reflexionado sobre cómo es que estamos contribuyendo y cuál es el trabajo que estamos haciendo para reducir el impacto de la homofobia, no sólo en nuestro país, México, sino en toda la región de Latinoamérica.

Para nosotros, los jóvenes gays, así como para mis hermanos y hermanas lesbianas, bisexuales, transgéneros y transexuales, es muy importante que la homofobia y otras formas de intolerancia hacia estas orientaciones sexuales sean consideradas como un factor de gran importancia para la infección por VIH.

Es increíble que en un país tan rico en diversidad cultural y natural se nos discrimine por ser diferentes, lo que coloca a tantos y tantos jóvenes en riesgo. Es inconcebible que el trabajo realizado por organizaciones y grupos de la sociedad civil no tenga el suficiente apoyo del gobierno, tanto federal como estatal, para reducir y combatir crímenes por homofobia, para realizar campañas de prevención enfocadas a jóvenes gays que tenemos el derecho a ser felices y vivir sin VIH. Es por ello que debemos redoblar esfuerzos, asumir los retos que tenemos por delante y exigir nuestros derechos humanos como parte de esta gran lucha.

Estos últimos seis meses de trabajo para la Conferencia Internacional sobre el SIDA han sido desgastantes, exhaustivos, no sólo para las personas que colaboramos en este tema sino para las mismas instituciones y organizaciones. Pero sobre todo, y más importante, para nuestras comunidades, para nuestra base, a quienes nos dedicamos y por quienes trabajamos.

En algunos casos, hemos dirigido muchos de nuestros esfuerzos a la organización de este evento. Le hemos dado mucha de nuestra energía. Por eso, es tiempo de preguntarnos ¿y qué nos queda de esto? ¿qué vamos a hacer el día 9 de agosto y los días que vienen? Porque finalmente, éstas más de 20,000 personas que vinieron a la conferencia, todas estas organizaciones internacionales, se van de México, y nosotros y nosotras ¿con qué nos quedamos?

Es necesario retomar el camino, fortalecernos, exigir a nuestro gobierno que no sólo firme documentos y declaratorias, sino que haya acciones verdaderas, presupuestos para prevención, para tratamientos, para una mejor calidad en la atención que sea libre de estigma y discriminación. Es necesario impulsar el trabajo que incluya a las comunidades afectadas por esta epidemia. Aquí estamos presentes exigiendo que el SIDA no sea un tema de cinco días, sino que sea un tema de siempre.

Renovemos nuestro compromiso para lograr que todos los retos y problemáticas que se evidenciaron en esta conferencia sean atendidos por nuestros gobiernos, por quienes hacen las políticas, por quienes ejecutan los programas, pero sobre todo por nosotras y nosotros, quienes podemos empujar y luchar por todos aquéllos y aquéllas que no pudieron estar aquí, que sufren cada día de homofobia, de violencia, por quienes cada día en nuestro país adquieren la infección por VIH.

Levantemos nuestras voces, hagamos visibles nuestras acciones, luchemos por nuestros derechos, por el derecho a la salud, por una mejor calidad de vida, una vida sin SIDA. Tenemos muchos retos por delate como el incrementar el acceso a medicamentos, mejorar la calidad de atención a personas con VIH, reducir el costo de medicamentos antirretrovirales, defender y promover los derechos humanos, luchar por el acceso a mayores recursos para prevención y atención, promover la educación sexual entre los y las más jóvenes, combatir la homofobia y otras formas de intolerancia, así como el estigma y la discriminación.

¡Sigamos adelante! ¡No nos detengamos y hagamos que este esfuerzo haya valido la pena!

Gracias.

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

Discurso de clausura de María Elena Ramos, del Programa Compañeros*

Buenas tardes señoras y señores, ciudadanos del mundo. Saludo con amor y respeto a mis compañeras y amigas de ICW y a Mexicanas Positivas Frente a la Vida.

En el cierre de la más importante conferencia internacional de SIDA que por primera vez se realiza en un país latinoamericano, esta humilde mexicana tiene que aprovechar estos breves minutos para presentar temas de gran preocupación y que son urgentes de atender. No en valde decimos ¡Acción Universal Ya!

Me refiero a la situación de las fronteras en el mundo que son la puerta de entrada o de salida, según los ojos con los que las miremos, y en el caso particular de la frontera con Estados Unidos, esta apreciación toma dimensiones muy preocupantes para la infección por el VIH.

Cuando los migrantes llegan a las ciudades fronterizas se encuentran con problemas de inseguridad, narcotráfico y trata de personas. Ellos y ellas vienen agotados y les falta unos de los pasos más difíciles de dar que es precisamente enfrentarse a la furia de los agentes fronterizos. No es desconocido para ustedes que ellos, y sobre todo ellas, utilizan su cuerpo como pasaporte ante estas circunstancias. Es difícil negociar el uso del condón cuando están en tanta desventaja.

El regreso de Estados Unidos es más difícil y humillante. Sólo puedo mencionar en estos minutos las redadas y las deportaciones, mismas que incluyen a las personas que tienen VIH o que tienen SIDA y que tuvieron acceso a los servicios de salud de primer mundo y llegan con miedo de no poder continuarlos en sus países de origen y también llegan con mucha vergüenza para solicitarlos.

Por eso exigimos que los países de América y del mundo establezcan políticas migratorias en el marco del respeto a los derechos humanos que garanticen el acceso universal a la prevención y atención integral. Y lo que es más importante, que establezcan programas de salud integral que den respuesta a los ciudadanos que regresa a su patria con el alma herida y el cuerpo enfermo.

En México hablar de frontera nos obliga a mencionar la situación de las personas usuarias de drogas inyectadas, quienes en su mayoría viven en condiciones de marginalidad, no tienen acceso a los servicios de salud y sufren de estigma y discriminación por la ciudadanía en general y por los prestadores de servicios en lo particular. Mencionar la situación de las mujeres usuarias de drogas inyectadas es un problema con dimensiones aún más graves. Las mujeres UDI son invisibles para las políticas públicas, invisibles para los prestadores de servicios de salud, invisibles para la ciudadanía y hasta son invisibles para sus familiares y amigos. Sólo las miramos cuando tenemos que juzgarlas porque usan drogas, porque abandonan, maltratan o ponen en riesgo a sus hijos, porque roban o porque se prostituyen. La drogofobia en ellas adquiere una dimensión mucho más grave.

Quiero poner sólo un ejemplo muy claro. Conseguimos con los jefes estatales de salud en Chihuahua que hubiera una unidad movil que recorriera los picaderos para hacer exámenes de Papanicolaou a las mujeres usuarias de drogas y fue muy difícil conseguirlo. Pero ahí no terminó nuestra travesía, ya que los prestadores de servicios, los operarios de esa unidad movil, no hicieron un sólo Papanicolaou porque pensaban que estas mujeres iban a contaminar sus unidades de salud.

Los gobiernos de los países del mundo tienen una deuda muy grande con las mujeres y es urgente pagarla. Mujeres usuarias de drogas inyectadas, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres viviendo con VIH o con SIDA, mujeres migrantes, mujeres campesinas, mujeres indígenas, mujeres obreras, todas las mujeres en condición de pobreza. Por eso exigimos ¡Acción Universal Ya!

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

Discurso de clausura de Jenifer Jasso, de la organización Fortaleciendo la Diversidad*

Agradezco el espacio que me brindan esta tarde porque eso me da la oportunidad de decirles que las mujeres trasgénero no somos un daño para la sociedad. El daño es la ignorancia y las mentes cerradas que no reconocen ni valoran la riqueza de la diversidad sexual en todas sus expresiones. Por esa falta de reconocimiento y respeto a la diversidad las sociedades se empobrecen y se denigran con maltrato, exclusión, violencia y exterminio a sectores que no corresponden a los modelos de vida considerados "normales".

La sociedad actúa con crueldad ante la expresión de la identidad transgénero incluso en la niñez. A lo largo de la vida de las mujeres transgénero somos objeto de violaciones a los derechos más básicos, como el derecho al nombre, a una identidad, a la educación, a la vivienda, al trabajo, a la salud, a vivir libres de violencia, e incluso a la vida. Y nos consideran tan poco importantes que ni siquiera existen estudios que registren las muertes por transfobia y por daños a la salud derivados de las transformaciones corporales a las que somos sometidas.

Desde la experiencia de nuestra organización, Fortaleciendo la Diversidad, tengo el orgullo de decirles que las mujeres transgénero somos seres humanos de gran valor, capaces de luchar por nuestro propio bienestar y por el mejoramiento de nuestro entorno.

Con el trabajo comunitario hemos hecho una contribución para educar a los medios de comunicación, a los policías, a servidores públicos, logrando un mejor acceso a la salud, incluyendo servicios de protección y atención a VIH/SIDA. Por eso quiero aprovechar para invitar a las compañeras transgénero aquí presentes a que se organicen cada vez más, que actuemos para defender nuestros derechos y para lograr que en foros como esta conferencia las mujeres transgénero tengan más significación y seamos consideradas en la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA.

Cuando ejercemos el trabajo sexual muchos clientes podrán comprar nuestros cuerpos o nuestras caricias, pero ni ellos ni nadie podrán comprar las ganas de luchar por una igualdad. Es hora de terminar con la exclusión y la indiferencia. Es tiempo de unirnos y reclamar nuestros derechos

¡No a la transfobia! ¡Acceso a la educación, acceso a la salud, acceso a la prevención y la atención! ¡Alto a la muerte por violencia y por indiferencia! ¡Respeto a los derechos humanos de las mujeres transgénero!

Gracias.

*Pronunciado el 8 de agosto de 2008 en la ciudad de México.

Presencia de México en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
Este se terminó de imprimir en la Ciudad de México en diciembre de 2008,
en los talleres de Impretei, S.A. de C.V.,
Almería 17, Col. Postal, Del. Benito Juárez, México, D.F., 03410.
La edición fue de 700 ejemplares más sobrantes para reposición.