



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Parrini-Roses, Rodrigo; Amuchástegui-Herrera, Ana; Carrillo, Héctor; Ojeda-Sánchez, Azucena
Aceptabilidad de la circuncisión masculina para la prevención del VIH por parte de migrantes
mexicanos

Salud Pública de México, vol. 55, núm. 4, 2013, pp. S485-S490
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10629684007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aceptabilidad de la circuncisión masculina para la prevención del VIH por parte de migrantes mexicanos

Rodrigo Parrini-Roses, M en E de G,⁽¹⁾ Ana Amuchástegui-Herrera, PhD,⁽¹⁾ Héctor Carrillo, PhD,⁽²⁾
Azucena Ojeda-Sánchez, M en Psic Soc.⁽³⁾

Parrini-Roses R, Amuchástegui-Herrera A,
Carrillo H, Ojeda-Sánchez A.

Aceptabilidad de la circuncisión masculina para
la prevención del VIH por parte de migrantes mexicanos.
Salud Pública Mex 2013;55 suppl 4:S485-S490.

Resumen

Objetivos. Explorar factores culturales que inciden en la aceptabilidad de la circuncisión masculina como estrategia de prevención del VIH en comunidades de migrantes en México. **Material y métodos.** Estudio cualitativo mediante entrevistas a profundidad a 20 varones, a 5 mujeres parejas de migrantes y a 5 profesionistas de la salud, en dos comunidades rurales de Michoacán. **Resultados.** Aunque los varones aceptarían la circuncisión en caso de prescripción médica, existe un desconocimiento casi total del procedimiento, lo cual genera reacciones de temor y desconfianza. Esto sugiere una distancia entre aceptar y llevar a cabo dicho método. El personal médico consideró ambigua su promoción en comunidades rurales ante el desconocimiento sobre su efectividad y por falta de consentimiento informado. **Conclusión.** No existe antecedente cultural que pueda alojar la circuncisión masculina para prevención del VIH de manera positiva en la experiencia de los entrevistados.

Palabras clave: circuncisión masculina;VIH;migrantes;Estados Unidos; México

Parrini-Roses R, Amuchástegui-Herrera A,
Carrillo H, Ojeda-Sánchez A.

Acceptability of male circumcision
for HIV prevention among Mexican migrant men.
Salud Pública Mex 2013;55 suppl 4:S485-S490.

Abstract

Objectives. To explore cultural factors that influence the acceptability of male circumcision as a strategy for HIV prevention in migrant communities in Mexico. **Materials and methods.** Qualitative in-depth interviews with 20 men, 5 female partners of male migrants, and 5 health professionals in two rural communities in Michoacan. **Results.** Although male immigrants would accept circumcision if recommended by a doctor, they know almost nothing about what the procedure involves, which generates fear and distrust. As a result, there is considerable distance between theoretically accepting the practice and actually becoming circumcised. Medical staff also expressed ambivalence about promoting male circumcision in rural communities in light of little knowledge about its effectiveness and concerns about informed consent. **Conclusion.** Based on the experiences of our interviewees, currently there are no cultural interpretations that would effectively facilitate the promotion of male circumcision for the prevention of HIV.

Key words: male circumcision; HIV; migrants; Estados Unidos; Mexico

(1) Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.

(2) Sociology and Gender Studies, Northwestern University. Illinois, EUA.

(3) Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Fecha de recibido: 15 de abril de 2012 • **Fecha de aceptado:** 7 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Rodrigo Parrini Roses. Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Callejón del Toro 21, Barrio de la Concepción, Coyoacán 04000, México DF.

Correo electrónico: rodparrini@gmail.com

Estudios recientes realizados en África han mostrado que la circuncisión masculina (CM) es un método de protección parcial en la transmisión del VIH de mujer a hombre, con efectividad aproximada de 60%.¹⁻³ Dada su relevancia, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida) emitió en 2007 recomendaciones internacionales para la promoción de este método, bajo la garantía de su aceptabilidad, confidencialidad, accesibilidad y seguridad, en un marco de respeto y consentimiento informado.⁴ Aunque estudios experimentales, observacionales y empíricos en distintos países apoyan la implementación de la CM,^{3,5} se ha debatido la ambigüedad de las tres pruebas clínicas realizadas en Sudáfrica, Kenia y Uganda, así como los desafíos de infraestructura que implica su implementación, como medida de salud pública para países en desarrollo.⁶⁻¹⁰ Otros autores critican el carácter parcial de la protección que brinda y, por tanto, la necesidad de continuar la promoción del uso de preservativos.¹¹⁻¹³ Se han analizado también las repercusiones de la CM en la sexualidad y el género y, particularmente se cuestionan los beneficios que traería a las mujeres,¹⁴⁻¹⁷ así como la falta de evidencia en la protección para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).^{18,19}

Dado que la eficacia de la CM dependerá, en parte, de su pertinencia cultural, se requieren estudios sobre su aceptabilidad, tomando en cuenta los contextos específicos de los significados y las prácticas sexuales. En este sentido, si bien una estimación global en 2006 determinó que 30% de los hombres estaban circuncidados por razones religiosas, culturales o médicas, en América Latina ésta no era una práctica generalizada (menos de 20%) y se concentraba en poblaciones urbanas.²⁰

Las poblaciones móviles han sido foco de atención debido a su vulnerabilidad estructural y su incidencia en la diseminación del VIH/sida.²¹⁻²³ Para el año 1999, estudios cuantitativos mostraron, que mientras hombres y mujeres no migrantes habían tenido un promedio de 1.8 y 1.2 parejas sexuales respectivamente, quienes migraron tuvieron 3.3 y 1.5 parejas.²⁴ Se ha señalado que los inmigrantes mexicanos que trabajan en Estados Unidos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer VIH que la población general de ese país, debido a una condición estructural de riesgo.²⁰ Por lo cual, si la CM es un método de prevención parcial para hombres con prácticas heterosexuales, los migrantes mexicanos con parejas y familias estables en México serían una población clave para la intervención.

Este artículo presenta algunos hallazgos significativos correspondientes a México de una investigación binacional orientada a establecer los vínculos entre la CM como método de prevención del VIH y las cons-

trucciones culturales generadas por dicho método, en poblaciones migrantes a Estados Unidos.

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo de carácter exploratorio,²⁵ cuyo interés fue producir datos sobre construcciones culturales, experiencias y prácticas²⁶ sobre el cuerpo, la masculinidad y la sexualidad entre migrantes. La investigación se realizó en los municipios de Nahuátlzen y Ziracuarétilo, en el estado de Michoacán. Se eligieron tales localidades por recomendación del personal del Programa Estatal de VIH/sida, pues se trata de poblaciones con alta incidencia de migración a Estados Unidos. Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad²⁷ a 20 hombres migrantes con experiencia de migración a California en los últimos 10 años, a 5 mujeres parejas de hombres migrantes, a 4 médicos (2 mujeres y 2 varones) y a una enfermera, adscritos a clínicas comunitarias. El acercamiento con los participantes provino de informantes clave: una enfermera en Nahuátlzen, y una promotora de salud en Ziracuaretiro. Dado que el estudio se realizó en comunidades pequeñas, hubo dificultades para abordar temas del cuerpo y sexualidad, ya que en un contexto donde todos se conocen entre sí, hablar de la vida íntima tendría consecuencias de estigmatización.

El análisis de los datos incluyó la construcción de categorías, en función de las entrevistas: cuerpo, genitales, sexualidad, circuncisión, conocimientos, reacciones, creencias. Además se recurrió al software para el análisis cualitativo de datos Atlas.ti.

El protocolo de la investigación fue revisado por el Comité de Evaluación Ética del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida). El consentimiento informado de los participantes se obtuvo de acuerdo con los "Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos", de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Nahuátlzen y Ziracuarétilo son pequeñas comunidades de indígenas purépechas que tienen una tradición de migración a Estados Unidos, debido a sus precarias condiciones económicas. Las principales fuentes de trabajo (agricultura, carpintería y albañilería) son inestables e insuficientes. Dado el temprano inicio de la vida conjugal y reproductiva, los varones, desde muy jóvenes, están obligados a buscar recursos económicos para sostener a sus familias y se someten a condiciones adversas de trabajo durante su estancia en el país vecino.

“La enfermedad viene del otro lado”. VIH/sida, vulnerabilidad y riesgo

Para los migrantes entrevistados el VIH también migra: “viene de allá”, de Estados Unidos, no sólo porque “allá” sitúan al virus, sino porque sus prácticas y parejas sexuales también son distintas en contraste con las de sus lugares de origen.²⁸

Allá hay un chingo de sida y todo eso pues de las mujeres, hay mucho. Y allá es... es de allá donde viene uno ya... todo desecho pues ya cuando se junta con una mujer allá... le va arriesgando uno, y ya para venir acá con la familia con esa enfermedad, pos no. (Alfredo, 26 años, albañil)

El proceso migratorio no necesariamente produjo transformaciones en la construcción subjetiva de la masculinidad y la sexualidad. La masculinidad se mantuvo ligada al trabajo y la responsabilidad de la manutención familiar, los migrantes se vieron sometidos a jornadas laborales extenuantes, en condiciones precarias. En este contexto, algunos espacios de sociabilidad permitían un “desahogo” y por tanto fueron clave para aumentar el riesgo de exposición al VIH; la asistencia a bailes y eventos donde era frecuente el consumo de alcohol y drogas favorecía el consumo de trabajo sexual:

Mire, cuando llegan las mujeres, casi la mayoría, es tiempo que ya estamos descansando y ya estando medio [intoxicados]... ya ni piensan en nada, ya dicen... y más si aquella mujer está más o menos, o ya tanto tiempo sin mujer: “Ya lo que venga”, ya no piensan en nada, ya dicen: “Conmigo y órale, y ahora yo”, es más, hasta le hacen fila a una sola mujer. (...) Las mujeres llegaban ya como a la nochecita, y ya algunos ya estábamos borrachitos o unos drogados, ¿qué le van a pensar? No piensan en nada, hasta el otro día dicen: “¡Chin!, no usé nada”. (Marcos, 39 años, comerciante)

Como muestra este testimonio, los entrevistados tienen información sobre el condón como método de prevención del VIH, y por ello reconocen que en las condiciones arriba descritas su uso se dificulta considerablemente, a pesar de que están conscientes del riesgo.

Hipótesis sobre la CM: amenaza contra la integridad corporal y la masculinidad

La circuncisión es prácticamente desconocida para las mujeres y hombres participantes en el estudio: sólo dos varones y una mujer tenían alguna información, y uno

más creía estar circuncidado. Durante la entrevista se les preguntó si conocían en qué consistía este procedimiento y respondieron con hipótesis que demuestran su desconocimiento y su extrañeza ante él, pero que son ilustrativas del contexto simbólico en el que se llevaría a cabo la intervención:

Es cuando una persona tiene el pene pegado con el... con el cuerito, ¿no? O sea que le rompen el... como una vejiga, ¿no? (Juan, 57 años, campesino)

Yo pienso que la circuncisión es... pues, nada más porque sale uno pegado así pues, y tiene que bajar del cuerpo. (Facundo, 37 años, taxista)

Nada más pues... sobre la circuncisión pos la mera verdad, nomás he escuchado y lo he leído pues nomás en la Biblia pues, pero así no... no tengo ningún comentario... (Jesús, 36 años, carpintero)

Además de la pregunta abierta, la entrevista incluyó una explicación del procedimiento para su discusión posterior:

[La CM] es una intervención quirúrgica que se realiza a los varones. En su pene tienen un pellejito por donde está la cabeza del pene: eso se llama prepucio. Y entonces cuando tienen alguna complicación o por cuestiones de higiene se les recomienda que se les realice la circuncisión.

Las reacciones de los entrevistados a esta explicación fueron de rechazo, temor y hasta horror, e indican que consideran la CM como una mutilación; literalmente como una castración. Los efectos se evalúan de manera negativa, pues el procedimiento actuaría directamente sobre las prácticas y las construcciones sexuales que sostienen la masculinidad: la erección, el placer y la fertilidad. Inicialmente, se le confunde con la vasectomía:

Aquí pocos lo aceptarían porque realmente existe esa palabra de que: “soy muy hombre, ¿cómo me van a hacer eso?” “Yo soy macho y quiero tener hijos y quiero tener más mujeres y quiero andar con más mujeres”. (Marcos, 39 años, comerciante)

O sea, de la circuncisión supuestamente... le mochan a uno un nervio para no poder ya engendrar familia. (Teodoro, 40 años, campesino)

Por otro lado, la castración imaginada amenazaría también la capacidad erétil y con ello la experiencia del placer, procesos corporales fundamentales para la construcción de identidad masculina:

Pues no sería lo mismo si se la cortan a uno ¿o sí?

Un malentendido básico: la CM como fractura discursiva

Durante las entrevistas, reiteradamente apareció un desencuentro entre el lenguaje médico y el de los participantes. Mientras que el lenguaje sexual local es muy cotidiano, está poblado de dobles sentidos y es indirecto en relación con los genitales, el discurso médico es directo, técnico y prescriptivo. Los entrevistados utilizan el humor y se expresan en términos eróticos acerca del pene, el lenguaje médico es sumamente formal y enfatiza la higiene y el cuidado del órgano sexual masculino. Por un lado la experiencia, la sensación y la cercanía, y por otro la abstracción, la técnica y la ajenidad. Así, el pene del que hablan los participantes no equivale simbólicamente al del discurso médico. La circuncisión, entonces, puede operar como una especie de *síntoma* de desencuentro entre dos formas muy diferentes de entender, interpretar y describir la sexualidad.

Las disonancias se encuentran también en las formas en que la cultura sexual local y el saber médico se aproximan concretamente a los genitales masculinos. Mientras que para la primera los genitales son órganos que no se muestran debido a prohibiciones culturales sostenidas en emociones como vergüenza, pudor y recazo, la CM necesariamente los exhibe y los expone y, en contraste con las emociones mencionadas, privilegia el cálculo, la previsión y la higiene. Para los entrevistados el cuerpo es un campo indivisible de experiencias y sensaciones, mientras que para el saber médico es más bien un conjunto de partes. Por ello, el pene condensa, en el contexto local, una serie de significados en torno a la sexualidad y la identidad, mientras que la aproximación médica lo segmenta del resto del cuerpo.

“Aceptabilidad” de la CM: institución médica, sometimiento y resistencia

En las entrevistas se aprecia la complejidad que implica la “aceptabilidad” de la CM; si bien los entrevistados declaran que la aceptarían si fuera prescrita por un médico, en sus relatos y opiniones aparecen múltiples resistencias y obstáculos basados en los procesos discutidos arriba. Es decir, hay una “aceptabilidad declarada” en tanto existe cierto sometimiento a la institución médica, pero al mismo tiempo se muestra una “resistencia actuada” surgida de la suspicacia ante la CM:

Entrevistadora: Si te recomendaran los médicos que te hicieran la circuncisión por diferentes factores, ¿te la harías?

Carlos: Pus si dijeran... pus sí.

E: ¿Qué preguntas tendrías para el personal médico?

C: Pus nomás qué desventajas puede haber en eso también. Si se la cortan queda igual o si seguiría siendo lo mismo, ¿no?

E: Cuando dices que se la cortan, ¿te refieres a que puede reducir el tamaño?

C: Pues sí, ¿no?, ¿sería lo mismo si se la cortan a uno? Me quedaría con la duda, pues si le quitan esas partes, que ya no sea lo mismo en el placer, yo pienso; porque si nos mocharan ahí, el cuerito, ya quedaría abajo, ¿no?, ya no se estiraría pa’arriba y ya no sería lo mismo. (Carlos, 26 años, hace mandados)

Además, del miedo a la mutilación –material y simbólica–, se evidencia una dificultad para comprender el funcionamiento de la CM como mecanismo de prevención del VIH, ya que se desconoce completamente la fisiología de la piel y el efecto queratinizante de la CM sobre el glande. Los entrevistados comparan al condón con la CM una y otra vez, y se inclinan invariablemente por aquél. Las razones pueden relacionarse con que el condón concuerda totalmente para ellos con la explicación de la infección por contacto físico:

[La prevención del VIH] sería más el condón, ¿no? Porque ya no entraría más en mí la infección, ya protegería más que... yo pienso que si nomás le... mocharan a uno quedaría lo mismo, la infección se pegaría de todos modos. En cambio, con el condón, pus no. Yo siento que habría más riesgo con eso, mochándolo más. (Carlos, 26 años, hace mandados)

No hay relación entre el condón y la circuncisión, porque el condón es para prevenir el VIH y la circuncisión es una... no tiene nada que ver. Yo pienso que [el virus] no entra por el pellejito... yo creo que entra por el hoyo [la uretra], ¿no?, no entra por... ‘ora sí que por el... pues el pene, sino que entra... por medio de la vejiga, vía del hoyo entra así directo, o sea que el pellejito [no tiene] nada que ver. (Facundo, 37 años, taxista)

El personal de salud, por su lado, también carece de la información indispensable sobre el potencial preventivo de la CM contra el VIH. Cuando se les comentó sobre los estudios correspondientes y sobre la posibilidad de implementarlo como política pública, se mostraron incrédulos sobre los hallazgos recientes, aunque afirman que estarían dispuestos a fomentarlo entre la población como una medida preventiva más, en caso de ser instruidos así por las autoridades. No obstante, todos los médicos entrevistados contemplaron otros factores de riesgo:

La circuncisión en sí no te va a disminuir la frecuencia del VIH, ya que sabemos que la transmisión del VIH pues

es de otro tipo, la circuncisión a lo mejor puede ayudar en algo, pero ya sabemos que el contacto de secreciones, que de agujas, de transfusión sanguínea y el contacto sexual sin protección transmite el VIH, entonces pues el único método para evitar el VIH es el condón. (Andrea, 29 años, médica)

Discusión

Según los resultados de esta exploración, la CM como estrategia preventiva resulta totalmente ajena para esta población y cuestiona y amenaza las construcciones simbólicas centrales para la sexualidad y la identidad masculina.

Existe una tensión encontrada entre el saber médico que promueve la CM y el saber sobre el cuerpo, la masculinidad y la sexualidad que estos varones elaboran. Si bien cuando se trata de salud-enfermedad, los varones depositan el saber en la institución médica, ante la CM permanecen suspicaces y desconfiados. Su desconocimiento y los malentendidos generados por la disonancia entre los lenguajes y saberes mencionados configuran un campo problemático para afirmar la posibilidad de un consentimiento informado.

Si bien los varones migrantes podrían ser una población clave para la implementación de la CM como método preventivo del VIH, la ausencia de una conciencia clara del riesgo que experimentan durante el proceso migratorio, implica que a su retorno se sumergen en las construcciones locales sobre sexualidad, masculinidad y fertilidad y exigen con frecuencia que los encuentros sexuales con sus parejas sean sin protección.²⁹ Por ello, si el uso del condón es errático, las mujeres parejas de migrantes circuncidados podrían beneficiarse al reducirse la posibilidad de infección a través de sus compañeros.

Por todo lo anterior es imprescindible la producción de investigación cualitativa acerca del posible papel de la CM para la prevención del VIH antes de adoptarla como medida de salud pública.

Conclusión

La aceptabilidad de la CM es un proceso más complejo que el descrito en otros estudios.¹⁻³ Si bien podría ser un método adecuado para los hombres migrantes, las políticas públicas que lo promuevan sólo serán exitosas con un conocimiento cabal de las condiciones estructurales –materiales, culturales y subjetivas– en las que viven.³⁰

Los estudios que afirman una alta aceptabilidad de la CM en el mundo han tenido un corte primordialmente cuantitativo. Sin embargo, estas investigaciones

no pueden reflejar tal potencial de aceptación pues existen factores culturales y subjetivos que no han sido considerados para evaluar su efectividad en poblaciones con epidemias concentradas.

Por otro lado, hay que considerar la relación que los hombres rurales entablan con las instituciones médicas, dado que el procedimiento se realizaría en ese contexto. Así, haciendo una reflexión sobre la vasectomía (la intervención más cercana a la circuncisión), el personal médico indica que es infrecuente en las comunidades estudiadas, porque los varones acuden raramente a valoraciones médicas ordinarias. Este proceso puede ser un indicador importante del posible impacto de la promoción de la CM y la respuesta de los varones.

Para concluir, la CM como método preventivo del VIH es completamente extraña y ajena para los varones migrantes entrevistados, pues no existe una cultura donde se valore y se acostumbre este procedimiento, ni por razones médicas ni por razones religiosas. Resulta entonces fundamental continuar y profundizar las investigaciones al respecto.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Lukobo M, Bailey R. Acceptability of male circumcision for prevention of HIV infection in Zambia. *AIDS Care* 2007;19:471-477.
2. Scott B, Weiss H, Viljoen J. The acceptability of male circumcision as an HIV intervention among a rural Zulu population, KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care* 2005;17:304-313.
3. Westercamp N, Bailey R. Acceptability of male circumcision for prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A review. *AIDS Behavior* 2007;11:341-355.
4. UNAIDS. Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive HIV prevention programming. Guidance for decision-makers on human rights, ethical & legal considerations. Ginebra: UNAIDS, 2007.
5. Auerbach J, Hayes R, Kandathil S. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2006;938:43-78.
6. Macdonald A, Humphreys J, Jaffe H. Prevention of HIV transmission in the UK: what is the role of male circumcision? *Sex Transm Infect* (serie en internet). Junio de 2008 (consultado 18 de febrero de 2008);84:158-160. Disponible en: <http://sti.bmjjournals.org/content/84/3/158.full>.
7. Imrie J, Elford J, Kippax S, Hart G. Biomedical HIV prevention and social science. *Lancet* 2007;370:10-11.
8. Karim Q. Prevention of HIV by male circumcision. Effective but integration with existing sexual health services remains the biggest challenge. *BMJ* 2007;335:4-5.
9. Buve A, Delvaux T, Criel B. Roundtable: Delivery of male circumcision services: "Festina lente". *Reprod Health Matters* 2007;15:57-61.
10. Chandhiok N, Gangakhedkar R. Roundtable. The new evidence on male circumcision: an Indian perspective. *Reprod Health Matters* 2007;15:53-56.
11. O'Farrell N. Promoting circumcision for HIV-positive men. *AIDS* 2007;21:1985-1996.

12. Matovu J, Sempija V, Makumbi F, Gray R, Kigozi G, Nalugoda F et al. Roundtable. Sexually transmitted infection management, safer sex promotion and voluntary HIV counselling and testing in the male circumcision trial, Rakai, Uganda. *Reprod Health Matters* 2007;15:68-74.
13. Butler D, Odling-Sme L. Circumcision for HIV needs follow-up. *Nature* 2007;447:1040-1041.
14. Berer M. Roundtable. Male circumcision for HIV prevention: perspectives on gender and sexuality. *Reprod Health Matters* 2007;15:45-48.
15. Harrison D. Rethinking circumcision and sexuality in the United States. *Sexualities* 2002;5:300-316.
16. Canadian HIV/AIDS Legal network. Male circumcision and HIV prevention: a human rights and public health challenge. *HIV/AIDS Policy and Law Review* 2007;12:4-10.
17. Kalichman S, Eaton L, Pinkerton S. Male circumcision in HIV prevention. *Lancet* 2007;369:1597.
18. Fankem S, Shey W, Hankins C. Male circumcision and the risk of HIV infection in men who have sex with men. *Int J Epidemiol* 2008;37:353-355.
19. Vermund S, Qian H. Circumcision and HIV prevention among men who have sex with men: no final word. *JAMA* 2008;300:1698-1700.
20. World Health Organization. The global prevalence of male circumcision. WHO (internet) 2007 (consultado febrero de 2007). Disponible en: http://www.unaidsrtesa.org/userfiles/file/infopack_en_2.pdf
21. Magis C, Hernández M. Epidemiología del sida en México. En: 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: INSP, 2009:101-120.
22. Organización Internacional para las Migraciones. Documento expositivo de la OIM sobre el sida y la migración, 17 de octubre de 2002.
23. Organista KC, Balls-Organista P. Migrant laborers and AIDS in the United States: a review of the literature. *AIDS Educ Prev* 1997;9:83-93.
24. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RJ et al., eds. Sida en México. Migración, adolescencia y género. 2da. edición. México: Colectivo Sol, 1999:1-90.
25. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En: Strategies of qualitative inquiry. 2da edición. Thousand Oaks, EUA: Sage, 2003:1-45.
26. Castro, R. En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. Para comprender la subjetividad. México: Colmex, 1996:83.
27. Kvale, S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Londres: Sage, 1996.
28. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P et al. Migration and AIDS in Mexico. An overview based on recent evidence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37 suppl. 4:S215-S226.
29. Hernández-Rosete D, Maya O, Bernal E, Castañeda X. Migración y ruralización del sida: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. *Salud Pública* 2008;42:131-138.
30. Dowsett G, Couch M. Roundtable. Male circumcision and HIV prevention: is there really enough of the right kind of evidence? *Reprod Health Matters* 2007;15:33-44.