



ARTÍCULO ESPECIAL

Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México



Berenice Juan-Martínez^a y Lubia del Carmen Castillo-Arcos^{b,*}

^a División Ciencias de la Salud e Ingenierías, Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México

^b Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

Recibido el 10 de septiembre de 2015; aceptado el 17 de noviembre de 2015

Disponible en Internet el 23 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Determinantes sociales de la salud;
Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida;
Mujer;
Comunidades indígenas

KEYWORDS

Social determinants of health;
Human immunodeficiency virus/Acquired immunodeficiency syndrome;
Women;

Resumen La vulnerabilidad al contagio del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede aumentar en base a determinantes sociales de salud (DSS) específicos, que también pueden afectar a la falta de adherencia a una conducta sexual sin riesgo y al acceso al tratamiento antirretroviral en las mujeres indígenas. En consecuencia, se hace necesario revisar, mediante este estudio de tipo documental, cuáles son esos DSS en el caso de un grupo de mujeres indígenas del norte de Oaxaca y cómo afectan estos aspectos, así como el papel relevante de la enfermería para su mejor abordaje. Los DSS se clasificaron en 3 niveles: macro (nivel socioeconómico, ingresos, migración y educación), meso (cultura, género y acceso a los servicios de salud) y micro (estilos de vida y adopción de sexo seguro). Las mujeres indígenas de escasos recursos se convierten en blanco fácil del VIH, al practicar comportamientos sexuales de riesgo de forma involuntaria. El profesional de enfermería es el personal clave que puede incidir en las conductas de las mujeres a través de intervenciones eficaces que ayuden a potenciar la autoconfianza y el empoderamiento, utilizando los recursos que la persona posee.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Social determinants of health associated to the human immunodeficiency virus of indigenous women in north Oaxaca, México

Abstract The vulnerability to the human immunodeficiency virus (HIV) infection may increase based on specific social determinants of health, which can also affect the lack of adherence to a safe sexual behavior and access to antiretroviral treatment in indigenous women. Consequently, it is necessary to review, through a documentary study, what are those determinants in the case of a group of indigenous women from the North of Oaxaca and how these aspects affect those women, as well as the important role of nursing for the best approach.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lubiacaastilloa@gmail.com (L.d.C. Castillo-Arcos).

Indigenous communities

Social determinants are classified into 3 levels: macro (socioeconomic status, income, migration and education), meso (culture, gender and access to health services) and micro (lifestyles and adoption of safe sex). Indigenous women with limited resources become easy targets of HIV by engaging in risky sexual behaviors inadvertently. The nurse is a key professional who can influence behaviors of women through effective interventions that help foster self-confidence and empowerment, using the resources that the person possesses.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A nivel internacional, diversos organismos como el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida (ONUSIDA) han recurrido cada vez más a la comprensión de la compleja red de factores sociales y estructurales que interactúan en la vulnerabilidad de la mujer al contagio del VIH, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS)¹. En este sentido, algunos autores respaldan que las intervenciones deben de ser enfocadas hacia los factores sociales, como la educación, las condiciones de vida, el desempleo y los ingresos económicos, entre otros, con el objetivo de abordar los ámbitos donde se producen los comportamientos de riesgo²⁻⁵.

En el contexto mexicano, desde el 2007, el gobierno ha implementado diversos programas destinados a incidir sobre los DSS y reducir las inequidades para asegurar el acceso a los servicios de salud de las personas que se encuentran en zonas marginadas y de grupos vulnerables como la población indígena^{6,7}.

Sin embargo, se requiere analizar cada contexto en particular para resolver las necesidades reales de cada persona; de este modo, el presente trabajo pretende revisar, a partir del análisis de contenido de documentos de referencia, cuáles son esos DSS en el grupo de mujeres indígenas del norte de Oaxaca. En este análisis se presentan los DSS desde 3 niveles: macro (nivel socioeconómico, migración y educación), meso (cultura, género y acceso a los servicios de salud) y micro (estilos de vida y adopción de sexo seguro), que pueden afectar la adherencia a una conducta sexual sin riesgo y al tratamiento antirretroviral en las mujeres indígenas que viven en la zona norte del estado de Oaxaca (Loma Bonita). Los datos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)⁸, del Diagnóstico de Salud de la Comunidad 2014⁹ y del Centro Estatal para la Prevención y Control del VIH/sida (COESIDA)¹⁰. El municipio está conformado por 58 localidades, con un total de 41.535 habitantes⁸, de los cuales 31.973 no tienen derecho a una seguridad social⁹. A nivel estatal, ocupa el sexto lugar en casos de VIH y a nivel local, las amas de casa figuran en el segundo lugar¹⁰.

Determinantes sociales asociados a la vulnerabilidad de la mujer indígena para el contagio del virus de la inmunodeficiencia humana

A continuación se describen los DSS asociados a la vulnerabilidad de la mujer indígena respecto al contagio del VIH en esta región.

Nivel macrosocial

Nivel socioeconómico: de acuerdo con la población adscrita al Centro de Salud Urbano, el 64% de las familias perciben un salario mínimo. Con respecto a la ocupación⁹, el 25% corresponde a las amas de casa, seguido por la clase obrera que ocupa el 23% y en tercer lugar los estudiantes, con un 19%. El desempleo creciente a nivel nacional, y los bajos ingresos hacen que esta población emigre a otros estados o países⁸, principalmente a los Estados Unidos¹¹⁻¹⁵.

La literatura científica demuestra que la salud depende de factores económicos, sociales y demográficos, tales como ingresos, educación, alimentación, vivienda y estilos de vida, entre otros^{2,3,16-18}. La mujer indígena, en su gran mayoría, tiene unos ingresos bajos, lo que se traduce en una mala calidad de vida, con todo lo que ello conlleva.

Migración: de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012)⁸, el municipio ocupa el cuarto lugar de migración, con un total de 23,9% de personas que migraron en busca de mejores oportunidades de vida. Este factor aumenta la vulnerabilidad de la mujer al contagio del VIH, debido a que el esposo, al llegar a otro país, realiza prácticas de riesgo, como el tener relaciones extramaritales con múltiples parejas sin el uso de preservativo; así como, posiblemente, compartir jeringas contaminadas para el suministro de drogas inyectables^{15,19,20}; al regresar a su lugar de origen, este tiene relaciones sexuales sin protección con su esposa y ejerce poder en la mujer, haciendo más difícil la negociación hacia el uso del condón^{11,21}.

Educación: de acuerdo con el INEGI en el 2012⁸, el 16,3% de la población no sabía leer ni escribir, el 19,7% no contaba con la primaria y el 24,1% no tenía la secundaria. En ese sentido, la falta de educación en las mujeres indígenas constituye una mayor vulnerabilidad de contagio del VIH, por no tener un acceso adecuado a la información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sobre la adopción de relaciones sexuales sin protección^{22,23}.

Nivel mesosocial

Cultura: en el municipio, el 39% de la población corresponde a personas indígenas de las etnias chinanteca, cuicateca y mazateca²⁴. Esta gran variedad étnica se manifiesta en todos los aspectos de la vida de las mujeres indígenas, restándoles autonomía al mostrar una actitud sumisa y permisiva, donde el hombre ejerce una relación de poder^{11,21}. Queda de manifiesto la influencia de género, ya que la mujer debe complacer los deseos y preferencias del esposo o pareja, «relegando los propios»²⁵.

Género: en las comunidades indígenas, el género y la sexualidad están marcados por el concepto sociocultural de dominio sobre la mujer. Lo esperado por el grupo, en estas comunidades, es que la mujer se someta a la esfera doméstica y a la reproducción²⁶, y que el varón se dedique al trabajo en el campo para llevar el sustento al hogar, sintiéndose con todo el derecho a que la mujer le obedezca. Esto afecta a la salud de la mujer indígena y aumenta su vulnerabilidad al VIH; ella concibe como correcta una idea de sumisión y subordinación al esposo^{22,26}, coartando su libertad de decisión en relación a la sexualidad.

Acceso a los servicios de salud: en la localidad, existen personas dedicadas a la «medicina tradicional» conocidos como curanderos, parteras y hueseros. El 10% de la población acude a ellos⁹ por razones relacionadas con el concepto mágico del proceso salud-enfermedad que aún predomina en estas comunidades indígenas. En el caso de la mujer, parece existir una relación de confianza hacia la figura del curandero, dificultándose así el acceso a un diagnóstico certero de ITS y a un tratamiento oportuno.

En relación con la terapia antirretroviral, los medicamentos son provistos de manera gratuita a través del Centro de Atención a Pacientes con Infección de Transmisión Sexual y Sida (CAPACIT)¹⁰; este también se encarga de llevar el control y el seguimiento de los pacientes portadores de VIH, lo que debería impactar favorablemente en la atención de la salud de la mujer indígena. Sin embargo, debido a la falta de confianza en el proveedor de salud, la mujer no acude a recibir atención médica.

Nivel microsocial

Estilos de vida (adicciones): en la localidad, se reporta un total de 362 familias que consumen alcohol, 277 de ellas lo realizan de forma ocasional y 85 lo consumen 2 veces a la semana⁹. Esta forma de consumo se encuentra marcada por el machismo que predomina en las familias de la región.

En relación al consumo de drogas, hay que considerar que el municipio tiene un porcentaje significativo de personas migrantes, y la evidencia a nivel internacional muestra que estas personas, al llegar a otro país, tienden a consumir drogas inyectables, poniéndolos en riesgo de contraer alguna ITS como el VIH y posteriormente, al regresar a su lugar de origen, infectan a su pareja, siendo una cadena de contagio y diseminación importante en este tipo de infecciones^{11,19,20}.

Adopción de sexo seguro: en las comunidades indígenas, no es común este tipo de práctica. El hombre tiene el concepto erróneo de que el preservativo disminuye el placer durante la relación sexual; se cuestiona que la mujer solicite al esposo o pareja que lo utilice, y quien lo hace es señalada como infiel o promiscua. Por otro lado, aunque el esposo haya sido infiel, la esposa da su voto de confianza y considera que él se protegió o simplemente, por el nivel bajo de educación, la mujer no concibe que haya riesgo de contagio de alguna ITS²¹. Esto dificulta aún más la capacidad de la mujer de negociar las relaciones sexuales con protección²⁷, e incluso son víctimas de violencia al ser obligadas a tener sexo sin su consentimiento.

Este punto, adoptar conductas sexuales seguras, es determinante para romper la cadena de transmisión y disminuir nuevas infecciones por VIH; sin embargo, el sexo sin

protección sigue siendo la principal causa de contagios. La proporción de mujeres con VIH ha aumentado progresivamente y la mujer indígena no es la excepción²⁸.

Conclusiones

Mediante esta revisión documental se ponen de manifiesto cuáles son los DSS que están incidiendo sobre la mujer indígena y, por consiguiente, generando un contexto de alta vulnerabilidad al contagio del VIH/sida, focalizados, finalmente, en una práctica de comportamientos sexuales de riesgo de forma involuntaria. Factores determinantes como el bajo nivel socioeconómico y educativo inciden en la falta de acceso a programas de salud específicos de prevención y control del VIH, manteniéndose estas mujeres en una situación continua de exposición a la infección.

Es necesario, por tanto, extrapolar las conclusiones de este análisis a contextos de similares características, de mujeres que viven en las zonas marginadas y de difícil acceso a los servicios de salud del país, en los que del mismo modo estén incidiendo esos DSS, para que los equipos profesionales de diferentes ámbitos (educativo, social, sanitario) puedan proveerlas de herramientas que les permitan empoderarse y proteger su salud.

En estos procesos de empoderamiento, el profesional de enfermería es un personal clave para incidir en el cambio de conductas y en la generación de estilos de vida saludables entre estos grupos de mujeres a través de intervenciones eficaces que ayuden a potenciar la autoconfianza y el empoderamiento, utilizando los recursos que la persona posee; así como, para plantear modelos de gestión del cuidado que permitan implementar estrategias eficaces en un primer nivel de atención, dirigidas a preservar la salud de la mujer indígena.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (beca 230083 y 45455).

Bibliografía

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Abordar las causas sociales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008 [Consultado 14 May 2015]. Disponible en: www.unaids.org.
2. Arrivillaga M. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Rev Latinoam Psicol.* 2010;42:225–36.
3. Tovar LM, Arrivillaga M. VIH/Sida y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2011;10:112–23.
4. German D, Latkin C. Social stability and HIV risk behavior: Evaluating the role of accumulated vulnerability. *AIDS Behav.* 2012;16:168–78.

5. Silva A, Segura E, Sandoval C, Girón M, Petrerá M, Cáceres C. Determinants of unequal HIV care access among people living with HIV in Peru. *Global Health*. 2013;9:1–9.
6. Salgado N, Guerra G. Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Publica Mex*. 2014;56:393–401.
7. Martínez A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35:264–9.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perspectiva estadística. Oaxaca. 2012 [Consultado 30 May 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/oax/Pers-oax.pdf
9. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud de Loma Bonita, Oaxaca. 2014.
10. Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (COESIDA). Oaxaca. 2014 [Consultado 31 May 2015]. Disponible en: <http://www.coesida.oaxaca.gob.mx/sites/www.coesida.oaxaca.gob.mx/files/panorama.pdf>
11. Hirsch J, Higgins J, Bentley M, Nathanson C. The social constructions of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *Am J Public Health*. 2002;92:1227–37.
12. Salgado N, González T, Infante C, Márquez M, Pelcastre B, Serván EE. Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a EU. *Salud Publica Mex*. 2010;52:424–31.
13. Stoney S, Batalova J. Mexican immigrants in the United States. Migration Information Policy Institute (MPI). 2013 [Consultado 25 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=935#1>
14. Juárez C, Márquez M, Salgado N, Pelcastre B, Ruelas M, Reyes H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35:284–90.
15. Shedlin M, Drucker E, Decena C, Hoffman S, Bhattacharya G, Beckford S, et al. Immigration and HIV/AIDS in the New York metropolitan area. *J Urban Health*. 2006;83:43–58.
16. Torres A, Knaut F. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la salud* [Consultado 28 Jul 2015]. Disponible en: <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/15-DeterminantesDelGasto.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan desigualdades en una generación: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008 [Consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh.finalreport.2008.execsumm.es.pdf
18. Arrivillaga M, Salcedo JP. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensam Psicol*. 2012;10:49–64.
19. Strathdee S, Davila W, Case P, Firestone M, Brouwer K, Perez S, et al. I live to inject and inject to live: High-risk injection behaviors in Tijuana, Mexico. *J Urban Health*. 2005;82 3 Suppl 4:iv58–73.
20. Rangel M, Martínez A, Hovell M, Santibáñez J, Sipan C, Izazola JA. Prevalence of risk factors for HIV infection among Mexican migrants and immigrants: Probability survey in the north border of Mexico. *Salud Publica Mex*. 2006;48:3–12.
21. Hernández D, García M, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización del SIDA en México. *Rev Saude Publica*. 2008;42:131–8.
22. Morales A, Barreda P. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Rev Saude Publica*. 2008;42:822–9.
23. Tovar LM, Arteaga F. Structural social determinants and catastrophic illnesses in municipalities in the Colombian department of Valle del Cauca. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35:60–6.
24. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población 2010-2050 [Consultado 10 May 2015]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/2010_2050/RepublicaMexicana.xlsl
25. Campero L. Soporte emocional y vivencias del VIH: impacto en varones y mujeres mexicanas desde un enfoque de género. *Salud Ment*. 2010;33:409–17.
26. Herrera C, Campero C. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica Mex*. 2002;44:554–64.
27. Campero L, Kendall T, Caballero M, Mena AL, Herrera C. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Publica Mex*. 2010;52:61–9.
28. Charania M, Crepaz N, Guenther C, Henny K, Liao A, Willis L, et al. Efficacy of structural-level condom distribution interventions: A meta-analysis of US and international studies, 1998-2007. *AIDS Behav*. 2011;15:1283–97.