

MEASURE Evaluation

Working Paper Series

Programa de comunicación para el cambio de comportamiento relacionado con el VIH para sitios de alta prevalencia en México

Cecilia Gayet, Mary Freyder,
Ricardo Roman, Pamela Faura,
Angélica Ospina, Jenny Angel Cruz,
John Hembling

Noviembre 2012

WP-12-130-ES

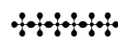


MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional por medio del Acuerdo cooperativo GHA-A-00-08-00003-00 y está implementado por el Carolina Population Center de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en asociación con Futures Group International, ICF Macro, John Snow, Inc., Management Sciences for Healthy la Universidad de Tulane. Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

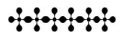
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
206 W. Franklin Street
Chapel Hill, NC 27516
Phone: 919-966-7482
Fax: 919-966-2391
measure@unc.edu
www.cpc.unc.edu/measure



Printed on recycled paper



<http://www.cpc.unc.edu/measure>



Programa de comunicación para el cambio de comportamiento relacionado con el VIH para sitios de alta prevalencia en México

Cecilia Gayet, Consultora de MEASURE Evaluation
Mary Freyder, MEASURE Evaluation
Ricardo Román, PSI México
Pamela Faura, PSI México
Angélica Ospina, PSI México
Jenny Ángel Cruz, Consultora de MEASURE Evaluation
John Hembling, MEASURE Evaluation

ACRÓNIMOS

ABC	Abstinencia, Basarse en la fidelidad, Condones
AF	Año fiscal
ARV	Antirretroviral
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MSC	Mercadeo social de condones
PAJ	Programa de agujas y jeringas
PcP	Prevención con Positivos
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida
PID	Personas que se inyectan drogas
PSI	Population Services International
TSF	Trabajadora sexual femenina
TSM	Trabajador sexual masculino
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ZM	Zona Metropolitana

RESUMEN EJECUTIVO

Por más de 10 años, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha implementado un programa para responder a la epidemia de VIH y SIDA en México, en apoyo a los intereses comunes de los gobiernos de los Estados Unidos y México. Los objetivos de este estudio son presentar los factores básicos que impulsan la epidemia mexicana, analizar los objetivos del programa de prevención del VIH/SIDA de USAID y las actividades de implementación puestas en práctica durante el período 2005-2009, así como proponer recomendaciones para futuras prioridades de prevención.

Al 31 de marzo de 2009, se había registrado en México un acumulado de 130,969 casos de SIDA; 82.4 por ciento de los casos fueron hombres, con un cociente hombre a mujer de 4.7 (CENSIDA, 2009). El plan estratégico 2007-2012 para VIH/SIDA e ITS del gobierno de México identifica una concentración de la epidemia en poblaciones clave: HSH, TSF, TSM y PID (Secretaría de Salud, 2008). Varios estudios proporcionan evidencia concluyente para sustentar una respuesta dirigida a la epidemia.

El programa de USAID para México se enfoca en la reducción del riesgo de la transmisión del VIH en poblaciones vulnerables con alta prevalencia, a través del apoyo a actividades de cambio de comportamiento y la distribución comercial de condones. Además, promueve el cambio político positivo, la participación multisectorial, la reducción del estigma y las políticas equitativas en los centros de trabajo. Estas actividades han sido diseñadas e implementadas de acuerdo con las prioridades y estrategias del CENSIDA.

Durante el período 2005-2009, USAID implementó actividades de prevención a través de dos proyectos. El primero, llamado Cambio de Comportamiento en Poblaciones de Alta Prevalencia y Vulnerabilidad al VIH/SIDA en México, es un programa de CCC implementado por PSI. Un segundo proyecto, llamado Disponibilidad de Condones en Puntos de Alto Riesgo en México, es un pequeño programa dirigido de mercadeo social de condones (MSC) implementado por Abt. Associates (bajo un sub-acuerdo con PSI). El programa de CCC se diseñó para apoyar los siguientes objetivos de prevención:

- Cambiar comportamientos con el fin de reducir la transmisión del VIH y otras ITS, incluida la reducción de comportamientos sexuales de riesgo; y aumentar la percepción de riesgo en poblaciones con alta prevalencia, usando estrategias basadas en el enfoque ABC; y
- Aumentar la coordinación de los servicios de prevención para poblaciones con alta prevalencia de VIH entre instituciones públicas y privadas que proveen asesoramiento y pruebas voluntarias, así como atención para otras ITS, con el propósito de aumentar la demanda de ambos tipos de servicios.

Fundamentado en las mejores prácticas de CCC, el programa de CCC de USAID adaptó una serie de intervenciones y mensajes al contexto mexicano. A través del programa, USAID implementó estrategias y mensajes de prevención que apoyaron políticas promovidas por las autoridades mexicanas. Las intervenciones de prevención pueden agruparse en seis categorías: contacto individual, contacto grupal, actividades de sesiones múltiples, grupos de

apoyo, actividades basadas en eventos y campañas de comunicación. Las intervenciones de cambio de comportamiento individuales, en pequeños grupos y en sesiones múltiples fueron diseñadas utilizando la teoría de Etapas de Cambio (Prochaska et al., 1997).

La estrategia de implementación incluyó un enfoque en el logro de la mayor cobertura posible de las poblaciones meta en áreas de alto riesgo. La experiencia de campo, en paralelo con resultados de la investigación, produjo varios cambios programáticos a lo largo de la implementación, mejorando las intervenciones para las poblaciones meta. En 2005, el programa CCC comenzó a operar en 11 ciudades localizadas en ocho entidades federativas; y, para 2006, se expandió a 24 ciudades en 15 entidades. En 2008, se tomó una decisión estratégica para disminuir la cobertura geográfica del programa a ocho ciudades en siete entidades federativas, con una ligera disminución en el número de actividades implementadas y personas contactadas.

El programa de CCC de USAID implementó aproximadamente 57,000 actividades entre los años fiscales 2005 y 2009. A través del proyecto, la intervención individual denominada *Salvando VIHdas* fue la actividad predominante del programa, representando más del 70 por ciento del total de actividades de CCC (figura 4). Entre los años fiscales 2005 y 2008, hubo un aumento constante en el número de intervenciones individuales y una disminución en el número de intervenciones con grupos pequeños.

Un análisis de la encuesta de PSI aplicada a HSH en 2009, se llevó a cabo con el fin de conocer si la exposición a actividades selectas de CCC había producido cambios de comportamiento. En general, la exposición al programa de prevención del VIH se asoció con:

- Una reducción en el número de parejas sexuales en HSH
- Un mayor uso del condón en los 12 meses previos a la encuesta de HSH
- Una mayor probabilidad de haber usado un condón durante su último encuentro sexual
- Una mayor probabilidad de llevar consigo un condón en el momento de la encuesta
- Un mayor número de veces en las que una persona se había hecho la prueba de VIH

El Proyecto de Disponibilidad de Condones en Puntos de Alto Riesgo en México se diseñó para aumentar la disponibilidad y promoción de condones en sitios no tradicionales (bares, discotecas, moteles, casas de citas, tiendas de abarrotes, etc.). El trabajo para establecer la disponibilidad de condones en este tipo de sitios comenzó en 2006 a través del programa de MSC, aunque las ventas realmente comenzaron hasta 2008. En el período en que se condujo el trabajo de campo de este estudio (2008-2009), los registros mostraron que la venta de condones del programa llegó a un total de aproximadamente 1,700 cajas de condones, con 3 condones por caja. Los informes subsiguientes del programa mostraron que para el año final del proyecto (2009) se vendió un total de aproximadamente 38,000 unidades de condones de marca. El total de ventas de lubricantes (120 unidades) para el programa de MSC tuvo lugar en Cancún.

Este documento hace las siguientes recomendaciones:

Estrategias innovadoras de intervención: Considerar nuevas estrategias y mejores prácticas. Por ejemplo, una clínica móvil para trabajadoras sexuales apoyada por la Universidad de California demostró ser un proyecto prometedor en Mexicali. Explorar intervenciones estructurales claves como la eliminación de las pruebas de VIH obligatorias para las y los trabajadores sexuales. La eliminación de las pruebas obligatorias puede promover el asesoramiento y pruebas voluntarias en esta población. Buscar siempre formas proactivas de adaptar las estrategias de prevención, como la técnica de entrevista motivacional de Tom Patterson usada en las ciudades fronterizas del norte de México, o la Metodología PEER usada en América Central y el Caribe.

Estudio de factibilidad para los programas de agujas y jeringas: En julio de 2010, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR) emitió nuevas directrices para la prevención del VIH en las PID. Las nuevas directrices fomentan un “paquete integral de prevención del VIH” para PID, que incluye programas de agujas y jeringas, así como estrategias de reducción del daño previamente no permitidas por el PEPFAR. De acuerdo con las directrices revisadas, “los programas de agujas y jeringas (PAJ) no aumentan el número de personas que comienzan a inyectarse drogas o aumentan la frecuencia del uso de drogas” y “los estudios han mostrado que los PAJ resultan en disminuciones de comportamientos de riesgo relacionados con las drogas” (PEPFAR, 2010). La futura programación en México debe usar el cambio en las directrices como una oportunidad para explorar la factibilidad de PAJ financiados por USAID.

Desarrollo de comportamientos meta y mensajes de CCC para grupos de alto riesgo específicos: En 2005, el PEPFAR introdujo una nueva norma indicando que al menos dos tercios del total de fondos para prevenir la transmisión sexual del VIH deben aplicarse a la promoción de mensajes de AB. La tercera parte remanente de dinero, para la prevención de la transmisión sexual del VIH debe gastarse en condones y actividades relacionadas.

Estos requerimientos de gasto condujeron al uso inapropiado de mensajes de AB con poblaciones de alto riesgo en México, según se describe en la tabla 6. Setenta y uno por ciento de las personas contactadas con actividades de CCC entre 2007 y 2009 recibieron mensajes como el uso correcto y consistente del condón, uso de lubricantes a base de agua, uso de agujas limpias y ventajas de hacerse la prueba de VIH, mientras que las actividades remanentes del programa se concentraron en mensajes de AB para grupos de alto riesgo.

Los mensajes a la medida para los comportamientos sexuales de alto riesgo deben aumentarse al 100% en todas las actividades del programa y apoyarse con una adecuada distribución de condones. Los mensajes de reducción del daño y agujas limpias pueden ahora ser apoyados con programas de agujas y jeringas. Los programas futuros de prevención del VIH para poblaciones de alto riesgo, como las y los trabajadores sexuales, HSH y PID, deben seleccionar estrategias basadas en evidencia y mensajes apropiados localmente que no sean obstaculizados por enfoque obsoletos o inefectivos.

Evaluación de la disponibilidad de condones en el programa de sitios no tradicionales:

El programa para aumentar los puntos de venta de condones en sitios no tradicionales y el programa de CCC para cambiar los comportamientos de riesgo de las personas que están en mayor riesgo de infección por VIH, incluido el MSC, se implementaron en paralelo, pero no estaban coordinados. Esta práctica gerencial ha sido señalada en programas de USAID en más de un país. Sería útil para futuras labores de planificación una mayor evaluación de estas dos estrategias de promoción de condones y de la forma en que podrían implementarse como una sola estrategia en México.

Monitoreo y evaluación de programas. Un mejor registro de datos de los programas debe ser obligatorio. USAID debe implementar verificaciones rutinarias de datos programáticos para el próximo programa de prevención del VIH. Las encuestas de comportamiento de línea de base y de línea final deben estar correctamente planificadas y fundamentadas desde el principio del programa, con el fin de permitir la comparación. Contar con poblaciones claramente definidas, con una metodología de muestreo bien diseñada y con pruebas de VIH permitirá que el próximo programa de prevención sea evaluado utilizando encuestas de comportamiento.

Cobertura del programa: Con base en evidencia anecdótica, sabemos que el programa de CCC fue contactando a las mismas personas con los mismos materiales una y otra vez, lo cual puede conducir a una saturación del mensaje. Con el fin de aumentar la calidad de las intervenciones, los futuros programas deben utilizar las sólidas relaciones establecidas con poblaciones meta previamente identificadas, para introducir nuevas estrategias de prevención, nuevos materiales y nuevos mensajes que se ajusten a las necesidades de cada población local, tal y como se indicó en la primera recomendación. Una vez que se ha establecido una programación de calidad y un sólido proceso de monitoreo y evaluación en sitios claves, la expansión geográfica es posible.

Los gobiernos locales y nacionales han sugerido las siguientes propuestas: en el estado de Veracruz, aumentar el alcance del programa a Boca del Río, que es parte del área metropolitana de la ciudad de Veracruz; y considerar la incorporación de Coatzacoalcos, San Andrés, Cosamaloapan y Tierra Blanca. Comenzando a partir del trabajo en Mexicali, considerar la inclusión de Kilómetro 53, que está en la frontera con Sonora. Manteniendo la base en la Ciudad de México, considerar el cambio de intervenciones hacia las misiones más alejadas del centro de la ciudad y que tengan una menor presencia de otras organizaciones, así como incorporar municipales circundantes en el estado de México en donde otras organizaciones no están trabajando (o llegar a acuerdos con las organizaciones existentes para actuar de manera asociada, con el fin de evitar el traslape en el trabajo que se esté realizando).

Poblaciones meta: Dar prioridad a las PVV, TSF, TSM, HSH y PID. Considerar la expansión de programas a las comunidades transgénero y poblaciones privadas de la libertad, pero tener en mente que se requieren nuevas estrategias de prevención para las nuevas poblaciones meta.

PVV: Los programas para PVV deben incluir servicios integrales de apoyo. El PEFPAR utiliza el término “prevención con positivos” (PcP) para describir un paquete mínimo de

servicios. La PcP incluye la provisión de información a las personas VIH-positivas sobre las formas en que pueden proteger su propia salud, alentar y asesorar a las personas VIH-positivas sobre cómo prevenir la transmisión del VIH, promover el uso y proveer condones a las personas VIH-positivas sexualmente activas, desarrollar estrategias para aumentar la adherencia a la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos y los regímenes de tratamiento terapéutico, dialogar con todas las personas VIH-positivas acerca de las estrategias para revelar su estado serológico a sus parejas sexuales y ofrecer pruebas de VIH confidenciales a las parejas sexuales y a los hijos de todas las personas que viven con el VIH y el SIDA.

Investigación de campo sobre poblaciones transgénero: Con el fin de explorar la necesidad y factibilidad del trabajo con poblaciones transgénero, debe considerarse la investigación cualitativa a pequeña escala.

Adolescentes y gente joven: No se recomienda para los programas de USAID dirigir esfuerzos hacia estas poblaciones vulnerables porque otras agencias están proveyendo programas para ellas. Cuando se trabaja con una población general amplia, se requiere de importantes recursos para obtener cambios evidentes en comportamiento y en la prevalencia del VIH.

Relaciones con autoridades de VIH y SIDA a nivel nacional, estatal y local: Con la meta de utilizar mejor los recursos para proveer un máximo de cobertura y calidad, se recomienda encarecidamente que la agencia implementadora a cargo de conducir las actividades sea empoderada y se le solicite coordinarse con los gobiernos locales y nacionales. Las autoridades gubernamentales del país anfitrión tienen un mejor conocimiento de las características de la epidemia, las necesidades de la población y del correspondiente trabajo de prevención que esté siendo realizado por otras organizaciones. Adicionalmente, el trabajo coordinado permitirá que la agencia que esté conduciendo las actividades disminuya los problemas con la policía y los propietarios de negocios. Una sólida relación con las autoridades sanitarias proporcionará referencias apropiadas.

1. INTRODUCCIÓN

Por más de 10 años, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha implementado un programa para responder a la epidemia de VIH y SIDA en México, en apoyo a los intereses comunes de los gobiernos de los Estados Unidos y México. Los objetivos de este estudio son presentar los factores básicos que impulsan la epidemia mexicana, analizar los objetivos del programa de prevención del VIH/SIDA de USAID y las actividades de implementación puestas en práctica durante el período 2005-2009, así como proponer recomendaciones para futuras prioridades de prevención.

Entre el 1 de julio y el 15 de septiembre de 2009, fueron revisados aproximadamente 700 documentos de USAID, Population Services International (PSI) y del proyecto MEASURE Evaluation. Con el propósito de describir las actividades realizadas por USAID/México, se desarrolló una base de datos a partir de registros mensuales de los programas. Utilizando datos de una encuesta aplicada en 2009 a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en tres ciudades (PSI México, 2009), se diseñaron modelos de evaluación de impacto (puntaje de propensión) para medir el impacto de las intervenciones en varios indicadores claves de comportamiento (número de parejas sexuales, uso del condón con parejas casuales, llevar consigo un condón, hacerse la prueba de VIH). Las visitas de campo en la Ciudad de México, Mexicali y Veracruz incluyeron entrevistas con gerentes de programa y la observación de actividades del programa de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) dirigidas hacia trabajadoras sexuales femeninas y transgénero, HSH, personas privadas de la libertad y personas que se inyectan drogas (PID). También se condujeron visitas a sitios no tradicionales para la venta de condones a través del programa de distribución social de condones en Veracruz.

2. LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA EN MÉXICO

Según un censo realizado en 2005, la población de México en sus 32 entidades federativas es cerca de 103 millones de habitantes. Debido al flujo de personas entre México y los Estados Unidos, el VIH y el SIDA han sido una prioridad de salud conjunta para los dos países desde el inicio de la epidemia. La cooperación binacional ha sido considerada esencial para el desarrollo de intervenciones de prevención y atención. Al 31 de marzo de 2009, habían sido registrados 130,969 casos acumulativos de SIDA en México; 82.4 por ciento de los casos fueron hombres, con un cociente de hombre a mujer de 4.7^a (CENSIDA, 2009).

La descentralización de los servicios de atención a la salud en México estableció que la prevención y control del VIH y el SIDA, así como de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), quedaran bajo la responsabilidad de cada una de las 32 entidades federativas, muchas de las cuales mantenían un enfoque centrado en la atención médica. Como parte de la respuesta federal, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) apoyó programas de derechos humanos, actividades para disminuir el estigma y la discriminación, campañas de comunicación centradas en la prevención del VIH y uso del

^a El subregistro de casos y los retrasos en la notificación son factores que tienen que ser considerados.

condón, planes enfocados en el género y grupos de autoayuda. Para fines de 2003, México alcanzó la meta del acceso universal al tratamiento antirretroviral (ARV); y en 2007, casi 20,000 personas viviendo con el VIH (PVV) y que no tenían seguro de salud recibieron tratamiento (Secretaría de Salud, 2007). En 2006, el gobierno federal apoyó proyectos de prevención del VIH que estuvieron dirigidos a poblaciones clave y que fueron desarrollados por organizaciones de la sociedad civil. En este período, se puso en marcha un programa para la reducción del daño para PID.

Se considera que la epidemia del VIH de México se concentra en poblaciones específicas, incluidos los HSH, trabajadores sexuales masculinos y femeninos (TSM y TSF), PID y personas privadas de la libertad. Varios estudios proporcionan evidencia concluyente para sustentar una respuesta dirigida a la epidemia.

Algunos investigadores han encontrado prevalencia del VIH en poblaciones de HSH que varían del 8.9 por ciento al 20.5 por ciento^b (Magis-Rodríguez et al., 2008; Gayet et al., 2007; Ritieni et al., 2006; Ruiz et al., 2005). Un estudio realizado en Tijuana encontró una prevalencia de 20.5 por ciento en una muestra de HSH, de los cuales el 41 por ciento informó estar usando drogas inyectadas. En poblaciones de TSM, la prevalencia del VIH varía del 12 al 25.5 por ciento^c. En las TSF, la prevalencia del VIH varía de uno a 6.4 por ciento^d. El uso de drogas inyectables fue común en el seis por ciento de las TSF VIH-positivas en Tijuana y Ciudad Juárez, entre 2004 y 2006. Una investigación conducida en Tijuana entre 2006 y 2007 encontró una prevalencia del VIH del 4 por ciento en clientes de trabajadoras sexuales, lo cual también se asoció con el uso de drogas inyectables. Una revisión de varias publicaciones proporciona un rango de prevalencia del VIH entre 2.3 por ciento y 6.5 por ciento para PID en México (Magis-Rodríguez, 2009). Hay unos cuantos estudios sobre la prevalencia del VIH en poblaciones privadas de la libertad. Las tasas de prevalencia publicadas para varias poblaciones privadas de la libertad varían de 0.6 a 2.8 por ciento^e (Zárraga et al., 2009; Alvarado-Esquivel et al., 2005; Flores-Sánchez et al., 2005). Un estudio reciente muestra que el 76 por ciento de las PID tenían un historial de

^b Los estudios de prevalencia en HSH (Magis-Rodríguez et al., 2008; Gayet et al., 2007) incluyen los siguientes resultados: 13.8 por ciento en Guadalajara, Jalisco en 2003; 9.3 por ciento en Acapulco, Guerrero en 2005; 10.8 por ciento en Monterrey, Nuevo León en 2005; 10.5 por ciento en Nezahualcóyotl, Estado de México en 2005; 8.9 por ciento en Tampico, Tamaulipas en 2006. En la ciudad de Mexicali, se encontró una prevalencia de 10 por ciento en un estudio realizado entre 2003 y 2005 (Ritieni, A., et al., 2005), mientras que en Tijuana se encontró una prevalencia del 20.5 por ciento en 2001, en una muestra de HSH de los cuales el 41 por ciento reportó estar usando drogas inyectables (Ruiz, J.D. et al., 2006).

^c Los estudios de prevalencia de TSM (Magis-Rodríguez et al., 2008) incluyeron los siguientes resultados: 18.7 por ciento en Guadalajara, Jalisco en 2003; 21.1 por ciento en la Ciudad de México, Distrito Federal en 2003; 25.5 por ciento en Monterrey, Nuevo León en 2005; y 12 por ciento en Nezahualcóyotl, Estado de México en 2005.

^d Estos hallazgos incluyeron 4.2 por ciento en Veracruz y Boca del Río, Veracruz en 2003; 1 por ciento en Acapulco en 2005; y 1 por ciento en Monterrey en 2005. Numerosos estudios se han conducido en la frontera entre México y los Estados Unidos con el fin de determinar la prevalencia del VIH en esa población. Se encontró una prevalencia del 6.4 por ciento en Tijuana, Baja California en 2003; se encontró una prevalencia del 6 por ciento en Tijuana y Ciudad Juárez entre 2004 y 2006, la cual estuvo asociada en forma significativa con el uso de drogas inyectables. Una investigación conducida en Tijuana entre 2006 y 2007 (Patterson et al., 2009) encontró una prevalencia del VIH del 4 por ciento en los clientes de trabajadoras sexuales, también asociada con el uso de drogas inyectables.

^e En Nuevo León en 2008, se publicó una prevalencia del 2.8 por ciento en una pequeña muestra intencional que usó pruebas rápidas. En la primera mitad de 2006, autoridades sanitarias en la ciudad de Veracruz determinaron una prevalencia estimada del 1.6 por ciento (Zárraga, et al., 2009). Se encontró una prevalencia del VIH del 0.6 por ciento en reclusos en Durango. En 2002, se encontró una prevalencia del 1.8 por ciento en Nuevo Laredo, Tamaulipas. (Alvarado-Esquivel, C., 2005; Flores-Sánchez, et al., 2002)

encarcelamiento, de los cuales el 61 por ciento se inyectaba mientras estaba en prisión y 75 por ciento compartía jeringas (Pollini et al., 2009).

USAID/México ha conducido estudios con poblaciones meta para establecer indicadores básicos de comportamiento. Idealmente, las encuestas habrían sido conducidas antes del inicio del programa de prevención 2005-2009. Los estudios que se presentan enseguida se completaron en 2007 y 2008; y fueron utilizados para diseñar intervenciones preventivas en 2008 y 2009. Los resultados pueden también servir como líneas de base para intervenciones futuras.

Una encuesta aplicada a HSH en 2007 (PSI México, 2007), mostró que el uso del condón en el último encuentro sexual con una pareja casual fue alto (77 por ciento), pero aun así insuficiente (tabla 1). Solamente la mitad de las personas entrevistadas indicaron uso del condón con su última pareja habitual. Una alta proporción se había hecho la prueba de VIH alguna vez (96 por ciento), pero una menor proporción se la había hecho en el último año (70 por ciento).

Tabla 1: Comportamientos sexuales riesgosos en HSH en cinco ciudades mexicanas⁺

(N=904)	Usó condón en el último encuentro sexual con una pareja casual	Usó condón en el último encuentro sexual con una pareja habitual	Usó condón en el último encuentro sexual con una mujer	Más de una pareja en los últimos 12 meses	Se ha hecho la prueba del VIH alguna vez y recibió los resultados	Se hizo la prueba del VIH en los últimos 12 meses
Por ciento	77.4**	49.9	61.1	51.1	95.8	70.4
Núm. de personas entrevistadas	(n=871)	(n=611)	(n=178)	(n= 904)	(n=588)	(n= 588)

⁺ Ciudad de México, Mérida, Mexicali, Tapachula, y Veracruz.

* Excluye a las y los trabajadores sexuales

** Pregunta confidencial

Una encuesta conducida principalmente con hombres que se inyectan drogas examinó sus comportamientos sexuales así como los relativos al uso de la inyección (tabla 2) (PSI México, 2008). Los resultados indican que la mayoría (66 por ciento) reportó nunca haber usado un condón con una pareja estable. En el caso de parejas ocasionales, el 57 por ciento indicó que siempre había usado un condón. La proporción es mayor para parejas comerciales, con 62 por ciento de PID habiendo indicado que siempre usó condones. Solamente el 15 por ciento de las personas entrevistadas dijo que siempre usó jeringas nuevas. Cuarenta y seis por ciento afirmó que se inyectaban con agujas o jeringas usadas más de la mitad de las veces; y el 49 por ciento dijo que ellas siempre habían compartido agujas o jeringas en el mes anterior. Siete de cada diez PID reportaron haber compartido jeringas o agujas más de la mitad de las veces o siempre en el mes anterior.

El uso del condón es notablemente bajo en personas privadas de la libertad (tabla 3) (PSI México, 2008). Cerca de 8 por ciento de los hombres privados de la libertad que fueron entrevistados reportó haber tenido encuentros sexuales con hombres en los últimos 12 meses; y 57 por ciento de los entrevistados reportó haber usado un condón en el último

encuentro sexual con un hombre. Noventa y siete por ciento de las personas privadas de la libertad reportó haber tenido encuentros sexuales con mujeres en los últimos 12 meses y 33 por ciento de los entrevistados reportó haber usado condón en su último encuentro sexual con una mujer. Veintidós por ciento indicaron haberse inyectado alguna forma de droga, medicamento, vitamina o suplemento nutricional en el último año. De esta proporción, casi todos (97 por ciento) reportaron haber usado una jeringa nueva.

Tabla 2: Comportamientos sexuales riesgosos y de uso de drogas riesgosos de PID en Mexicali y San Luis Rio Colorado

(Muestra total N=125)	Usó condón con parejas habituales en los últimos 3 meses % (n=56)	Usó condón con parejas casuales en los últimos 3 meses % (n=44)	Usó condón con TSF/TSM en los últimos 3 meses % (n=21)	Usó agujas nuevas en el último mes % (n=123)	Usó agujas usadas en el último mes % (n=124)	Compartió agujas usadas en el último mes % (n=124)	Usó aguja usada la última vez que se inyectó % (N=125)
Total							64.0
Nunca	66.1	29.5	23.8	4.9	8.1	15.3	---
Menos de la mitad del tiempo	10.7	6.8	4.8	39.9	25.0	14.5	---
Más de la mitad del tiempo	5.4	6.8	9.5	39.9	46.0	21.8	---
Siempre	17.9	56.8	61.9	15.4	21.0	48.8	---

Tabla 3: Indicadores de comportamiento de poblaciones privadas de la libertad en cuatro ciudades mexicanas (2008)^

	Usó condón en el último encuentro sexual con un hombre		Usó condón en el último encuentro sexual con una mujer		Se inyectó droga, medicamento, vitamina o suplemento alimenticio en los últimos 12 meses		Usó jeringa nueva la última vez que se inyectó droga, medicamento, vitamina o suplemento alimenticio		Usó la jeringa de un amigo la última vez que se inyectó droga, medicamento, vitamina o suplemento alimenticio		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Total	877	57.0	75	33.0	848	20.0	177	97.0	169	5.0	8
DF. Rec. Norte	304	55.0	16	31.0	89	25.2	77	97.0	74	2.7	2
DF. Rec. Oriente	304	59.0	17	32.0	93	18.0	54	96.0	51	8.0	4
Guadalajara	217	59.0	17	32.0	93	18.0	54	96.0	51	8.0	4
Mexicali	24	--	--	35.0	4	45.0	7	--	--	--	--
Veracruz	24	--	--	65.0	13	45.0	7	--	--	--	--

^Faltan datos en el informe para estas variables.

3. LA RESPUESTA NACIONAL

El plan y programa 2007-2012 del gobierno de México en respuesta al VIH, SIDA e ITS, identifica una concentración de la epidemia en poblaciones clave: HSH, TSF, TSM y PID (Secretaría de Salud, 2008). El plan incluye la prevención de la transmisión del VIH y el control de la epidemia del SIDA como una estrategia que incluye los siguientes puntos de acción:

- Estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes, pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual.
- Desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas, en las entidades federativas con mayor prevalencia.
- Mercadeo social de condones masculinos y femeninos
- Programas preventivos basados en los Centros Ambulatorios para Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de toda la República Mexicana
- Cumplimiento de la normatividad de la Seguridad en la Sangre, Hemoderivados y Trasplantes; en lo referente al VIH, Sífilis y Hepatitis B
- investigación en el campo de la sexualidad humana para prevenir el VIH, el SIDA y las ITS
- Competencia técnica de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH y SIDA

Dado que México tiene una epidemia urbana, CENSIDA ha identificado 44 áreas metropolitanas como sitios prioritarios. Estas 44 ciudades fueron seleccionadas debido a que tienen un mayor puntaje en un índice ordinal que considera el tamaño de la ciudad, la prevalencia del VIH y un porcentaje de la población HSH del país^f. Todas las entidades federativas, con excepción de una (Zacatecas), tienen una o más ciudades en la lista. En conjunto, estas ciudades contienen al 72 por ciento de los casos de SIDA en HSH en México (2003-2008). (CENSIDA, 2009). Aunque hay PID dispersas por todo el país, con base en los informes de servicios provistos por las instituciones bajo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se estima que 45 por ciento de las PID se concentraron en cuatro ciudades: Tijuana, Ciudad Juárez, Hermosillo y Guadalajara^g. (CENSIDA, 2009). Estas ciudades representan en 50 por ciento de los casos recientes de SIDA en PID. El programa nacional ha identificado 15 ciudades que tienen la más alta prevalencia y que representan el 53 por ciento de los casos reportados de SIDA en HSH en el período 2003-2008. La Figura 1 presenta un mapa con los 15 sitios con la prevalencia de VIH más alta y una lista de los 44 sitios prioritarios de CENSIDA.

^f Ver Novena Ronda de la Propuesta al Fondo Mundial. Anexo No. 4. P.

^g Ver Novena Ronda de la Propuesta al Fondo Mundial. Anexo No. 4. P.



Lista de los 44 sitios prioritarios determinados por el CENSIDA

1 ZM Mérida	12 ZM Tijuana (+PID)	23 Mazatlán	34 ZM Poza Rica
2 ZM Monterrey	13 ZM Acapulco	24 ZM Tepic-Jalisco	35 ZM Aguascalientes
3 ZM Juárez (+PID)	14 ZM Veracruz	25 Hermosillo (+PID)	36 ZM Saltillo
4 ZM Valle de México	15 ZM León / Silao	26 ZM Pachuca	37 Chetumal
5 ZM Guadalajara (+PID)	16 ZM Toluca	27 ZM Villahermosa	38 ZM Tuxtla Gutiérrez
6 ZM Morelia	17 ZM Colima	28 Mexicali	39 Campeche
7 ZM Puebla-Tlaxcala	18 ZM Chihuahua	29 Durango	40 ZM Xalapa
8 ZM Torreón-GP	19 ZM Tampico	30 ZM Tehuantepec/Juchitán	41 Culiacán
9 ZM Cancún	20 ZM San Luis Potosí	31 Matamoros	42 Tapachula
10 ZM Cuernavaca	21 ZM Oaxaca	32 ZM Coatzacoalcos	43 Puerto Vallarta
11 ZM Reynosa-R. Bravo	22 ZM Querétaro	33 Ciudad del Carmen	44 La Paz

Figura 1: Sitios de CENSIDA para la prevención del VIH en HSH y PID.

4. APOYO DE USAID A LA RESPUESTA NACIONAL

El programa de USAID para México se concentra en la reducción del riesgo de la transmisión del VIH en poblaciones vulnerables con alta prevalencia, a través del apoyo a actividades de cambio de comportamiento y de distribución comercial de condones. Además, promueve el cambio político positivo, la participación multisectorial, la reducción del estigma y las políticas equitativas en los centros de trabajo. Estas actividades han sido diseñadas e implementadas en concordancia con las prioridades y estrategias del CENSIDA. El objetivo general de esta cooperación es fortalecer la capacidad nacional en general para dar respuesta a la epidemia.

Un proyecto denominado Cambio de Comportamiento en Poblaciones de Alta Prevalencia y Vulnerabilidad al VIH/SIDA en México es un programa de CCC implementado por PSI. Un segundo proyecto denominado Disponibilidad de Condones en Puntos de Alto Riesgo en México, es un pequeño programa dirigido de mercadeo social de condones (MSC) implementado por Abt. Associates a través de PSI. El programa de CCC se diseñó para apoyar los siguientes objetivos de prevención:

- Cambiar comportamientos con el fin de reducir la transmisión del VIH y otras ITS, incluida la reducción de comportamientos sexuales de riesgo; y aumentar la percepción de riesgo en poblaciones con alta prevalencia, usando estrategias basadas en el enfoque ABC^h; y
- Aumentar la coordinación de los servicios de prevención para poblaciones con alta prevalencia de VIH entre instituciones públicas y privadas que proveen asesoramiento y pruebas voluntarias, así como atención para otras ITS, con el propósito de aumentar la demanda de ambos tipos de servicios.

5. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE USAID EN MÉXICO

El programa de prevención de USAID se concentró en actividades de CCC y MSC para disminuir la vulnerabilidad y el comportamiento sexual riesgoso, así como para promover los comportamientos saludables tales como el tratamiento de ITS y las pruebas de VIH. El componente de CCC se extendió rápidamente, mientras que el componente de MSC se retrasó. El tener mecanismos de implementación separados para los dos componentes del programa creó retos en su gestión y resultó en varias “fallas de conexión” en la implementación del programa. Los objetivos iniciales del programa de CCC se enfocaron en la reducción del riesgo sexual; sin embargo, en el cuarto año del proyecto, se le añadió la tarea de abordar el uso de drogas inyectables. A la luz de tan importantes retos, pueden destacarse muchos éxitos del programa. En esta sección proporcionamos una breve descripción de los componentes del programa, complementada con los resultados del programa en la siguiente sección de este informe.

^h El enfoque pone énfasis en la abstinencia, basarse en la fidelidad y usar condones.

5a. Actividades de CCC

En México, el VIH se transmite principalmente a través del contacto sexual en poblaciones de alto riesgo y por compartir instrumentos entre PID para inyectarse. La meta planteada en el marco del programa de CCC de USAID es promover comportamientos saludables que tengan un riesgo nulo o bajo de transmisión del VIH o de otras ITS. El programa de USAID identificó y dirigió intervenciones de comunicación hacia poblaciones meta en puntos geográficos específicos de alto riesgo. La figura 2 presenta un mapa de sitios del programa.

Comportamientos clave promovidos por el Programa de CCC de USAID

- abstinencia/retraso en el inicio de las relaciones sexuales
- fidelidad mutua no serial entre parejas que conocen y confirman periódicamente su estado serológico negativo
- reducción en el número de parejas sexuales
- uso consistente del condón con parejas estables y casuales
- uso de lubricantes a base de agua
- referencia para diagnóstico y tratamiento de ITS
- referencia para asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH

Con base en las mejores prácticas de CCC, el programa de USAID adaptó una serie de intervenciones y mensajes al contexto mexicano. La estrategia de implementación incluyó un enfoque centrado en alcanzar la mayor cobertura posible de las poblaciones meta en áreas de alto riesgo. La experiencia de campo, complementada con los resultados de investigaciones locales, produjo varios cambios programáticos a lo largo de la implementación, mejorando las intervenciones para las poblaciones meta. Por ejemplo, la investigación de campo sobre PID en poblaciones privadas de la libertad en 2008, condujo a nuevas intervenciones que no solamente se concentraron en promover los comportamientos sexuales saludables, sino que también incluyeron campañas de comunicación para evitar que se compartieran las agujas.

USAID implementó estrategias y mensajes de prevención que apoyaron políticas promovidas por las autoridades mexicanas. Por ejemplo, las campañas con mensajes sobre abstinencia y fidelidad dirigidas hacia la población en general no fueron realizadas. Sin embargo, las y los gerentes de programa reportaron que los mensajes de abstinencia y fidelidad se incorporaron a intervenciones individuales, con grupos pequeños y de alcance general con HSH y TSF, mientras que también se les impartía información acerca de los condones.

Las intervenciones de prevención pueden agruparse en seis categorías: contacto individual, contacto grupal, actividades de sesiones múltiples, grupos de apoyo, actividades basadas en eventos y campañas de comunicación. Las intervenciones de cambio de comportamiento individuales, en pequeños grupos y en sesiones múltiples fueron diseñadas utilizando la teoría de Etapas de Cambioⁱ (Prochaska et al., 1997).

ⁱ La Teoría de Etapas de Cambio es un modelo psicológico de comportamiento saludable que aborda las dimensiones del cambio de comportamiento. Esta teoría articula cinco etapas de la adopción de ciertos comportamientos saludables: *Pre-*

Las intervenciones individuales consistieron en educación de pares uno a uno y asesoramiento sobre reducción de riesgos. La intervención primaria, *Salvando Vihdas*, utilizó *promotores* o educadores pares, para dirigirse a HSH y TSF en sitios en donde era probable que se reunieran con nuevas parejas sexuales. Los *promotores* también fueron aprovechados para entrar en contacto con poblaciones privadas de la libertad y PID. La intervención promovió los comportamientos de prevención a través de educación en persona y sesiones de reducción de riesgos. Por su parte, *Ciberabordajes* fue una intervención individual en línea introducida en 2008. A través de salones de conversación por internet, proporcionaba educación uno a uno en prevención y asesoramiento para jóvenes HSH, con el fin de abordar las metas clave de comportamiento.

Las intervenciones de contacto grupal consistieron principalmente en la actividad interactiva *VIHDA*. Un juego de mesa tipo *lotería* diseminaba mensajes de prevención del VIH e ITS. El juego se modificó en México para incluir mensajes de abstinencia y fidelidad, así como mensajes sobre el uso correcto y consistente del condón. *Vive la Vihda* es una actividad grupal de sesiones múltiples que estaba dirigida a promover relaciones sexuales más seguras y el uso correcto y consistente del condón entre HSH, PVV y poblaciones privadas de la libertad.

Confidencias fue una intervención de prevención implementada durante reuniones de grupos de apoyo de PVV realizadas con regularidad. Habiendo comenzado en 2008, la intervención promovió prácticas sexuales de bajo riesgo y la adherencia a medicaciones antirretrovirales.

Se implementaron tres campañas de comunicación dirigidas: *Acaba Seguro* promovió el uso consistente del condón en HSH a través de su mensaje de siempre llevar consigo un condón. La campaña utilizó una estrategia de comunicación en espacios abiertos, discotecas y bares. *Tu belleza no tiene precio* se basó en enfoques cara a cara y promovió el uso del condón con diferentes parejas de TSF: clientes ocasionales, clientes habituales y parejas románticas. La campaña de TSF se basó en la teoría de Etapas de Cambio. Los materiales de comunicación como carteles, tarjetas y otros suministros apoyaron los mensajes clave. *No la roles* estuvo dirigida a PID para promover inyecciones seguras a través de la distribución de materiales educativos y la pintura de grafiti con mensajes clave del programa en picaderos.

El programa de CCC también estableció casetas o *kioscos* en áreas públicas y en eventos. A través de las casetas, el programa distribuyó materiales educativos, información sobre clínicas de ITS y condones para TSF, HSH y la población en general, además de realizar demostraciones sobre el uso correcto del condón.

5b. Disponibilidad de condones en sitios no tradicionales

Un esfuerzo de USAID denominado Disponibilidad de Condones en Puntos de Alto Riesgo en México fue un proyecto separado que se concentró en MSC dirigido. Un estudio de comportamientos de HSH realizado en 2008 (PSI México, 2008) demostró que el acceso

contemplación sin considerar la iniciación del comportamiento; *Contemplación* con intención o consideración sería, pero sin comportamiento alguno; *Preparación o Decisión* con una fuerte intención y un desempeño irregular o tentativo del comportamiento; *Acción* con la iniciación reciente del comportamiento; y, *Mantenimiento*, i.e. el establecimiento del comportamiento permanente (Prochaska et al., 1997)

limitado a los condones continuaba siendo una barrera consistente para el uso de condones en esta población. Además, un número significativo de personas que no usaron condones reportó que los condones no estaban disponibles en el momento que los necesitaban. El programa de MSC intentó ofrecer una respuesta innovadora para aumentar la accesibilidad de condones tomando en cuenta que, en México, virtualmente toda la distribución de condones ocurre a través de farmacias, supermercados, tiendas y otros sitios tradicionales similares.

En este contexto, el programa se diseñó para aumentar la disponibilidad y promoción de condones en sitios no tradicionales (bares, discotecas, moteles, casas de citas, tiendas de abarrotes, etc.) con el objetivo de centrar los esfuerzos exclusivamente en la prevención del VIH en poblaciones vulnerables. Los grupos meta para este programa fueron HSH y TSF, dado que los comportamientos de alto riesgo practicados en estos grupos mostró un uso inconsistente del condón, un bajo uso del condón con parejas habituales y algún uso de lubricantes de base aceitosa o la ausencia de lubricantes.

El programa de MSC se dividió en tres componentes: mapeo de zonas de alto riesgo, distribución de productos y una campaña de comunicación. Para la distribución de condones, se propuso el reclutamiento de personal experimentado en ventas y comunicación, el cual recibiría capacitación en mercadeo social y en temas de género y diversidad sexual. El plan para obtener los condones incluyó la negociación con fabricantes de condones y distribuidores locales para conseguir precios más bajos junto con el establecimiento de contactos iniciales con los propietarios o gerentes de puntos de venta potenciales para alentarles a permitir la distribución de condones.

Las marcas específicas de condones fueron distribuidas sobre la base del nivel socioeconómico de las poblaciones meta. Sico, Trojan, y Durex se distribuirían en bares gay en la Ciudad de México, mientras que marcas menos conocidas como Do it Lovely, Vive, o Prudence serían distribuidas en áreas con un más bajo nivel socioeconómico. Además, el equipo de MSC planificó tener a la venta lubricantes a base de agua en estos sitios no tradicionales. En coordinación con CENSIDA y con los programas estatales de VIH, el proyecto consideró la distribución gratuita de condones en lugares específicos.

Una campaña de comunicación denominada *Shingón* se diseñó e implementó para promover el uso del condón en poblaciones meta y para aumentar la visibilidad de los lugares de reunión de los HSH y TSF en donde los condones estaban a la venta. La campaña distribuyó productos promocionales como condones, gorras de béisbol y camisetas.

6. RESULTADOS DEL PROGRAMA

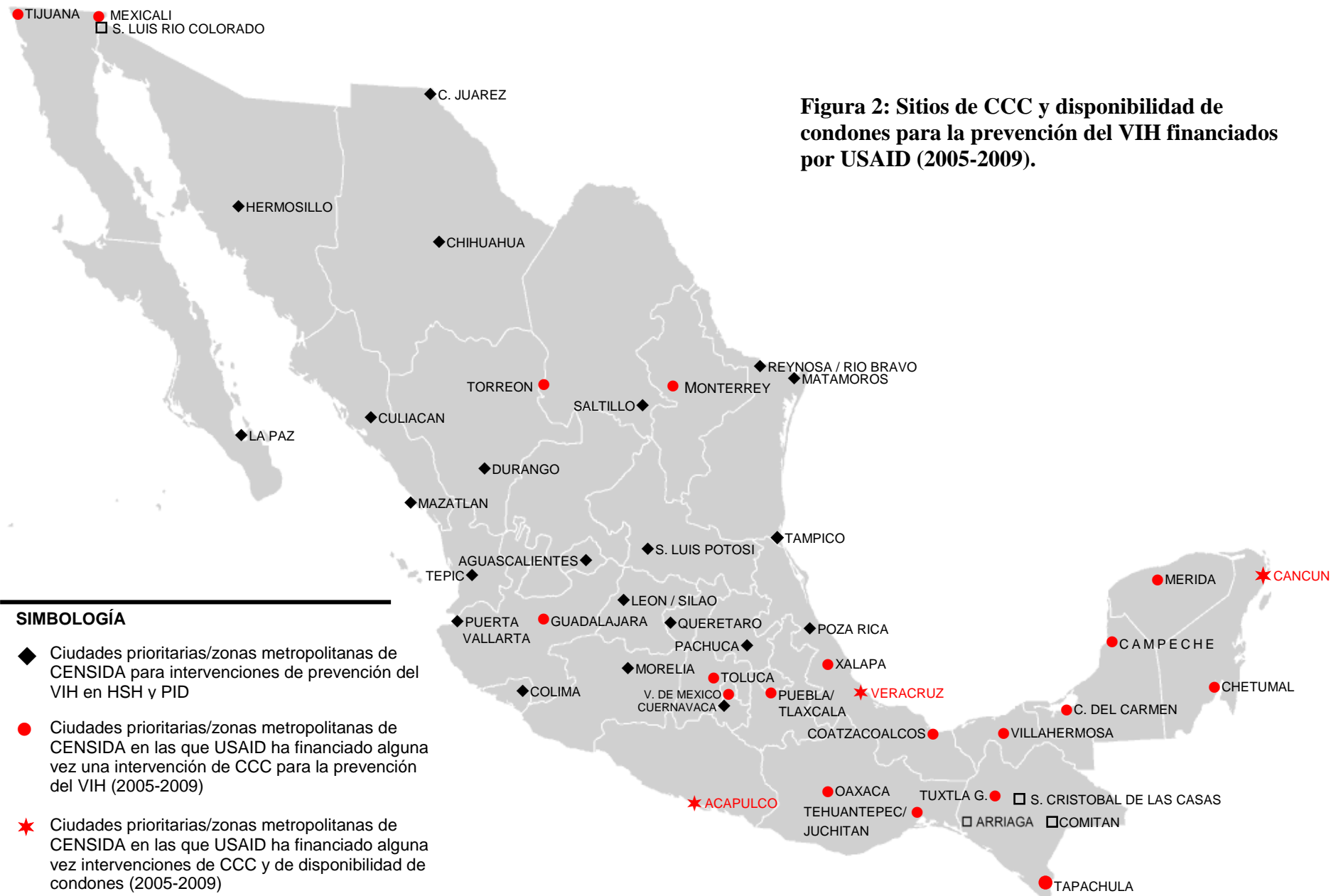
Las intervenciones de prevención de USAID estuvieron dirigidas a los HSH, TSM, TSF y PID, que las autoridades mexicanas habían identificado como poblaciones prioritarias. Además, USAID llevó los servicios a personas migrantes y privadas de la libertad. En 2008, con base en la prevalencia de VIH de HSH y PID, CENSIDA identificó 44 sitios que requerían intervenciones de prevención. Durante el período programático 2005-2009, el programa de prevención de USAID trabajó en un total de 25 sitios. Con la excepción de

cuatro de ellos, estos sitios correspondieron a los definidos como prioritarios por CENSIDA. USAID continuó financiando solamente uno de esos sitios después de que CENSIDA seleccionó las ubicaciones prioritarias a nivel nacional (Figura 2).

De particular importancia es que el gobierno de México haya indicado que, si bien en algunos sitios –incluida la Ciudad de México– había un traslape de las actividades de prevención apoyadas por USAID y CENSIDA, en otras ubicaciones no existían programas de prevención del VIH. Las autoridades nacionales de salud también indicaron que no estaban informadas de los criterios de USAID para la selección de sitios de prevención y poblaciones meta. Los gobiernos tanto nacionales como locales sugirieron una mejor comunicación entre las autoridades de salud y los programas de USAID en relación con la selección de sitios y poblaciones.

6a. Actividades de MSC

Las actividades de MSC se limitaron a Acapulco, Cancún y Veracruz. Sin embargo, debido a los altos riesgos relacionados con la seguridad y la falta de un distribuidor local de condones, Acapulco fue remplazado por Playa del Carmen. El programa se enfocó en “puntos de riesgo” en donde el trabajo sexual estaba muy extendido. Inicialmente, se compiló una base de datos de 1,200 puntos de riesgo en todo México. El programa de MSC redujo sus sitios a 32 puntos de riesgo en Acapulco, Cancún y Veracruz después de tomar en cuenta la cobertura geográfica del programa de CCC.



El trabajo para establecer la disponibilidad de condones en sitios no tradicionales comenzó en 2006 a través del programa de MSC, aunque las ventas realmente comenzaron hasta 2008. En el período en que se condujo el trabajo de campo de este estudio (2008-2009), los registros mostraron que la venta de condones del programa llegó a un total de aproximadamente 1,700 cajas de condones, con 3 condones por caja. Los informes subsiguientes del programa mostraron que para el año final del proyecto (2009) se vendió un total de aproximadamente 38,000 unidades de condones de marca. El total de ventas de lubricantes (120 unidades) para el programa de MSC tuvo lugar en Cancún. De manera concurrente, USAID distribuyó aproximadamente 30,000 condones en forma gratuita. Las personas beneficiarias fueron principalmente las y los trabajadores sexuales y sus clientes, así como los HSH.

Durante 2008, Veracruz y Cancún condujeron la mayor distribución de condones gratuitos, siendo Cancún y Playa del Carmen las ciudades con las más altas ventas de condones. De octubre de 2008 a junio de 2009, Veracruz aumentó significativamente la distribución gratuita y venta de condones. El gobierno observó éxitos significativos de USAID en el MSC de la Riviera Maya (Cancún y Playa del Carmen), debido a la alta prevalencia de VIH y a la falta de otras organizaciones que estuvieran distribuyendo condones gratuitos.

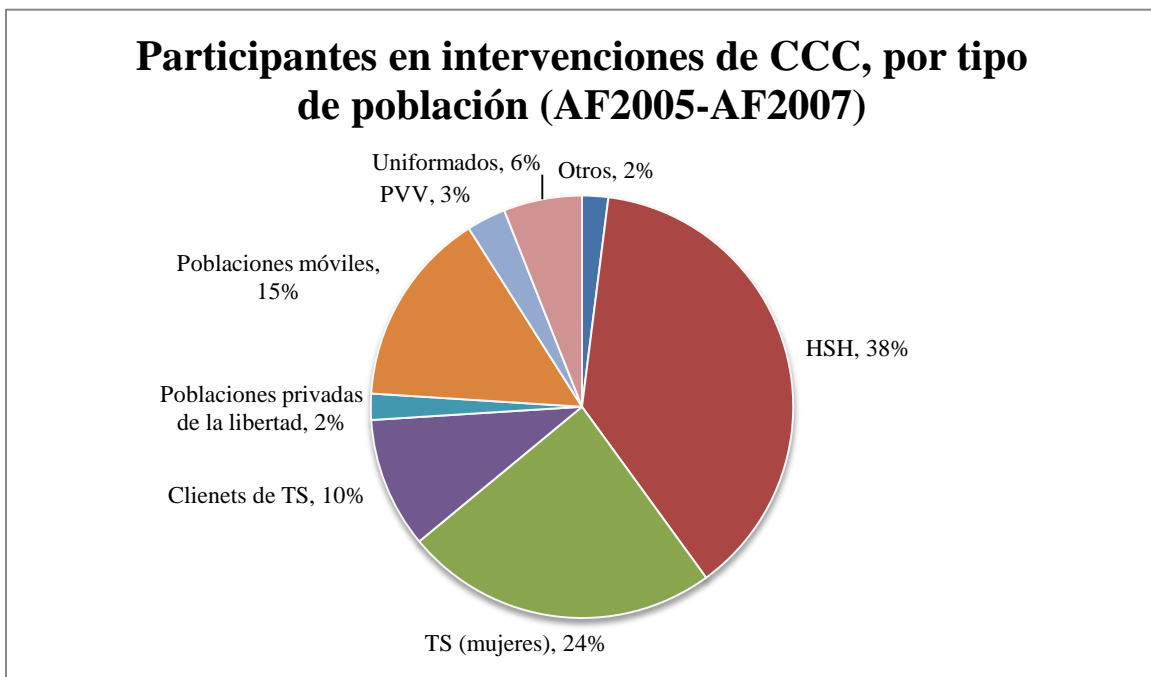
Es importante señalar que las actividades de prevención para los programas de CCC y MSC se condujeron separadamente en Veracruz. Los equipos de CCC y de distribución de condones compitieron por el acceso a los sitios del programa. El equipo de MSC fue de la opinión de que la distribución de condones gratuitos por el programa de CCC afectaba negativamente su venta de condones. A su vez, las y los *promotores* de CCC estaban compitiendo para alcanzar las metas de distribución de condones fijadas por PSI. En la práctica, los dos programas se dividieron los sitios; y el equipo de CCC no continuó entrando en los sitios no tradicionales.

6b. Actividades de CCC

En 2005, el programa de CCC comenzó a operar en 11 ciudades localizadas en ocho entidades federativas y se expandió a 24 ciudades en 15 entidades federativas para 2006 (Figura 2). En 2008, se tomó la decisión estratégica de reducir la cobertura geográfica del programa a ocho ciudades en siete entidades federativas, con una ligera disminución en el número de actividades implementadas y personas contactadas. La Ciudad de México, Chetumal, Cancún y Veracruz fueron las únicas ciudades que fueron apoyadas por el programa de CCC durante los cinco años del programa de CCC.

El programa de CCC de USAID implementó aproximadamente 57,000 actividades entre los años fiscales 2005 y 2009 (el año fiscal de USAID comienza el 1 de octubre; ej. el año fiscal 2005 comenzó el 1 de octubre de 2004). Durante los primeros tres años fiscales, el número de actividades aumentó de 11,000 a 14,000, en coincidencia con el aumento del número de sitios. Para el año fiscal 2008, la cobertura geográfica se volvió marcadamente más concentrada y disminuyó hasta aproximadamente 12,000 actividades.

En los primeros ocho meses del año fiscal 2009 se condujeron cerca de 10,000 actividades. Como se muestra en la Figura 3, las actividades de prevención se concentraron principalmente en HSH, TSF y poblaciones móviles durante los primeros dos años fiscales del programa (FY2005-FY2007). En el año fiscal 2008, con la introducción de intervenciones de CCC enfocadas a PID y a poblaciones privadas de la libertad, hubo un cambio evidente en los grupos meta del programa. La proporción de poblaciones privadas de la libertad atendidas con intervenciones aumentó de 2 por ciento en los años fiscales 2005-2007 a 15 por ciento en los años fiscales 2008-2009. El enfoque en poblaciones móviles, personal uniformado y clientes de TSF disminuyó en estos períodos. (Los TSM están incluidos en la categoría “otros” en la Figura 3). Los datos del programa apoyan todavía más la observación de un cambio programático en el año fiscal 2008, confirmando un enfoque estratégico en poblaciones involucradas en los comportamientos más riesgosos en un menor número de sitios.



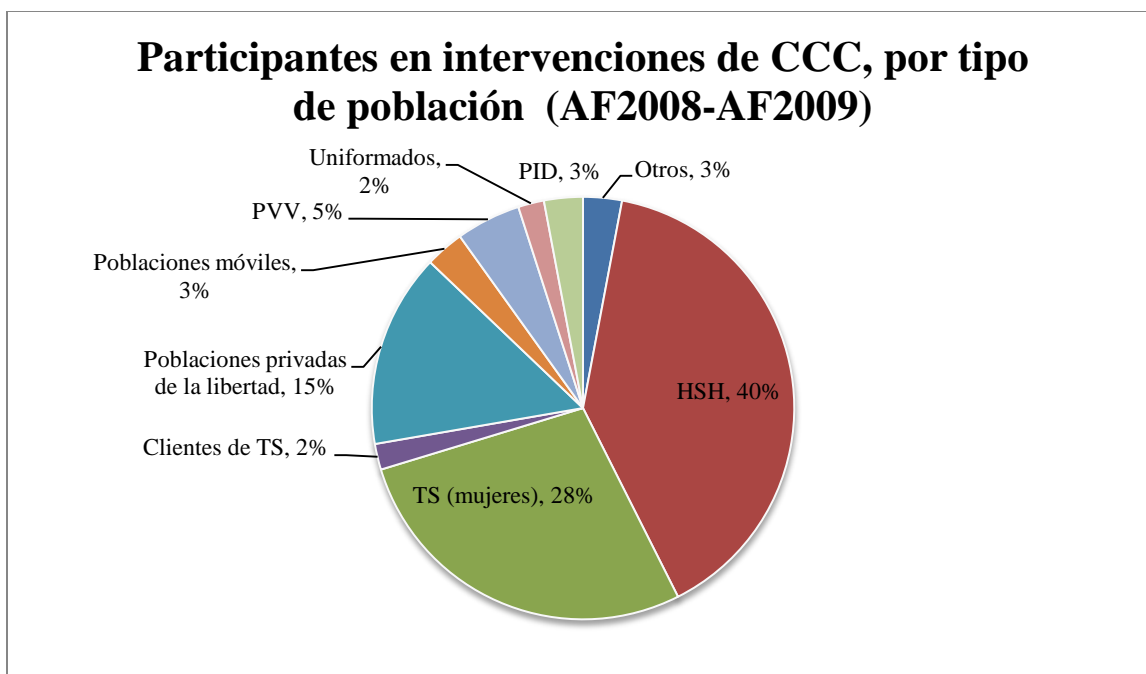


Figura 3: Participación en programas de CCC por tipo de población y año fiscal

A lo largo del proyecto la intervención individual denominada *Salvando VIHdas* fue la actividad programática predominante, lo que representó más del 70 por ciento del total de las actividades de CCC (Figura 4). Entre los años fiscales 2005 a 2008, hubo un aumento consistente en el número de intervenciones individuales y una disminución en el número de intervenciones con grupos pequeños. *Salvando VIHdas* fue la única intervención individual que estuvo disponible para las y los *promotores* hasta que *Ciberabordaje* comenzó en 2008. Esta intervención en línea representó el 3 por ciento de las actividades en el año fiscal 2008 y 5 por ciento en el de 2009.

Con base en entrevistas con gerentes de programa y visitas a los sitios del programa, las y los *promotores* de CCC encargados de implementar las intervenciones individuales recibieron una capacitación adecuada. Las autoridades nacionales reportaron ventajas al trabajar con las y los *promotores* del programa, incluido el hecho de que eran jóvenes, que fueron de gran ayuda, que acompañaron a las autoridades en situaciones de riesgo y mantuvieron el contacto con poblaciones de difícil acceso como las PID. Las y los *promotores* desarrollaron sólidas

Salvando VIHdas

Esta intervención contactó a HSH y TSF con sesiones educativas individuales cara a cara y de reducción del riesgo, con base en la teoría de Etapas de Cambio. Promovió:

- reducción en el número de parejas sexuales
- uso consistente del condón con parejas estables y casuales
- uso de lubricantes a base de agua
- referencias para diagnóstico y tratamiento de ITS
- referencia para asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH

relaciones de comunicación con estos grupos. Las autoridades nacionales indicaron que el programa de CCC de USAID fue el único proyecto que llegó hasta estas áreas difíciles.

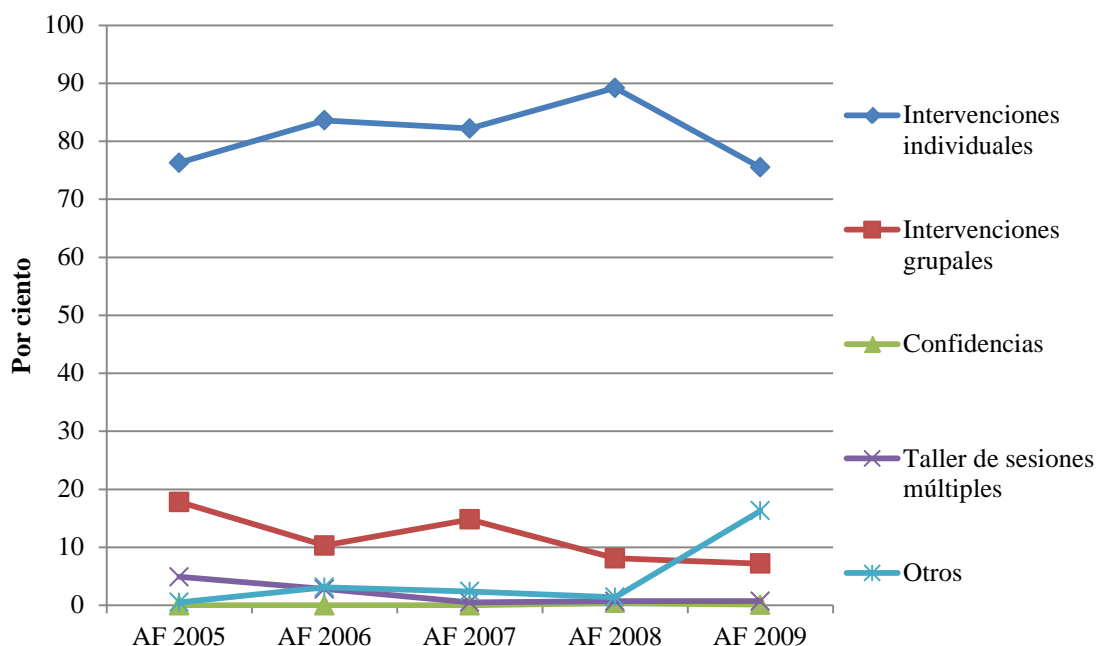
Recomendaciones de las y los promotores para el mejoramiento del programa

- Reactivar y variar las actividades del programa
- Disminuir el número de actividades de *Salvando VIHdas* que son implementadas e introducir más campañas de comunicación
- Adaptar las actividades y materiales al contexto local y a subgrupos específicos
- Desarrollar materiales promocionales y de apoyo utilizando materiales más duraderos
- Distribuir los condones y lubricantes preferidos por las poblaciones meta

La estrategia de implementación del programa de CCC se centró fuertemente en el número total de participantes y puso énfasis en el número de intervenciones individuales completadas cada año. Un resultado negativo de esta estrategia fue que las y los *promotores* visitaron el mismo número reducido de sitios en numerosas ocasiones. Las observaciones de campo indicaron la repetición frecuente de *Salvando VIHdas* a las mismas personas que ya

conocían los mensajes y que, por lo mismo, solamente solicitaron condones gratuitos. Las y los *promotores* sugirieron variar las actividades individuales con el fin de no “desgastar” a las poblaciones. Las visitas de campo también indicaron retos que enfrentaron los *promotores* en la expansión hacia nuevos sitios con poblaciones pequeñas.

A lo largo del período del programa, las intervenciones grupales *VIHDA* y las actividades de sesiones múltiples en grupo *Vive la Vida* disminuyeron en porcentaje del total de las actividades. *VIHDA* representó hasta un 18 por ciento de las actividades de CCC en el primer año del proyecto; pero, para 2009, disminuyó a 7 por ciento. La actividad de sesiones múltiples en pequeños grupos *Vive la Vida*, representó hasta un 5 por ciento del proyecto en el año fiscal 2005 y alrededor del 1 por ciento para 2008 y 2009. *Confidencias* representó menos del 1 por ciento de la actividad en 2008 y 2009.



* El rubro ‘Otros’ incluye la campaña de comunicación *Acaba Seguro*, la campaña de comunicación *No La Roles* y sesiones de trabajo con poblaciones privadas de la libertad

Figura 4: Distribución de intervenciones de CCC de VIH por año fiscal (2005-2009)

Las actividades adicionales del programa (“Otros”) incluyeron talleres con poblaciones privadas de la libertad, la operación de casetas de información en eventos grandes y campañas de comunicación dirigidas. Estas intervenciones representaron muy poco esfuerzo del programa al inicio del proyecto. Sin embargo, con la introducción de las campañas de comunicación dirigidas (*Acaba Seguro*, *Tu Belleza no Tiene Precio* y *No la Roles*) para 2009 puede observarse un marcado aumento (16.4 puntos porcentuales) en la categoría “Otros” (Figura 4).

En el caso de intervenciones específicas implementadas con poblaciones migrantes y privadas de la libertad, solamente se contó con información limitada del programa. Las poblaciones migrantes representaron una proporción significativa de las personas participantes en el programa entre los años fiscales 2005 y 2007. Las poblaciones privadas de la libertad fueron atendidas durante los cinco años del programa, con un notable aumento en la segunda mitad del período del programa. Los informes de campo indicaron que las intervenciones para las poblaciones privadas de la libertad fueron bien recibidas y que las y los *promotores* en Mexicali expresaron su interés en expandir las actividades de prevención al total de la población de reclusos.

USAID lleva un registro del número de personas contactadas con el mensaje apropiado de ABC para sus factores de riesgo individual. La tabla 6 proporciona el número de personas contactadas con actividades de CCC que se enfocaron y que no se enfocaron en mensajes de AB. Los gerentes de programas confirmaron que estas cifras corresponden al número de contactos con individuos por actividad para cada año.

Tabla 6: Población contactada con actividades de CCC con o sin mensaje de AB en los años fiscales 2007 a 2009[^]

	Oct. 1, 2006 a Sep. 30, 2007	Oct. 1, 2007 a Sep. 30, 2008	Oct. 1, 2008 a Jun. 30 2009 [^]
Número de personas contactadas con intervenciones uno a uno o con grupos pequeños de prevención del VIH y SIDA enfocadas en AB	33,836	27,143	26,719
<i>Hombres</i>	25,203	21,715	19,968
<i>Mujeres</i>	8,633	5,428	6,751
Número de personas contactadas con intervenciones uno a uno o con grupos pequeños de prevención del VIH y SIDA que no se enfocaron en AB	117,053	81,430	106,873
<i>Hombres</i>	86,194	65,144	79,868
<i>Mujeres</i>	30,859	16,286	27,005
Total	150,889	108,573	133,592

[^]El AF2009 es un año parcial. Los datos del 1 de julio de 2009 al 30 de septiembre de 2009 no estuvieron disponibles en el momento de trabajo de campo.

La única intervención de CCC con materiales explícitos diseñados para promover mensajes de AB que se implementó durante el período del programa fue la intervención con grupos pequeños *VIHDA*. Esta intervención representó el 11 por ciento de las actividades entre los años fiscales 2007 y 2009. El programa de CCC también distribuyó materiales que incluyeron mensajes de AB desde casetas en eventos grandes (incluidos en la categoría “Otros” en la Figura 5). Las casetas en eventos grandes representaron el 1 por ciento de la actividad entre 2007 y 2009. Del total de actividades apoyadas por USAID entre 2007 y 2009, el 29 por ciento de las personas contactadas con actividades del programa recibieron mensajes de AB a través de grandes eventos y de intervenciones con grupos pequeños. El 71 por ciento restante de las personas contactadas con actividades de CCC entre 2007 y 2009 recibieron mensajes como el uso correcto y consistente del condón, el uso de lubricantes a base de agua, el uso de agujas limpias y la importancia de hacerse la prueba del VIH. Los tipos de intervenciones que se utilizaron para contactar a las personas con estos mensajes incluyen: *Salvando Vihdas*, *Ciberabordajes*, *Vive la Vida*, *Confidencias* y las tres campañas de comunicación.

6c. Impacto en el comportamiento de la población de HSH

El propósito del programa dirigido hacia la población de HSH fue promover comportamientos sexuales más seguros a través de la educación de parejas, campañas de CCC y la utilización de MSC con amplia cobertura, con el fin de aumentar el acceso y disponibilidad de condones y lubricantes a base de agua. En 2009 se condujo una segunda ronda de encuestas (PSI México, 2009) de la población HSH en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara, Mexicali y Veracruz, con el objetivo de monitorear los cambios en comportamiento.

En el marco de este estudio, se realizó un análisis de la encuesta de 2009 para conocer si la exposición a las actividades de PSI México había ocasionado cambios en el comportamiento. Los investigadores aplicaron métodos estadísticos estándar de puntaje de propensión para comparar comportamientos de HSH que habían estado expuestos a *Acaba Seguro*, *Shingón*, *Salvando VIHdas*, así como a otras actividades de CCC (grupo expuesto) respecto a los comportamientos de HSH que no habían estado expuestos (grupo de control). Los principales resultados estadísticamente significativos son los siguientes:

Reducción en el número de parejas sexuales en HSH:

- La exposición a una de las campañas o actividades del programa tuvo una reducción promedio aproximada de dos a tres parejas casuales con quienes tenían sexo o penetración anal.
- Una alta exposición a la campaña *Acaba Seguro* resultó en una disminución promedio de ocho parejas casuales.
- La exposición al programa redujo el número de parejas casuales con quienes los HSH tuvieron sexo anal entre un 22 y 53 por ciento (los números varían dependiendo del modelo estadístico considerado) cuando se les comparó con el grupo de control.

Uso del condón en los 12 meses previos a la encuesta de HSH:

- Los individuos que estuvieron expuestos a las campañas y actividades del programa CCC redujeron en cinco el número de veces en que no usaron condones, lo que equivale a que aumentaron el uso del condón.
- El grupo expuesto usó un condón entre 30 y 59 por ciento (los números varían dependiendo del modelo estadístico considerado) más que el grupo de control.

Para el **uso de condón durante el último encuentro sexual**, los individuos expuestos a alguna de las intervenciones de CCC (campañas u otras actividades) presentaron una mayor probabilidad de haber usado un condón durante su último encuentro sexual en alrededor de un 5 por ciento más, en comparación con las personas que no fueron expuestas a alguna de las intervenciones de CCC.

Para el hecho de **llevar condones consigo**, los individuos que habían estado expuestos a una intervención o campaña del programa de CCC aumentaron su probabilidad de llevar consigo un condón entre un 19 y 45 por ciento (los números varían dependiendo del modelo estadístico utilizado) con respecto a los individuos que no habían estado expuestos a la intervención. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la probabilidad de llevar condones es todavía baja en el grupo expuesto (de 5.5 por ciento a 9.4 por ciento).

Para las **pruebas de VIH**, en promedio, el programa aumentó el número de veces que un individuo se había hecho la prueba de VIH entre un 14.9 por ciento y 76.5 por ciento (los números varían dependiendo del modelo estadístico considerado).

7. RECOMENDACIONES

Este documento hace las siguientes recomendaciones:

Estrategias innovadoras de intervención: Considerar nuevas estrategias y mejores prácticas. Por ejemplo, una clínica móvil para trabajadoras sexuales apoyada por la Universidad de California demostró ser un proyecto prometedor en Mexicali. Explorar intervenciones estructurales claves como la eliminación de las pruebas de VIH obligatorias para las y los trabajadores sexuales. La eliminación de las pruebas obligatorias puede promover el asesoramiento y pruebas voluntarias en esta población. Buscar siempre formas proactivas de adaptar las estrategias de prevención, como la técnica de entrevista motivacional de Tom Patterson usada en las ciudades fronterizas del norte de México, o la Metodología PEER usada en América Central y el Caribe.

Estudio de factibilidad para los programas de agujas y jeringas: En julio de 2010, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR) emitió nuevas directrices para la prevención del VIH en las PID. Las nuevas directrices fomentan un “paquete integral de prevención del VIH” para PID, que incluye programas de agujas y jeringas, así como estrategias de reducción del daño previamente no permitidas por el PEPFAR. De acuerdo con las directrices revisadas, “los programas de agujas y jeringas (PAJ) no aumentan el número de personas que comienzan a inyectarse drogas o aumentan la frecuencia del uso de drogas” y “los estudios han mostrado que los PAJ resultan en disminuciones de comportamientos de riesgo relacionados con las drogas” (PEPFAR, 2010). La futura programación en México debe usar el cambio en las directrices como una oportunidad para explorar la factibilidad de PAJ financiados por USAID.

Desarrollo de comportamientos meta y mensajes de CCC para grupos de alto riesgo específicos: En 2005, el PEPFAR introdujo una nueva norma indicando que al menos dos tercios del total de fondos para prevenir la transmisión sexual del VIH deben aplicarse a la promoción de mensajes de AB. La tercera parte remanente de dinero, para la prevención de la transmisión sexual del VIH debe gastarse en condones y actividades relacionadas.

Estos requerimientos de gasto condujeron al uso inapropiado de mensajes de AB con poblaciones de alto riesgo en México, según se describe en la tabla 6. Setenta y uno por ciento de las personas contactadas con actividades de CCC entre 2007 y 2009 recibieron mensajes como el uso correcto y consistente del condón, uso de lubricantes a base de agua, uso de agujas limpias y ventajas de hacerse la prueba de VIH, mientras que las actividades remanentes del programa se concentraron en mensajes de AB para grupos de alto riesgo.

Los mensajes a la medida para los comportamientos sexuales de alto riesgo deben aumentarse al 100% en todas las actividades del programa y apoyarse con una adecuada distribución de condones. Los mensajes de reducción del daño y agujas limpias pueden ahora ser apoyados con programas de agujas y jeringas. Los programas futuros de prevención del VIH para poblaciones de alto riesgo, como las y los trabajadores sexuales,

HSH y PID, deben seleccionar estrategias basadas en evidencia y mensajes apropiados localmente que no sean obstaculizados por enfoque obsoletos o inefectivos.

Evaluación de la disponibilidad de condones en el programa de sitios no tradicionales: El programa para aumentar los puntos de venta de condones en sitios no tradicionales y el programa de CCC para cambiar los comportamientos de riesgo de las personas que están en mayor riesgo de infección por VIH, incluido el MSC, se implementaron en paralelo, pero no estaban coordinados. Esta práctica gerencial ha sido señalada en programas de USAID en más de un país. Sería útil para futuras labores de planificación una mayor evaluación de estas dos estrategias de promoción de condones y de la forma en que podrían implementarse como una sola estrategia en México.

Monitoreo y evaluación de programas. Un mejor registro de datos de los programas debe ser obligatorio. USAID debe implementar verificaciones rutinarias de datos programáticos para el próximo programa de prevención del VIH. Las encuestas de comportamiento de línea de base y de línea final deben estar correctamente planificadas y fundamentadas desde el principio del programa, con el fin de permitir la comparación. Contar con poblaciones claramente definidas, con una metodología de muestreo bien diseñada y con pruebas de VIH permitirá que el próximo programa de prevención sea evaluado utilizando encuestas de comportamiento.

Cobertura del programa: Con base en evidencia anecdótica, sabemos que el programa de CCC fue contactando a las mismas personas con los mismos materiales una y otra vez, lo cual puede conducir a una saturación del mensaje. Con el fin de aumentar la calidad de las intervenciones, los futuros programas deben utilizar las sólidas relaciones establecidas con poblaciones meta previamente identificadas, para introducir nuevas estrategias de prevención, nuevos materiales y nuevos mensajes que se ajusten a las necesidades de cada población local, tal y como se indicó en la primera recomendación. Una vez que se ha establecido una programación de calidad y un sólido proceso de monitoreo y evaluación en sitios claves, la expansión geográfica es posible.

Los gobiernos locales y nacionales han sugerido las siguientes propuestas: en el estado de Veracruz, aumentar el alcance del programa a Boca del Río, que es parte del área metropolitana de la ciudad de Veracruz; y considerar la incorporación de Coatzacoalcos, San Andrés, Cosamaloapan y Tierra Blanca. Comenzando a partir del trabajo en Mexicali, considerar la inclusión de Kilómetro 53, que está en la frontera con Sonora. Manteniendo la base en la Ciudad de México, considerar el cambio de intervenciones hacia las misiones más alejadas del centro de la ciudad y que tengan una menor presencia de otras organizaciones, así como incorporar municipales circundantes en el estado de México en donde otras organizaciones no están trabajando (o llegar a acuerdos con las organizaciones existentes para actuar de manera asociada, con el fin de evitar el traslape en el trabajo que se esté realizando).

Poblaciones meta: Dar prioridad a las PVV, TSF, TSM, HSH y PID. Considerar la expansión de programas a las comunidades transgénero y poblaciones privadas de la

libertad, pero tener en mente que se requieren nuevas estrategias de prevención para las nuevas poblaciones meta.

PVV: Los programas para PVV deben incluir servicios integrales de apoyo. El PEPFAR utiliza el término “prevención con positivos” (PcP) para describir un paquete mínimo de servicios. La PcP incluye la provisión de información a las personas VIH-positivas sobre las formas en que pueden proteger su propia salud, alentar y asesorar a las personas VIH-positivas sobre cómo prevenir la transmisión del VIH, promover el uso y proveer condones a las personas VIH-positivas sexualmente activas, desarrollar estrategias para aumentar la adherencia a la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos y los regímenes de tratamiento terapéutico, dialogar con todas las personas VIH-positivas acerca de las estrategias para revelar su estado serológico a sus parejas sexuales y ofrecer pruebas de VIH confidenciales a las parejas sexuales y a los hijos de todas las personas que viven con el VIH y el SIDA.

Investigación de campo sobre poblaciones transgénero: Con el fin de explorar la necesidad y factibilidad del trabajo con poblaciones transgénero, debe considerarse la investigación cualitativa a pequeña escala.

Adolescentes y gente joven: No se recomienda para los programas de USAID dirigir esfuerzos hacia estas poblaciones vulnerables porque otras agencias están proveyendo programas para ellas. Cuando se trabaja con una población general amplia, se requiere de importantes recursos para obtener cambios evidentes en comportamiento y en la prevalencia del VIH.

Relaciones con autoridades de VIH y SIDA a nivel nacional, estatal y local: Con la meta de utilizar mejor los recursos para proveer un máximo de cobertura y calidad, se recomienda encarecidamente que la agencia implementadora a cargo de conducir las actividades sea empoderada y se le solicite coordinarse con los gobiernos locales y nacionales. Las autoridades gubernamentales del país anfitrión tienen un mejor conocimiento de las características de la epidemia, las necesidades de la población y del correspondiente trabajo de prevención que esté siendo realizado por otras organizaciones. Adicionalmente, el trabajo coordinado permitirá que la agencia que esté conduciendo las actividades disminuya los problemas con la policía y los propietarios de negocios. Una sólida relación con las autoridades sanitarias proporcionará referencias apropiadas.

Referencias

- Alvarado-Esquivel, C., Sablon, E., Martínez-García, S., Estrada-Martínez, S. (2005) Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiol Infect.* 133(4):679-85.
- CENSIDA (2009). *Casos Acumulados de Sida por edad y sexo*. Consultado el 3 de agosto, 2009. Sitio Web: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/05_Edad_y_Sexo.pdf
- CENSIDA (2009). *Propuesta del Mecanismo Coordinador de México al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA*. Ronda 9. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/mex_app_r9_3_5.pdf
- Flores-Sánchez, G., López-Leal, F., Uriegas-Camargo, S., Magis-Rodríguez, C. (2002) VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables en Ceresos de Tamaulipas, VIII Congreso Nacional Sobre SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Veracruz: PD
- Gayet, C., Magis-Rodríguez, C., Sacknoff, D. y Guli, L. (2007), *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. Ciudad de México: CENSIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
- Magis-Rodríguez, C. (2009) Situación del VIH/SIDA en la frontera norte de México, en Rangel, G. y Hernández, M. (coord.) *Condiciones de salud en la frontera norte de México* (pp.221-242) México: El Colef, Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Magis-Rodríguez, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P., De Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. Ciudad de México: CENSIDA.
- Patterson, T., Goldenberg, S., Gallardo, M., Lozada, R., Semple, S., Orozovich, P., Abramovitz, D., Strathdee, S. (2009) Correlates of HIV, sexually transmitted infections, and associated high-risk behaviors among male clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *AIDS*. 23(13):1765-71.
- PEPFAR. (2010). *Comprehensive HIV Prevention for People who Inject Drugs, Revised Guidance*. Washington., DC: Office of the Global AIDS Coordinator
- Pollini, R., Alvelais, J., Gallardo, M., Vera, A., Lozada, R., Magis-Rodriguez, C., Strathdee, S.(2009) The harm inside: injection during incarceration among male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Drug Alcohol Depend.* 1;103(1-2):52-8. Epub 2009 Apr 21.
- Prochaska, JO; Velicer, WF. (1997). [The transtheoretical model of health behavior change](#). *Am J Health Promot* Oct;12(1):38-48.

PSI Mexico (2009): HIV/AIDS Prevention Program. TRaC Study Evaluating Condom Use Among Men Who Have Sex With Men in Mexico City, Veracruz, Cancun and Guadalajara. Second Round

PSI Mexico (2008). Comportamientos de Riesgo y Factores Asociados entre Usuarios de Drogas Inyectables en Mexicali y San Luis Rio Colorado

PSI Mexico (2007): HIV/AIDS Prevention Program. TRaC Study Evaluating Condom Use Among Men Who Have Sex With Men in Mexico City, Veracruz, Cancun and Guadalajara. Baseline

Ritieni, A., et al. (2005). *Prevalence of HIV and Risk Behaviors among Young Latino MSM in the Imperial, California-Mexicali, Mexico, Border Region*, Natl HIV Prev Conf, Atlanta. 12 al 15 de junio de 2005, abstract núm. M3-B0203.

Ruiz, J.D. et al. (2006). HIV prevalence and risk behaviors among young Latino MSM in San Diego, California and Tijuana, Mexico. Poster Exhibition: The XIV International AIDS Conference: Abstract no. MoPeC3441.

Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS*. Ciudad de México: Secretaría de Salud

Zárraga, M., De la Fuente, L., García, F., Montemayor, J. (2009, noviembre) Prácticas de riesgo, conocimientos y mitos acerca de la infección por el VIH, en un grupo de hombres privados de su libertad por un lapso de 36 horas. *Revista Salud Pública y Nutrición* (4).