



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LINEAMIENTOS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE ATENCIÓN AL VIH/SIDA EN MÉXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
EDUARDO MORENO BAÑOS

TUTOR:
MTRO. CARLOS ARTEAGA BASURTO



CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA OBRA

Título

Un **síndrome** de amor

Perla Aydée

Actores principales, por orden de aparición

Dos ante quienes no soy **inmune**

Eduardo Arturo y Perla Luz

Escenarios

Tres que aminoraron mi **deficiencia**

Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM
Ser Humano

Actos

Cuatro de los que **adquirí** conciencia

Amigos, Querencias, Cómplices, Familiares

Actores de reparto

Cinco **antirretrovirales**

Carlos Moreno López
Luz María Baños Heras
Carlos Francisco Moreno Baños
Jorge Moreno Baños
Carlos Francisco Moreno García

Orquesta

Seis **células**

Director

Carlos Arteaga Basurto

Ritmos

Alejandro Chirino Sierra

Acordes

Rafael Sánchez Alavez

Melodías

Aída Valero Chávez

Armonías

Isaías Hernández Torres

Escalas

Jorge Hernández Valdés

Siempre estaré en ti, eres mi **enfermedad** curativa

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición en nuestro país el combate al virus de la inmunodeficiencia humana y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, fue más una lucha que han enarbolado organizaciones de la sociedad civil que el sector salud. Si bien en la actualidad no podemos esperar que el gobierno resuelva todo tipo de problemas, dada su incapacidad para conseguirlo, y se requiere de la colaboración activa de toda la sociedad, también es verdad que en el caso del VIH/SIDA no existe una participación generalizada –más allá del lugar común de que se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo o condición económica- ni lineamientos gubernamentales claros para enfrentar la pandemia, lo que deviene en críticas de carácter político, jurídico y social y, lo que es peor, se traduce en un abandono extenso y preocupante para su combate.

A lo largo de este trabajo se analizan los logros y restricciones de las líneas existentes, y que para efectos meramente prácticos denominaremos Programa. Se pretende especificar si se lleva a cabo satisfactoriamente un combate directo y frontal a una de las peores enfermedades que haya conocido el ser humano.

¿Es exitoso el combate al VIH/SIDA en México?, ¿Si lo es, en qué sentido tiene éxito?, Si no lo es, ¿a qué se debe que no sea exitoso?

Abordar tales cuestionamientos y construir las posibles respuestas, nos permitirá no sólo contribuir al análisis de una problemática particular del VIH/SIDA como pandemia y la forma en que se combate, sino también plantear nuevos derroteros que ayuden a explorar estrategias de intervención en política asistencial que tengan incidencia en la sociedad en general; así entonces, esta investigación tiene como objetivo el diagnosticar los logros, alcances y limitaciones de la lucha contra el VIH/SIDA en nuestro país.

De igual forma, a partir del diagnóstico, se busca precisar las probabilidades de que el programa de referencia sea llevado a cabo de manera adecuada y en el corto plazo, considerar los factores que motivan y dan secuencia al combate al VIH/SIDA, así como los elementos que intimidan su desenvolvimiento y sus posibilidades de continuidad.

En la inteligencia de que el trabajo se desarrolló a lo largo de 4 semestres, que corren a partir de febrero del 2008, estaríamos en posición de hacer una evaluación de la aplicación del Programa, que se ubicaría a finales del 2009, justo al término de la primera mitad del gobierno del actual Presidente de la República, cuya política en materia de salud se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y es referencia obligada en lo que atañe al mejoramiento de la calidad de vida, una de las dos grandes promesas planteadas por la administración de

Felipe Calderón. La otra se refería a la generación de empleos y, en ninguno de los casos, se han obtenido resultados satisfactorios.

Cabe mencionar que el presente proyecto se inscribe en el marco de un estudio explicativo, con la pretensión de establecer y evaluar los resultados de la lucha contra el VIH/SIDA en México, tomando como eje de referencia los propios lineamientos que aluden al combate de la enfermedad y que de un modo u otro han dificultado la posibilidad de un impacto real en el control –y hasta erradicación- de dicha enfermedad, partiendo de la política asistencial implementada por el Estado Mexicano.

Desde este momento se deja asentado que una verdadera estrategia asistencial, asumida como política de Estado, debe tener el objetivo de que existan más instituciones de apoyo social, asegurando que éstas brinden servicios de calidad, para consolidar el desarrollo humano sustentable y contar con indicadores a corto plazo para construir una evaluación de impacto, para mejorar la calidad de la asistencia, buscando que las directrices en la materia no dependan de vaivenes sexenales, pues sólo de esa forma se podría dar continuidad a una política de gobierno y, en su momento constituirse en política de Estado.

A decir de las recurrentes críticas de las que ha sido objeto el enfrentamiento al VIH/SIDA, especialmente por parte de los propios actores que tienen a su cargo el combate a distintos flagelos, la mayor dificultad que enfrenta la lucha es la de la inequidad en la asignación de recursos públicos, así como un equivocado uso de los mismos; en este sentido, podría creerse que un programa de salud en la materia tiene pocas probabilidades de coadyuvar en una verdadera política asistencial de Estado, sobre todo porque no cuenta con el respaldo social necesario para su sobrevivencia.

Como pocas iniciativas, es un programa que necesita de un amplio consenso público –hablando, entre otros, de los empresarios y sus organizaciones, así como de los líderes de opinión y las asociaciones religiosas– para funcionar correcta y eficientemente.

Sostenemos como hipótesis centrales que la posibilidad de que el combate al VIH/SIDA prospere y trascienda como política asistencial de Estado, dependerá de dos factores fundamentales:

- a) De que se institucionalice el Programa como política asistencial de Estado y su financiamiento sea permanente y en ascenso.
- b) Que logre ser apoyado y en él participen cada vez de manera más comprometida y formal tanto actores de la sociedad civil organizada, como de los sectores privado y, obviamente, del público, al igual que los académicos e investigadores del país.

Por otra parte, la hipótesis de investigación propuesta corresponde a las de tipo causal, conocidas también como de segundo grado, definidas como una conjetura científica (un enunciado) que, con fundamento en el conocimiento científico, trata de explicar una relación de dependencia causal entre dos o más variables del objeto de estudio. En este sentido, sostenemos que los factores por los cuales se ha dificultado el desenvolvimiento del combate al VIH/SIDA, tienen que ver con el hecho de que los lineamientos establecidos no se hayan constituido hasta el momento en una política de Estado, con financiamiento propio y permanente, sino que siga siendo simplemente una política gubernamental, que forma parte de una partida presupuestal cuyos recursos pueden ser –y lo son- eventualmente alterados.

Hacemos nuestra la afirmación del Maestro Carlos Arteaga, cuando expresa que “la hipótesis inicial se articula con un conjunto de supuestos interrelacionados que se contextualizan en las condiciones sociales generadas a raíz de los procesos de ajuste neoliberal en América Latina iniciados en la década de los años ochenta.”¹

Algunos factores también hacen referencia a la poca adhesión del sector empresarial mexicano, entre otros, debido a que no existen los incentivos suficientes para que los inversionistas puedan sumarse a una propuesta proveniente del gobierno federal; así como la escasa participación de la iniciativa privada en el apoyo financiero, como consecuencia de los otrora estímulos fiscales, que aunque magros, tenían una importancia que a la fecha es prácticamente nula debido a las reformas en las leyes hacendarias.

La falta de compromiso por parte de los empresarios se relaciona de manera fundamental con una solución de carácter integral. Si bien es cierto que un programa asistencial no necesita del apoyo corporativo para existir o seguir existiendo, también lo es que su participación ha contribuido a sufragar diversos costos asistenciales; no es por falta de apoyo patronal que el programa pudiera dejar de existir, pues a final de cuentas, debe ser considerado como parte de las políticas públicas, responsabilidad del Estado y no de los empresarios, cuya función social no abarca el sostenimiento directo de ningún programa estatal. Pero si en algo se ha caracterizado la lucha contra el VIH/SIDA es porque el apoyo que ha recibido ha sido motivado por intereses individuales. Por esa misma razón, son las condiciones fiscales las que darían al traste con la consolidación del programa (léase deducibilidad, específicamente).

La factibilidad de esta investigación, sostenida de origen, se reafirma al término del trabajo, en la inteligencia de que se contó con un amplio acervo documental que comprendió desde los Informes de Naciones Unidas (ONUSIDA), los Planes Nacionales de Desarrollo, los lineamientos que se han establecido en materia asistencial en nuestro país, así como los Informes que periódicamente da a conocer el Consejo Nacional para el Control y la Prevención del Síndrome de la

¹ Arteaga Basurto, 2003.

Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA) y las evaluaciones rendidas por distintos organismos involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA.

Hacemos uso de las herramientas de que se disponen merced al trabajo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Intensificamos en la consideración de los distintos ramos programáticos sociales, para constatar cuál ha sido la evolución del financiamiento en la materia: crecimiento –significativo o relativo-, desaceleración o franco retroceso. Verificamos los factores que han influido en las abruptas caídas a las que nos hemos referido, el estancamiento en la fuente de distribución monetaria y las tendencias a la baja, cada vez menos graduales y reiteradas.

Otra visión nos permitió vincular la consecución de los objetivos de las instituciones de asistencia, en relación directamente proporcional a los ingresos financieros que se reciben, en particular respecto a la esperanza de vida, tratándose de seropositivos.

Los resultados de la evaluación de tales categorías nos mostraron el papel de la participación social en las tareas asistenciales. En principio, se antoja que todo lo relacionado con la solidaridad comunitaria en la asistencia pareciera limitarse al campo de la teoría, no sólo porque en México no existe solidez en la cultura de la filantropía, sino porque no existe la infraestructura suficiente para difundirla y conformarla de una manera sólida.

Con las evaluaciones concluimos hasta dónde debe reforzarse el combate al VIH/SIDA, especialmente en los aspectos de calidad de vida y desarrollo humano y hasta dónde se deben explorar nuevas modalidades de participación social.

CAPITULO 1

EL VIH/SIDA

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

Síndrome: conjunto de signos y síntomas.

Inmuno: relativo al sistema de defensas.

Deficiencia: disminución.

Adquirida: alude al carácter no congénito.

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH. Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

Se afirma que el SIDA se ha desarrollado sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contagió el virus. Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con la propia evolución de la pandemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos.

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información

genética de un ser vivo) de ARN², en el ADN³ de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se les denomina oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertos padecimientos: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son los que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y de la evolución del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Por eso se las considera "marcadoras" o "trazadoras". Marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA.

Como se ha señalado, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo llama portador asintomático. Si bien no presenta síntomas puede contagiar a otras personas sin saberlo.

En 1981 investigadores clínicos de Nueva York y California observaron en hombres homosexuales jóvenes, que habían gozado previamente de buena salud, un inusual conjunto de enfermedades poco frecuentes, en particular Sarcoma de

² Material genético de ciertos virus (virus ARN) y, en los organismos celulares, molécula que dirige las etapas intermedias de la síntesis proteica. En los virus ARN, esta molécula dirige dos procesos: la síntesis de proteínas (producción de las proteínas que forman la cápsula del virus) y replicación (proceso mediante el cual el ARN forma una copia de sí mismo). En los organismos celulares es otro tipo de material genético, llamado ácido desoxirribonucleico (ADN), el que lleva la información que determina la estructura de las proteínas. Pero el ADN no puede actuar solo, y se vale del ARN para transferir esta información vital durante la síntesis de proteínas (producción de las proteínas que necesita la célula para sus actividades y su desarrollo).

³ Ácido desoxirribonucleico (ADN), material genético de todos los organismos celulares y casi todos los virus. El ADN lleva la información necesaria para dirigir la síntesis de proteínas y la replicación. Se llama síntesis de proteínas a la producción de las proteínas que necesita la célula o el virus para realizar sus actividades y desarrollarse. La replicación es el conjunto de reacciones por medio de las cuales el ADN se copia a sí mismo cada vez que una célula o un virus se reproduce y transmite a la descendencia la información que contiene. En casi todos los organismos celulares el ADN está organizado en forma de cromosomas, situados en el núcleo de la célula.

Como el ADN, el ARN está integrado por una cadena de compuestos químicos llamados nucleótidos. Cada uno está formado por una molécula de un azúcar llamado ribosa, un grupo fosfato y uno de cuatro posibles compuestos nitrogenados llamados bases: adenina, guanina, uracilo y citosina. Estos compuestos se unen igual que en el ácido desoxirribonucleico (ADN). El ARN se diferencia químicamente del ADN por dos cosas: la molécula de azúcar del ARN contiene un átomo de oxígeno que falta en el ADN; y el ARN contiene la base uracilo en lugar de la timina del ADN.

Kaposi (SK)⁴ e infecciones oportunistas como la neumonía *Pneumocystis carinii*⁵, como también casos de linfadenopatías inexplicables y persistentes. Pronto se hizo evidente que estos hombres tenían un déficit inmunológico común, que se traducía en una disminución del sistema inmunológico celular, con una pérdida significativa de células TCD4.

La amplia diseminación del Sarcoma de Kaposi y de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en personas jóvenes sin una historia clínica previa de terapia inmunosupresora no tenía precedentes. Antes de desatarse la epidemia del SIDA, la incidencia anual en los Estados Unidos del SK era del 0.02 al 0.06 por cada 100 mil habitantes. Como agregado, una forma más agresiva de este tumor que por lo general afectaba a individuos jóvenes, podía observarse en algunas regiones del África.

La neumonía *Pneumocystis carinii*, una infección pulmonar causada por un agente patógeno al cual están expuestos la mayoría de los individuos sin mayores consecuencias, era extremadamente rara con anterioridad a 1981, salvo en aquellas personas que recibían terapia inmunosupresora, o entre los sujetos crónicamente mal nutridos, como sucedió con los niños de algunos países de Europa Oriental después de la Segunda Guerra Mundial.

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros en contraer SIDA en los Estados Unidos, llevó a pensar que ese estilo de vida se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al observarse que el síndrome era común a distintos grupos: drogadictos endovenosos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales; quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa.

Expertos en salud pública llegaron a la conclusión de que el conjunto de casos y el hecho de darse en diversos grupos de riesgo sólo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B: por contacto sexual, por inoculación de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo.

Hacia 1983, numerosos grupos de investigación se habían concentrado en los retrovirus para hallar claves que condujeran a cómo se originaba el SIDA. Dos retrovirus recientemente reconocidos (HTLV-1 y HTLV-II) eran los únicos virus estudiados capaces de infestar a los linfocitos T, las células afectadas en

⁴ El sarcoma de Kaposi es un tumor maligno. Fue descrito por el dermatólogo húngaro Morits Kaposi en Viena en el año 1872, bajo el nombre de "sarcoma múltiple pigmentado idiopático". Sus síntomas son lesiones de color rojo azulado, planas o elevadas y con una forma irregular, el sangrado por las lesiones gastrointestinales, la dificultad para respirar por las lesiones pulmonares y el esputo con sangre también por las lesiones pulmonares.

⁵ *Pneumocystis carinii*, es un hongo conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos.

personas con SIDA. El esquema de transmisión era similar al observado en pacientes con el síndrome: el HTLV se transmitía por contacto sexual, de madre a hijo o por exposición a sangre infectada.

En mayo de ese mismo año el Instituto Pasteur de París publicó el primer informe que suministraba evidencias experimentales de una asociación entre un retrovirus y el SIDA. Después de haber detectado anticuerpos contra el HTLV-1 en un paciente homosexual con linfadenopatías, un equipo dirigido por el doctor Luc Montagnier⁶ aisló un virus previamente no reconocido. El agente en cuestión fue luego denominado virus asociado a linfadenopatías (LAV).

Para 1986 el Comité de Taxonomía Viral⁷ rebautizó a los diversos virus (HTLV-1 y HTLV-II, LAV) con el nombre de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Los test serológicos (de sangre) desarrollados en Estados Unidos, permitieron a los investigadores llegar a importantes conclusiones, por ejemplo, un análisis retrospectivo de suero obtenido a fines de la década del 70, asociado a estudios sobre hepatitis B en Nueva York, Los Ángeles y San Francisco, sugiere que el VIH ingresó en la población de los Estados Unidos en algún momento de fines de los años 70.

En otras partes del mundo, se observó una asociación cronológica similar al VIH y al SIDA. La aparición del virus a partir del suministro de sangre ha precedido o coincidido con la irrupción de casos del síndrome en todos los países y regiones donde se reportaron casos. Un estudio serológico asociado al dengue y efectuado en el Caribe detectó que las primeras evidencias de infección por VIH en Haití surgieron en muestras obtenidas a partir de 1979, y los primeros casos del síndrome en Haití y en los Estados Unidos se dieron a conocer a principios de la década de los ochenta.

En África, entre 1981 y 1983, se registraron especialmente en Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia epidemias clínicas de enfermedades crónicas y mortales como la meningitis criptocócica, Sarcoma de Kaposi progresivo y candidiasis del esófago. La primera muestra de sangre obtenida en África en la cual se encontró

⁶ Luc Montagnier nació el 18 de agosto de 1932 en Chabris, Francia. Realizó su doctorado en Medicina en la Universidad de Poitiers. En 1972 fue nombrado jefe de la Unidad Oncológica Viral del Instituto Pasteur y en 1974 fue designado también director del Centro Nacional de Investigaciones Científicas. En 1983 el equipo que dirigía describió e identificó el virus VIH apenas poco después de que este síndrome fuera reconocido como una nueva entidad patológica, en 1981. En 2008 obtuvo el Premio Nobel de Medicina, junto a Harald zur Hausen y Françoise Barré-Sinoussi. Montagnier ha afirmado que la gran cura para el VIH es su prevención, con educación sexual, una buena alimentación, antioxidantes y el combate de otras enfermedades como la malaria, la tuberculosis, etc. que ayuden a tener un buen sistema inmune que combata una infección por el VIH, priorizando estos tratamientos sobre vacunas o medicamentos.

⁷ El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, en inglés International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) es un organismo que autoriza y organiza la clasificación de los virus. Ha desarrollado un esquema universal de clasificación taxonómica con el objetivo de describir todos los virus de un organismo vivo. El comité es dirigido por la división de virología del International Union of Microbiological Societies.

el VIH pertenece a un posible paciente con SIDA en Zaire, testeado con relación al brote, ocurrido en 1976, del virus Ébola.

Por otra parte, datos serológicos han sugerido la presencia de infección por VIH en Zaire desde 1959. Investigadores del Instituto Wistar detectaron evidencia de virus en tejidos de un marinero que falleció en Manchester, Inglaterra, en 1959.

El VIH se transformó en epidemia 20 ó 30 años después, quizá como consecuencia de las migraciones de zonas rurales a centros urbanos de países desarrollados, de individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos, con el consiguiente retorno a su zona de origen e internacionalmente, como consecuencia de guerras civiles, turismo, viajes de negocios y tráfico de drogas.

Aún hoy es una incógnita la pregunta por el origen del virus VIH, causa del SIDA; diversas teorías se han expuesto al respecto, pero aún no contamos con una respuesta acabada.

Una de estas teorías plantea que el VIH proviene de la sangre de chimpancés cazados por seres humanos y que se transmitió al hombre a principios de siglo XX. Esta teoría, publicada en febrero de 1998 ganó un amplio consenso. Otra teoría que se encuentra fuera del alcance de la capacidad científica, incluso en la actualidad, es que el virus fue desarrollado como parte de un programa de armas químicas por algún gobierno.

También se ha afirmado que el VIH es sólo un acompañante del SIDA, que es causado por las drogas intravenosas y los contactos sexuales anales, ayudado por otras drogas reactivas. Esta teoría fue desvirtuada por las personas pertenecientes a los denominados "grupos de riesgo" que no contraen el SIDA: se ha encontrado que poseen resistencia genética al virus. Otra explicación totalmente desvirtuada es la que afirma que el VIH es una forma mutada de la fiebre porcina originada en Haití. Se ha comprobado que el virus no se relaciona con dicha fiebre.

La pregunta no tiene aún respuesta. Pero nuevas teorías surgen. Y hoy la cuestión es si la epidemia del SIDA pudo ser activada por investigadores de la poliomielitis en las ex colonias belgas en África.

En febrero de 1959, en el continente africano, 2 médicos, Arno Motulsky y Jean Candepitte, realizaron una investigación microbiológica de la malaria. Con la ayuda de médicos locales, reunieron muestras sanguíneas del personal médico, pacientes en hospitales y del personal oficial de Leopoldville. Un cuarto de siglo después, estas pautas de sangre llegaron a los Estados Unidos, junto con otras recolectadas en diversas áreas del África. Estos prototipos se analizaron para detectar la presencia de anticuerpos al virus que causa el SIDA. Una muestra emerge positiva en todos los análisis: tomada de un hombre africano anónimo. Constituye el espécimen más antiguo en existencia del virus de la inmunodeficiencia humana. No se sabe qué sucedió con el hombre africano, pero

durante las dos décadas desde que se tomó esa muestra de sangre - y antes de 1981, año cero para el SIDA - otros africanos y visitantes europeos que llegan a África se infectarán por HIV-1, la primera cepa identificada del virus. En aquel entonces, los médicos estaban perplejos, pero se tomaron tipos de sangre y, años después, resultaron ser HIV-1 positivas.

Lo inquietante en todos estos casos es que el 87% de las muestras conocidas de HIV-1 tomadas en África desde 1980 o con anterioridad a ese año, provienen de aquellas ciudades donde una vacuna oral contra la polio, o CHAT, fue suministrada a africanos entre 1957 y 1960. Una investigación sugiere que la vacuna estaba contaminada con un virus de inmunodeficiencia de un chimpancé que infectó a los seres humanos iniciándose así la epidemia.

Cada especie de virus busca su medio natural donde vivir y desarrollarse. El virus del SIDA puede hospedarse en: sangre, secreciones del aparato genital del hombre (semen), secreciones de aparato genital de la mujer (vagina), leche materna, saliva, orina y demás líquidos corporales; sin embargo, el contagio sólo es por: sangre con sangre, sangre con semen, semen con fluido vaginal, de madre a hijo durante el embarazo, el parto, o durante la lactancia.

De acuerdo a los últimos registros internacionales, la vía sexual es la más habitual forma de contagio (75% de los casos aproximadamente). El VIH necesita entrar en el cuerpo para que se produzca la infección por medio de los fluidos sexuales. Las pautas del sexo seguro son modos de reducir el riesgo de trasladar el virus, esto es que las prácticas seguras no ofrecen ninguna posibilidad de transmisión; así, la abstinencia es totalmente segura. El sexo con un solo compañero es seguro si ninguno de los dos está infectado y si no tienen sexo con nadie más.

El sexo inseguro tiene un alto riesgo de transmitir el VIH. El más peligroso es cuando la sangre o los fluidos sexuales tocan las áreas suaves, húmedas (las membranas mucosas) dentro del recto, vagina, boca, nariz o punta del pene. Estas pueden dañarse frágilmente lo que facilita la entrada del virus al cuerpo. El contacto sexual vaginal o rectal sin protección es muy inseguro. Los fluidos entran en el cuerpo y dondequiera que el pene del hombre penetre puede causar rasguños pequeños que aumentan el riesgo de infección por el VIH. El compañero receptivo es más susceptible a infectarse, aunque el virus podría entrar en el pene, sobre todo si tiene cualquier herida abierta o si hay contacto durante mucho tiempo con la sangre o los fluidos vaginales infectados.

Si consideramos que la mayoría de las prácticas sexuales llevan algún riesgo de transmitir el VIH, entonces, para reducirlo es necesario tomar ciertas precauciones. En la relación sexual el uso de preservativos es la forma más efectiva de evitar el contagio del virus y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS): sífilis, gonorrea, herpes, etc. Sin embargo, el uso incorrecto de los

preservativos conspira contra su efectividad. Usarlos correctamente es la mejor forma de prevención mecánica de todo contagio.⁸

Algunas personas ya portadoras del VIH no ven la necesidad de seguir las pautas del sexo más seguro con otras también infectadas. Sin embargo, es razonable protegerse. Si las ya infectadas no se protegen se exponen a enfermedades como herpes o sífilis, y éstas pueden ser muy serias. También puede ser posible "reinfectarse" con una versión diferente del virus o con VIH ya resistente a algunos medicamentos antivirales.

La investigación entre hombres homosexuales y bisexuales sugiere que algunos individuos, en la actualidad, están menos preocupados que en el pasado acerca de la posibilidad de infectarse y se inclinan a correr más peligros. Se ha demostrado que las conductas de alto riesgo aún continúan en algunas poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), incluyendo aquellos que están infectados por VIH. A medida que aumenta el número de hombres homosexuales y bisexuales que viven con el virus, deben realizarse esfuerzos mayores para llegar a ellos con intervenciones relacionadas con las conductas que pueden ayudarlos a proteger su propia salud y prevenir la transmisión a otros.

Así pues, a finales del siglo XX uno de cada 100 seres humanos que habitaba el planeta, de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años estaba infectado por el VIH, el virus que provoca SIDA. Solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está. Se estima que en la actualidad hay más de 33 millones de personas viviendo con la infección en el mundo. Para el final de 2010 se estima que la cifra aumente a 40 millones si no se implementan medidas más radicales.

Desde el principio de la epidemia 3.8 millones de menores de 15 años de edad se han infectado por el VIH, de los cuales 2.7 millones han fallecido. Más del 90% de esos niños contrajeron el virus a través de sus madres seropositivas, antes o durante el parto o mediante la lactancia natural. Más de 8 millones de niños han perdido a su madre por causa del SIDA antes de cumplir los 15 años, y muchos de ellos también han perdido a su padre.

El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, es la enfermedad prototípica de la globalización; y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerable carga para los ya de por sí sobrecargados sistemas asistenciales de la mayoría de los países afectados.

Muchos aspectos se encuentran afectados por el impacto del SIDA, en principio, no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias. Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado

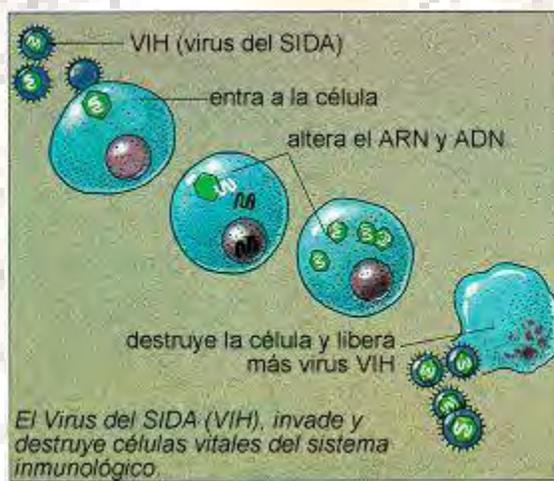
⁸ El preservativo, profiláctico, o condón, fue inventado por J. W. Condom en Inglaterra para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS), llamadas también: Venéreas. Previene también el embarazo y no causa riesgo o daño. Es una vagina de látex que cubre el pene, e impide el intercambio de semen con los fluidos vaginales.

conductas y hábitos. Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favorecen el crecimiento incesante de la epidemia.

Desde un punto de vista científico, debe reconocerse que se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatogenia de la infección, los mecanismos de daño inmunológico, sus formas clínicas, su evolución a través del tiempo y la prevención y el tratamiento de muchas infecciones oportunistas que son la habitual causa de muerte de los pacientes. El empleo de drogas antirretrovirales⁹ mejoró y prolongó la sobrevivencia de muchos enfermos.

Pero la realidad nos muestra que la pandemia todavía no tiene un tratamiento curativo, y por esta razón, la lucha debe centrarse en adecuadas tareas de prevención; y es la educación la clave en el combate y se debe actuar con mayor agresividad. Aquellos países que no implementaron políticas de difusión ante la aparición de los primeros casos están pagando un precio muy alto en vidas humanas perdidas. Es indispensable que las campañas pongan especial interés en los aspectos preventivos, llevando a la población un mensaje claro y directo, que no deje dudas acerca de las conductas de riesgo que pueden exponer al VIH, y cuál es la forma de evitarlas.

Se podría decir que en la actualidad la única vacuna es la adecuada información; sólo hay algo más peligroso que el SIDA: la ignorancia.



⁹ Los fármacos antirretrovirales son medicamentos para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del SIDA. Diferentes antirretrovirales actúan en varias etapas del ciclo vital del VIH. Varias combinaciones de 3 o 4 fármacos se conocen como Terapia Antirretroviral Altamente Activa. Las guías de tratamiento cambian constantemente. De un inicio más agresivo a un enfoque más conservador, con un punto de inicio alrededor de 350 a 500 linfocitos CD4+ /mm³. Las últimas guías usan el rango de 200 a 300 CD4+ /mm³. Los regímenes antirretrovirales son complejos, con posibles efectos colaterales serios, dificultad con la adherencia, y potencial desarrollo de resistencia viral a causa de la no adherencia, niveles sub óptimos de los agentes antirretrovirales o una replicación aumentada del virus.

CAPITULO 2 EL VIH/SIDA EN EL MUNDO

La magnitud de la crisis del SIDA supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales del 2009, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existían 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones son menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el planeta, esto es, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección en el 2009. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el SIDA causó 2 millones de muertes (Gráfico 1).



Gráfico 1

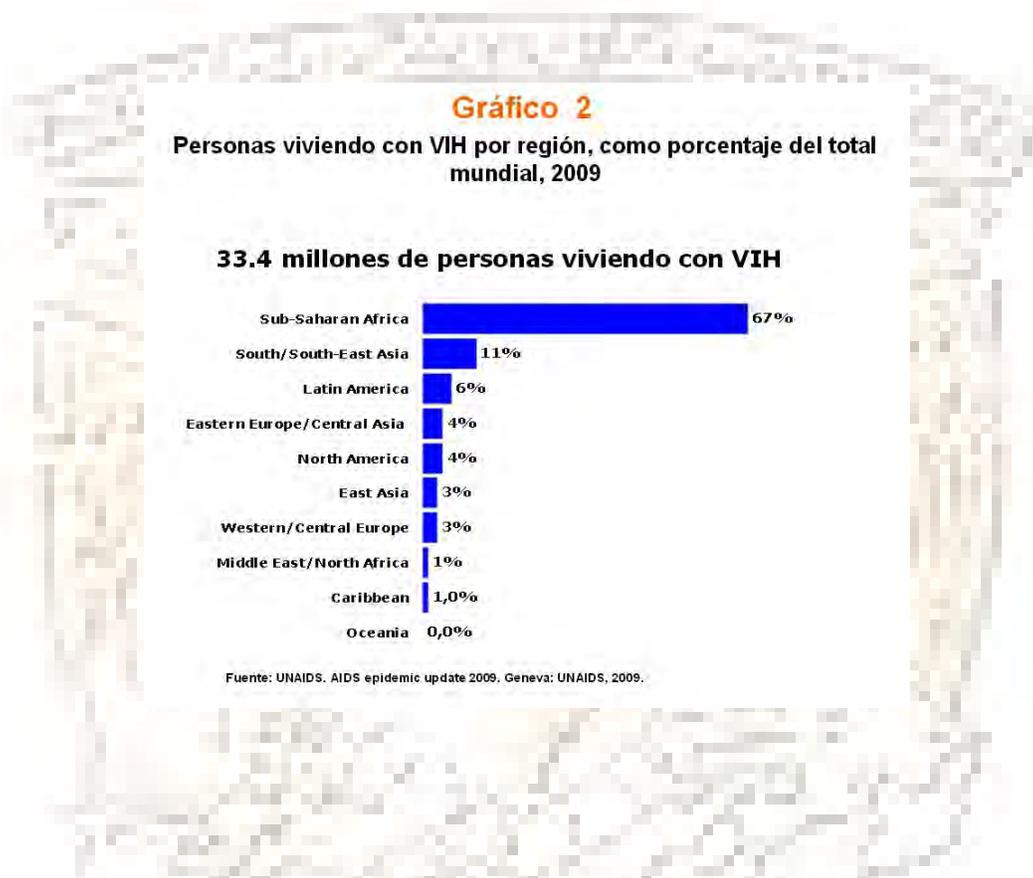
Panorama mundial de la epidemia del VIH 2009

Número de personas viviendo con VIH en 2009	Total	33.4 millones [31.5 – 35.8 millones]
	Adultos	31.3 millones [29.2 – 31.7 millones]
	Mujeres	15.7 millones [14.2 – 17.2 millones]
	Niños menores 15 años	2.1 millones [1.2 – 2.9 millones]
Personas infectadas por el VIH en 2009	Total	2.7 millones [2.4 – 3.0 millones]
	Adultos	2.3 millones [2.0 – 2.5 millones]
	Niños menores 15 años	430 000 [240 000 – 610 000]
Muertes por SIDA en 2009	Total	2.0 millones [1.8 – 2.3 millones]
	Adultos	1.7 millones [1.4 – 2.1 millones]
	Niños menores 15 años	280 000 [150 000 – 410 000]

Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Ginebra: UNAIDS, 2009.

La región más afectada es la África Subsahariana que concentra el 67% de las infecciones de todo el mundo, y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad.

La segunda región en importancia es el Sur y Sureste de Asia con el 11%, mientras que en tercer lugar aparece América Latina con el 6%. Numéricamente, el Caribe (1%) y Oceanía (0.2%) aparecen como las regiones con el menor número de personas que viven con el VIH.

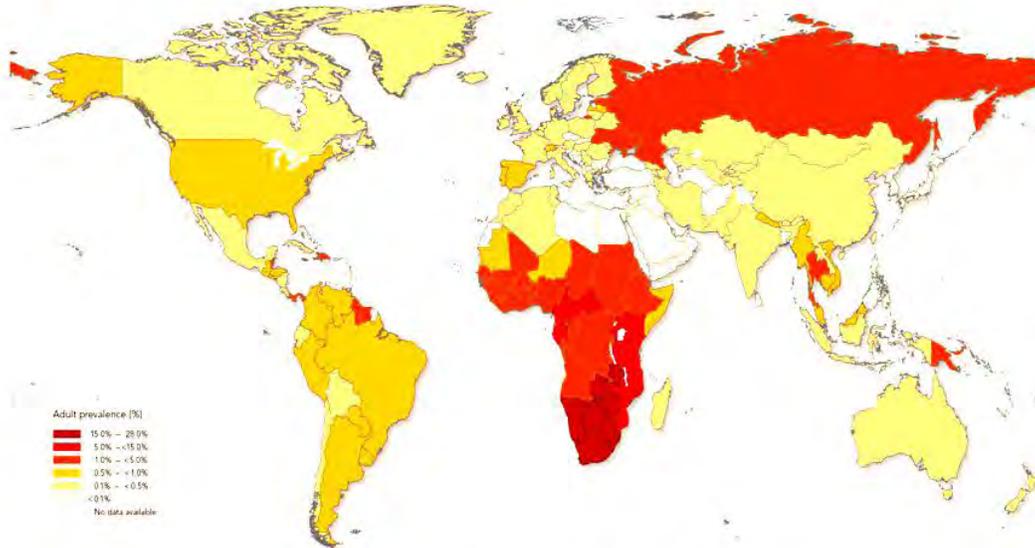


En términos de prevalencia de VIH, los países más afectados se encuentran en el África Subsahariana. Las naciones con mayores cifras en esa región son Swazilandia (26.1%), Botswana (23.9%), Lesotho (23.2%), Sudáfrica (18.1%), Zimbabwe (15.3%) y Zambia (15.2%).

El Caribe, que es una de las regiones menos importantes según el número de personas viviendo con VIH, ocupa el segundo lugar con el 1.1%, siendo los países más afectados Bahamas (3.0%), Haití (2.2%), Jamaica (1.6%) y Trinidad y Tobago (1.5%) (Gráfico 3).

Gráfico 3

Prevalencia de VIH en los diversos países, 2007*

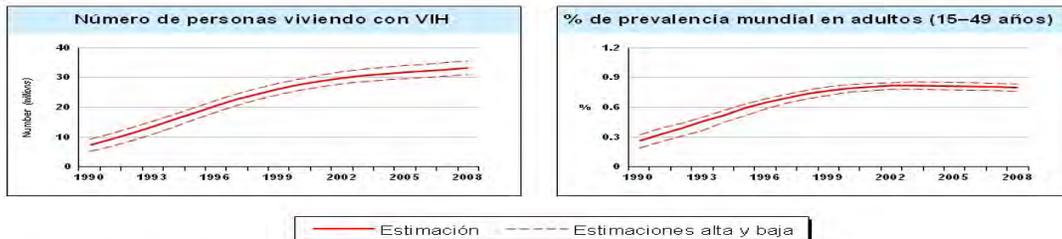


* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.
Fuente: UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Ginebra: UNAIDS, 2008.

A pesar de que el crecimiento en el número de personas que viven con VIH ha sido sostenido a últimas fechas, la prevalencia mundial del virus ha permanecido relativamente estable en los últimos ocho años con una cifra de alrededor del 0.8%. Dicho de otro modo, las estimaciones realizadas por el ONUSIDA indican que, aproximadamente una de cada 12 personas adultas de 15 a 49 años de edad se encuentra viviendo con el virus (Gráfico 4).

Gráfico 4

Estimación de personas viviendo con VIH y prevalencia mundial en adultos, 1990–2008



Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Ginebra: UNAIDS, 2009.

El número de personas que vive con el VIH [31.1 millones–35.8 millones] significa más de un 20% superior a la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia de la infección, en líneas generales, fue tres veces superior a la de 1990.

El incremento constante en la población de personas que vive con el VIH refleja los efectos combinados de las tasas persistentemente altas de nuevas infecciones por el virus y la influencia beneficiosa del tratamiento antirretrovírico. Hasta diciembre de 2008 aproximadamente 4 millones de personas en países de ingresos medios y bajos recibían tratamiento; un aumento diez veces mayor en cinco años.

En 2009, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH fue de [2,4 millones–3,0 millones]. Para ese año el número de defunciones en el mundo por enfermedades relacionadas con el SIDA fue de [1,7 millones–2,4 millones].

Los datos epidemiológicos publicados por ONUSIDA indican que la propagación del VIH a nivel mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron [3,2 millones–3,8 millones] de nuevas infecciones. En 2008, el número estimado de nuevos contagios fue aproximadamente del 30% menos que el punto máximo de la epidemia registrado 12 años antes.

En consistencia con el período prolongado que transcurre entre la seroconversión de VIH negativo a VIH positivo¹⁰ y la enfermedad sintomática, la mortalidad anual relacionada con el VIH alcanzó en 2004 [1,9 millones–2,6 millones] de defunciones. El número estimado de fallecimientos relacionados con el SIDA en 2008 es del 10% menos que en 2004.

En 2008, el número estimado de nuevas infecciones en niños menores de 15 años fue [230,000–610,000]. La mayoría de éstas probablemente surgieron de la transmisión vertical intrauterina, o durante el parto o el posparto como resultado de la lactancia. El número de niños con VIH en 2008 fue aproximadamente un 13% menor que en 2001.

Entre 2007 y 2008 la OMS llevó a cabo encuestas nacionales por hogares con componentes de pruebas anónimas para el VIH en 11 países, incluidos nueve de África subsahariana. Las mejoras en los sistemas de vigilancia e información del VIH aportan un cuadro más claro y confiable de la epidemia a nivel nacional, regional y mundial, y además ayudan a los gobiernos y a otras partes interesadas a diseñar respuestas sobre el SIDA para optimizar el impacto en la salud pública.

La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque en Europa oriental, Asia central y otras partes de Asia, la prevalencia continúa aumentando. África subsahariana sigue siendo la región más afectada y

¹⁰ Después de que alguien resulta infectado con el VIH, los exámenes de sangre pueden detectar anticuerpos contra el virus, incluso si nunca tuvo ningún síntoma de su infección. Esto se denomina seroconversión del VIH (conversión de VIH negativo a VIH positivo por medio de pruebas sanguíneas) y por lo general ocurre dentro de los 3 primeros meses después de la exposición, pero en raras ocasiones, puede demorarse hasta un año después de la infección.

representó el 71% de todas las nuevas infecciones por el VIH en 2008. El resurgimiento de la epidemia entre los HSH en países de ingresos altos está cada vez mejor documentado. En todas las regiones las diferencias son obvias, y aunque la incidencia regional global del virus permanece estable, algunas epidemias nacionales continúan creciendo.

El SIDA sigue siendo una importante prioridad sanitaria en el mundo. Aunque se ha logrado un avance trascendente en la prevención de nuevas infecciones por el VIH y en la reducción del número anual de defunciones relacionadas con el síndrome, el número de personas que vive con el virus sigue aumentando. Las enfermedades relacionadas con el SIDA son una de las causas principales de mortalidad en el mundo y se estima que seguirán siendo un factor significativo de muerte prematura en el mundo en las décadas futuras.

Aunque el SIDA ya no es un síndrome nuevo, la solidaridad mundial en cuanto a la respuesta a la enfermedad prevalece como una necesidad. Existen variaciones geográficas inter e intra nacionales y regionales. Frecuentemente hay amplias variaciones en la prevalencia del VIH y los patrones epidemiológicos dentro de los países. La diversidad sustancial de las epidemias nacionales destaca la urgencia de elaborar estrategias de prevención a la medida de las necesidades locales y la importancia de descentralizar las respuestas.

La epidemia está evolucionando. Los patrones pueden cambiar con el tiempo. Tal como lo destacan los perfiles regionales, las enfermedades nacionales están sufriendo importantes transiciones en todo el mundo. En Europa oriental y Asia central, lo que en el pasado se caracterizaba principalmente por el contagio entre los usuarios de drogas inyectables actualmente es por transmisión sexual, mientras que en otras regiones de Asia las epidemias son hoy más por el contacto entre parejas heterosexuales.

Pero igualmente cada día hay más pruebas que demuestran el éxito en la prevención del VIH en distintos escenarios. En diversos países, el número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó y la prevalencia entre las personas jóvenes descendió. En el mundo, la cobertura de los servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil aumentó del 10% en 2004 al 45% en 2008, la disminución en las nuevas infecciones en los niños sugiere que estos esfuerzos salvan vidas.¹¹

¹¹ La prevención eficaz de la transmisión maternoinfantil consiste en el apoyo simultáneo de varias estrategias que actúan de forma sinérgica para reducir las probabilidades de que un bebé se infecte por estar expuesto al virus de la madre infectada. Mediante la reducción del VIH global en mujeres y hombres en edad reproductiva, la reducción de embarazos no deseados entre mujeres VIH-positivo, la administración de medicamentos antirretrovíricos para disminuir la posibilidad de contraer la infección durante el embarazo y el parto, y el tratamiento, la atención y el apoyo adecuados a las madres que viven con el VIH (incluida la alimentación al bebé), los programas lograrán reducir la posibilidad de infecciones neonatales. En situaciones ideales, la administración de profilaxis antirretrovírica y la alimentación sustitutiva pueden reducir la transmisión estimada de entre aproximadamente el 30% al 35%, sin intervención en alrededor del 1% al 2%. La mayoría de los países todavía no logró prestar estos servicios a todas las mujeres embarazadas, y mucho menos reducir de manera significativa la prevalencia del VIH entre las personas en edad reproductiva o los embarazos no deseados en mujeres VIH-positivo. La medición del impacto del espectro completo de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH constituye un desafío. Al evaluar exclusivamente la administración de medicamentos antirretrovíricos para la profilaxis de las mujeres embarazadas VIH-positivo, el ONUSIDA estima que en los últimos 12 años se han evitado 200,000 nuevas infecciones por el VIH acumulativas. Esta cantidad representa sólo una fracción de las infecciones neonatales

El aumento del acceso al tratamiento tiene resultados. La cobertura antirretroviral aumentó del 7% en 2003 al 42% en 2008, especialmente amplia en África oriental y meridional (48%). Si bien la rápida expansión del acceso antirretrovírico ayuda a disminuir las tasas de mortalidad relacionadas con el SIDA en varios países y regiones, también contribuye a los incrementos en la prevalencia del VIH.

Actualmente hay mayor percepción del riesgo en las poblaciones clave. Aunque en diversos países, durante mucho tiempo, la alta prevalencia del VIH se ha documentado en las trabajadoras sexuales, en África subsahariana y en regiones de Asia, la prueba era muy limitada respecto de la contribución a la epidemia de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y de los usuarios de drogas inyectables (UDI). Recientemente, los estudios han documentado niveles elevados de la infección en estas poblaciones en muchas regiones. En todos los ámbitos y para los diferentes tipos de epidemias, es claro que los programas para la prevención de nuevas infecciones en estos grupos clave deben ser una parte importante de las respuestas al SIDA.

El ONUSIDA recomienda que los países basen sus estrategias contra el SIDA en el entendimiento de las epidemias individuales y sus respuestas nacionales. Los datos publicados por el organismo señalan que muchas veces no lo logran. Los estudios recientes sobre las modalidades de transmisión y los resúmenes sobre la prevención del VIH llevados a cabo en varios países ilustran gráficamente el fracaso para adecuar las estrategias contra el SIDA a las necesidades documentadas. En especial, se advierte el fracaso frecuente de los programas de prevención dirigidos a las poblaciones clave. Aunque los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, los reclusos y los trabajadores migratorios tienen un riesgo mayor de contraer la infección por el virus, los recursos invertidos en programas de prevención dirigidos a estos grupos habitualmente son bastante bajos, aún en epidemias concentradas.

Las brechas también son notables en los abordajes de prevención básica en zonas hiperendémicas. Aunque en muchos países africanos la mayor proporción de nuevas infecciones afectan a parejas heterosexuales de más edad, son escasos los programas de prevención dirigidos específicamente a los adultos mayores. Las parejas serodiscordantes¹² representan un porcentaje considerable de las nuevas infecciones en algunos países africanos, no obstante, las pruebas del VIH y los programas de asesoramiento casi nunca están dirigidos específicamente a estas parejas. En cuanto a los programas para jóvenes fallan en concentrarse en los factores determinantes clave de vulnerabilidad, como la alta prevalencia de parejas intergeneracionales.

globales que se evitaron mediante la implementación de intervenciones de prevención, dado que el análisis se centra únicamente en una sola arista del paquete más completo de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil.

¹² Discordancia es falta de armonía o de unidad. Haciendo analogía, el término SERODISCORDANTE fue creado por la comunidad médica para nombrar a una pareja en la cual uno de los miembros vive con VIH/SIDA y el otro vive sin esta infección.

Otra brecha programática importante evidente en los resúmenes recientes sobre la prevención del VIH es la escasez habitual de programas específicamente diseñados para personas que viven con el virus. El ONUSIDA recomienda que los esfuerzos urgentes para involucrar a quienes viven con el VIH en la planificación, puesta en práctica y vigilancia de los esfuerzos de prevención se fundamenten en los principios de los derechos humanos y que estén respaldados por sólidas protecciones legales.

ONUSIDA tiene definidas nueve áreas prioritarias, para cubrirse del 2009 al 2011:

- 1.- Reducir la transmisión sexual del VIH.
- 2.- Evitar que las madres mueran y los bebés se infecten con el VIH.
- 3.- Asegurar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento.
- 4.- Evitar que las personas que viven con el VIH mueran a causa de tuberculosis.
- 5.- Evitar que los usuarios de drogas se infecten con el VIH.
- 6.- Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden las respuestas eficaces ante el SIDA.
- 7.- Detener la violencia contra mujeres y niñas.
- 8.- Capacitar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH.
- 9.- Mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.

En 2009, los copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA propusieron (y la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA avaló) un conjunto de resultados específicos para los cuales el programa conjunto intentaría catalizar apoyo en el período comprendido entre 2009 y 2011, para conseguir los nueve puntos.

Mientras se continúa trabajando hacia el logro de respuestas nacionales adecuadas en relación con el SIDA, el marco de resultados establece un número limitado de objetivos específicos para guiar las inversiones futuras y movilizar la acción dirigida y concertada.

Es evidente la urgencia de resultados prioritarios identificados en el nuevo marco del ONUSIDA como la factibilidad de lograr un avance concreto en áreas específicas. Tal como lo demuestran las disminuciones recientes en la incidencia del VIH en algunos países, es posible reducir la transmisión sexual. Asimismo, el aumento en la cobertura de servicios para prevenir la transmisión materno-infantil y las disminuciones asociadas en las nuevas infecciones entre los niños destacan la posibilidad de evitar que las madres mueran y los bebés se infecten con el virus. El conjunto de pruebas cada vez mayor sobre los efectos beneficiosos en la salud que se logran al ampliar el acceso al tratamiento realza la importancia de garantizar que todas las personas que viven con el VIH reciban el tratamiento que necesitan.

No obstante, el progreso no es universalmente evidente en lo que respecta al espectro más amplio de resultados en el marco de 2009 al 2011, y en las áreas donde se ha logrado un avance a veces ha sido sólo parcial o episódico. Existen

regiones, dentro de las que está comprendido México en las que se necesita una acción más intensa para lograr el impacto deseado en todo el alcance del combate al SIDA.

El conocimiento de la epidemia y la respuesta puede ayudar a los países a elaborar una estrategia eficaz. Un obstáculo persistente que impide poner en práctica este consejo ha sido la dificultad de estimar y caracterizar de manera fiable las nuevas infecciones por el VIH. En ausencia de un claro entendimiento de la tasa de nuevas infecciones y de la distribución geográfica y poblacional de infecciones incidentes, ha resultado complejo para las autoridades maximizar el impacto de los lineamientos de prevención del virus.

El estándar de referencia para la medición directa de la incidencia es el estudio de "cohorte", en el que se realiza un seguimiento a través del tiempo de personas no infectadas por el VIH. Sin embargo, debido a los enormes costos, requerimientos de tiempo y complejidades asociadas, estos estudios generalmente se llevan a cabo en entornos específicos y no en poblaciones nacionales. Además, los estudios de cohorte están sujetos a sesgos asociados con el reclutamiento y la pérdida de seguimiento.

En los últimos años, se han logrado notables avances en otros métodos para evaluar las nuevas infecciones por el VIH. Éstos incluyen sistemas estadísticos y matemáticos indirectos para estimar la incidencia y pruebas de laboratorio que ayudan a medir directamente la tasa de nuevas infecciones. De manera colectiva, estos esquemas proporcionan a los responsables de la planificación nacional un entendimiento más preciso y oportuno de las dinámicas de las epidemias.

Las estrategias indirectas para la estimación de la incidencia del VIH incluyen la combinación de las herramientas informáticas de elaboración de modelos matemáticos Estimating and Projection Package (EPP) y Spectrum, que han sido utilizadas por 120 países en todo el mundo para generar las estimaciones epidemiológicas que el ONUSIDA informa anualmente. Los software EPP y Spectrum combinan los datos de vigilancia del VIH recopilados con los obtenidos de programas de tratamiento antirretrovírico y prevención de la transmisión materno-infantil del VIH con el objeto de calcular la prevalencia y la incidencia del VIH, la mortalidad por el SIDA, el número de huérfanos por el SIDA y las necesidades de tratamiento por el virus. En 2009, se introdujeron modificaciones a EPP y a Spectrum para mejorar la capacidad del modelo de estimar la incidencia del virus.¹³

Otro modelo matemático desarrollado por Hallett utiliza series sucesivas de datos de prevalencia nacional y transversal del VIH para estimar la incidencia del VIH por edad en la población general.¹⁴ También se han elaborado otros modelos dinámicos para generar estimaciones.¹⁵

¹³ En www.unaids.org se puede conocer el software, la descripción del modelo y el manual del usuario.

¹⁴ Hallett et al., 2008.

¹⁵ Williams et al., 2001; Gregson et al., 1996.

Debido a la mortalidad y al efecto del tratamiento antirretrovírico, las tendencias en la prevalencia del VIH entre las personas jóvenes están menos sujetas a cambios a través del tiempo que las tendencias entre personas de todas las edades. Por lo tanto, las tendencias en la prevalencia entre las mujeres de 15 a 24 años atendidas en dispensarios prenatales han sido utilizadas para evaluar la incidencia en países con una alta prevalencia. De manera similar, las diferencias en la prevalencia específica de la edad en encuestas nacionales fueron utilizadas para evaluar las tendencias en la incidencia.¹⁶

El método “incidencia por vías de transmisión”, desarrollado por el Grupo del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, apunta el número de nuevas infecciones en un año determinado. A diferencia de los métodos descritos anteriormente, el análisis de las vías de transmisión no tiene como objetivo identificar las tendencias de la incidencia en el tiempo.

El modelo supone que el riesgo de infección para cualquier individuo es una función de la prevalencia del VIH entre los miembros de la pareja, el número de miembros y el número de contactos con cada miembro, con un énfasis adicional en la presencia o ausencia de infecciones de transmisión sexual y en el estado de circuncisión.

El esquema mencionado permite la elaboración de estimaciones de nuevas infecciones por población y fuente de transmisión. El método “incidencia por vías de transmisión” ya ha demostrado ser útil para detectar la discordancia entre programas de prevención nacional y patrones epidemiológicos. Con el apoyo del ONUSIDA varios países han llevado a cabo el análisis de las vías de transmisión en los últimos 2 años.

De manera paralela, se han desarrollado varios análisis y técnicas para distinguir infecciones recientes de antiguas. Estas pruebas, al aplicarse a muestras de sangre recolectadas en centros de análisis, pueden ayudar a identificar la tasa a la que ocurren los nuevos contagios.

La mayoría de las medidas de laboratorio de la incidencia están en la categoría de algoritmo de diagnóstico serológico para detectar la reciente seroconversión al VIH (STARHS). Las pruebas STARHS detectan distintas propiedades asociadas con los anticuerpos al VIH-1 tempranos luego de la seroconversión.

En 2008, los Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) utilizaron una prueba similar a STARHS para producir la primera estimación directa de la incidencia anual del VIH en los Estados Unidos.¹⁷

¹⁶ Shisana et al., 2009.

¹⁷ Hall et al., 2008.

El método utilizado por los CDC para desarrollar la estimación de la incidencia depende de la existencia de información epidemiológica y clínica adicional sobre individuos (incluidos el estado antirretrovírico y el recuento de CD4) y sobre la elaboración de modelos de pruebas de comportamiento. El cuadro epidemiológico desarrollado por CDC incluyó las primeras estimaciones de infecciones incidentes por raza/etnia, edad, género y vía de transmisión.

En los últimos años, los epidemiólogos han aplicado varias pruebas de laboratorio para estimar la incidencia del VIH en los centros de análisis.¹⁸ Si bien estas estrategias representan un signo importante de progreso, su aplicación en lugares de encuestas en países de ingresos bajos y altos ha identificado varias dificultades. En particular, han clasificado erróneamente a algunos individuos que han estado infectados durante mucho tiempo y a algunas personas que recibían tratamientos antirretrovíricos como nuevos infectados.

Antes de que estos métodos puedan aplicarse de manera segura, es necesario un mayor desarrollo de nuevos análisis y de algoritmos de análisis y una validación extensiva sobre el terreno.

EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

De acuerdo a ONUSIDA, en 2008 la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en la región fue de 170,000 [150,000–210,000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a una cifra aproximada de 2 millones [1,8 millones–2,2 millones].

El resumen de la situación en América Latina es el siguiente:

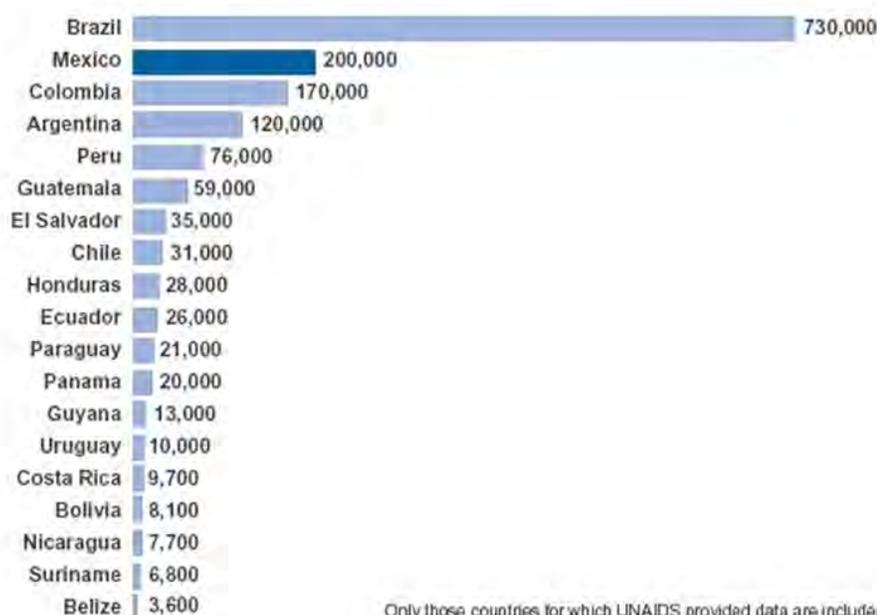
Número de personas que viven con el VIH	2008: 2 millones [1,8 millones–2,2 millones]	2001: 1,6 millones [1,5 millones–1,8 millones]
Número de nuevas infecciones por el VIH	2008: 170 000 [150 000–200 000]	2001: 150 000 [140 000–170 000]
Número de nuevas infecciones entre niños	2008: 6900 [4200–9700]	2001: 6200 [3800–9100]
Número de defunciones relacionadas con el SIDA	2008: 77 000 [66 000–89 000]	2001: 66 000 [56 000–77 000]

¹⁸ Schüpbach et al., 2007; Suligoi et al., 2007.

América Latina tiene una epidemia reciente. Considerando el número total de infecciones, México ocupa el segundo lugar con 200,000 personas viviendo con VIH, después de Brasil que, con 730,000 ocupa el primer sitio. A continuación, se ubican Colombia (170,000), Argentina (120,000) y Perú (76,000) como los siguientes países numéricamente más importantes de la región (Gráfico 5).

Gráfico 5

Países de América Latina según el número de personas viviendo con VIH, 2007*



* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.

Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation. HIV/AIDS Epidemic in Mexico. (HIV/AIDS Policy Fact Sheet), July 2008.

Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta —que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales—, México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina.

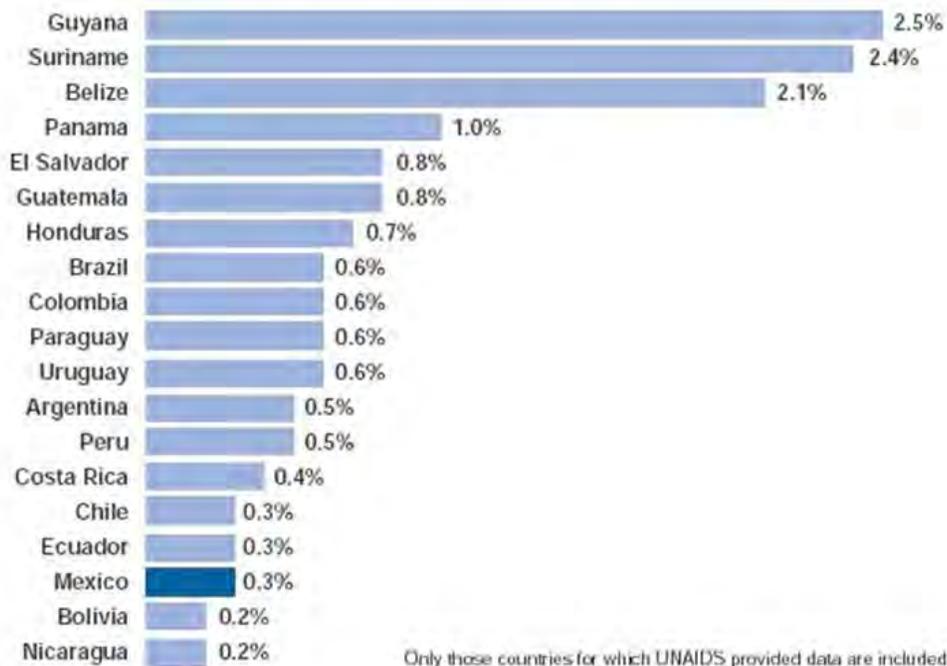
Los países con mayor prevalencia de VIH son Guyana (2.5%), Suriname (2.4%) y Belice (2.1%).

Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras) con cifras del 0.7% al 1% de prevalencia en adultos.

En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países que tiene frontera, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%) (Gráfico 6).

Gráfico 6

Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007*



* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.
Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation. HIV/AIDS Epidemic in Mexico. (HIV/AIDS Policy Fact Sheet). July 2008.

Los datos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. La prevalencia regional del VIH es del 0,6% [0,5–0,6%], por lo tanto, la zona se caracteriza principalmente por un bajo nivel y concentrada.

Durante los últimos dos años, se ha generado un cuerpo sustancial de nuevas pruebas sobre tendencias epidemiológicas en la región, que incluyen los primeros análisis de vías de transmisión en Perú y numerosas encuestas serológicas entre poblaciones clave de América Latina. Sin embargo, en general, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia a fin de obtener una base de datos más sólida para las planificaciones específicas por país.¹⁹

¹⁹ García-Calleja et al, 2009.

El número de hombres infectados por el VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el virus debido, en gran parte, a la importancia que reviste la transmisión sexual entre hombres en la epidemia de la región. Por ejemplo, en Perú el número de casos de varones con SIDA notificado en el año 2008 fue aproximadamente tres veces más elevado que el número de casos entre mujeres; no obstante, este diferencial de 3:1 representa una disminución considerable con respecto al valor del año 1990, cuando la relación varón/mujer se aproximó al 12:1²⁰

América Latina ofrece ejemplos de fuerte liderazgo en materia de prevención del VIH. En especial, Brasil se ha destacado por su apoyo temprano a la prevención fundamentada en pruebas; los análisis sugieren que esta oportuna intervención ayudó a mitigar la gravedad de la epidemia en el país.²¹

No obstante, para la región en conjunto, se ha registrado una amplia variación en el compromiso con la prevención del VIH fundamentada en pruebas. La falta de atención suficiente a los derechos humanos y a la salud sexual y las medidas de prevención así como la vigilancia y evaluación deficientes han entorpecido las medidas.²²

Si bien las epidemias en América Latina se concentran en su mayoría entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI) y profesionales del sexo (HTS), sólo un pequeño porcentaje de los gastos destinados a la prevención del VIH en la región se asigna a programas dirigidos específicamente a estas poblaciones.²³ En los últimos años, no obstante, México ha tomado medidas para aumentar el financiamiento de servicios hacia los (HSH).

La cobertura de tratamiento antirretrovírico en América Latina (del 54% en 2008) se ubica por encima del promedio mundial y, en varios países con ingresos medianos y altos, se ha logrado una cobertura especialmente elevada.²⁴ En general, es mayor en América del Sur que en América Central. Los estudios realizados en diversos lugares de América Latina han mostrado una correlación de la ampliación del tratamiento con marcadas disminuciones en la mortalidad relacionada con el VIH.²⁵

En 2008, se produjeron 77,000 [66,000–89,000] defunciones relacionadas con el SIDA en Latinoamérica, que representa una reducción del 5% con respecto a la mortalidad relacionada con el VIH estimada en 2004.

²⁰ Alarcón Villaverde, 2009.

²¹ Okie, 2006.

²² Cáceres y Mendoza, 2009.

²³ ONUSIDA, 2008.

²⁴ ONUSIDA, 2009.

²⁵ Kilsztajn et al., 2007.

De conformidad con la continua evolución de los más avanzados tratamientos del VIH, un creciente número de personas los comienzan en etapas más tempranas de la infección; es decir, inician el tratamiento cuando su recuento de células CD4 ha caído por debajo de las 350 células por mililitro cúbico en vez de esperar que el valor se reduzca a menos de 200.

Un inicio a tiempo ofrece la posibilidad de que los desenlaces médicos en la región mejoren todavía más y que las reducciones en la carga vírica a nivel de la población puedan generar beneficios adicionales en la prevención. En Argentina, aproximadamente dos tercios (65%) de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) encuestados en 2007 manifestaron haberse sometido a pruebas de detección del VIH en los 12 meses anteriores.²⁶

Los HSH representan el porcentaje más alto de infecciones en América Latina; no obstante, cabe destacar la carga de la infección entre los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo y sus clientes.

La carga del VIH aumenta entre las mujeres de América Central y entre las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables.²⁷

Se observan patrones epidemiológicos divergentes, especialmente en lo que respecta a la contribución del uso de drogas inyectables a las epidemias nacionales.

Los epidemiólogos estiman que, en América Latina, los HSH tienen una probabilidad de cada tres de contraer la infección por el VIH.²⁸ Sin embargo, los estudios señalan variaciones sustanciales en la prevalencia entre dicho grupo en los diferentes países de la región.²⁹ Las encuestas han encontrado que en ellos la prevalencia varía del 7,9% en El Salvador al 25,6% en México, al igual que una prevalencia que supera el 10% en 12 de los 14 países que integran la región.³⁰ Las mediciones en cuatro ciudades de Argentina entre los años 2006 y 2008 indicaron que el 11,8% de HSH estaba infectado por el VIH. Una encuesta realizada en 2009 de HSH de zonas urbanas en Costa Rica determinó que el 11% de los encuestados vivía con el virus.³¹ Un análisis de las vías de transmisión, realizado en 2009, determinó que los HSH representan el 55% de la incidencia del VIH en Perú.³² La tasa de nuevas infecciones parece ser excepcionalmente alta entre esta población. Las encuestas serológicas llevadas a cabo en cinco países de América Central detectaron una incidencia anual del VIH cada 100 años-persona del 5,1 entre los HSH.³³ En El Salvador y Nicaragua, los HSH tenían, respectivamente, entre 21,8 y 38 veces más probabilidades de contraer la

²⁶ Barrón López et al, 2008.

²⁷ Bastos et al., 2008.

²⁸ Beral et al., 2007.

²⁹ Cáceres et al., 2008.

³⁰ Baral et al., 2007.

³¹ Ministerio de Salud de Costa Rica, 2009.

³² Alarcón Villaverde, 2009.

³³ Soto et al., 2007.

infección que la población general. En la región de América Central, el 39% de los HSH encuestados informó que no usa preservativos de manera sistemática con parejas ocasionales, y sólo el 29% informó haber tenido contacto con programas de prevención.

Pruebas acotadas sugieren que es posible que los programas de prevención del VIH alienten a los HSH a adoptar conductas menos peligrosas. Entre los HSH en El Salvador, el uso de preservativos durante la última relación sexual aumentó significativamente entre los años 2004 y 2007, de 70,5% a 82,1%. Del mismo modo, se observó que el uso de condones en los HSH en Argentina aumentó con parejas tanto estables como ocasionales entre 2004 y 2007.

Es posible que las infecciones de transmisión sexual no tratadas faciliten la propagación del VIH entre los HSH. En Perú, los casos de nuevos contagios fueron alrededor de cuatro veces más propensos a contraer sífilis o herpes simple que sus pares no infectados.³⁴

Al igual que en otras regiones, el concepto —hombres que tienen relaciones con hombres” abarca una amplia variedad de grupos con diversas identidades sexuales y condiciones socioeconómicas. Muchos hombres en esta situación no se identifican a sí mismos como homosexuales. En El Salvador, país que tiene la prevalencia documentada más elevada entre los HSH en América Central, el 17% de ellos se identifica como heterosexual. En las zonas urbanas de Perú, el 6,5% de los hombres que comunicaron que sólo asumieron el rol activo durante el coito anal con otros hombres contrajeron infección por el VIH.

En cuanto a los transexuales,³⁵ en América Latina suelen tener un riesgo extremadamente alto de contraer la infección por el VIH. En 2006, se registró que el 34% de las personas transexuales encuestadas en Argentina estaban infectadas por el VIH. El estudio confirmó que los niveles de infección entre esta población superan varias veces el de otras personas de alto riesgo que solicitaron servicios de pruebas en el mismo centro asistencial.³⁶ En una encuesta separada de personas transexuales en Argentina realizada en el año 2007, se observó que casi la mitad (46%) comunicó haber tenido más de 200 parejas sexuales en los seis meses anteriores.

Por otro lado, se estima que el 29% de los más de 2 millones de latinoamericanos usuarios de drogas inyectables está infectado por el VIH.³⁷ Las epidemias entre este grupo de riesgo en América Latina tienden a concentrarse en el cono sur de

³⁴ Sánchez et al., 2009.

³⁵ Una persona transexual encuentra que su identidad sexual está en conflicto con su anatomía sexual. Es decir, se produce una disconformidad entre su sexo biológico y su sexo social y el sexo psicológico. Una mujer transexual es aquella que nace con anatomía masculina y un hombre transexual es el que nace con anatomía femenina. Es decir, se les designa por el sexo con el que se sienten identificados y no por el sexo al que al nacer corresponden, por ejemplo, sus genitales.

³⁶ Toibaro et al., 2008.

³⁷ Mathers et al., 2008.

América del Sur y en el norte de México, a lo largo de la frontera con Estados Unidos.

Ahora bien, en cuanto a la población femenina que se dedica al comercio sexual, se estima que en América Latina varía de 0,2% a 1,5%.³⁸ En Perú, el 44% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con una profesional del sexo. Las encuestas serológicas realizadas en América Central han detectado una prevalencia del VIH entre las profesionales femeninas del sexo del 4,3% en Guatemala y del 3,2% en El Salvador. Un porcentaje significativo de ellas está infectado con una enfermedad de transmisión sexual, y son especialmente altas las tasas notificadas para el VHI (el 85% de seroprevalencia en cinco países estudiados). Si bien la salud pública ha orientado su atención mayormente a la prevención de la transmisión entre estas mujeres y sus clientes masculinos, las cifras en Argentina indican que la prevalencia en ese país es significativamente más alta entre los profesionales masculinos del sexo (22,8%) que entre las femeninas (1,8%).

En la región suelen superponerse el comercio sexual y el consumo de drogas.³⁹ Las inyecciones de cocaína y el consumo de metanfetaminas se asocian independientemente con la infección por el VIH entre las personas que se dedican a la prostitución en México.⁴⁰ Pruebas recientes sugieren que es posible que las medidas de prevención del VIH influyan en este grupo. Una encuesta realizada entre mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en Santiago, Chile, no detectó infecciones por el VIH, las profesionales comunicaron que usaban preservativos con los clientes (93,4%), aunque el uso sistemático de condones con parejas estables fue poco frecuente (9,9%). Un estudio realizado en Guatemala constató que una intervención multinivel orientada a las MTS dio lugar a una reducción de más de cuatro veces en la incidencia del virus en la población, además de aumentar significativamente el uso sistemático de preservativos.⁴¹ En El Salvador, la tasa de utilización del preservativo entre trabajadores del sexo con parejas que no son clientes aumentó casi cuatro veces entre 2004 y 2007. Las encuestas realizadas en América Latina sugieren que es más probable que los profesionales del sexo usen preservativos con los clientes que con parejas ocasionales o estables. En un estudio llevado a cabo en el 2008 con 460 profesionales del sexo de Honduras se registró que, mientras que el 96,7% comunicó un uso sistemático del preservativo con los clientes, la frecuencia de su uso se reducía al 40,7% con las parejas ocasionales y al 10,6% con las estables.

El riesgo de que la infección siga propagándose sigue vigente, aunque hasta la fecha la transmisión heterosexual fuera del comercio sexual ha desempeñado un papel relativamente limitado en la epidemia de América Latina. Más de uno de cada cinco (22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en cinco países de América Central informó haber tenido relaciones

³⁸ Vandepitte et al., 2006.

³⁹ Strathdee y Magis-Rodriguez, 2008.

⁴⁰ Patterson et al., 2008.

⁴¹ Sabidó et al., 2009.

tanto con hombres como con mujeres. Las encuestas en Perú sugieren que es posible que los hombres no identificados como homosexuales que solamente asumen el rol activo durante el coito anal con otros hombres con frecuencia expongan a sus parejas sexuales femeninas al VIH.⁴² En ese país, se estima que las parejas sexuales femeninas de HSH representan un 6% de la incidencia. A medida que madura la epidemia, en general se amplía la magnitud de su transmisión. Según el estudio de vías de transmisión realizado en Perú en 2009, diversos modos de transmisión heterosexual representan el 43% de los nuevos casos de infección por el VIH en ese país, entre los cuales un 16% proviene de la así llamada actividad sexual de “bajo riesgo”. En el cono sur de América, la presencia temprana del VIH entre las redes de usuarios de drogas inyectables ha dado origen a un creciente contagio entre personas heterosexuales de bajos ingresos.⁴³

En Argentina, en una encuesta a 504 usuarios de cocaína en forma no inyectable se observó que el 6,3% estaba infectado por el VIH; la infección se asoció significativamente con haber tenido una pareja sexual que era usuaria de drogas inyectables o VIH-positiva confirmada.⁴⁴ Más del 40% de los usuarios de cocaína no inyectable sin infección por el VIH en Argentina tuvo resultados reactivos para anticuerpos al virus de la hepatitis C.

En América Latina, las personas con menor nivel de estudios, en especial, tienden a iniciarse en la actividad sexual a una edad temprana, y esta precocidad sexual aumenta potencialmente el riesgo de que estas personas contraigan el VIH.⁴⁵ En Bolivia, los hombres con nivel de estudios superiores al secundario tienen aproximadamente tres veces mayores probabilidades de usar preservativo durante el coito con una pareja con quien no cohabitan que los hombres que solamente recibieron educación primaria. En Honduras, las encuestas entre la minoría étnica de las comunidades garífunas⁴⁶ encontraron bajos niveles de uso del preservativo, un alto porcentaje de infección por el VIH (4,5%) y una prevalencia extremadamente elevada (51%) del VHS-2.

Según las estimaciones, 6,900 [4,200-9,700] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH en América Latina en el 2008. Hasta diciembre de ese año, el 54% de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH en la región recibían medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión a los recién nacidos, en comparación con la cobertura mundial del 45%, en 2004 fue del 23%.

Finalmente, la prevalencia documentada del VIH en la población general interna en cárceles o reclusorios supera el 10% en al menos dos países de América Latina (Argentina y Brasil). En una encuesta de usuarios de cocaína en forma no inyectable realizada en Argentina, la infección por el VIH se asoció

⁴² Peinado et al., 2007.

⁴³ Bastos et al., 2008.

⁴⁴ Rossi et al., 2008

⁴⁵ Bozon, Gayet y Barrientos, 2009.

⁴⁶ Estos pueblos permanecen intactos de la influencia externa de la tecnología y el progreso.

significativamente con encarcelamiento previo. No hay una amplia disponibilidad de programas de reducción del daño en los entornos carcelarios de América Latina, aunque algunos países están considerando la posibilidad de ejecutar programas de prevención en las prisiones.

EL VIH/SIDA EN MÉXICO

En México, de acuerdo al discurso oficial, la respuesta ante el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ha sido firme; así se expresó el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos durante la Inauguración del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, en febrero de 2009:

La política nacional para la reducción de este problema de salud pública se basa en la prevención, la atención médica integral y el respeto a los derechos humanos, en el cual participan de manera activa la sociedad y las personas que viven con el VIH-SIDA. A ellas, se suman los esfuerzos del Gobierno Federal y del personal de salud para dar atención a los mexicanos y mexicanas que lo padecen. Es compromiso de la actual Administración el incrementar los esfuerzos hasta ahora realizados. La epidemia del VIH-SIDA en nuestro país se mantiene con una de las menores tasas de incidencia con respecto a los países de América Latina, lo cual es muestra de los resultados de la correcta aplicación de estrategias preventivas, desde la aparición de la epidemia en el año de 1983.

De lo expresado por el funcionario federal, lo único más o menos verdadero es que el primer caso de SIDA en nuestro país fue diagnosticado en 1983, (aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia en México puede ubicarse en 1981). Por lo demás, la realidad nos muestra que estamos muy lejos de conseguir el control absoluto de la enfermedad. Si bien es cierto se han implementado diversas estrategias desde 1983, la situación actual nos impide reconocer acciones definitivas.

Se puede aceptar que desde el inicio de la epidemia, se han llevado a cabo estrategias para mejorar el sistema de registro epidemiológico, también se han realizado estudios que han abarcado diversos puntos geográficos en el territorio nacional, así como diferentes poblaciones clave en términos de vulnerabilidad; sin descuidar la vigilancia centinela que se realiza con todas las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH. Y aunque en términos generales la epidemia del VIH/SIDA se ha mantenido estable, con un bajo crecimiento durante la última década, debe tomarse en cuenta que falta mucho por hacer.

Un rubro trascendental es la migración transfronteriza entre México y Estados Unidos que tiene un efecto considerable en la epidemia del VIH en nuestro país. Baste con señalar que los usuarios varones de drogas inyectables de Tijuana que habían sido deportados de Estados Unidos en 2008 eran cuatro veces más propensos a estar viviendo con el VIH que los usuarios varones de drogas inyectables que no habían sido deportados.⁴⁷

Para 2009 en los estados de Michoacán y Zacatecas, donde un número significativo de residentes viaja a Estados Unidos por motivos de trabajo, más de uno de cada cinco casos de SIDA ocurren entre personas que residieron en Estados Unidos.⁴⁸

Aproximadamente el 50% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Tijuana comunican haber tenido parejas masculinas de Estados Unidos, mientras que tres cuartos de sus homólogos en la vecina San Diego refieren haber tenido relaciones sexuales con hombres mexicanos.

Una encuesta de más de 1,500 mexicanos que habían pasado un tiempo en Estados Unidos registró que los inmigrantes tenían más parejas sexuales y consumían más drogas en forma no inyectable que las personas no inmigrantes, aunque los inmigrantes también notificaron tasas más altas de uso de preservativos y de pruebas del VIH.

El análisis conjunto y articulado de toda la información epidemiológica, indica que hay cambios en los patrones de transmisión del VIH/SIDA, y por tanto se han modificado las prevalencias observadas en comparación con las décadas anteriores.

⁴⁷ Strathdee y Magis Rodriguez, 2008.

⁴⁸ Ibidem.

En nuestro país, gracias a los mecanismos implementados, la transmisión del VIH/SIDA por vía sanguínea ha cesado. No obstante, el número de casos de personas que viven con VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables (UDI) ha aumentado, principalmente en la región norte del país. En la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se observa un descenso de la prevalencia, excepto en el grupo de hombres trabajadores sexuales (HTS), en donde existe un incremento. Respecto a la población con prácticas heterosexuales se mantiene un crecimiento constante en el número de casos en mujeres, particularmente en las jóvenes, en las zonas rurales, y en las comunidades indígenas.

Como en todos los países, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. Los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que se debe buscar que todas las acciones en la materia se vinculen con el desarrollo social y económico del país.

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 —como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas—, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones.

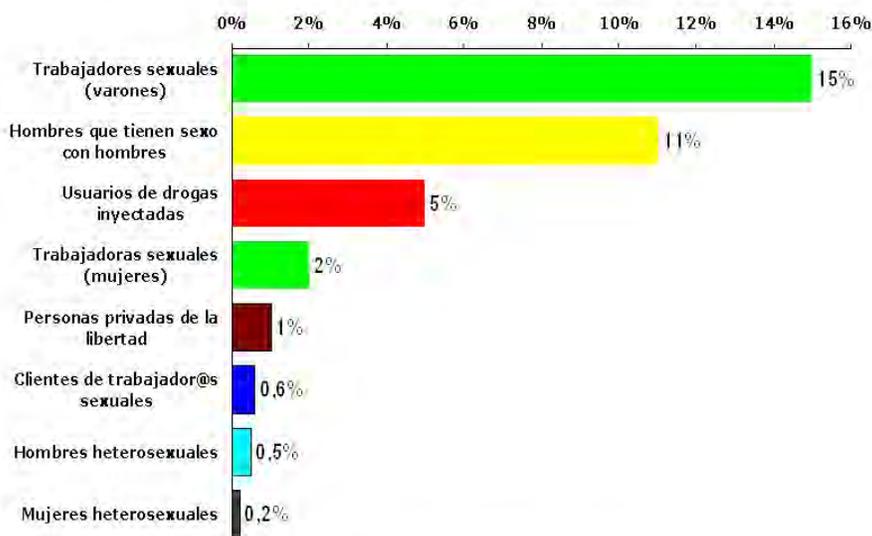
PREVALENCIA

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1 %.

La epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (varones) con una prevalencia media del 15%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1.5%). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas (Gráfico 7).

Gráfico 7

Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México



Fuente: Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca. El VIH y sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA, 2008.

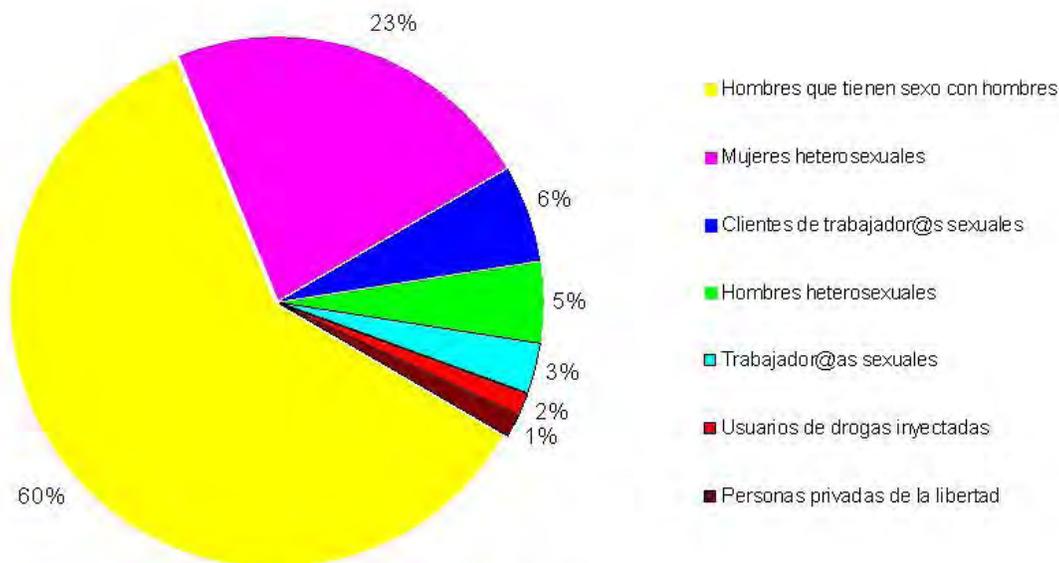
De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH (2009), de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente varones.

El 3.1% corresponde a trabajadoras sexuales y el 2% a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5% del total de personas que viven con VIH en México (Gráfico 8).

La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, fue del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras en nuestro país.

Gráfico 8

Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México, 2009



Fuente: Estimaciones conjuntas ONUSIDA y CENSI, 2009

Respecto a la relación que existe entre las 220 mil personas que viven con VIH en nuestro país y los servicios de salud en la materia, tenemos que:

El 27% (59,400) se encuentra recibiendo terapia Antirretroviral (ARV) en alguna de las instituciones de salud del país o en la medicina privada; un 14% (30,800) han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar el tratamiento ARV. Sin embargo, el 59% (129,800) restante son personas que se encuentran infectadas por el VIH, pero que no lo saben (Gráfico 9).

Gráfico 9

Estimación de personas que viven con VIH en México, y su relación con los servicios de salud, 2009



Fuente: CENSIDA.

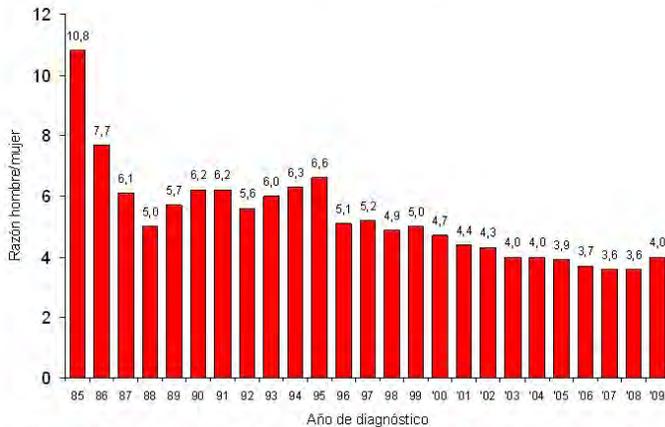
REGISTROS

De acuerdo al Registro Nacional de Casos de SIDA desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta noviembre del 2009, se contabilizaron 135,003 casos acumulados de SIDA (diferente al número de portadores de VIH), de los cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1. La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia del SIDA en México. Dicha razón disminuyó de 10.8 en 1985, hasta 3.6 en el 2008 y aumentó a 4.0 para el 2009 (Gráfico 10).

El grupo de 25 - 34 años de edad es el que presenta un mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35 - 44 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15 - 24 años de edad.

Gráfico 10

Razón hombre/mujer en los casos de SIDA según año de diagnóstico, México 1985-2009

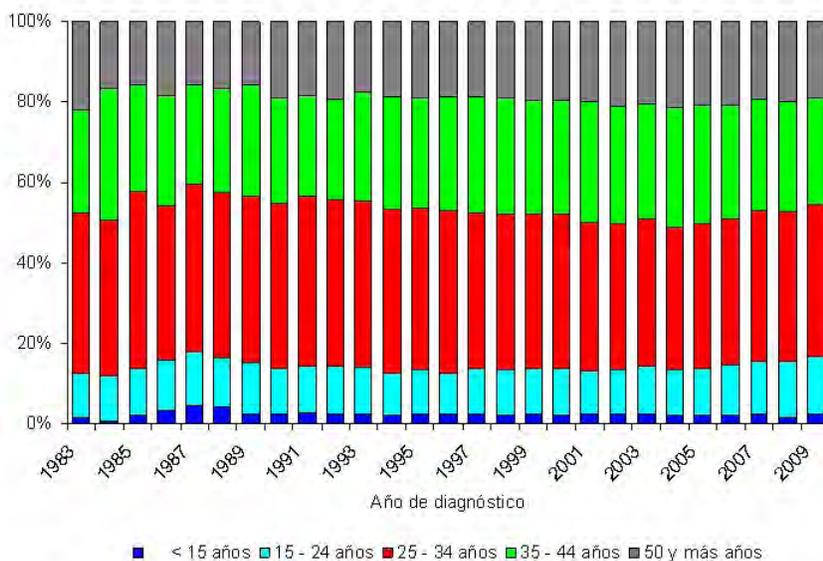


Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

La tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25 - 44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes (Gráfico 11).

Gráfico 11

Porcentaje de casos de SIDA según grupos de edad, México 1983-2009



Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

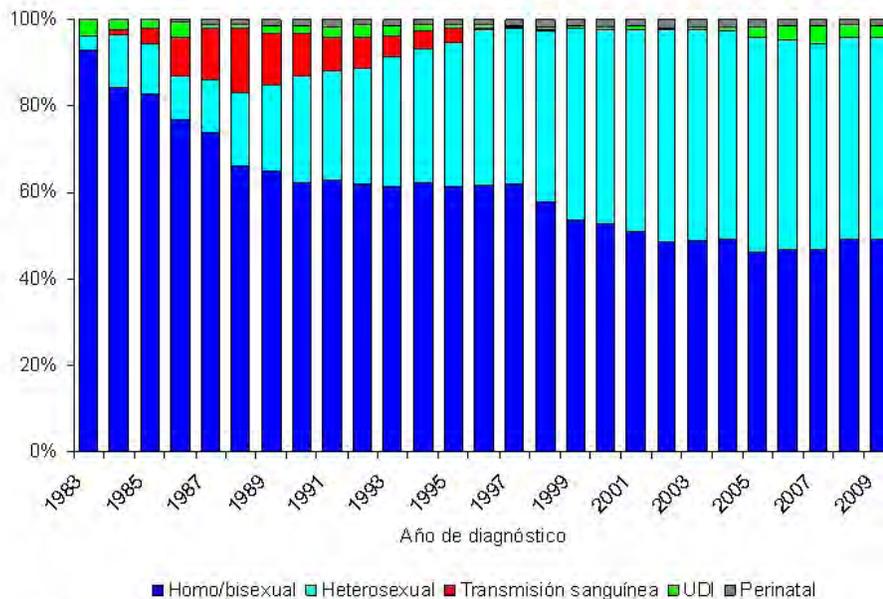
TRANSMISIÓN

La epidemia en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA. En varones adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada, ya sea a varones homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Aunque en los primeros años, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90% del total, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyen los casos de SIDA en donde la categoría de transmisión es desconocida (en uno de cada tres casos no se registró la forma de contagio). Sin embargo, también puede observarse una tendencia ascendente, en los últimos años, en el porcentaje de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los relacionados con usuarios de drogas inyectadas y transmisión perinatal ocupan porcentajes marginales (Gráfico 12).

Gráfico 12

Porcentaje de casos de SIDA en hombres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009



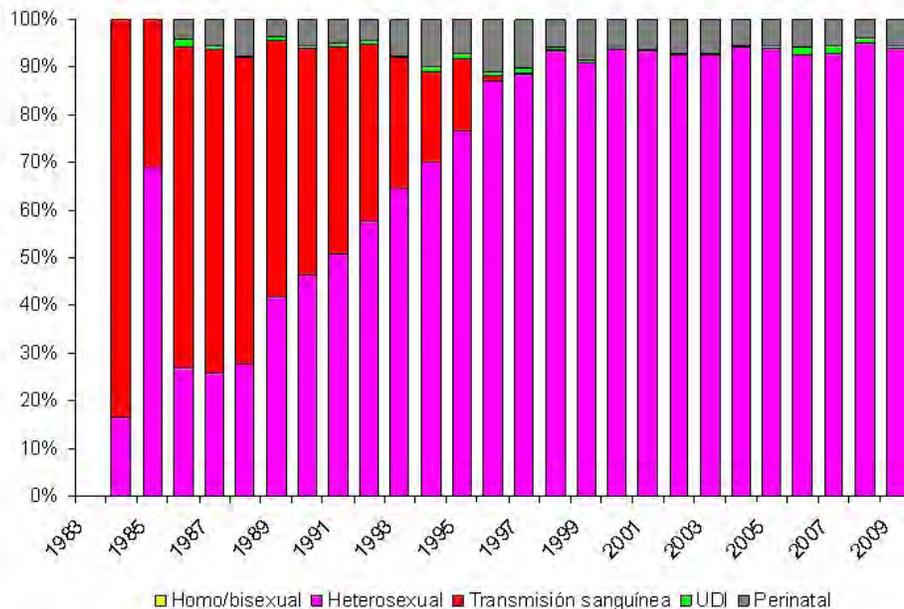
Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

En mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la vía sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi el 95% del total registrado en el 2009, en tanto que las vías perinatales y en usuarias de drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante.

Al igual que en varones, los casos de SIDA en mujeres, asociados a la transfusión sanguínea, que llegaron a representar más del 80% al inicio de la epidemia, también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma⁴⁹, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia (Gráfico 13).

Gráfico 13

Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009



Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

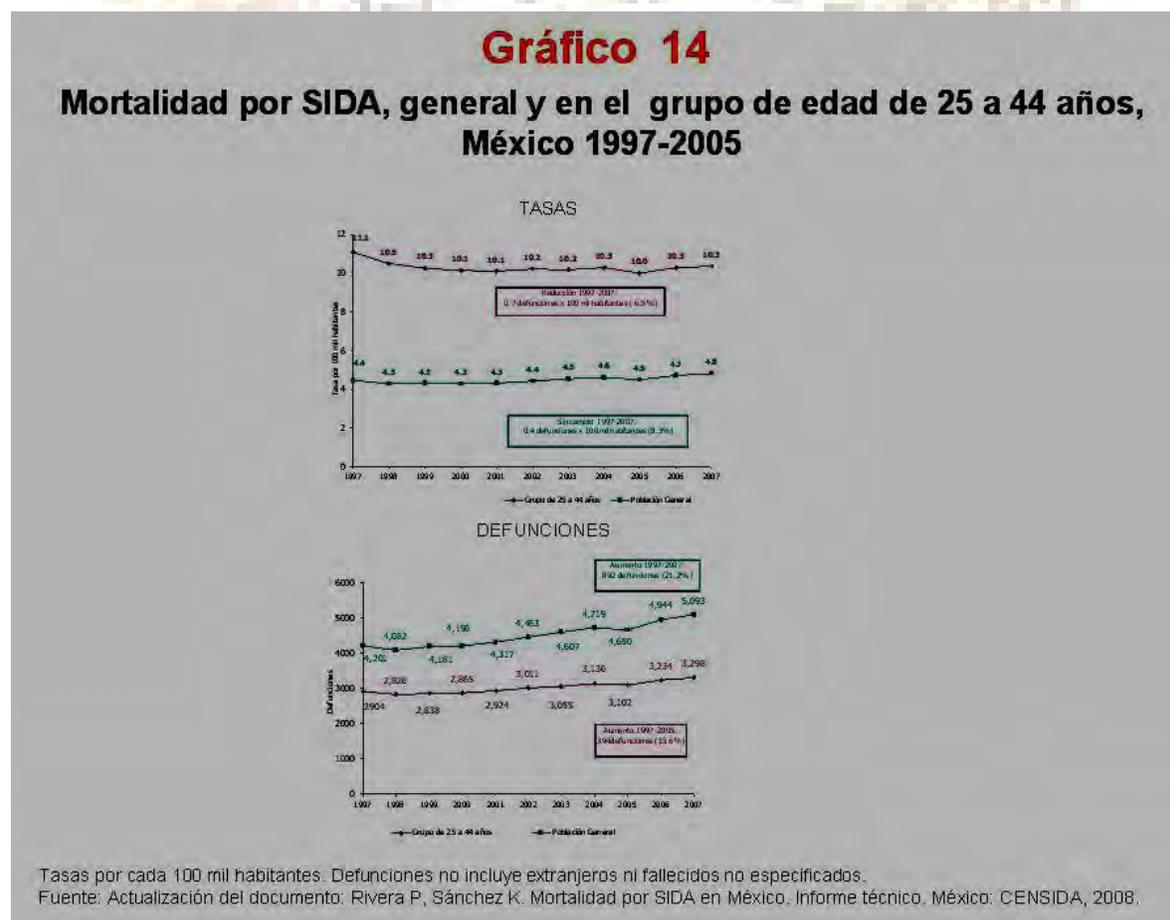
MORTALIDAD

Antes de la llegada a México de los tratamientos antirretrovirales, la tasa de mortalidad general por SIDA era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990 y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.8 muertes. A partir de ese último

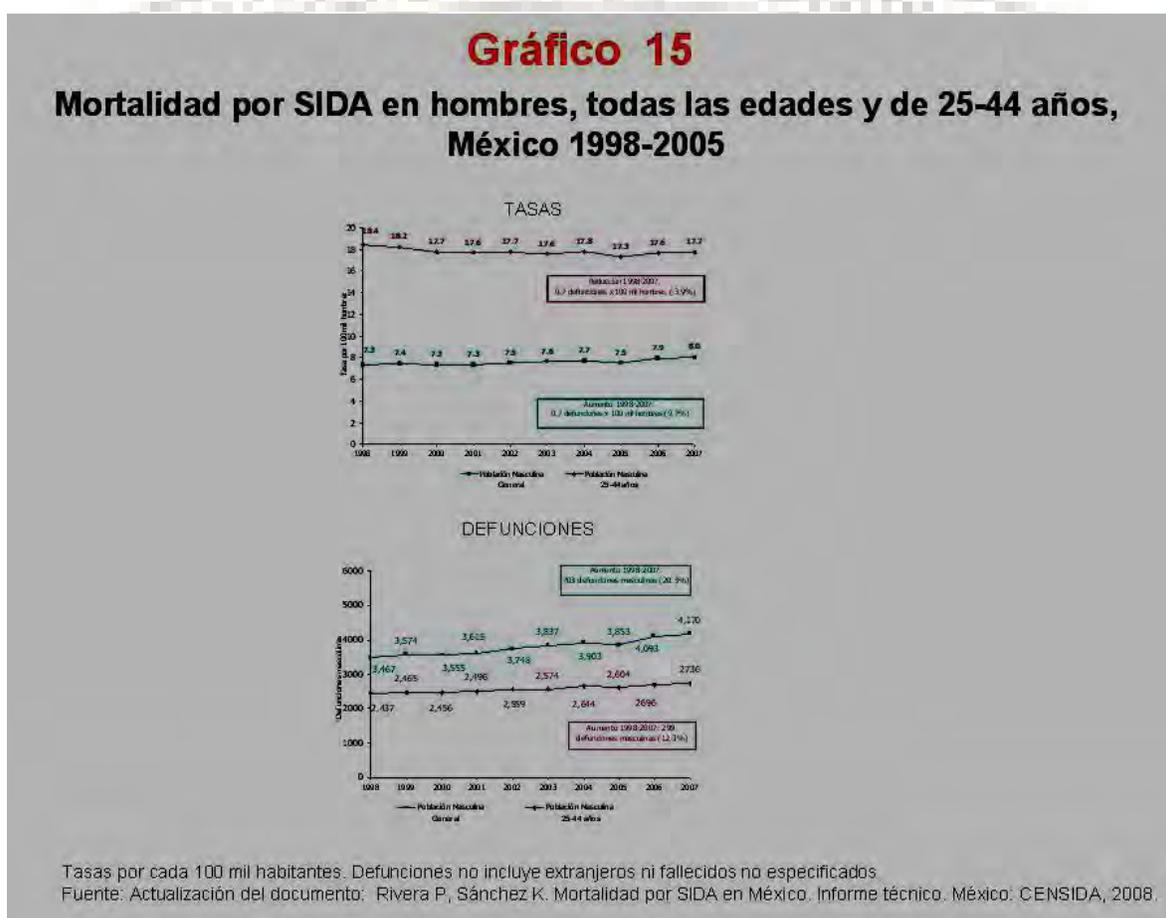
⁴⁹ NOM-003-SSA2-1993 “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”

año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de antirretrovirales conocidos como inhibidores de proteasa (IP) cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA; se demostró que la combinación de los medicamentos ya existentes, en lo que se denominó Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo (TAR), lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar substancialmente la calidad de vida.

Lamentablemente, han ocurrido alrededor de 72 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA en población general en México durante el período de 1988 - 2007 y casi 49 mil en el grupo de 25 a 44 años de edad, precisamente el núcleo central de la población económicamente activa. Sin duda el principal logro del periodo 2001 - 2006 lo constituye el acceso universal al TAR en el país, cuya meta se cumplió a finales del año 2003 antes de lo programado (2006). Sin embargo, aún no se percibe del todo el impacto que ha tenido en la mortalidad la instrumentación de esta medida de salud pública, ya que en el año 2000 la tasa de mortalidad por SIDA en la población general fue de 4.3 por cada 100,000 habitantes, en tanto que en el 2007 fue de 4.8, ocupando el lugar 17 como causa de muerte a nivel nacional. No obstante, las tasas de mortalidad del grupo de 25 - 44 años de edad sí muestran una leve tendencia descendente, lo cual indica que el periodo de sobrevivencia de las personas infectadas se ha dilatado. (Gráfico 14).



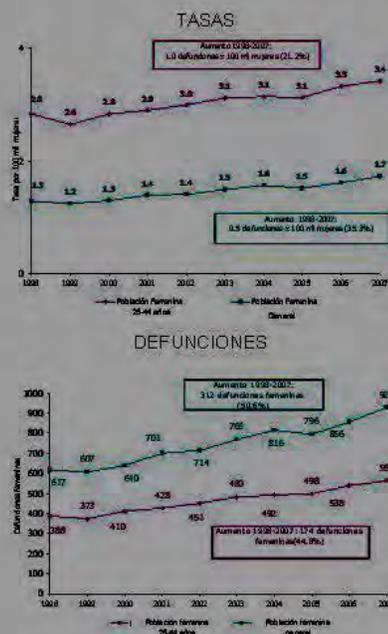
Al analizar la mortalidad por SIDA por sexo, tanto en la población general como en el grupo de edad más afectado (25–44 años) a partir del año 1998, en el caso de los hombres la pendiente que configuran las tasas de mortalidad entre 1998 y 2007 es irregularmente descendente. Partiendo de una tasa de mortalidad de 18.4 en 1998 se alcanza una de 17.7 en 2007, es decir que entre ambos puntos en el tiempo se logró un modesto descenso del - 3.9% ó 0.7 menos defunciones cada 100 mil hombres. (Gráfico 15).



Las tasas de mortalidad de la población de mujeres entre 25 y 44 años de edad crecen de modo lento pero marcado (21.2%). En números absolutos sus defunciones a causa del SIDA han crecido un 44.8% en este intervalo de edades, es decir 174 muertes más en el periodo (pasando de 388 a 562), lo que parece estar asociado con el progresivo incremento observado en la cantidad de casos de SIDA en la población femenina y, posiblemente, a una menor efectividad del TAR en razón de un inicio tardío del tratamiento, menor adherencia y/o debido a la presencia de reinfecciones (Gráfico 16).

Gráfico 16

Mortalidad por SIDA en mujeres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005



Tasas por cada 100 mil habitantes. Defunciones no incluye extranjeros ni fallecidos no especificados.

Fuente: Actualización del documento: Rivera P, Sánchez K. Mortalidad por SIDA en México. Informe técnico. México: CENSIDA, 2008.

Hasta el momento, México registra una prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad relativamente baja (0.3%), especialmente si se le compara con las magnitudes registradas en los países vecinos que oscilan entre 0.6% (Estados Unidos) y 2.5% (Belice).⁵⁰

Desde que se reportó el primer caso en 1983, se ha observado una epidemia concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁵¹. Sin embargo, cabe considerar que la forma en que se clasifica la epidemia impone una limitación importante: el criterio central es observar los casos de SIDA en lugar de las personas infectadas por el VIH. En otras palabras, se está haciendo referencia a un desarrollo de la epidemia ocurrida años atrás, cuyo patrón no necesariamente corresponde a las formas actuales de diseminación de la infección. En ese sentido es necesario realizar múltiples esfuerzos, y cada vez ajustar mejor los instrumentos y sistemas de recolección de datos para observar la epidemiología contemporánea del VIH.

⁵⁰ UNAIDS, 2006.

⁵¹ Valdespino-Gómez JL et al, 1995:556-571.

Si bien HSH continúa siendo el grupo más afectado, recientes investigaciones están señalando que la infección ha comenzado a crecer más rápidamente en otros sectores de la población, lo cual demuestra la importancia de volver la mirada e incrementar la atención a todos los sectores vulnerables.

En 1986, hace 24 años, se estableció un sistema de vigilancia formal para estudiar la epidemia del VIH/SIDA⁵². Sin embargo, subsisten problemas al momento de ser construidos los datos y ello repercute en la elaboración y la calidad de la información disponible. Así, se reconoce que hay ciertas cualidades específicas del VIH/SIDA que pueden presentar un elevado grado de incertidumbre, como el momento y la vía de contagio, dado que el periodo de incubación es de alrededor de 10 años.

Otro problema importante es la estimación del tamaño de las poblaciones vulnerables: HSH, usuarios de drogas inyectadas (UDI), hombres y mujeres trabajadores sexuales (HTS y MTS); ya que es factible que sufran modificaciones cuantitativas en el tiempo y que éstas puedan no ser captadas con la celeridad y la precisión deseables. También se generan inconvenientes que emanan del subregistro y el retraso en la notificación de los casos de SIDA y de VIH, ausencias que se intentan mitigar mediante el cálculo de estimaciones.

Los casos acumulados de SIDA se utilizan para reflejar en números absolutos y relativos la historia de la expansión infecciosa. Utilizar este método posee la ventaja de permitir observar ciertas aristas del desarrollo de la infección a pesar del enorme problema de retraso en la notificación de casos de SIDA; hay información de situaciones que se han demorado cinco años en ingresar a la base.

Los datos sobre casos acumulados de SIDA proporcionan información que posibilita realizar un análisis longitudinal de la epidemia, especialmente cuando se presentan en relación con el tamaño promedio anual de la población. A su vez, una evaluación de la aparición de nuevos casos anuales, tanto de SIDA como de VIH y su distribución entre subgrupos de la población, podría indicar la evolución del grado de concentración de la epidemia actual para establecer cuáles son los sectores de la población que requieren más intensivamente servicios de prevención.

Cabe mencionar que actualmente se considera para el análisis de tendencias el año de diagnóstico al asentar cada caso, ya que el año de notificación no reflejaba adecuadamente el comportamiento de la epidemia.⁵³

Tanto el subregistro como el retraso en la notificación son problemas que afectan, en mayor o menor medida, la calidad de los datos en todos los países del mundo.

⁵² Noriega-Minichiello S et al, 2002:13-17.

⁵³ Ritieni A et al, 2005.

Estos fenómenos son el resultado de múltiples mecanismos, entre los que se destacan el desconocimiento de la normatividad, la falta de diagnóstico oportuno, el no envío u ocultamiento de la notificación, y los mecanismos burocráticos que estimulan el retraso.

Para mejorar la calidad y oportunidad de la información epidemiológica la Secretaría de Salud ha mantenido diversas acciones enfocadas a fortalecer el Registro Nacional de Casos de SIDA, entre las que se destacan las siguientes: fortalecer la comunicación con las instancias ejecutivas de las demás instituciones de salud; difundir ampliamente la normatividad en la materia; confrontar las bases de datos del Registro Nacional con los registros de instituciones notificantes para validar la información, así como realizar la búsqueda intensiva de casos de SIDA no asentados.

Como resultado, al confrontar las bases de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hasta el año 2000, se encontró un subregistro de 7,608 casos. Mientras que en un análisis de los casos de SIDA registrados en ocho entidades del país se encontró un subregistro de 34% en el IMSS y de 18% en los Servicios Estatales de Salud⁵⁴. Esto significa que desde el año 2000 se cuenta con una información más completa y de mejor calidad. Sin embargo, la propia Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud, responsable del Registro Nacional de Casos de SIDA en el país, considera que de 2001 en adelante las cifras están incompletas, debido al retraso en la notificación.

Análisis epidemiológicos de la tendencia de los casos de SIDA incluidos en el Registro Nacional muestran que debe pasar un periodo de 5 años para que los casos de SIDA de un año determinado se completen. Es importante denotar que, aproximadamente, en uno de cada tres registros se desconoce el factor de riesgo asociado; así, considerando el número total de reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil.

Por cada cinco casos acumulados de SIDA en hombres se ha observado uno en mujeres; y en los casos sexuales esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.6% de los registros.

El intervalo de edades que comprende de 15 a 44 años acumula 78.6% seguido por 19% en personas con 45 y más años; los menores de 0 a 14 albergan el 2.4% restante⁵⁵. 50% del total se concentra en cinco entidades federativas: Distrito Federal (20,881), Estado de México (12,183), Veracruz (10,420), Jalisco (9,911) y Puebla (5,676).

Se puede mejorar la apreciación del tamaño de la incidencia de los casos históricamente acumulados al construir cifras relativas que consideren el monto de

⁵⁴ CONASIDA, 2002.

⁵⁵ Secretaría de Salud, 2006.

la población de cada entidad,⁵⁶ así, tenemos que las tasas de incidencia acumulada de SIDA muestran al Distrito Federal como la entidad más castigada por la infección con 236.9 casos por cada cien mil habitantes; seguido por Baja California (169.6), Yucatán (153.2), Morelos (150.2), Jalisco (143.2), Veracruz (142.1) y Quintana Roo (132.2).

La tasa nacional es de 106.2 casos por cada cien mil habitantes.

Si bien se desconoce la categoría de transmisión en 35% del total de los casos registrados, es muy claro el predominio de la vía sexual como medio de contagio en adultos (92.2%) entre aquellos casos que se conoce la categoría de transmisión, especialmente por la modalidad HSH (45.9%).

La vía sanguínea acumula 4.9% de los casos y tuvo una apreciable incidencia en los primeros años de la epidemia pero, a excepción de los relacionados con las drogas inyectables (1.1% de los acumulados), no se han registrado otros tipos por transmisión sanguínea desde 1999:

Porcentaje de casos acumulados de SIDA por Categoría de Transmisión totales para la República mexicana al 15 de noviembre del 2007

VÍA SEXUAL %	VÍA SANGUÍNEA %	PERINATAL %	COMBINADA %	SE DESCONOCE (1) %
HSH 45.9	Transfusión 3.0	Perinatal 2.3	UDI-HSH 0.3	Se Desconoce 35.0
Heterosexual 46.6	Hemofílicos 0.4			
	Donadores 0.5			
	UDI 1.1			
	Exp. Ocupacional <0,1			
Total 92.5	Total 4.9	Total 2.3	Total 0.3	35.0

Fuente: CENSIDA, con base en DGE.- Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007.

Nota: La categoría "Se Desconoce" se excluye del cálculo de las restantes categorías; la presentación se realiza a efectos de apreciar su magnitud.

Según datos del INEGI en el año 2000 y en el 2005, 25.3 y 23.5%, respectivamente, de la población mexicana residía en áreas rurales (localidades menores a 2,500 habitantes), lo que representa alrededor de 24 millones de individuos.

⁵⁶ CONAPO, 2002.

En 1986 se registraron los primeros casos de SIDA en localidades no urbanas.⁵⁷ Al finalizar el año 2000 se había registrado un total de 47,617 casos donde 2,089 (4.6%) eran de procedencia rural y 893 (2%) se situaban en localidades que pueden ser consideradas como de transición hacia lo urbano (2,500-4,999 habitantes), al tiempo que las urbes grandes (medio millón y más habitantes) concentraron 58.3% de los acumulados.

Las principales diferencias observadas en los casos acumulados entre estos ámbitos son: en zonas rurales la vía heterosexual de transmisión es un medio de infección muy frecuente presente en 43% de los casos –HSH alcanza a 47.4%–, mientras que en las urbes representa 28.2% y son los HSH quienes albergan 63% de los casos. Por lo mismo, la razón de casos hombre/mujer en las localidades rurales fue de 4:1 en el 2000, cuando en las zonas urbanas era de 6:1.

Desde 1994 (cuando 4.7% de los casos eran rurales) se observa una importante tendencia de crecimiento relativo de ellos, lo que derivó que para 1999 éstos alcanzaran a representar 8% de los diagnosticados en ese año.⁵⁸

Si bien no alcanzan al peso relativo de la población rural (25%), son un problema en función de las dificultades que se anexan en relación a las estrategias de prevención y atención que se pueden ejercitar en las urbes. Con mayor frecuencia la población rural cuenta con menor escolaridad, uso de lenguas indígenas y alta desigualdad de género, todos factores que suelen incrementar la dificultad para interpretar la información sobre la enfermedad.

El aislamiento también dificulta la exposición a las campañas preventivas. La dispersión y lejanía de los centros de atención implican mayores costos de transporte y tiempo de traslado, lo que dificulta la adherencia a los tratamientos.⁵⁹

Es en este sentido que se impone adoptar una alerta suplementaria sobre la propagación de la infección en las áreas rurales, puesto que las acciones de combate a la enfermedad son más complejas allí.

MEDICIONES

Ahora bien, para estimar la prevalencia de VIH en población general de México se utilizan las encuestas nacionales con serología, y para los países que no cuentan con este tipo de encuestas, se utilizan las encuestas de vigilancia centinela⁶⁰ en mujeres embarazadas.

⁵⁷ Magis-Rodríguez et al 1995: 615-623.

⁵⁸ Bravo-García E et al, 2003: 11-18.

⁵⁹ Ortiz-Mondragón et al, 2003: 53-76.

⁶⁰ Vigilancia de un suceso de salud determinado, en una muestra de población en riesgo utilizando una muestra de centros informantes. La vigilancia centinela se realiza para cubrir las necesidades de información en base a una mayor cantidad y calidad de datos que permitan conocer la prevalencia de las enfermedades y su tendencia en grupos específicos de población, así como de los factores de riesgo del problema específico a vigilar.

El instrumento de medición más confiable de los señalados es la encuesta nacional, dada su cobertura geográfica y precisión probabilística. La vigilancia centinela en embarazadas⁶¹ recolecta información con grupos previamente seleccionados en sitios definidos y con una periodicidad determinada, lo que permite detectar cambios en la tendencia o distribución de la epidemia sin necesidad de estudiar a toda la población. La definición operativa señala que: —deben incluirse aquellas mujeres que asisten a algún servicio médico durante el embarazo o para atención del parto”.

Se considera que las mujeres embarazadas son un grupo de bajo riesgo y, por tanto, representan la situación de la población general de mujeres adultas frente a la enfermedad, sin hacer mención de la posible superposición con otros grupos de mujeres con prácticas de alto riesgo (MTS y UDI) en ciertos contextos.

En la Encuesta Nacional Seroepidemiológica (ENSE) de 1997 se recolectaron sueros mediante un marco muestral probabilístico de hogares. Se obtuvieron 78 mil 536 muestras de sangre y, para la determinación de anticuerpos contra el VIH-1, se seleccionaron 10 mil 921 sueros de hombres mayores de 15 años obteniéndose una seroprevalencia en varones adultos de 0.04 por ciento.⁶² Las encuestas centinela de VIH en mujeres embarazadas se iniciaron en 1988. Entre 1991 y 1996 se procesaron 3 mil 085 sueros de embarazadas y se halló una seroprevalencia de 0.09%, con un margen de atención que recorre 0.02-0.26.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) realizada en el 2000 encontró que la prevalencia de VIH en población adulta de mayores de 20 años de edad era de 0.25% (intervalo de confianza a 95%: 0.14-0.45).⁶³

Estas cifras mostraron un aumento respecto a 1987 (ENSE). Hacia fines del año 2001 se estimó la existencia de alrededor de 150,000 personas infectadas con VIH viviendo en México⁶⁴, lo que representaba una prevalencia de 0.3% y significaba que 3 de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

Las estimaciones realizadas con posterioridad al 2001 por CENSIDA en estrecha colaboración con ONUSIDA muestran que los incrementos en el número de infectados con VIH que se produce año a año no superan el aumento relativo anual de la población adulta. Esto significa que se ha mantenido estable en 0.3% la tasa de prevalencia para la población de 15 a 49 años en 2003 y 2005, y se ha estimado que podrían haber existido alrededor de 180 mil personas viviendo con VIH al finalizar ese año.

⁶¹ Secretaría de Salud. INDRE, 1990.

⁶² Valdespino J L et al, 2007:386-394.

⁶³ Valdespino J L et al, 2008. Disponible en: http://www.iasociety.org/abstract/show.asp?abstract_id=6705

⁶⁴ Rivera-Reyes et al, 2005: 237-261.

En 1985 comienzan los estudios serológicos para detectar la presencia de VIH en donadores de sangre por paga y voluntarios acompañados por cuestionarios con preguntas básicas. También en ese entonces se probaron los primeros cuestionarios sobre comportamientos en HSH de la Ciudad de México.⁶⁵

Entre 1987 y 1988 se estudian conocimientos, actitudes y prácticas mediante cuestionarios a la población general mayor de 15 años en la Ciudad de México. Las primeras intervenciones se desarrollaron con esa información y gran parte de las preguntas se utilizaron para establecer el sistema de vigilancia centinela (SVC) de primera generación.

En 1990, la Dirección General de Epidemiología (DGE) publicó el primer *Manual de vigilancia epidemiológica* de VIH/SIDA, dando inicio formal a la vigilancia centinela. Sin embargo, previamente se habían ensayado estudios con esas características en varias ciudades de la República desde 1988.

A partir de entonces los estudios serológicos fueron complementados con la búsqueda de información demográfica y de comportamientos en HSH, MTS, personas privadas de su libertad y hemofílicos. En 2001 se propone, de acuerdo con lineamientos de la ONUSIDA, una serie de grandes cambios.

El sistema de vigilancia epidemiológica tradicional, que principalmente fundamenta sus análisis en la información sobre casos de SIDA, había mostrado severas limitaciones porque no consideraba la medición rutinaria de las prácticas de riesgo en diferentes sectores de la población⁶⁶. Para entonces, numerosos estudios ya habían incluido tanto serologías como preguntas para identificar prácticas de riesgo y situaciones que hacen vulnerables a las personas, de hecho, ya se estaba practicando el seguimiento de HSH, MTS, migrantes y adolescentes.⁶⁷

Todos estos estudios fueron la base para desarrollar la vigilancia de segunda generación donde se focalizan explícitamente los comportamientos. Lo relevante del método de vigilancia de segunda generación es que captura el nivel de riesgo que alcanza la diversidad de prácticas sexuales en la población, al tiempo que considera los posibles cambios que pueden estar en curso cuando se asumen conductas preventivas y su utilidad radica en que proporciona información de cómo los patrones de conducta influyen en el desarrollo de la epidemia y las posibles formas por las cuales el VIH puede estar avanzando en la población general.

La epidemia de SIDA ha generado también reacciones de rechazo a diferentes estilos de vida, producto en muchos casos del miedo infundado al contagio. Todo

⁶⁵ Izázola J A et al, 1988:555-566.

⁶⁶ UNAIDS/WHO. 2000.

⁶⁷ Tapia-Conyer R. 1996: 41-45.

esto se ha manifestado en actos de discriminación como la negación de servicios médicos, los despidos laborales injustificados y la estigmatización de personas.⁶⁸

Con base en resoluciones que se vienen aprobando desde 1989, en el año 1996 se acordaron en el seno de la ONU las directrices y obligaciones que deben asumir los estados para, en el contexto del VIH/SIDA, proteger de las violaciones a los derechos humanos a los sectores más vulnerables, todo lo cual determinó la creación de indicadores que miden estas problemáticas.⁶⁹

Estos hechos han promovido una nueva generación de estudios epidemiológicos, los que buscan información acerca del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.

Durante su participación en la sesión plenaria con la conferencia —Nueva agenda global en salud, desarrollo y derechos humanos”, realizada en el marco de la *XIV Conferencia Internacional sobre VIH/SIDA*, en 2002, el entonces secretario de salud de México afirmó que los cuidados y el apoyo a la gente que vive con VIH/SIDA, a los sectores más vulnerables y a las comunidades afectadas, es una condición necesaria para alcanzar la prevención efectiva. Por ello, propuso establecer un sistema de vigilancia para evaluar el estigma y la discriminación en que se encuentra la población afectada en cada país para conocer, con precisión, si se está logrando reducirlas.⁷⁰

Antes de concluir los años ochenta en México se observó, con las limitaciones que imponía la vigilancia centinela, que la epidemia de VIH/SIDA se concentraba en algunos de los sectores sociales que mantienen prácticas de riesgo: 15% de prevalencia de VIH en HSH, 12% en HTS y 6% en UDI.⁷¹

En los estudios centinela realizados durante el periodo 1991-1996 se observaron 6 mil 274 HSH. Se calculó que el 15.5% de esa población se hallaba infectada con el VIH.⁷²

A fines del año 2003, en el marco de la vigilancia de segunda generación, se llevó a cabo en Guadalajara, Jalisco, un estudio en HSH con muestra probabilística que obtuvo 399 muestras de sangre, la prevalencia puntual de VIH fue de 13.8 por ciento.⁷³

En el 2005, un estudio de segunda generación y vigilancia del estigma y la discriminación, con muestreo probabilístico realizado entre 841 HSH en las

⁶⁸ Estrada-Márquez F et al, 2006: 97-103.

⁶⁹ OPS – ONUSIDA. 2000. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/un aids-00.17e/un-00.17e-es.pdf>

⁷⁰ Frenk-Mora J. 2002.

⁷¹ Magis-Rodríguez C et al, 1988: 236-248.

⁷² Magis-Rodríguez C et al, 1997: 60-62.

⁷³ Magis-Rodríguez C, et al, 2005.

ciudades de Acapulco, Monterrey, Tampico y Netzahualcóyotl encontró una prevalencia de VIH de 10.4 por ciento.⁷⁴

Las observaciones sobre HTS realizadas entre 1991-1996 hallaron que 13.6% eran portadores de VIH. El estudio de 2003 en HTS de la Ciudad de México y Guadalajara recolectó 174 muestras de sangre encontrándose una prevalencia de VIH de 20%, mientras que en 2005 el estudio de segunda generación con vigilancia del estigma y la discriminación realizada en Acapulco y Monterrey detectó una prevalencia de 14.8% en HTS.⁷⁵

La vigilancia centinela del periodo 1991-1996 sobre 24 mil 500 MTS⁷⁶ dio cuenta de una prevalencia de 0.3 por ciento. En el 2003, la encuesta de segunda generación en MTS realizada en la ciudad de Veracruz, en Boca del Río, Veracruz y en la ciudad de Tijuana, Baja California, encontró que en 371 muestras de sangre con resultado había una prevalencia de VIH del 6.4% en Tijuana y 4.2% en Veracruz.

Posteriormente, en el año 2005 fueron estudiadas 605 MTS en Acapulco y Monterrey; la prevalencia de VIH en ese grupo fue de 1%, muy similar en ambas ciudades.

Los estudios centinela realizados entre la población UDI concluyeron que en el periodo 1991-1996 la prevalencia de VIH en 1,004 casos observados era del 3.6 por ciento.

Finalizando el 2003, se obtuvieron 405 muestras de sangre en UDI de la ciudad de Tijuana, observándose para 355 hombres una prevalencia de 3.7% y de 6% entre las 50 mujeres estudiadas.

A principios del 2005 se detectó una prevalencia de 1.9% y 4.1% en Tijuana (n=207) y Ciudad Juárez (n=197) respectivamente.

Estudios realizados en 2004 y 2005 con 412 MTS de Tijuana y 408 MTS de Ciudad Juárez, encontraron que 21 y 12% respectivamente también eran UDI que presentaron una prevalencia de VIH de 16%, contra 4% en las MTS no UDI.⁷⁷

Frente a una epidemia de SIDA transmitida predominantemente por vía sexual, se hace imprescindible conocer los comportamientos sexuales en diferentes sectores de la población. Prácticamente desde que se reconoció la existencia del VIH/SIDA se han ensayado estudios sobre conductas de riesgo relacionadas con la transmisión de la infección.

⁷⁴ Gayet C et al, 2006.

⁷⁵ Ayala-Gaytan JJ et al, 1995: 473-476.

⁷⁶ Frost S et al, 2006.

⁷⁷ Patterson T et al, 2006.

Los esfuerzos y experiencias desarrollados durante años en México y otros países finalmente integran lo que OMS y ONUSIDA han formalizado en el año 2000 como ‘Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación’.

Con éste método se busca medir el nivel de riesgo que asumen diferentes sectores de la población en sus prácticas sexuales. Consiste en identificar y situar a las poblaciones más vulnerables al contagio para construir muestras localizadas, con un diseño sencillo que pueda ser implementado por autoridades locales, con el fin de recolectar información con regularidad.

En México se realizó entre los años 2001 y 2003 un estudio que se enmarcó en las estrategias de Segunda Generación en cuatro estados que poseen programas de lucha contra el SIDA (Morelos, Michoacán, Puebla y Chihuahua).

Es la Encuesta CENSIDA-INSPONUSIDA. Los grupos seleccionados fueron 2,543 HSH, 2,399 MTS y 624 UDI; todos en edades de 15 a 60 años.⁷⁸

En otro estudio (Encuesta CENSIDA en grupos vulnerables) realizado a finales del 2003 en Ciudad de México, Guadalajara, Veracruz y Tijuana, se trabajó con 401 HSH, 396 MTS, 233 HTS y 408 UDI.

Por último, se incluye un estudio al que se denomina ‘Encuesta FLACSOCENSIDA-FHI’, desarrollado durante el año 2005 en las ciudades de Monterrey, Acapulco y Nezahualcoyotl (Estado de México). Los tamaños de muestra obtenidos y los grupos considerados en ese trabajo fueron 841 HSH, 605 MTS y 284 HTS.⁷⁹

Los resultados de los estudios en los grupos más vulnerables frente al VIH/SIDA pueden servir para múltiples propósitos, como la identificación de conductas específicas que necesitan ser modificadas y la recolección de información que puede ser usada para abogar por apoyo político y financiero.

Son numerosas las variables que miden los estudios de segunda generación; a efectos de mostrar una aproximación sintética de sus resultados y utilidad, sólo se expondrán los hallazgos referentes a uso del condón (con parejas ocasionales y parejas comerciales) y el número de parejas durante el último año, ya que de no practicarse el sexo con protección se incrementa el riesgo a medida que aumenta el número de acompañantes sexuales. Es importante señalar el contexto mayor en donde se sitúan los comportamientos que se busca conocer. En ese sentido se ha estado observando un crecimiento en el uso del condón entre la población general, al tiempo que en los últimos 20 años diversas encuestas han señalado el crecimiento del uso entre jóvenes.

⁷⁸ Magis-Rodríguez C et al, 2005.

⁷⁹ Gayet C et al, 2006.

Considerando la primera relación sexual, en 1985 muy pocos jóvenes solteros reportaban haber usado condón (sólo 6.8 y 4.8% de los hombres y las mujeres, respectivamente);⁸⁰ en cambio, la encuesta de MEXFAM de 1999 indica que lo utilizaron 43.7% de los hombres y 19.5% de las mujeres.⁸¹ Tomando en cuenta a quienes afirmaron haber usado condón en la última relación sexual, en 1994 ya lo hacía el 44.4% de los hombres de la Ciudad de México.⁸² Según datos de la ENSA 2000 a nivel nacional, el uso del condón en la primera relación sexual entre adolescentes solteros fue de 50.9% en los hombres y 22.9% en las mujeres.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 muestra que 29.6% de los adolescentes de 16 a 19 años han iniciado su vida sexual. Allí 62.9% de los hombres jóvenes manifestó haber utilizado condón en su primera relación, también 38.9% de las adolescentes reporta su uso.⁸³

La sucesión de estudios de segunda generación, dado que son estudios transversales puntualmente localizados en diferentes contextos, limitan la posibilidad de realizar inferencias para toda la República. Sin embargo, la información que ofrecen a través del tiempo facilita obtener una aproximación a los comportamientos sexuales de los distintos grupos en riesgo que se han focalizado.

Los estudios expuestos sobre HSH muestran que se podría estar ampliando el uso del condón con las parejas ocasionales que, por cierto, es una práctica de riesgo muy frecuente entre los HSH. Menos frecuente es el intercambio comercial de sexo en ese grupo, pero quienes participan podrían estar tomando menos precauciones en los últimos tiempos. El número de parejas sexuales resulta similar entre las muestras.

Los UDI hombres tienen menores tratos sexuales que los HSH, sin embargo, asumen prácticas de enorme riesgo en las relaciones sexuales. En las dos muestras declaran un escaso uso del condón en todo tipo de relaciones sexuales.

Las mujeres UDI, muchas de ellas también MTS, parecen protegerse con condón algo más que los hombres de este grupo, pero se encuentran muy lejos de adoptar niveles de precaución satisfactorios.

Las tres muestras obtenidas de MTS encuentran importantes y crecientes proporciones de utilización del condón en su trabajo. No obstante, es muy insuficiente el nivel de precaución que asumen con las parejas ocasionales no comerciales. Queda latente la respuesta a si se está incrementando el número de clientes con el tiempo o son cifras propias de los contextos en donde fueron abordadas por los estudios.

⁸⁰ Gayet C et al, 2003:632-640.

⁸¹ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, AC.1999.

⁸² CONASIDA.1994.

⁸³ Olaiz-Fernández G et al, 2006.

Las investigaciones sobre HTS muestran un relativamente elevado uso del condón en toda clase de relaciones. Sin embargo, también se delata como una población que cubre grandes números de acompañantes sexuales y, posiblemente, ese sea el motivo de la elevada prevalencia que poseen. En otras palabras, relativamente son pocos los que no se protegen, pero dada la elevada frecuencia de intercambios sexuales que practican, los pocos descuidos facilitan acumular un alto riesgo.

La tasa de mortalidad por SIDA era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990, y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.6 muertes. A partir de ese último año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de antirretrovirales conocidos como inhibidores de proteasa (IP) cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA; se demostró que la combinación de los medicamentos ya existentes, en lo que se denominó como Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo (TAR), lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar substancialmente la calidad de vida. Por tal motivo, desde 1998 en adelante, la mortalidad general por SIDA se ha mantenido ente 4.2 y 4.4 muertes por cada cien mil habitantes.

Un análisis retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición sobre los primeros 93 pacientes admitidos observó que a las 22 semanas posteriores al diagnóstico la sobrevida fue de 50% con un promedio de 47.7 días de hospitalización, además la sobrevida observada fue dos veces menor que la reportada en otros países.⁸⁴

Otro estudio estableció que el tiempo de sobrevida en pacientes que adquirieron el VIH/SIDA mediante transfusiones de sangre contaminada fue de 9 meses.⁸⁵ En Monterrey se halló una mediana de sobrevida de 11 meses, aunque entre los pacientes tratados con Zidovudina (AZT) se observó una mediana de sobrevida de 32 meses.

Los primeros estudios en pacientes que utilizaban IP se realizaron en el DF y los resultados mostraron que la mortalidad hospitalaria disminuyó significativamente de 23.2 a 12.2% y a 6.4% en 1996, 1997 y 1998 respectivamente.⁸⁶ Posteriormente, análisis efectuados con la base de casos de SIDA determinaron que la sobrevida promedio de los pacientes con SIDA anterior a 1996 era de 17 meses, pero a partir de ese año se extendió a 57 meses gracias al TAR.

Inclusive la sobrevida promedio de las mujeres alcanzó a 61 meses contra 56 de los hombres. En México se estimó que para finales de 1997 alrededor de 6,000 pacientes no tenían acceso al TAR, es decir, aproximadamente 50% de las personas que vivían con SIDA. Durante 1998 se logró la cobertura de TAR para menores de 18 años y mujeres embarazadas, todos infectados sin acceso a

⁸⁴ Ponce De León-Rosales S et al, 1988.

⁸⁵ Volkow P et al, 1993: 133-138.

⁸⁶ Lavallo C et al, 2000: 515-519.

seguridad social. Para 1999 la cobertura del TAR se extiende a más de 1,000 pacientes sin acceso a la seguridad social.

En 2004 se estaban atendiendo cerca de 28 mil pacientes con VIH-SIDA, lo que prácticamente significaba alcanzar una cobertura universal de TAR. En el 2005 se estimó que 17.7% de las personas que viven con VIH/SIDA requerían de TAR, y 98.4% de éstas (31,951) recibieron el tratamiento. Así, la incorporación masiva de los TAR en México ha permitido los siguientes beneficios: aumento en la calidad de vida del enfermo; aumento en la sobrevivencia de los pacientes; disminución de las infecciones oportunistas asociadas al SIDA; reducción del número de hospitalizaciones al año por pacientes; reducción de los costos de hospitalización, y disminución de la mortalidad.

Estimaciones realizadas por CENSIDA consideran que, bajo un escenario compuesto por logros medios en las acciones específicas de prevención, atención y fortalecimiento institucional frente a la infección, sería factible alcanzar una tasa de mortalidad por SIDA de 3 por cada cien mil habitantes para el 2014.

CONCEPTUALIZACIÓN

Desde la aparición del VIH/SIDA se ha producido una evolución conceptual en la forma de caracterizar la epidemia. Así, a partir de una primera idea de 'grupos de riesgo' se pasó a la de 'prácticas de riesgo', luego a la de 'situaciones y contextos de riesgo' y, finalmente, a la de 'vulnerabilidad'.

Este desarrollo conceptual respondió tanto a los resultados de los estudios epidemiológicos como a un cambio de paradigma en donde el acento, paulatinamente, se fue colocando en los factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos) superando las posturas moralistas y las concepciones individualistas sobre los complejos procesos de toma de decisiones. Es en esta dialéctica que se desplazan las ideas acerca de grupos de riesgo socialmente disfuncionales y de riesgo individual deliberadamente asumido, incorporándose el concepto de *situaciones y contextos de riesgo* para establecer los enfoques de la *vulnerabilidad social y el riesgo asociado*. En otras palabras, el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura que hace que algunos sectores sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, que adquiera mayor probabilidad de infectarse por el VIH, de hecho, la noción de riesgo no desaparece, sino que, junto con el concepto de vulnerabilidad continúa empleándose al dar cuenta de los distintos niveles que deben ser atendidos para comprender el problema de la infección por VIH.

La complejidad observada hace que el VIH/SIDA no sea sólo una enfermedad, se trata de un problema social que rebasa las prácticas individuales y de los sistemas de salud; por ello los recientes desarrollos conceptuales requieren de la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y de género, los cuales expresan alguna clase de condición estructural o situación

coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del VIH/SIDA. Esta complejidad debe ser indagada y especificada desde un trabajo interdisciplinario que amplíe el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidas a controlar la epidemia.⁸⁷

De tal forma, este novedoso abordaje permite comprender por qué es más adecuado hablar de “vidas que transcurren en el riesgo, que de prácticas de riesgo”.⁸⁸

MIGRACIÓN

El traslado a gran escala de mexicanos hacia Estados Unidos ha sido considerado por numerosos estudios como un importante factor de diseminación del VIH/SIDA,⁸⁹ también se ha relacionado con la difusión de la infección en las áreas rurales del país⁹⁰, junto a una mayor prevalencia en MTS, HSH y UDI de ambos sexos en las regiones fronterizas.⁹¹

La historia de la enfermedad en Estados Unidos muestra que para el 2001 ya se había producido una tasa de incidencia acumulada de 285.4 casos de SIDA por cada 100,000 habitantes, al tiempo que en México solamente se habían acumulado 51.7 casos por 100,000.

Para los migrantes mexicanos, aun sin incrementar las prácticas de riesgo, las posibilidades de haberse infectado en Estados Unidos eran 5.5 veces mayor. En ese sentido, desde el inicio de la infección y hasta 1990, 50% o más de los casos registrados cada año en México tenían antecedentes de residencia en Estados Unidos. Todavía al 31 de diciembre de 2000, 12.7% de los casos acumulados en México se habían producido en personas que habían radicado previamente en Estados Unidos, con una incidencia mayor (27.8%) entre los casos que se habían presentado en localidades menores a cinco mil habitantes.

Los estados de Michoacán y Zacatecas poseen a más de 20% de los casos acumulados con historial de residencia en Estados Unidos.

Trabajadores de México viajan a los Estados Unidos en busca de trabajo en sectores productivos tales como la agricultura, los servicios y la industria, tanto en áreas rurales como urbanas. La mayoría de estos trabajadores son hombres jóvenes y pobres que están dispuestos a sacrificarse yendo de un lugar a otro para trabajar, no hablan inglés e, inclusive, algunos no hablan español. Muchos no tienen acceso a, o no saben de, los servicios médicos disponibles, se encuentran

⁸⁷ Magis-Rodríguez C et al, 2006.

⁸⁸ Herrera C, Campero L.2002: 554-564.

⁸⁹ Magis-Rodríguez C et al, 2004: 215-226.

⁹⁰ Bronfman M. 1990.

⁹¹ Sánchez M A et al, 2004:204-214.

en un contexto cultural que podría ser muy diferente al que están acostumbrados y una gran parte de estas personas están llenas de temores legales por su condición de ser inmigrantes indocumentados en situación de ilegalidad, de igual forma el acceso a los mensajes y la educación para la prevención que tradicionalmente se han adoptado es limitado en ellos a causa de su movilidad y la falta de residencia estable.

Considerando la vulnerabilidad que adquieren en esas circunstancias, algunos autores han estimado que los trabajadores inmigrantes mexicanos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el de la población general de los Estados Unidos.⁹² En México existen estudios que demuestran que las poblaciones de inmigrantes tienden a alterar los hábitos en las prácticas sexuales respecto de sus lugares de origen, lo que incrementa sustancialmente el riesgo de adquirir el VIH.

Se ha observado que hombres y mujeres no migrantes transnacionales habían tenido durante el último año un promedio de 1.8 y 1.2 acompañantes sexuales respectivamente, al tiempo que hombres y mujeres que habían cruzado la frontera tuvieron 3.3 y 1.5 respectivamente. Además, 9.8% de los hombres migrantes utilizaron drogas intravenosas contra apenas 1.2% de los no migrantes.⁹³

Actualmente, México y Estados Unidos tienen enormes dificultades para estimar la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA entre migrantes, también para seguir los patrones migratorios o de trazar el historial de diagnóstico y tratamiento en esta población. Los sistemas actuales de vigilancia en migrantes son limitados, puesto que es improbable que capturen una muestra representativa de la población migrante.

Se puede entonces recoger información de individuos que utilizan los servicios de salud, pero esto no impide que se introduzcan sesgos en los datos. Los individuos que utilizan los servicios de salud podrían ser diferentes de aquellos que no los utilizan (por ejemplo: contar con más información sobre los servicios de salud, la prevención y el riesgo de contraer el VIH, mayor acceso a la atención médica etcétera).

Son pocos los estudios recientes realizados específicamente en migrantes mexicanos, tanto en Estados Unidos como en México. El punto fronterizo con mayor cantidad de estudios recientes es Tijuana. Entre 1999 y 2002, se encuestó a HSH jóvenes (18-29 años) en ambos lados de la frontera. En Tijuana (n=249) se halló una prevalencia de VIH de 18.9% y en San Diego (n=125) se observó una prevalencia de 35.2 por ciento.

Si bien estas cifras no son representativas del conjunto de los migrantes, puesto que la gran mayoría no practica esa orientación sexual, denotan que las

⁹² Inciardi J et al, 1999:653-666.

⁹³ Bronfman M, Minello N. 1999:1-90.

posibilidades de los HSH de adquirir el VIH podrían ser casi del doble en el borde fronterizo del lado de California. Un estudio con 600 trabajadores mexicanos migrantes en San Diego y el distrito de Fresno, California, reportó una prevalencia de VIH de 0.9%,⁹⁴ es decir, tres veces mayor que la estimación para población general adulta de México.

MUJERES

En México, el primer caso de SIDA en una mujer se debió a contagio postransfusional y se diagnosticó en 1985. En los últimos 24 años se han notificado 17 mil 822 casos en mujeres lo que representan 16.9% del total de casos reportados.

El promedio de los casos acumulados en los años noventa muestra que se había contagiado una mujer por cada 6 hombres; en el 2006 la relación hombre-mujer en los casos acumulados descendió a 4.9 hombres por mujer, y se estima que en el 2006 había alrededor de 42,000 mujeres de 15 a 49 años de edad que viven infectadas por el VIH de un total estimado de alrededor de 182,000 seropositivos.

Las condiciones estructurales de desigualdad social en que viven las mujeres son el principal factor de su vulnerabilidad. Las principales vulnerabilidades que afectan a las mujeres son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales. En el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer tiene de dos a cuatro veces más probabilidad de infectarse por el VIH que el hombre, entre muchos otros detalles porque la concentración de VIH es generalmente más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer.

Además, dado que en la mayoría de las sociedades el género y la sexualidad están estrechamente vinculados, culturalmente hablando, las interacciones sociales mujeres-hombres se han convertido en relaciones de poder en las cuales —el masculino” debe dominar a —lo femenino”.

Las diferencias sexuales se transforman así en desigualdades donde las mujeres son colocadas en situación de sujetos subordinados. Esto conlleva a que, por ejemplo, en las negociaciones para utilizar condón durante el acto sexual sean, con mayor probabilidad, los hombres quienes tengan la última palabra.

La progresión de casos de SIDA en mujeres adultas nos habla de un crecimiento de la epidemia, tanto absoluto respecto de las cifras que presentaron ellas en el pasado como relativo frente a los hombres. La vía de transmisión heterosexual es la responsable de estas novedades. Sin embargo, hay que contextualizar esta información señalando que la distribución de tasas por categoría de transmisión

⁹⁴ Hernandez M T et al, 2005.

muestra una diferencia de casi 100 veces entre las proporciones de casos en HSH y en hombre y mujeres heterosexuales.

ADICCIONES

El primer caso de SIDA en UDI fue notificado en 1986. El crecimiento de la epidemia por esta vía de transmisión ha sido lento. En el año 2000, cuando algunos países latinoamericanos tales como Argentina (41.9%), Uruguay (26.3%) y Brasil (21.7%) mostraban grandes porcentajes de casos por UDI, México presentaba un porcentaje de casos acumulados de SIDA por UDI de apenas 0.6%, para crecer en el 2006 a 0.9 o a 1.2% cuando se suma la categoría combinada de los HSH que consumen drogas inyectadas.⁹⁵

Compartir agujas y jeringas es una práctica muy usual en muchos grupos de UDI, por lo que las infecciones pueden difundirse rápidamente en esas poblaciones. Asimismo, los UDI ya infectados pueden contagiar por la vía sexual a otras personas aún cuando éstas no sean consumidoras de drogas. El empleo de jeringas infectadas entre mujeres embarazadas también puede contribuir a transmitir el VIH a sus hijos por la vía placentaria.

En México, el uso de drogas inyectables como factor de riesgo de adquirir el VIH ha sido de menor importancia en relación con otras categorías de transmisión. Sin embargo, en algunos grupos y regiones se ha observado un dramático aumento en la utilización de drogas por vía inyectada, lo que permite anticipar que se incrementará la prevalencia de VIH en UDI. Esta dinámica ha sido relacionada con el crecimiento de la producción mexicana de opio y el tráfico de heroína hacia Estados Unidos, ya que ha provocado un descenso en los precios de la droga acompañado por un aumento en el número de consumidores, sobre todo en las rutas de paso de la frontera norte del país.

Las estimaciones del Consejo Nacional Contra las Adicciones⁹⁶ muestran un gran crecimiento en el número de usuarios de drogas ilícitas durante los últimos 15 años, sobre todo en el norte del país.

Lo más dramático es el aumento en el uso de drogas inyectadas en la franja Baja California-Chihuahua. Estudios realizados en 2002 concluyeron que en Ciudad Juárez habría entre 3,500 adictos —*dro*— que se inyectaron heroína 2-3 veces al día durante los últimos seis meses,⁹⁷ hasta cerca de 6 mil UDI frecuentando algunos de los 186 —*picaderos*— existentes en esa ciudad.

⁹⁵ Magis-Rodríguez C et al, 2002: 34-41.

⁹⁶ Consejo Nacional de las Adicciones, Datos Epidemiológicos.[Consultado el 10 mayo 2009]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm>

⁹⁷ Cravioto P. 2003.

Estrechamente relacionado con lo anterior, otra investigación estimó que el 10% de las MTS se inyectaron drogas en 2001,⁹⁸ mientras que los estudios más recientes sugieren que la mitad de las MTS de Ciudad Juárez también podrían ser UDI.

La mayor cantidad de estudios recientes sobre VIH/ SIDA en UDI se han realizado en Tijuana, entre otros motivos porque allí se encuentra el paso fronterizo más transitado entre Estados Unidos y México. Lo cierto es que la situación de Tijuana se muestra tan dinámica como su flujo migratorio. En 1991, un estudio epidemiológico realizado en personas con prácticas de riesgo en Tijuana encontró una prevalencia de VIH entre UDI de 1.92 por ciento.⁹⁹ En 1995, a través de estudios de vigilancia centinela en Tijuana y Mexicali, se observó una prevalencia de VIH de 9% en UDI.

De igual modo, las muestras obtenidas en los ochenta y noventa entre UDI refirieron prevalencias menores al 2%, cuando los datos recientes señalan prevalencias que van de 2.3 a 6 por ciento.¹⁰⁰

El porcentaje de población entre 12 y 65 años de edad que reporta haber consumido drogas ilegales en Tijuana durante 1998 es tres veces superior (14.7%) al promedio nacional (5.3%).

En 2003, se estimó la existencia de 6 000 UDI activos que frecuentan —“picaderos” en Tijuana, pero considerando que hay UDI que no asisten a estos sitios la cifra podría ampliarse a 10,000.

Un muestreo transversal anónimo entre 402 UDI que se habían inyectado al menos una vez durante el último mes fue realizado en noviembre del 2003 en Tijuana. La prevalencia de VIH encontrada entre las 399 muestras de sangre analizadas fue de 4.01%. En 265 casos (66%) no habían compartido la aguja la última vez que se inyectaron, pero en 137 casos sí (34%).

Además, 48.8% reportó ser HSH, en su gran mayoría (42.8%) bisexuales, y solamente 24.5% reconoció haber utilizado condón en la última relación sexual.

En una muestra de 1,000 mujeres al momento del parto en el Hospital General de Tijuana en 2003, se encontró una prevalencia de 1.2 por ciento. Vale aclarar que entre las mujeres que no utilizaron drogas fue de 0%, pero entre las UDI o con compañero UDI fue de 6 por ciento. Con base en las prevalencias encontradas en los últimos años en la población total y en los sectores más vulnerables, se realizó una estimación de la prevalencia máxima posible (0.80%), lo que significaría que en Tijuana habría 5,472 personas entre 15 y 49 años de edad viviendo con VIH/SIDA, y una de prevalencia mínima (0.26%), escenario que representaría la existencia de 1,803 infectados. En ambos escenarios algo más de 70% serían

⁹⁸ Valdez A et al,

⁹⁹ Güereña-Burgueño F et al, 1991:623-625.

¹⁰⁰ Magis-Rodríguez C et al, 2005.

hombres y los grupos más afectados serían HSH (1,146 a 3,300) y UDI (147 a 650). Sin embargo, es necesario considerar que hay un grado importante de traslape entre ambos grupos (48% de UDI es HSH), lo que facilita aseverar que la estimación máxima estaría sobrestimada.¹⁰¹

Finalmente, cabe aproximarse a comprender el por qué los UDI asumen tanto riesgo. En el año 2003, un estudio cualitativo con 20 UDI activos (10 hombres y 10 mujeres) en Tijuana reveló que la mitad de los hombres UDI también son HSH, 80% reportó que comparten jeringas regularmente con otros UDI, 90% se inyecta a diario, 15% (mujeres) reciben dinero o drogas a cambio de sexo y 50% cuenta con una pareja que también es UDI. Además, se estableció que compartir las jeringas con restos de sangre no es del agrado de la mayoría de los UDI, sino la consecuencia de no contar en los —picaderos” con medios que faciliten realizar una adecuada limpieza de las jeringas, junto a la necesidad de aprovechar al máximo la dosis de heroína no quitando las gotas que quedaron del anterior usuario en la aguja, todo bajo una situación de gran ansiedad por consumir la droga.

Pero hay excepciones: se reportó la existencia de grupos de UDI en mejor situación socioeconómica donde cada quien utiliza su propia jeringa. Estas circunstancias se ven agravadas porque hay farmacias que se oponen a vender jeringas a UDI o, en ocasiones, buscan aprovecharse incrementándoles abusivamente el precio. Varios UDI refirieron que les incomoda portar jeringas aún en ausencia de drogas, porque si la policía los revisa es muy probable que los detenga por un lapso de 36 horas, si bien no es delito portar jeringas. Así, el endurecimiento de la represión contra los UDI lleva aparejado un incremento en la práctica de compartir jeringas, tal como quedó reflejado en un reporte reciente que muestra como 71 y 42% de los UDI de Tijuana y Ciudad Juárez respectivamente, fueron arrestados por portar jeringas.¹⁰²

¹⁰¹ Brouwer K C et al, 2006.

¹⁰² Pollini R A et al, 2006.

CAPITULO 3

EL COMBATE AL VIH/SIDA EN EL MUNDO

El *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008* aparece en el hito intermedio entre la *Declaración de compromiso* de 2001 y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de invertir el curso de la epidemia para 2015. Asimismo, la publicación de este último informe tiene lugar tan sólo dos años antes de la fecha acordada para avanzar lo máximo posible hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. La coyuntura actual brinda una oportunidad para valorar la respuesta al VIH y comprender qué se debe hacer para asegurar que los países prosigan el camino hacia la consecución de los compromisos contraídos sobre el VIH.

La sextuplicación de la financiación para programas sobre el VIH en países de ingresos bajos y medianos durante el periodo 2001-2007 está empezando a dar sus frutos, y en muchos de esos países se aprecian ya avances notables por lo que respecta a la reducción del número de fallecimientos por SIDA y a la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, los progresos siguen siendo desiguales, y el futuro de la epidemia todavía es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

El éxito en la lucha contra el VIH acelerará el avance para alcanzar prácticamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cumplir los múltiples compromisos políticos sobre el VIH asumidos exigirá un mayor liderazgo; aprovechar los logros recientes teniendo en cuenta las enseñanzas adquiridas; aumentar los recursos financieros; mejorar la coordinación de los esfuerzos, y una acción eficaz para abordar los factores determinantes sociales de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH.

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde 2000. Sin embargo, el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año y de los efectos beneficiosos de la mayor disponibilidad de terapia antiretroviral. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 67% de las personas que viven con el virus y el 72% de los fallecimientos por SIDA producidos en 2007 en todo el mundo.

Se estima que, en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30,3-36,1 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2-3,2 millones] en 2007.

En África subsahariana, la mayoría de las epidemias nacionales se ha estabilizado o ha empezado a declinar. Sin embargo, las últimas informaciones procedentes de Kenya sugieren que, en 2007, la prevalencia del VIH osciló entre el 7,1% y el

8,5%, en comparación con el 6,7% estimado en 2003. Fuera de África, las infecciones continúan al alza en diversos países.

En siete países, el descenso en el número de infecciones ha igualado o superado la reducción objetivo del 25% establecida para 2010 en la *Declaración de compromiso*. En jóvenes africanos, la prevalencia del VIH tiende a ser notablemente más alta entre las mujeres que entre los hombres.

En el plano mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH ha permanecido estable en torno al 50% desde hace varios años. No obstante, el porcentaje de infecciones entre las mujeres está aumentando en varios países.

Se estima que 370,000 [330,000-410,000] niños menores de 15 años contrajeron el VIH en 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH entre los niños ha disminuido desde 2002 en todo el mundo, conforme se han ido ampliando los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH ha aumentado de 1,6 millones [1,4-2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9-2,3 millones] en 2007. Casi el 90% viven en África subsahariana. Desde 2003, la tasa anual de mortalidad por SIDA entre los niños también ha empezado a disminuir, gracias a la ampliación progresiva del tratamiento y la prevención maternoinfantil.

En casi todas las regiones fuera de África subsahariana, el VIH afecta de forma desproporcionada a los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo. Algunos estudios recientes ponen de manifiesto altos niveles de infección entre los miembros de esos grupos en ciertas partes de África subsahariana. Las infecciones por el VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están creciendo de forma aguda en distintas partes de Asia.

El éxito a largo plazo en la respuesta a la epidemia exigirá realizar progresos sostenidos para reducir las violaciones de los derechos humanos asociadas a ella, incluidos la desigualdad de género, el estigma y la discriminación. Aunque estos factores sociales difieren en sus manifestaciones, intensidad e impacto entre y dentro de las regiones, están presentes en cierta medida en todo el mundo, y en todos los casos impiden una respuesta a la epidemia eficaz, basada en los resultados y los derechos.

Aunque muchos países han empezado a reconocer las cuestiones de género en sus procesos de planificación sobre el VIH, un número sustancial sigue mostrando carencias importantes en cuanto a presupuesto y políticas para afrontar esta problemática.

Deberían ampliarse convenientemente programas basados en resultados que contribuyeran a forjar normas de igualdad de género, con atención particular a las intervenciones orientadas a los hombres y jóvenes.

Las intervenciones para el cambio de normas deberían estar respaldadas por una reforma jurídica que prohibiera y sancionara enérgicamente la violencia de género; la aplicación estricta de la ley para exigir responsabilidades a los que realizan actos de violencia, e intervenciones para abordar las actitudes y condiciones que puedan contribuir a la violencia de género. Los gobiernos y los donantes internacionales deberían priorizar estrategias para aumentar la independencia económica de las mujeres, junto con reformas jurídicas para reconocer su derecho a la propiedad y la sucesión.

Según un estudio reciente efectuado en Botswana y Swazilandia, las mujeres que carecen de comida suficiente —en comparación con las que reciben una nutrición Adecuada— tienen un 70% menos de probabilidades de considerar que controlan personalmente sus relaciones sexuales; un 50% más de probabilidades de mantener relaciones sexuales intergeneracionales; un 80% más de probabilidades de practicar «sexo para la supervivencia», y un 70% más de probabilidades de tener relaciones sexuales no protegidas.

En la tercera década de la epidemia, un tercio de los países carece de leyes que protejan contra la discriminación a las personas que viven con el VIH. No se ha documentado hasta qué punto se aplican realmente esas leyes ni qué personas tienen acceso a ellas. Según informes no gubernamentales, sólo el 33% de los países utiliza criterios de referencia o indicadores de resultados para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

La mayoría de los países carece de protecciones jurídicas para las poblaciones con máximo riesgo. Los informes no gubernamentales en el 26% de los países indican la existencia de leyes que protegen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; por lo que respecta a los profesionales del sexo y los usuarios de drogas inyectables, existen leyes contra la discriminación en el 21% y 16% de los países, respectivamente.

Se requiere un apoyo financiero y técnico mucho más sólido para crear capacidad entre las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH y los grupos con riesgo máximo de infección. Sólo en el 20% de los países, los informes no gubernamentales indican que las organizaciones de la sociedad civil tienen un acceso significativo a apoyo financiero.

La clave para invertir el curso de la epidemia es prevenir nuevas infecciones por el VIH: no es posible cambiar el curso de la epidemia mundial de VIH ni sostener los avances en la ampliación del acceso al tratamiento sin un mayor progreso en la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH. Aunque el acceso al tratamiento se ha ampliado poco a poco en los últimos años, los esfuerzos para asegurar actividades sólidas de prevención del VIH han quedado rezagados. Mientras que el 87% de los países con metas sobre acceso universal ha establecido objetivos para el tratamiento del VIH, sólo algo más de la mitad tiene objetivos para estrategias fundamentales de prevención del VIH.

Existen estrategias de eficacia contrastada para prevenir todos los modos de transmisión del VIH: sexual, por vía sanguínea (a través del consumo de drogas inyectables o en contextos sanitarios) y maternoinfantil. En los últimos años se ha confirmado que la circuncisión médica masculina puede ser una tecnología potencialmente útil para reducir el riesgo de VIH entre los hombres. También ha aparecido una serie de estrategias de prevención del VIH centradas en los fármacos antirretrovíricos, que incluyen la prevención de la transmisión maternoinfantil, profilaxis postexposición, tratamientos experimentales de profilaxis preexposición

¹⁰³ y los beneficios probables de la prevención secundaria mediante la administración terapéutica de agentes antirretrovíricos.

Aunque los jóvenes de 15-24 años representan el 45% de todas las nuevas infecciones por el VIH en adultos, muchos de ellos siguen careciendo de una información precisa y completa sobre cómo evitar la exposición al virus. Los datos de encuestas realizadas en 64 países indican que el 40% de los varones y el 38% de las mujeres de 15-24 años tienen un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH y sobre cómo evitar su transmisión.¹⁰⁴ Aunque esto supone una mejora, especialmente entre las mujeres, respecto a los niveles de conocimiento en 2005 —cuando se comprobó que el 37% de los varones y el 28% de las mujeres tenían un conocimiento básico sobre el VIH—, los niveles de conocimiento en 2007 seguían estando muy por debajo del objetivo mundial de asegurar que un 95% de los jóvenes tenga un conocimiento exhaustivo sobre el VIH para 2010.

Las mujeres jóvenes tienen una probabilidad mucho menor que los varones jóvenes de poseer un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH. Mientras que más del 70% de los varones jóvenes saben que los preservativos pueden proteger contra la exposición al VIH, sólo el 55% de las mujeres jóvenes cita el uso de preservativos como una estrategia eficaz de prevención. En los países de ingresos bajos y medianos, el porcentaje de jóvenes que tiene relaciones sexuales antes de los 15 años está disminuyendo en todas las regiones, una continuación de las tendencias detectadas a comienzos de esta década. Sin embargo, existe una variación sustancial entre los países, de modo que en algunos de ellos está aumentando el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años.

A pesar de un incremento notable en la cobertura, los programas de prevención del VIH todavía no llegan a muchas personas con riesgo de contraer el virus, incluida una mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

¹⁰³ Hasta marzo de 2008 se habían planificado o emprendido ensayos sobre ocho enfoques experimentales diferentes de profilaxis preexposición. Dos de estos ensayos están estudiando formulaciones tópicas, incluido CAPRISA 004, el primer ensayo de un producto microbicida que incorpora antirretrovíricos.

¹⁰⁴ Este indicador utiliza datos de encuestas de población (a ser posible, de los dos últimos años) con el fin de valorar la capacidad de los jóvenes para identificar correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (por ejemplo uso de preservativos) y rechazar conceptos erróneos importantes acerca de la transmisión del virus (por ejemplo que el VIH puede transmitirse por picaduras de mosquito). A los jóvenes se les formulan cinco preguntas pertinentes, y deben responder correctamente a todas ellas para que se considere que tienen un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH.

y de los usuarios de drogas inyectables.¹⁰⁵ Además, los informes no gubernamentales en casi las dos terceras partes de los países (63%) señalan la existencia de leyes, normativas o políticas que plantean obstáculos para la dispensación de servicios eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones con riesgo máximo.

Durante los dos últimos años, los importantes progresos realizados en la ampliación del acceso a servicios para prevenir la transmisión materno-infantil sugieren que este modo de transmisión podría volverse sumamente inusual en el futuro si se dispone de una financiación, compromiso y acción estratégica suficientes. Después de las correcciones introducidas en las apreciaciones previas de cobertura —basadas en las estimaciones epidemiológicas revisadas de la prevalencia mundial y nacional del VIH, y luego de un proceso de reconciliación de datos entre el ONUSIDA, la OMS, el UNICEF y los países que informan sobre este indicador—, parece que la cobertura de medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil entre las mujeres embarazadas VIH positivas de los países de ingresos bajos y medianos aumentó del 9% en 2004 al 33% en 2007.

Los esfuerzos de prevención deberían enfocarse de forma más estratégica en las relaciones sexuales, especialmente aquellas que aumentan el riesgo de exposición al VIH. Sostener los logros alcanzados representa uno de los mayores retos en el contexto de la prevención del VIH. A fin de mantener una respuesta sólida de prevención, los países deben fomentar un “movimiento pro prevención”; acrecentar la capacidad humana y técnica que se necesitará para sostener los esfuerzos preventivos, y trabajar para estimular una mayor demanda de servicios de prevención. En todos los países donde las tasas de infección por el VIH han disminuido sustancialmente, la movilización comunitaria para la prevención del VIH ha sido un elemento crítico del éxito.

En los últimos años, el número de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos se ha multiplicado por diez, llegando casi a tres millones de personas a finales de 2007. Muchos agentes comparten el mérito de este logro, principalmente las propias personas que viven con el VIH, cuya labor de sensibilización pública ha contribuido a alcanzar lo que se había considerado imposible en otros momentos. La rápida ampliación del acceso al tratamiento en los contextos con recursos limitados está salvando vidas, mejorando la calidad de vida y contribuyendo a rejuvenecer hogares, comunidades y sociedades enteras, por ello, después de décadas de mortalidad creciente, el número anual de fallecimientos por SIDA en todo el mundo ha disminuido durante los dos últimos años.

Por otra parte, se requiere una acción intensificada para asegurar la prestación oportuna de trato ante el VIH para los niños, quienes tienen una probabilidad

¹⁰⁵ Puesto que los informes de los países sobre la cobertura de la prevención del VIH para las poblaciones con riesgo máximo se basan a menudo en encuestas en muestras de «conveniencia» extraídas de ámbitos urbanos, es probable que los promedios comunicados sobrestimen la magnitud real de la cobertura de los programas de prevención para tales grupos.

significativamente menor que los adultos de recibir medicamentos antirretrovíricos. Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los niños con infección perinatal por el VIH habrá fallecido antes de los dos años de edad. El VIH es más difícil de diagnosticar en los niños que en los adultos, aunque han aparecido recientemente medios diagnósticos pediátricos rentables. Los fármacos antirretrovíricos disponibles se desarrollaron inicialmente para los adultos, y la mayoría de las formulaciones convencionales de dosis fija son inadecuadas para los niños; este problema puede superarse, también, gracias a la disponibilidad creciente de tratamientos pediátricos; sistemas de dosificación para ayudar a los médicos en contextos con recursos limitados, y mayor apoyo financiero para la aceptación del tratamiento pediátrico.

A nivel mundial, la cobertura del tratamiento antirretrovírico para las mujeres es igual o superior a la de los hombres. En la mayoría de los países, la cobertura del tratamiento para las mujeres supera una cobertura comparable para los hombres. Esta disparidad de género es particularmente acusada en los países con epidemias generalizadas, como consecuencia posiblemente del hecho de que muchas mujeres VIH-positivas tengan dos puertas de entrada al tratamiento, a saber, los programas de tratamiento del VIH y los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Las poblaciones con máximo riesgo de exposición al VIH, como los usuarios de drogas inyectables, se enfrentan a obstáculos considerables para acceder al tratamiento del VIH, a menudo como resultado de una discriminación institucionalizada. Por ejemplo, el tratamiento para la rehabilitación de toxicómanos, como la terapia de sustitución, con frecuencia es esencial para el éxito del tratamiento del VIH, pero en muchos países está prohibido o restringido por ley. Según los datos de organizaciones no gubernamentales, muchos países, incluidos la Federación de Rusia y la mayoría de los países de Europa oriental y Asia central, Asia meridional y sudoriental y América del Norte, tienen leyes, normativas o políticas que impiden que los consumidores de drogas inyectables utilicen servicios para el VIH.

Las debilidades de los sistemas sanitarios están frenando la ampliación progresiva de los programas de tratamiento del VIH, lo que pone de manifiesto la necesidad de una acción intensificada para reforzar dichos sistemas. Los datos indican que la ampliación progresiva del suministro de medicamentos antirretrovíricos está ayudando a impulsar mejoras significativas de la infraestructura sanitaria en contextos con recursos limitados y puesto que el tratamiento para el VIH es para toda la vida, resulta esencial que los programas sean sostenibles a largo plazo. Entre los avances que deben realizarse para asegurar la continuidad en la lucha contra el VIH figuran las terapias de segunda y tercera línea más asequibles, así como un mayor éxito en la prevención de las nuevas infecciones por el VIH.

La epidemia sigue infligiendo un daño significativo a los hogares afectados, con efectos particularmente nocivos sobre las mujeres y niños. En las familias más pobres de la India, la carga financiera asociada al VIH representa el 82% de los

ingresos anuales, mientras que la carga comparable para las familias más acomodadas supera ligeramente el 20%. En África subsahariana, cerca de 12 millones de niños (menores de 18 años) han perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA, y el número de niños huérfanos como consecuencia de la epidemia sigue aumentando.

Aunque la mayoría de los países con una alta prevalencia ha establecido estrategias para apoyar a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH, pocos programas nacionales llegan a más de una pequeña minoría de tales niños. En 10 países en los que el 5% o más de los adultos están viviendo con el VIH y en los que se han efectuado encuestas recientes por hogares, un promedio (ajustado por la población) del 15% de los huérfanos vive en hogares que reciben alguna forma de asistencia, como atención médica, ayudas escolares, apoyo financiero o servicios psicosociales. En África oriental y meridional, los gobiernos nacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas se están centrando cada vez más en la prestación de un conjunto mínimo de medidas de protección social para los niños vulnerables, incluidos los afectados por el VIH, así por ejemplo, el proporcionar apoyo monetario a los hogares afectados por el VIH aumentaría sustancialmente la asistencia a los niños, que constituyen una parte significativa de las familias.

Asegurar que los niños dispongan de oportunidades educativas es crucial para mitigar la vulnerabilidad relacionada con el VIH. En 56 países en los que se dispone de datos de encuestas recientes por hogares, los huérfanos que habían perdido a ambos padres tenían, en promedio, una probabilidad 12% menor de acudir a la escuela que los niños no huérfanos. En países con una prevalencia del VIH superior al 5%, la probabilidad de los huérfanos de estar escolarizados sólo era un 4% menor que la de los no huérfanos, lo que señala que los países más afectados están afrontando algunas de las disparidades educativas observadas en etapas anteriores.¹⁰⁶

La epidemia está teniendo efectos especialmente severos sobre las mujeres, lo que exige la aplicación de mayores medidas dirigidas a incrementar el potencial de este colectivo para generar ingresos independientes. Las mujeres representan las dos terceras partes de todos los cuidadores de personas que viven con el VIH en África, y las mujeres viudas como consecuencia del VIH corren riesgo de ostracismo social o indigencia.

Potenciar las opciones financieras de las mujeres contribuye a mitigar algunos de los efectos más nocivos de la epidemia; el 90% de las mujeres que participan en iniciativas de microfinanzas comunican una mejoría significativa en su vida, incluidos un mayor sentido de solidaridad comunitaria ante la crisis y una reducción de la violencia conyugal.

¹⁰⁶ Este indicador corresponde a huérfanos en general, no a niños huérfanos como consecuencia del VIH exclusivamente.

Aunque los efectos macroeconómicos de la epidemia son menos graves de lo que se temía anteriormente, el VIH está teniendo profundos efectos negativos en ciertas industrias y sectores agrícolas de los países con una alta prevalencia.

Utilizando modelos económicos normalizados, los mejores datos disponibles señalan que, durante un periodo de 10-20 años, el VIH reducirá probablemente en un 0,5-1,5% el crecimiento económico de los países con una alta prevalencia, un impacto notable pero no catastrófico.¹⁰⁷ Sin embargo, el VIH puede frenar el crecimiento económico, agravar las desigualdades económicas y causar graves tensiones en los hogares afectados. En Botswana, los modelos indican que el VIH ha aumentado en un 6% la proporción de hogares por debajo del umbral de la pobreza y en un 4% el porcentaje de personas que viven en hogares pobres. Fuera de África, los análisis económicos del Banco Asiático de Desarrollo y el ONUSIDA indican que, como consecuencia del VIH, el ritmo anual de reducción de la pobreza disminuirá un 60% en Camboya, un 38% en Tailandia y un 23% en la India entre 2003 y 2015. Se estima que el VIH impone un costo anual adicional de US\$ 2,000 millones a los hogares afectados de Asia.

Para abordar el deterioro continuado de la capacidad de gobierno en los países con una alta prevalencia, se requieren planteamientos estratégicos ampliados para preservar y acrecentar la capacidad en el sector público, incluidas estrategias innovadoras dirigidas a expandir lo máximo posible la escasa capacidad existente.

Los resultados preliminares de un estudio del impacto del VIH sobre la forma de gobernar en siete países africanos indican que la epidemia está socavando la capacidad parlamentaria, lo que se traduce en un gasto gubernamental adicional considerable. La epidemia está teniendo efectos, a veces graves, sobre componentes concretos del sector público; en 2005, por ejemplo, la mortalidad relacionada con el VIH redujo en un 6,2% la capacidad de prestación de servicios de la *Zambian Wildlife Authority* y elevó casi un 10% los costos en mano de obra, lo que limitó la capacidad del Gobierno para proteger la vida salvaje y los parques naturales del país.

Los programas de tratamiento antirretrovírico representan una estrategia crucial para mitigar el impacto de la epidemia. Entre los trabajadores del té en Kenya se observaron mejoras rápidas de la productividad durante el año siguiente a la instauración de terapia antiretroviral. Un estudio reciente en Uganda constató una reducción del 81% en la mortalidad infantil entre los hijos no infectados de adultos

¹⁰⁷ Estas estimaciones son sustancialmente menores que las proyecciones desarrolladas en etapas anteriores de la epidemia. En 2001, por ejemplo, los economistas estimaron que el VIH provocaría probablemente que el crecimiento económico de Botswana se desplomaría de cerca del 5,5% anual al 1,5-2,5%. En los años transcurridos desde entonces, sin embargo, el crecimiento económico de Botswana ha seguido siendo sólido, a pesar de niveles sumamente altos de infección por el VIH. No existe consenso universal por lo que respecta a ciertas conclusiones más recientes según las cuales el impacto a largo plazo de la epidemia sobre las economías nacionales será algo menor de lo previsto. Un análisis económico de 2006 sugería que las proyecciones más bajas del impacto macroeconómico se fundamentan en la premisa de que los países fuertemente afectados tienen un excedente de mano de obra no calificada. Cuestionando la validez de este presupuesto a la luz de la tasa de mortalidad a largo plazo como consecuencia del VIH, el análisis argumentaba que «una perspectiva más amplia y a más largo plazo» sugiere que «el SIDA podría causar el colapso completo de muchas economías, especialmente en África subsahariana».

que recibían terapia antirretrovírica, así como un descenso del 93% en la orfandad. Alcanzar en 2015 el acceso universal al tratamiento determinaría que el número de huérfanos fuera aproximadamente cinco millones menor que las proyecciones actuales; así, avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH es un paso importante en la dirección de una respuesta eficaz y sostenible al VIH.

Varios países ya han alcanzado sus objetivos nacionales de acceso universal a la prevención de la transmisión materno-infantil y al tratamiento antirretrovírico, pero para ampliar estos éxitos aislados a un mayor número de países de todas las regiones —y para sostener tales logros en las décadas venideras— se requieren las siguientes acciones fundamentales: basar la acción nacional en pruebas sólidas de aquello que funciona con el fin de abordar las necesidades nacionales documentadas, asegurando la plena aplicación de políticas y programas basados en resultados.

Fundando las decisiones en una vigilancia estricta de salud pública, levantamiento de mapas de recursos y pruebas de lo que funciona, los esfuerzos nacionales eficaces equiparan estrategias basadas en resultados con necesidades igualmente nacionales documentadas.

Con demasiada frecuencia, sin embargo, el gasto nacional relativo al VIH no está en consonancia con las necesidades nacionales. Esto es especialmente cierto en muchos países con epidemias concentradas o de bajo nivel, donde una financiación racional se centraría principalmente en servicios de prevención del VIH para las poblaciones con máximo riesgo. En América Latina, donde la prevalencia del VIH se sitúa muy por debajo del 1%, las actividades de prevención sólo representaron el 15% del gasto dedicado al VIH en 2007. En las epidemias concentradas, y dentro de la categoría del gasto en prevención del VIH, los países optan a menudo por programas genéricos de prevención dirigidos a la población general, en detrimento de intervenciones más rentables enfocadas a las poblaciones con máximo riesgo. Para las epidemias concentradas en general, los programas de reducción del riesgo orientados a las poblaciones con peligro máximo sólo representan el 10% del gasto total en prevención del VIH.

El verdadero liderazgo en materia de VIH sigue centrado en las estrategias que funcionan. Aunque algunos pueden sentirse tentados a afrontar la epidemia aplicando restricciones en el desplazamiento de las personas que viven con el VIH, o limitando los programas de prevención para los jóvenes a lecciones para que permanezcan sexualmente abstinentes, los datos de salud pública convencerán a los líderes en el campo del VIH de que tales estrategias son ineficaces y contraproducentes.

Los líderes genuinos no se dan por satisfechos con el mero desarrollo de políticas bien fundamentadas, sino que aseguran la aplicación plena y oportuna de marcos estratégicos de acción. Sólo en el 69% de los países —muchos menos que el 97% que comunica la existencia de una estrategia nacional—, estas herramientas se

han traducido en planes operativos presupuestados con objetivos programáticos, cálculo detallado de costos e identificación de fuentes financieras. En África subsahariana, sólo la mitad aproximada de las destrezas nacionales sobre el VIH cumple los criterios de calidad del ONUSIDA.

Un liderazgo fuerte en el campo del VIH sigue centrado en objetivos a largo plazo, procurando allanar obstáculos intermedios que socaven la respuesta nacional a la epidemia. Los líderes auténticos en la lucha contra el VIH reconocen que la epidemia es un reto que se prolongará durante generaciones y que requiere persistencia, visión de futuro y flexibilidad. Aunque la planificación trienal y quinquenal seguirá desempeñando un papel clave en las respuestas nacionales, estos procesos deben situarse cada vez más en el contexto de esfuerzos de planificación a más largo plazo que reconozcan que el VIH seguirá planteando un reto durante décadas, lamentablemente la prevención del VIH se subprioriza constantemente en muchas respuestas nacionales. Por otra parte, a medida que aumente el acceso al tratamiento, la discapacidad y mortalidad asociadas al VIH podrían volverse menos evidentes, animando a las comunidades a bajar la guardia y tentando a los líderes a reducir las inversiones en programas de prevención.

En los lugares donde la prevención del VIH ha resultado fructífera, se ha emprendido un movimiento popular para convertir la reducción del riesgo en una norma social, con el incremento consiguiente en la demanda de servicios preventivos. Aquí, una vez más, resulta evidente la necesidad de un liderazgo fuerte. Se ha aprendido mucho sobre cómo generar y apoyar una movilización comunitaria sólida, pero alentar un movimiento popular de este tipo requiere la valentía de invertir en estrategias que aumenten la responsabilidad de los gobiernos nacionales y otras partes interesadas frente al VIH.

Apoyar esfuerzos de prevención basados en resultados requiere que los países aborden temas difíciles, inviertan juiciosamente en el futuro y afronten los factores sociales que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de VIH. Mientras no exista un compromiso político suficiente para abordar los orígenes de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH, la epidemia seguirá expandiéndose y socavando la sostenibilidad de la respuesta, por ello enfrentarse al VIH exige tratar cuestiones como la sexualidad humana y el consumo de drogas, con las que muchas personas se sienten incómodas. También requiere compasión y una acción eficaz para con grupos a los que la sociedad prefiere a menudo ignorar.

Aunque es fundamental el liderazgo de los jefes de gobierno y los ministerios responsables, las respuestas nacionales eficaces dependen del compromiso y la acción de agentes muy diversos. Especialmente en los países donde el VIH es hiperendémico, se requiere que el liderazgo proceda de todos los ámbitos de la vida, incluidos los grupos comunitarios, las organizaciones religiosas, las empresas privadas, las organizaciones no gubernamentales, etcétera; pero por encima de todo, las personas que viven con el VIH deben estar capacitadas para contribuir a liderar las respuestas nacionales. Sin embargo, según informes no

gubernamentales, sólo un 20% de los grupos de la sociedad civil tiene acceso a asistencia financiera para programas y creación de capacidad.

En consonancia con los esfuerzos internacionales para mejorar la armonización y el ajuste de la ayuda internacional para el desarrollo con las estrategias y planes elaborados por el propio país, la acción sobre el VIH en el plano nacional se dirige a promover los principios de los “Tres unos”: una autoridad nacional sobre el SIDA, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación, así entonces a menos que se coordinen los esfuerzos de las diversas partes interesadas, la respuesta al VIH será innecesariamente costosa y carecerá de una orientación estratégica óptima.

Diversos países han realizado progresos notables en la ejecución de respuestas nacionales acordes con los principios de los “Tres unos”. Aun así, menos de la mitad de los países han conseguido la armonización y el ajuste completos de la acción que se requieren para asegurar una respuesta nacional de eficacia óptima. Casi la mitad (45%) de los gobiernos indican que no todos los asociados externos adecuan sus esfuerzos a las estrategias nacionales sobre el VIH, por ello se requieren esfuerzos continuados, en especial por parte de los organismos multilaterales, para potenciar la oportunidad y eficacia del apoyo técnico a las respuestas nacionales.

En 2008, el ONUSIDA y el Fondo Mundial establecieron un acuerdo formal para reforzar su asociación con el fin de acelerar la ejecución y ampliación progresiva de los programas nacionales financiados mediante subvenciones del Fondo Mundial. Los copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA han consensuado una división del trabajo de apoyo técnico con objeto de mejorar la coherencia y el enfoque estratégico del apoyo de las Naciones Unidas a los países. A finales de 2008 se habían establecido sucursales de apoyo técnico en siete regiones, y la OMS ha creado “Centros Regionales de Conocimiento” para ayudar a los países a traducir la información estratégica en programas y políticas.

Se necesitará una financiación constante para el VIH durante décadas. En los países de ingresos bajos, los donantes internacionales tendrán que proporcionar la mayor parte de la financiación para el VIH durante los próximos años. La búsqueda de financiación a largo plazo para la respuesta al VIH ya ha conducido a la creación de diversos mecanismos innovadores, como Product RED y UNITAID. Serán necesarios una mayor innovación, el compromiso mundial y la implicación de múltiples asociados para generar la financiación suficiente con la que afrontar la respuesta al VIH a largo plazo.

Puesto que no es realista esperar que la financiación dedicada al VIH respalde la amplia gama de iniciativas necesarias para una respuesta integral y eficaz a la epidemia —por ejemplo, educación primaria y secundaria universal, oportunidades económicas significativas para las mujeres, sistemas de protección social amplios y funcionales, apoyo para los sectores agrícolas y las comunidades rurales—, los donantes internacionales deben cumplir sus promesas de aumentar

significativamente la asistencia global para el desarrollo. En 2005, sólo cinco países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos y Suecia) estaban invirtiendo en asistencia para el desarrollo al menos el 0,7% de su producto interior bruto, tal como se había prometido en la *Declaración de compromiso* y otros acuerdos internacionales.

EL COMBATE AL VIH/SIDA EN MÉXICO

En el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, fortalecer la estrategia de prevención es indispensable para dar cumplimiento a su mandato y robustecer la respuesta ante la enfermedad; hoy, con acceso universal en tratamientos antirretrovirales, México tiene que priorizar y eficientar su estrategia preventiva, reducir la incidencia en el epicentro de su epidemia y promover cambios de comportamiento en las poblaciones en mayor riesgo.

Lo anterior de acuerdo a la Estrategia 2, del Programa Nacional de Salud 2007 - 2012: —“Fortalecer e Integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades”, que en la línea de acción 2.8 menciona: Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, donde se establece: —“Incrementar la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil y las personas que viven con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en los programas dirigidos a la prevención de esta infección en las poblaciones clave de mayor riesgo, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH/SIDA”.

Bajo este contexto se pretende mantener la prevalencia del VIH por debajo al 0.6% en personas de 15 a 49 años de edad. Para lograrlo la actual administración del Centro ha preparado el relanzamiento de la Estrategia Nacional de Prevención y un conjunto de actividades, ajustes y acciones que promoverán el fortalecimiento del programa en la materia y para ello se elaboró un documento denominado —“Estrategia Nacional de Prevención”, que pretende definir las acciones y los roles de cada uno de los actores públicos y privados en dicha estrategia. El documento ha sido consultado con diversos sectores y se encuentra en fase de ajuste para su divulgación.

En tal sentido se presentan algunas de las actividades que dan cuenta de la situación del seguimiento de las actividades por parte de la Dirección de Prevención y Participación Social del CENSIDA.

1.- Proyectos focalizados de prevención en transmisión sexual. Se publicó la Convocatoria Pública Número 4 CENSIDA 2009, para la prevención focalizada de

la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); se recibieron 332 proyectos de distintas organizaciones de toda la república; se conformó al Grupo de Evaluación y Selección de Proyectos (GESEP) y se financiaron un total de 70 trabajos que están ubicados en distintos estados de la república.

2.- Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA. Para actualizar y conocer el trabajo e identificar necesidades de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en el tema, socios relevantes en la respuesta, y dentro de la Estrategia Nacional de Prevención, se realizó el Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil para contar con información fidedigna, sobre el trabajo, región, población, acta constitutiva, domicilio, entre otros, con la finalidad de que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA cuente con un registro nacional y las OSC con un número único para su identificación y cualquier trámite ante las autoridades del CENSIDA. En diciembre de 2009 se tiene un registro de 211 Organizaciones de la Sociedad Civil que cumplen con la normatividad y legalidad vigente.

3.- Fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil organizada. Para asegurar el fortalecimiento de la sociedad civil se inició un proceso de nominación de candidatos a representantes de la sociedad civil para tres órganos de toma de decisiones. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA) convocó del 17 al 20 de julio de 2009, a la consulta y representación de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH en la estrategia nacional de prevención en la ciudad de México, proceso que jamás había tenido lugar en nuestro país. Cinco organizaciones ajenas al CENSIDA conformaron un comité de acreditación que revisó los requerimientos de inclusión, por ejemplo, aquellas que están legalmente constituidas y que cuentan con la clave única de identificación (CLUNI) otorgada por la Secretaría de Desarrollo Social. El comité de acreditación estuvo conformado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, Transparencia Mexicana, Capítulo México de Transparencia Internacional, Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación, CONAPRED, Consejo Nacional Empresarial sobre SIDA, CONAES y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA.

4.- Capacitación a los Miembros elegidos como representantes ante Órganos Colegiados. En seguimiento al proceso anterior se comprometió el facilitar un proceso de inducción para los candidatos a representantes seleccionados través de un curso-taller. El taller se llevó a cabo en la Ciudad de México, del 28 de septiembre al 2 de octubre, con el objetivo de fortalecer a las y los representantes de la sociedad civil para su participación significativa en espacios de coparticipación multisectorial, social y ciudadana e incrementar sus habilidades para la incidencia política en VIH y SIDA.

Como objetivos específicos se definieron los siguientes:

a) Que los participantes fortalezcan su comprensión sobre los objetivos, reglamentos y procedimientos del CONASIDA, el Mecanismo Coordinador de País y Grupo temático de ONUSIDA, así como de sus roles y responsabilidades en estos comités;

b) Que los participantes discutan y acuerden mecanismos de trabajo para ejecutar su rol de representantes de la sociedad civil; y

c) Que los participantes incrementen habilidades para la incidencia política en el marco de la respuesta nacional al VIH y al SIDA.

En la capacitación participaron 16 representantes seleccionados para el CONASIDA, 8 representantes seleccionados para el Grupo Temático de ONUSIDA y 11 representantes seleccionados para el Mecanismo Coordinador del País.

Además de profundizar en el conocimiento de los objetivos, reglamentos y acciones de las instancias en las que ejercerán su representación, los participantes iniciaron discusiones acerca de sus mecanismos internos de trabajo, de comunicación interna y externa y de prioridades de acción, lo que constituye elementos para perfilar planes de trabajo durante su gestión como representantes.

El INMUJERES convocó al CENSIDA y otras instancias (UNFPA; ONUSIDA; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, entre otros) para formar un grupo de trabajo en mujeres y SIDA. El CENSIDA respondió positivamente a esta invitación y se desarrollaron reuniones con el objetivo de construir una estrategia de prevención y atención integral en mujeres y VIH/SIDA con perspectiva de género. CENSIDA incidió en que se trabajara bajo el principio Mayor Involucramiento de Personas Afectadas, MIPA, por lo que se incluyó a la organización de mujeres con VIH Mexicanas en Acción Positiva.

5.- Educación en la sexualidad. En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en nuestro país en agosto de 2008, se llevó a cabo, bajo el liderazgo de México la reunión ministerial —Prevenir con Educación”, cuya declaración fue firmada por todas las naciones participantes. Este compromiso se ha traducido en acciones nacionales y regionales, cuyos avances permitirán el ir cumpliendo con la mencionada declaración.

El Centro Banamex fue la sede de la Conferencia. El tema fue: “Acción Universal ¡Ya!” subrayó la necesidad de urgencia continua en la respuesta global frente al VIH/SIDA y de acción por parte de los sectores involucrados para alcanzar el doble objetivo de asegurar el acceso universal a la prevención, tratamiento y apoyo del VIH para el 2010 y la eliminación del estigma y la discriminación.

La Sociedad Internacional de SIDA (IAS) ha trabajado durante el 2009 con sus socios mexicanos e internacionales para desarrollar un programa dinámico que presentó los últimos desarrollos en la ciencia del VIH, así como los reportes más

actuales de las lecciones aprendidas a partir de esfuerzos comunitarios para expandir el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH.

El programa de AIDS 2008 estuvo organizado alrededor de tres componentes: ciencia, comunidad y liderazgo y se realizaron sesiones basadas en resúmenes, encuadrados dentro de cinco áreas que representaron los campos más importantes de investigación en VIH/SIDA: Biología y Patogénesis del VIH; Investigación Clínica, Tratamiento y Cuidado; Epidemiología, Prevención e Investigación en Prevención; Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas; Políticas y Ciencia Política.

Asimismo, se realizaron en la Conferencia sesiones plenarias, otras no basadas en resúmenes y otro tipo de reuniones diseñadas para alentar el diálogo constructivo y aprovechar la oportunidad de aprendizaje: sesiones puente para generar diálogos sobre temas de interés abordados desde perspectivas múltiples; talleres de aprendizaje de la práctica, diseñadas para generar evidencia o identificar lecciones y así informar a la práctica futura; reuniones de controversias y puntos en común, una oportunidad para el intercambio franco y abierto sobre las mayores controversias de estos días, y simposios, manejando los temas críticos que desafían a las soluciones simples.

La XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, fue capaz de reunir a un gran número de participantes de diversas partes del mundo, todos involucrados en la lucha contra el SIDA.

Además de las sesiones, el programa incluyó tres actividades principales:

Programa de la Juventud, con el objetivo de impulsar a este grupo poblacional a participar.

Programa Cultural, que demostró la importancia del arte y la cultura en la respuesta global al SIDA.

Aldea Global, espacio abierto al público en donde múltiples organizaciones no gubernamentales de todo el mundo que luchan contra el VIH, transmitieron a los jóvenes, de una manera creativa, cómo prevenir el SIDA.

Ésta fue la primera conferencia internacional sobre el SIDA que se realizó en América Latina; algunos de los efectos en nuestro país fueron:

Aumentaron en 400 por ciento las consejerías para detectar el virus

Los diagnósticos crecieron a 180 diarios (prueba de ELISA)

Se fortaleció el CONASIDA

Se diseñó la nueva clínica para la Delegación de Iztapalapa

Se lanzó una consulta ciudadana por Internet para recabar opiniones y sugerencias para mejorar la calidad del servicio que brinda la Secretaría de Salud del Distrito Federal ("Líneas Generales del Programa de VIH y SIDA en el DF")

En el mismo año de 2008, el Senado aprobó una reforma a la Ley General de Salud que establece la obligación de las autoridades federales y estatales de promover el uso del condón como parte de las estrategias de prevención de las enfermedades de transmisión sexual: "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la promoción del uso del condón, priorizando a las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de contraer la infección del VIH/SIDA", indica el texto aprobado.

La promoción del uso del condón, indica el dictamen, tiene una gran relevancia social, porque se refiere a un tema con un impacto social extendido, ante el riesgo de adquisición del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual por falta de prevención.

El presidente de la Comisión de Salud de la Cámara Alta, Ernesto Saro, señaló que la única manera de detener la epidemia de esa enfermedad es difundiendo "el uso adecuado de un sexo seguro", a través del preservativo.

"El VIH/SIDA a la fecha no tiene cura, no tiene tratamiento, únicamente con el uso de modernos antirretrovirales se consigue mejorar la calidad de vida y prolongar la existencia de las personas que viven con VIH/SIDA", indicó el panista.

La reforma, impulsada por el PRD, establece además como responsabilidad del Ejecutivo federal la de operar el Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

La entrega de condones en el Distrito Federal forma parte de la campaña "Salud Sexual y Reproductiva", que arrancó el 23 de mayo del 2008, y en la que la Secretaría de Salud local ha invertido 9 millones 336 mil pesos para la impresión de folletos y la compra de los condones.

Los preservativos se entregan junto con cinco folletos sobre VIH/SIDA, sobrepeso y obesidad, infecciones de transmisión sexual, la Ley de Protección a los no Fumadores en el DF y Vida sin Tabaco. Cada año, la Secretaría de Salud espera haber entregado 5 millones de condones.

6.- Campañas en medios masivos de comunicación. Las campañas en medios masivos de comunicación han sido un elemento importante para mantener la sensibilización y la alerta al respecto de la epidemia. Durante 2009 se llevó a cabo la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009, con dos versiones, la primera dirigida a mujeres y una segunda sobre homofobia:

a) Versión: —**La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/SIDA**”

Esta versión estuvo dirigida a las mujeres, con el objetivo de concientizarlas en su particular vulnerabilidad para la infección del VIH/SIDA, que tiene que ver con su falta de argumentos para negociar el uso del condón con su pareja para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La difusión de la campaña se realizó a nivel nacional a través de tiempos comerciales contratados en diferentes medios masivos y complementarios del país, teniendo como medio principal la radio, y apoyado con espacios en televisión por cable, Canal 11 del IPN, pantallas y bloques en el metrobús capitalino, anuncios en laterales de microbuses del Distrito Federal, así como en paraderos de autobús, en cuadernos universitarios, páginas de Internet, pantallas en tiendas Elektra, y en garitas aduanales, así como inserciones en periódicos y revistas.

La campaña fue difundida del 16 de marzo al 18 de abril del 2009, cuyo período fue determinado en base a una fecha específica, el —**Día Internacional de la Mujer**”, que se conmemora el 8 de marzo de cada año, con el fin de dar mayor relevancia e impacto a esta versión y con la idea de sumarla a otros esfuerzos institucionales, gubernamentales o de otras instancias, como organizaciones de la sociedad civil y académicas.

b) Versión: —**El Estigma, la Discriminación y la Homofobia Asociados al VIH/SIDA obstaculizan su Prevención y Atención**”

Segunda de las dos versiones que tuvo como objetivo disminuir el estigma y la discriminación por homofobia asociados al VIH/SIDA, creando entornos de tolerancia y respeto hacia las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual, que contribuyan a evitar nuevas infecciones por el VIH y detener la epidemia del SIDA. Está dirigida a madres y padres de familia, personal médico, docentes, empleadores y dueños de empresas, cuerpos de seguridad pública, líderes de opinión, periodistas, representantes de medios de difusión, y servidores públicos que brindan atención y servicios a la sociedad, como población primaria, y como población secundaria tuvo como público objetivo a personas que viven con el VIH o el SIDA, con el fin de informarles que cuentan con una respuesta gubernamental en donde los tratarán con calidad y respeto, los CAPASITS.

La difusión de esta versión de la campaña se realizó a nivel nacional a través de tiempos oficiales de televisión y radio del 1 al 31 de diciembre del 2009, en el marco del arranque de la campaña mundial anual denominada —**Día Mundial de la Lucha contra el SIDA**”, que se conmemora cada 1 de diciembre, y cuyos temas coinciden, enfocados al combate de la discriminación por homofobia asociados al VIH/SIDA, con fin de fortalecerlo y potenciar su impacto en la población.

En paralelo se implementaron algunas acciones, campañas y boletines para fortalecer la respuesta dirigida a poblaciones clave, cooperar con las estrategias

de los programas estatales y de las organizaciones con trabajo en el tema y para probar algunas estrategias y sus vehículos.

Ejemplo de ello, para conmemorar el día internacional contra la homofobia, el CENSIDA participó en una iniciativa ciudadana en la elaboración de un video que se distribuyó por vía electrónica, denominado —**Hagámonos uno contra la homofobia**”, que contó con la participación de representantes de organizaciones, población clave, líderes de opinión y personal del Centro

7.- Día Internacional de lucha contra la Homofobia. En nuestro país, con el fin de fomentar el respeto a la diversidad en todos sus ámbitos y, para garantizar los derechos humanos de todos los habitantes del país se conmemora anualmente, desde 2007, el Día Mundial de Lucha Contra la Homofobia, el cual corre a cargo de las organizaciones de la sociedad civil, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.



El lema utilizado por el Gobierno Federal para el 2009 fue —**HACERNOS UNO CONTRA LA HOMOFOBIA**” y así evitar la discriminación de las personas en todos los ámbitos: en el seno familiar, en el lugar de trabajo, en los servicios de salud, en los servicios públicos, la impartición de la justicia, la educación, actividades sociales y deportivas e incluso en el sistema jurídico, como en aquellos países que aún penalizan la homosexualidad. Con tal razón de emitió un boletín de prensa conjunto de la CNDH, el CONAPRED y el CENSIDA y que se distribuyó ampliamente.

Así mismo se diseñó una campaña contra la Homofobia, denominada “La Homofobia está Out”, para ser implementada en algunas marchas por la diversidad (Distrito Federal, Cuernavaca y Cuautla, Morelos).



APRECIACIONES SOBRE LA MEDICIÓN DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

Al integrar y analizar los resultados sobre la medición del VIH/SIDA en nuestro país, conviene destacar las limitaciones que poseen las mediciones y los datos disponibles. En primer término se trabajó con la base de casos de SIDA, donde varios inconvenientes subyacen para establecer certezas absolutas sobre algunas dimensiones del comportamiento de la epidemia en el pasado reciente. Un porcentaje importante de casos diagnosticados sufre un retraso de hasta cinco años en su registro, por tanto las apreciaciones que se puedan elaborar desde el 2001 se basan en cifras incompletas.

También se cuenta con un número significativo de casos cuya vía de transmisión se desconoce (37.3%). Sin embargo, este método permite comprender algunos aspectos del desarrollo histórico de la epidemia. Así, resulta útil para aproximarse retrospectivamente a comprender cómo se fue expandiendo la epidemia desde una perspectiva longitudinal, entre quiénes y cómo la contrajeron.

Han desaparecido los casos relacionados con la manipulación de la sangre en los registros. Las cifras acumuladas al momento y su ritmo de acumulación sugieren

que la epidemia crece lentamente, por tanto se conservaría una prevalencia de 0.3% en adultos.

La brecha tradicional de 6 hombres con SIDA por cada mujer se ha cerrado en los últimos años a 5. La vía de contagio sexual sigue predominando alcanzando ya 92.5% de los casos, y allí comienza a estrecharse la brecha entre casos heterosexuales (46.6%) y HSH (45.9%), si bien aún no se han modificado apreciablemente las tasas en cada grupo de la población.

Por otra parte, se han realizado muy pocos estudios empíricos que permiten apreciar directamente la prevalencia de VIH en la población general realizando un corte sincrónico. Una mejoría en el diagnóstico epidemiológico alude a la necesidad de realizar encuestas probabilísticas con representatividad nacional al menos cada cinco años, lo que facilitaría apuntalar varios estimadores. Este problema ha tratado de subsanarse, en parte, mediante la utilización de modelos contruidos bajo supuestos que no siempre ni necesariamente se cumplen fuera de estos sistemas probabilísticos, junto al peligro que representa la posibilidad de trabajar con datos sesgados.

Las estimaciones recientes parecen aproximarse en buena medida con la incidencia de la epidemia, sin embargo, cambios no medidos en los comportamientos de algunas variables podrían provocar estimaciones espurias.

En ese sentido cabría mejorar la calidad de los datos que refieren a las prevalencias en mujeres embarazadas.

El papel jugado por la migración ha sido determinante al inicio y en la expansión de la epidemia durante los primeros años. Los estudios están señalando que en los últimos años su importancia marcha en forma conjunta o queda expresamente asociada con otros fenómenos sociales. La resultante es que parece haberse incrementado la vulnerabilidad en un creciente número de sectores de la población al combinarse conductas con múltiples condiciones de riesgo.

El panorama que resulta de todo ello es la mayor complejidad para tratar con los comportamientos, para atribuir la vía de contagio y hasta para designar la pertenencia a un sector social —exclusiva—. En ese sentido, en el trabajo se delatan algunas de las asociaciones que se van entretejiendo entre pobreza, jóvenes, migración, consumo de drogas en general e inyectables en particular, hombres que tienen sexo con hombres, trabajo sexual, origen campesino y la división de género.

Los casos de SIDA en zonas rurales (alrededor de 5% del total acumulado hasta el 2004) tienen una incuestionable relación con los movimientos migratorios. Si bien la proporción de estos casos se encuentran por debajo del peso relativo que poseen dichos sectores en la población total, hay indicios de un crecimiento más veloz que en las urbes. Se puede considerar a las poblaciones rurales como particularmente vulnerables dadas las dificultades existentes para lograr allí una

prevención eficaz, una detección temprana y una atención más oportuna a los enfermos.

Una característica importante de los casos registrados en localidades rurales es el predominio de la vía de contagio heterosexual, junto a que las mujeres aparecen sensiblemente más expuestas que sus pares urbanas.

Lo anterior nos remite a la importancia que han adquirido los llamados estudios de 'segunda generación' y más recientes. Las nuevas metodologías que se ponen en práctica y la gran cantidad de variables que éstos atienden facilitan la observación estructurada de un conjunto de dimensiones analíticas que permiten extraer información sólidamente fundamentada.

Hasta el momento se han practicado de manera transversal para estudiar comportamientos, percepciones y serologías de grupos considerados vulnerables, pero han alcanzado a pocos puntos de la enorme geografía mexicana.

Los resultados de estos estudios son coincidentes en cuanto a que la prevalencia de VIH en HSH se encuentra en un rango consistentemente delimitado y no se estaría incrementando, al menos en los puntos muestreados. Lo inverso se visualiza para el grupo de los HTS, un sector de la población que se halla muy expuesto al contagio. Mientras que entre las MTS, un grupo que había mostrado bajas prevalencias durante los años noventa, los estudios sugieren que podría existir un leve incremento del VIH entre ellas, si bien la proporción de MTS seropositivas se encuentra lejos de alcanzar las alarmantes cifras observadas en otros países.

También se fortalece la hipótesis que postula el incremento de casos de VIH entre los UDI, junto a la demostración de cómo la combinación de vulnerabilidades (por ejemplo MTS+UDI) eleva la proporción de casos de VIH a niveles relativos muy altos en relación a cuando no se presentan estas adiciones, y esto es un fenómeno preocupante.

Relacionando toda la información disponible se observa que los HSH siguen siendo un sector con elevada prevalencia de VIH/SIDA. Sin embargo, han comenzado a aparecer indicios que permiten sostener la hipótesis de un posible retroceso en la incidencia de la epidemia en ellos. Los HSH aún poseen el mayor peso relativo en la cantidad de casos acumulados, pero lentamente esto parece estar cambiando.

Una lógica posible para explicar este fenómeno sería que ya se evidencia una selección de los sobrevivientes entre aquellos que guardan menos conductas de riesgo, luego de asumirse como el grupo más castigado por la epidemia y centro de varias campañas de prevención.

Históricamente han soportado una prevalencia de VIH de alrededor de 15.5%, mientras que los resultados de los recientes estudios sugieren que ésta podría

haber disminuido, inclusive por debajo de 14 por ciento. Los datos que refieren al grado de protección asumido por los HSH en las relaciones sexuales ocasionales acompañan la pertinencia de formular tal hipótesis.

Por el contrario, entre los HTS parece haberse incrementado la frecuencia de contagio para pasar de prevalencias de alrededor de 14% hace una década atrás, a niveles que podrían ser superiores a 15% en la actualidad. La gran cantidad de intercambios sexuales que ejercitan se constituye en la fuente de explicación más relevante para sostener dicha presunción. De todos modos, cabe recordar que el peso cuantitativo de este sector de la población es escaso y el incremento de la prevalencia de VIH allí no es significativo en relación a la prevalencia total que presenta la población adulta. Atender la problemática de este sector implica la necesidad de practicar un seguimiento focalizado y no a través de las estadísticas generales en donde su visualización queda oculta, recomendación extensiva a la investigación de poblaciones pequeñas en general.

Por cierto, la realización de estudios con HTS se dificulta por el grado de ocultamiento y clandestinidad con que ejercen esta estigmatizada actividad remunerada.

El tamaño de la prevalencia de VIH en MTS siempre ha sido una arista muy atendida en los estudios y acciones que buscan conocer e intervenir en el desarrollo de la infección, puesto que su situación es considerada estratégica para diseminar la infección entre la población general, entre otras cosas porque se trata de un sector numeroso.

Teóricamente –además de la existencia de ejemplos a nivel mundial – se trata de un sector muy vulnerable frente al contagio por razones biológicas, socioeconómicas y de género.

Las acciones tempranamente emprendidas por y con las trabajadoras sexuales habían obtenido como resultado bajas prevalencias (inclusive menores a 1%) en el historial de la epidemia en México. Lamentablemente los registros obtenidos en los últimos años hacen pensar que se está incrementando la cantidad de casos de VIH entre ellas, aunque varían enormemente las cifras por región. Los estudios con MTS refieren una relativamente elevada proporción de uso del condón durante el ejercicio del sexo comercial, pero no sucede lo mismo cuando mantienen sexo con parejas por afinidad.

También los estudios señalan un crecimiento en la adicción a las drogas intravenosas entre ellas, junto a un menor grado de protección de las jóvenes MTS que se han incorporado recientemente a la actividad. El sector de los y las UDI es percibido por los estudios recientes como el más arriesgado y el menos protegido.

La complejidad que se ha configurado de ese sector por el alto grado de traslape con otros grupos (HSH, MTS y migrantes), junto al escaso uso de condón en las relaciones sexuales, las dificultades para proveerse de jeringas y agujas

esterilizadas, la persecución, discriminación y estigma que sufren, lo han convertido en una población especialmente vulnerable. De hecho, las complejidades que acarrearán las múltiples interacciones entre factores de riesgo que se han conjugado alrededor de los UDI dificultan establecer con certeza la vía de contagio entre los seropositivos.

Las mediciones efectuadas parecen ser sensibles a ese fenómeno mostrando disparidades irregulares importantes en las cifras recolectadas. De todos modos la tendencia general muestra una prevalencia de VIH creciente entre ellos. Así, en Tijuana y alrededores hay estudios que han encontrado entre 1995 y 2005 prevalencias que recorren de 9 al 6%, al tiempo que la media nacional se estima en 6 por ciento.

Además, aunque todavía el peso proporcional frente a la población es bajo, UDI es señalado como el grupo que tiende a crecer más rápidamente en paralelo con la producción y el tráfico de estupefacientes en México. En ese sentido, si bien actualmente los casos acumulados que se relacionan con UDI representan sólo 1.2% del total, existen fundados temores de que en el futuro esta forma de contagio pueda alcanzar el protagonismo epidémico que se observa en países latinoamericanos como Argentina, Uruguay y Brasil.

Los principales retos en la estrategia de prevención perinatal serán proporcionar consejería y detección voluntaria del VIH a toda mujer embarazada que es atendida por los servicios de salud, mantener el acceso universal a tratamiento ARV, así como el estricto cumplimiento de las demás medidas de prevención perinatal.

Es menester considerar un factor de enorme contrapeso a la expansión de la epidemia: el creciente uso del condón en la población general y muy especialmente entre los y las jóvenes del país. Es cierto que todavía subsisten sectores rezagados frente a las prácticas sexuales protegidas, pero todo indica que las campañas de información sobre SIDA e ITS y las crecientes facilidades de acceso al condón están contribuyendo con la obtención de una voluntad general por tomar precauciones.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON VIH/SIDA EN MÉXICO

La atención de los pacientes con SIDA en el mundo ha pasado por diferentes etapas, de acuerdo a la evolución de la epidemia, el avance científico y tecnológico y las alternativas terapéuticas disponibles.

No obstante, en México al igual que en otros países los factores que han sido determinantes en la organización y calidad de la atención a las personas con VIH/SIDA son: el acceso a tratamiento antirretroviral y el estigma simbólico e instrumental que prevalece entre los proveedores de salud a pesar de los avances científicos.

De 1983 a 1996, la atención a enfermos de SIDA se concentró en hospitales de especialidades; sin embargo hasta 1992, el tratamiento de los pacientes se limitaba a brindar apoyo psicológico y el tratamiento de las infecciones oportunistas y neoplasias.

En 1991 comenzó el tratamiento con antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa reversa y no fue sino hasta 1995 que con el uso de los nuevos inhibidores de proteasa, en una triple combinación de antirretrovirales conocida como TARA (Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo) o HAART por sus siglas en inglés (Highly Active Antirretroviral Treatment), el pronóstico de la enfermedad cambió radicalmente, para convertirse en un padecimiento crónico.

En el marco del Programa Nacional de Salud 1997 - 2001, se elaboró el primer —Modelo para la atención Médica para pacientes con VIH/SIDA— conocido como —Servicio Especializado para la atención del SIDA— (SEAs) que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario con el objetivo de proporcionar atención ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada Entidad Federativa.

En el periodo 2001 - 2006, México adopta la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el tratamiento antirretroviral (ARV) para todas las personas con VIH sin seguridad social. Esto ha permitido que miles de portadores tengan oportunidad de recuperar una vida social productiva, similar a la que tenían antes de la infección.

En el 2003 en el Plan Maestro de Infraestructura se incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del SIDA e ITS (CAPASITS), con la finalidad de ampliar el acceso a la atención integral, incluyendo el tratamiento con antirretrovirales, así como la prevención y la detección oportuna del VIH e ITS.

Su creación se dio como respuesta a la necesidad de garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/SIDA como parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001 - 2006.

En congruencia con el Programa Nacional de Salud 2007 - 2012, el programa de acción en Respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007 - 2012, tiene como uno de sus objetivos: mejorar el acceso y la calidad de la atención integral, a todas las personas con VIH y otras ITS. El Gobierno Federal, definió el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, como uno de los ejes prioritarios para abatir los estragos que causa el VIH. A través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud garantiza la compra de estos medicamentos para su distribución gratuita a todas las personas con VIH

que no cuenten con seguridad social, tanto para quienes ya reciben tratamiento como para los nuevos casos que se incorporen.

Asimismo a partir del año 2009, se incluyó de acuerdo a las recomendaciones de la —Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH/SIDA” la determinación cuatrimestral de la carga Viral y linfocitos CD4, así como la prueba de genotipo en caso necesario, en el protocolo de atención financiado por el fondo de gastos catastróficos. Con ello se pretende lograr un mejor control de la eficacia del tratamiento antirretroviral y detectar oportunamente las necesidades de cambios.

Los CAPASITS se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país.

Desde que se inició el acceso a los antirretrovirales, CENSIDA ha dispuesto de sistemas de información para su control; no obstante el incremento de la base de datos por el volumen creciente de pacientes que ingresan, hizo necesario que se estableciera un sistema integrado que diera cobertura a todos los procesos relacionados con la gestión del programa de antirretrovirales: el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Medicamentos Antirretrovirales (SALVAR), el cual inició su desarrollo en el año 2006, en coordinación con la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) y fue puesto en marcha en enero del 2007.

El SALVAR tiene como principal objetivo agilizar los procesos de solicitud, administración y control de medicamentos antirretrovirales en los SAIS y en los CAPASITS, a través de un sistema informático orientado a Internet.

Como apuntamos, la disponibilidad de un nuevo grupo de antirretrovirales (ARV) conocidos por su mecanismos de acción como Inhibidores de Proteasa (IP) cambió drásticamente la evolución y pronóstico de la enfermedad de ser una enfermedad mortal a un padecimiento crónico. Sin embargo, este cambio no se presenta en los países de bajos recursos debido a múltiples factores entre los que destacan los costos de los medicamentos, la disponibilidad de los mismos y la falta de trabajadores calificados para prescribirlos.

Los resultados del empleo de estas combinaciones, se dieron a conocer mundialmente, lo que generó una gran movilización de las comunidades afectadas y organismos no gubernamentales para exigir a los gobiernos la disponibilidad de estos medicamentos, cuyo principal problema lo constituía su elevado costo.

Es por ello que en el 2005 la Organización Mundial de la Salud lanzó la Iniciativa 3x5 con el objetivo de lograr tratar a 3 millones de personas antes del final del 2005, a través de una acción concertada, sostenida por muchos asociados en un marco estratégico de 5 categorías:

- 1) Dirección mundial, alianzas estratégicas.

- 2) Apoyo sostenido del país.
- 3) Instrumentos simplificados y normalizados para la prescripción.
- 4) Suministro efectivo y fiable de medicamentos y métodos diagnósticos.
- 5) Identificar y aplicar los nuevos conocimientos

No obstante, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el UNICEF, titulado —Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud” difundido en junio de 2009 mostró que, pese a algunos avances, la meta de acceso universal al tratamiento contra el VIH para todas las personas que lo necesitan aún está lejos de cumplirse. Ejemplo de ello es América latina, donde el porcentaje de mujeres embarazadas portadoras de VIH que recibió tratamiento para prevenir la transmisión a los hijos aumentó del 47 al 54 por ciento entre 2007 y 2008. En la región del Caribe, el incremento fue del 29 al 52 por ciento en el mismo período para este mismo grupo.

El tratamiento idóneo para un paciente con SIDA, tomando en cuenta única y exclusivamente el costo de los antirretrovirales, varía entre los seis a siete mil pesos mensuales y debe administrarse por tiempo indefinido hasta presentarse datos de falla. Habitualmente esto sucede en un promedio de tres años y es una indicación para cambio de tratamiento. El costo de los tratamientos subsecuentes, en la mayor parte de los casos, irá incrementando debido a que se requieren combinaciones más potentes, generalmente con más de tres antirretrovirales.

Para finales de 1997 la disponibilidad de la mayor parte de estos medicamentos únicamente en las instituciones de seguridad social marcó una profunda desigualdad en las opciones de atención brindada a las personas con VIH/SIDA que no tenían acceso a estas instituciones.

El programa de acceso universal a la terapia antirretroviral para las personas con VIH sin seguridad social se inició a partir del año 2001, alcanzando la cobertura a todas las personas sin seguridad social, en el año 2004.

Para mantener la sustentabilidad del acceso gratuito al tratamiento, el costo de los medicamentos antirretrovirales se incorporó en el 2005 al Fondo de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. En congruencia con la estrategia 3X5, se desarrollaron las siguientes acciones para hacer más eficientes los recursos destinados a la adquisición de medicamentos, las cuales fueron:

- 1) Se elaboró una guía de manejo de las personas con VIH para unificar la prescripción de los medicamentos antirretrovirales.
- 2) Se estableció por decreto la obligatoriedad del uso de la Guía de tratamiento.

3) Se desarrolló el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) para consolidar los requerimientos de antirretrovirales y mejorar el proceso de adquisición y distribución.

4) Se estableció un Comité Nacional de Resistencia para la evaluación de pacientes con falla múltiple a tratamiento.

A estos esfuerzos se han sumado otros de igual importancia considerando que el número de personas que requieren tratamiento continúa en aumento, como resultado de la promoción del diagnóstico oportuno y la ampliación del acceso a los servicios de atención. En junio del 2008 se estableció la Comisión Coordinadora para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud, la cual inició un proceso de negociación de precios con los laboratorios dueños de las patentes de 23 fármacos antirretrovirales, obteniéndose reducciones entre el 7 y el 41% para 19 medicamentos, los mismos que se aplicaron para la adquisición de los medicamentos antirretrovirales en el 2009 en todas las instituciones que dan atención a las personas con VIH (Cuadros 1 y 2).

CUADRO 1

Costos de tratamiento inicial 2007-2009

2007			2008			2009		
Medicamento	Costo unitario	Costo mensual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual
Lamivudina/ Zidovudina	2,568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2055.00	24,660.00
Efavirenz	468.00	5,616.00	Efavirenz	458.85	6,826.20	Efavirenz	458.85	6,826.20
Costo total		36,472.68	Costo total		37,652.88	Costo total		31,486.20
Emtricitabina/ Tenofovir	3,000.00	36,000.00	Emtricitabina/ Tenofovir	3,000.00	36,000.00	Emtricitabina/ Tenofovir	2310.00	27,720.00
Efavirenz	468.00	5,616.00	Efavirenz	458.85	55,062.00	Efavirenz	458.85	55,062.00
Costo total		41,616.00	Costo total		58,662.00	Costo total		82,782.00
Lamivudina/ Zidovudina	2,568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2055.00	24,660.00
Lopinavir/ ritonavir	4,688.00	56,256.00	Lopinavir/ ritonavir	4,688.00	56,256.00	Lopinavir/ ritonavir	3750.00	45,000.00
Costo total		87,082.68	Costo total		87,112.68	Costo total		69,660.00

FUENTE: Secretaría de Salud.

CUADRO 2
Costos de tratamiento de rescate 2007-2009

2007			2008			2009		
Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual
Tenofovir	2,000.00	24,000.00	Tenofovir	2,000.00	24,000.00	Tenofovir	2000.00	24,000.00
Abacavir	2,364.66	28,375.92	Abacavir	2364.66	28,375.92	Abacavir	1,418.80	17,025.60
Enfuvirtida	23,887.61	286,651.32	Enfuvirtida	23,892.30	286,707.6	Enfuvirtida	20,306	243,672.00
Costo total		339,027.24	Costo total		339,083.52	Costo total		284,697.60
Tenofovir/ emtricitabina	3000.00	36,000.0	Tenofovir/ emtricitabina	2312.00	27,744.00	Tenofovir/ emtricitabina	2310.00	27,720.00
Tipranavir	4,669.30	56,031.60	Tipranavir	4854.78	58,257.36	Tipranavir	4369.30	52,431.6
Ritonavir	1,691.42	20,297.04	Ritonavir	1,691.42	20,297.04	Ritonavir	1,609.20	19,310.40
Costo total		112,328.64	Costo total		106,298.40	Costo total		99,462.20

FUENTE: Secretaría de Salud.

Cabe reconocer que en el desarrollo de los trabajos de la Comisión, existe coordinación de las direcciones de planeación y adquisición, así como de las áreas técnicas de las instituciones que adquieren antirretrovirales con la finalidad de obtener reducciones en los precios y analizar las opciones terapéuticas equivalentes que permitan hacer un mejor uso de los recursos, obtener el mayor beneficio de la terapia antirretroviral y tener acceso a nuevas terapias antirretrovirales.

Con la oferta universal de tratamiento alcanzada en México en el 2003 se estima que en México existe una cobertura de pacientes en tratamiento superior al 95%. Según el último boletín de información del sector Salud del 2008 el total de pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral en México fue de 27,013 para la Secretaría de Salud, 20,696 para el IMSS, 3,698 para el ISSSTE, 369 para PEMEX y 225 para la Secretaría de la Defensa. La Secretaría de Marina no reportó información al respecto para dicho boletín.

El total de pacientes en tratamiento fue de 52,001 con un crecimiento de 13% anual sobre el reporte de 46,018 para el 2007. Se puede estimar que el 5% de los pacientes reciben tratamiento por instancias particulares a partir del reporte del porcentaje de venta de antirretrovirales en farmacias que nos son del sistema. Para el 30 de septiembre del 2009 la Secretaría de Salud tiene a 31,203 pacientes en tratamiento con un 33% de incremento sobre el número de pacientes que reportó el año pasado (cuadro 3).

CUADRO 3

PERSONAS QUE ACUDIERON A RECIBIR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, POR INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN	2006	2007	2008
SECRETARÍA DE SALUD	17978	23414	27013
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	17623	18562	20696
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	3170	3485	3698
PETRÓLEOS MEXICANOS	324	349	369
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	200	208	225
TOTAL	39295	46018	52001

FUENTES:

SS: CENSIDA.- Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, logística y Vigilancia de
IMSS: Coordinación de unidades médicas de alta especialidad. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable
ISSSTE: Departamento de Programas Sectoriales de Segundo y Tercer nivel. Dirección Médica. Cifras al 31
PEMEX: Informe gerencial mensual de Medicina Preventiva. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable
SEDENA: Registros del Hospital Central Militar. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable reportada:

De acuerdo con los datos del SALVAR para el 30 de septiembre de 2009, el porcentaje de pacientes atendidos por la Secretaría de Salud, excluyendo a los pacientes que se atienden en alguno de los institutos nacionales que reporta en este sistema, con carga viral indetectable es de 60.86%.

El reto es alcanzar para el 2012 que por lo menos el 70% de los mismos se encuentren en dichas condiciones (cuadro 4).

La Secretaría de Salud comenzó a monitorear la sobrevida desde el 2008 utilizando el indicador recomendado por ONUSIDA, porcentaje de pacientes que sobreviven a los 12 meses de iniciada la terapia. Se encontró que después de 12 meses de tratamiento, el 97.6% de las mujeres y el 96.2% de los hombres estaban vivos. Para ambos sexos dicha sobrevivencia fue de 96.6%

Los pacientes se hospitalizan dos veces al año, en promedio, con una estancia por ingreso de 20 días y un costo anual cercano a los 9.3 millones de pesos.

El costo anual de aquéllos que sólo fueron atendidos en consulta externa asciende a un millón de pesos, en promedio.

CUADRO 4

Carga viral indetectable según estado al 30 de septiembre del 2009

Estado	En Tratamiento ARV	# de Pacientes con CV <400 copias	% de Pacientes con CV <400 copias
AGUASCALIENTES	225	135	60.00
BAJA CALIFORNIA	1026	498	48.54
BAJA CALIFORNIA SUR	140	81	57.86
CAMPECHE	300	186	62.00
COAHUILA	319	73	22.88
COLIMA	202	100	49.50
CHIAPAS	1385	745	53.79
CHIHUAHUA	688	469	68.17
DISTRITO FEDERAL	5424	3151	58.09
DURANGO	240	172	71.67
GUANAJUATO	711	577	81.15
GUERRERO	1026	705	68.71
HIDALGO	353	269	76.20
JALISCO	2333	1776	76.13
MEXICO	2617	1793	68.51
MICHOACAN	661	523	79.12
MORELOS	613	420	68.52
NAYARIT	374	244	65.24
NUEVO LEON	976	406	41.60
OAXACA	888	592	66.67
PUEBLA	1250	495	39.60
QUERETARO	265	197	74.34
QUINTANA ROO	511	365	71.43
SAN LUIS POTOSÍ	336	254	75.60
SINALOA	422	163	38.63
SONORA	324	168	51.85
TABASCO	1139	414	36.35
TAMAULIPAS	718	422	58.77
TLAXCALA	289	196	67.82
VERACRUZ	3342	2090	62.54
YUCATÁN	772	537	69.56
ZACATECAS	162	92	56.79
TOTAL	30031	18308	60.86

Fuente: Boletín 6 del SALVAR excluyendo pacientes que reciben ARV en Institutos Nacionales

Los gastos familiares de atención en la vivienda promedian 2.5 millones.

En Estados Unidos de América, los costos oscilan entre 20 y 46 mil dólares anuales. El costo de por vida se ha llegado a estimar en 147 mil dólares. En Londres, en 2006, se consideró un costo promedio por paciente de 10 mil dólares.

El costo promedio anual del tratamiento hospitalario y de consulta externa por paciente varió entre 3.3 y 16.9 millones de pesos, con un promedio de 7 millones (cuadro 5). En estos pacientes, el costo de la atención ambulatoria fue de 770 mil pesos, incluido en el costo anual. El financiamiento de la consulta externa de quienes fueron atendidos exclusivamente en este servicio alcanzó un costo promedio anual de un millón de pesos.

**CUADRO 5
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO DE SIDA EN MÉXICO POR PACIENTE***

Hospital	Número de pacientes	Promedio estancia	Costo de Hospital	Costo de Laboratorio	Costo de Gabinete	Costo de Farmacia	Total anual p paciente
Seg Soc 1	306	28.0	6,307	275	109	867	7,558
SSA 1	110	31.2	6,976	291	72	855	8,194
SSA 2	41	18.9	5,667	202	122	607	6,599
SSA 3	8	7.0	3,108	292	2	168	3,570
Seg Soc 2	8	7.7	4,339	104	12	130	4,585
SSA 4	16	18.1	7,644	521	3	151	8,319
Seg Soc 3	9	12.4	4,129	154	0	120	4,403
SSA 5	2	6.0	3,028	245	0	11	3,284
Seg Soc 4	33	12.0	6,339	274	46	142	6,801
Privado	20	16.2	14,027	1,142	285	1,448	16,902

FUENTE: Secretaría de Salud.

* miles de pesos

Los números de las Unidades sólo indican una identificación de los hospitales.

Al analizar los costos de tratamiento con base en la severidad de los diagnósticos de ingreso al hospital, los pacientes con grado tres y cuatro, que corresponden al 4a y 4c de la clasificación de los CDC¹⁰⁸, fueron los más costosos, superando los 7.7 millones de pesos (cuadro 6).

**CUADRO 6
COSTO TOTAL PROMEDIO DEL TRATAMIENTO EN MÉXICO POR SEVERIDAD***

Severidad	Número de ingresos	Promedio de estancia	Promedio costo	Costo de Laboratorio	Costo de Gabinete	Costo de Farmacia	Total anual p paciente
1**	82	12.3	4,048	197	51	264	4,560
2	24	13.4	4,377	226	42	515	5,160
3	298	20.5	6,746	216	93	709	7,763
4	280	21.2	6,943	256	64	508	7,772
5	53	20.9	6,877	188	30	274	7,369

FUENTE: Secretaría de Salud.

* miles de pesos

** incluye el costo de pacientes VIH positivos hemofílicos

¹⁰⁸ Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPEEU), en inglés Centers for Disease Control and Prevention (CDC) son una Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, cuya responsabilidad a nivel nacional radica en el desarrollo y la aplicación de la prevención y control de enfermedades, salud ambiental y la realización de actividades de educación y promoción de la salud. Tienen su sede en Atlanta, Georgia

En relación con el año en que se realizó el primer ingreso hospitalario, se observó que los costos por el diagnóstico y tratamiento se incrementaron por arriba de los 10.5 millones, entre otras razones porque registraron las estancias más prolongadas (cuadro 7)

**CUADRO 7
COSTO PROMEDIO TOTAL DEL TRATAMIENTO DEL SIDA EN MÉXICO***

Año de ingreso	Número de pacientes	Promedio estancia	Promedio costo	Costo de Laboratorio	Costo de Gabinete	Costo de Farmacia	Total anual p paciente
05	16	16.4	5,397	303	154	472	6,326
06	68	29.9	9,839	376	116	618	10,948
07	209	27.4	9,016	336	111	964	10,427
08	256	25.2	8,292	255	73	586	9,206
No específicos	2	13.0	4,278	158	213	99	4,747

FUENTE: Secretaría de Salud.

* miles de pesos

La fase de tiempos y movimientos duró cinco meses y participaron 92 pacientes, todos del sexo masculino, con un promedio de 33 años de edad. El 70 por ciento de los pacientes eran solteros y el resto casados o divorciados. Tres cuartas partes fueron diagnosticados en el mismo año en que se realizó el estudio.

La estancia hospitalaria promedio observada durante esta fase fue de 17 días con un costo medio anualizado de 5.9 millones (\pm 1.004 millones de pesos). Al analizar los datos por institución, el hospital de seguridad social tuvo un costo anual de 5.5 millones de pesos por paciente y el público de 6.2 millones (cuadro 8).

**CUADRO 8
COSTO ANUAL DEL TRATAMIENTO DE SIDA EN MÉXICO POR PACIENTE***

Ingreso al hospital	Número de pacientes	Promedio estancia	Promedio costo	Costo Laboratorio	Costo Gabinete	Costo Farmacia	Total anual p paciente
H. S. S.	44	15.6	4,644	9	463	445	5,560
H. P.	48	18.8	5,525	62	387	297	6,271

FUENTE: Secretaría de Salud.

* miles de pesos

Si se comparan los costos obtenidos en la fase retrospectiva y las estimaciones calculadas a través del estudio de tiempos y movimientos se observa una diferencia de 1.1 millones, que se explica por un sobre-registro encontrado en los expedientes clínicos, en los rubros de laboratorio, gabinete, fármacos e insumos. Para compensar este fenómeno, se calcularon los factores que permitieron ajustar el costo total de los estudios retrospectivos, en función de los datos recogidos en esta segunda etapa. Para hospitales de seguridad social el costo obtenido se debe multiplicar por 0.80 y para hospitales públicos por 0.90.

Al retomar el costo del tratamiento hospitalario estimado en la fase retrospectiva y aplicar el factor de ajuste promedio, se obtiene una cifra anualizada de 5.9 millones de pesos por paciente, que incluye el gasto por servicio de consulta externa. Se puede observar que al ajustar el costo promedio de la fase retrospectiva se homologa al obtenido en esta fase.

En la fase de seguimiento participaron 24 pacientes con diagnóstico de SIDA, todos del sexo masculino. El 72 por ciento refirió ser soltero y el resto casados o divorciados. El 78 por ciento eran homosexuales o bisexuales. En promedio, los pacientes habitaban en la misma casa con otros tres familiares y 48 por ciento eran el principal sostén económico de la familia.

El promedio de gasto que destinó la familia al tratamiento del paciente representa 52 por ciento de su ingreso familiar anual. De éste, 42.3 por ciento corresponde a la disminución en el ingreso económico familiar mensual debido a incapacidades y desempleos. Los gastos más importantes fueron en dieta (17.3%) y en medicamentos (15.5%). Los estudios para el diagnóstico y los gastos de atención médica absorben 19 por ciento. Por último, los gastos de transportación del paciente y sus familiares constituyeron 4.2 por ciento.

Por lo que se refiere a los gastos de consulta externa efectuados por los pacientes en la fase de seguimiento, las familias con seguridad social cubren 23.8 por ciento del costo y el restante la institución, a diferencia del 92.8 por ciento que pagan las familias que no tienen seguridad social. Así, las primeras destinan al tratamiento del paciente 21 por ciento de su ingreso económico anual, mientras que las segundas gastan 66 por ciento.

Al comparar el gasto efectuado en atención para la salud por las familias con un enfermo de SIDA y las familias control, se observó que las primeras invierten en promedio 52 por ciento de su ingreso económico anual en salud, mientras que las segundas destinan sólo 6 por ciento.

Al agregar al costo global hospitalario el gasto familiar, el costo total anual por paciente asciende a 9.3 millones de pesos, de los cuales 73 por ciento absorbe la institución y 27 por ciento la familia.

El costo de tratamiento intrahospitalario de un paciente con SIDA supera entre dos y cinco veces el de otras enfermedades infecciosas. Lo anterior sugiere un mayor

consumo de los recursos institucionales por parte de estos pacientes. La diferencia en costo entre el SIDA y otras enfermedades puede explicarse en parte por una mayor utilización de procedimientos de diagnóstico, en etapas tempranas de la enfermedad y en los primeros años en que se detectó.

Los estudios de tipo retrospectivo para determinar el costo de tratamiento de los pacientes VIH+/SIDA son de fácil operación y requieren de menor inversión tanto humana como financiera; por ello, son los más adecuados en países con escasos recursos, donde los expedientes clínicos proporcionan la información, aunque hay que prever que los registros en los expedientes están sobrestimados. No obstante, los diseños prospectivos de tiempos y movimientos son el modelo óptimo para determinar los costos reales, a pesar de sus desventajas económicas y operativas.



CAPÍTULO 4

LINEAMIENTOS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE ATENCIÓN AL VIH/SIDA EN MÉXICO

Para dar paso a este capítulo, consideramos necesario hacer algunas precisiones conceptuales para ubicar correctamente, en el marco de la política social, el carácter y alcance de los lineamientos gubernamentales en materia de atención al VIH/SIDA en nuestro país.

En este sentido, no podemos dejar de lado que desde la llamada “crisis del Estado de Bienestar”, el Estado ha dejado de proveer servicios y programas sociales, implementando políticas de ajuste y estabilización bajo la premisa del modelo neoliberal de más mercado y menos Estado, lo que en mucho ha ocasionado dejar en manos de los propios sectores involucrados o en otras formas organizadas de la sociedad civil, la responsabilidad de atender sus necesidades básicas,¹⁰⁹ entre ellas, obviamente, la salud.

Ahora bien, entendemos por *política*¹¹⁰, ciertos modos constantes de proceder a los que se otorga prioridad; por *política gubernamental* aquella que simple y llanamente es ejercida por el gobierno en turno; y por *política de Estado* a aquella política que muestra un carácter más permanente, puesto que denota un mayor compromiso del Estado con ellas.

De manera más profunda y a decir de Pablo Latapí Sarre, puede considerarse como política de Estado aquella política que presenta mayor estabilidad temporal, la cual se vincula con ciertos factores imprescindibles, a saber:

- Que el Estado sea capaz de involucrarse tanto en la formulación como en la propuesta de la política.
- Que la política sea explícitamente establecida en una legislación que le otorgue el carácter de mandato, en otras palabras, que la política “no dependa exclusivamente de la voluntad del gobierno en turno o, al menos, no sólo del poder ejecutivo”.
- Que sea difundida para que los individuos afectados por ella la conozcan y la aprueben.
- Que la política y los encargados de ésta estén obligados a rendir cuentas respecto de los resultados obtenidos.

Siguiendo a Latapí Sarre, no por el hecho de que una política sea una política de Estado ésta es irreversible; “pueden ser modificadas o abrogadas por las instancias gubernamentales, según su naturaleza; pero ser aceptadas como de

¹⁰⁹ Arteaga Basurto, Carlos. 2008: 21

¹¹⁰ Moreno Baños, Eduardo, 2006.

Estado y no sólo como *gubernamentales*, les confiere mayor estabilidad temporal, mayor confiabilidad, respeto a su cumplimiento y, en general, un mayor compromiso de todos los actores involucrados en ellas, particularmente los partidos políticos”¹¹¹.

Por otro lado, por *política pública* habremos de entender una acción gubernamental tendiente a resolver o responder a una necesidad o interés colectivo.

En efecto, para nuestros fines, según el instrumento de planeación rector: “Este Plan asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras. Hoy tenemos la oportunidad histórica de impulsar el Desarrollo Humano Sustentable como motor de la transformación de México en el largo plazo y, al mismo tiempo, como un instrumento para que los mexicanos mejoren sus condiciones de vida”.¹¹²

Dentro del mismo Plan se destacan dos de las principales características de una política pública en un Estado democrático: la evaluación y la rendición de cuentas, que en nuestra tesis recobran un significado fundamental pues se trata precisamente de saber qué resultados se han obtenido. La calidad del apoyo asistencial está íntimamente relacionada con estos dos factores, debido a que gracias a ellos hay susceptibilidad de mejoras en cuanto a los contenidos asistenciales, desarrollo humano sustentable, así como en lo que al aparato burocrático y cúpula empresarial se refiere.

La evaluación es entendida como el medio para mejorar continuamente y asegurar la calidad asistencial, y la rendición de cuentas como el medio que permite conocer los resultados de los programas aplicados con el fin de utilizar la información en la toma de decisiones. La rendición de cuentas ayuda a proyectar tanto los logros como las limitaciones de las instituciones y programas, con el objetivo de definir y operar adelantos innovadores que permitan alcanzar mejores resultados.

Siguiendo a Lucrecia Santibáñez, la evaluación de las políticas públicas sociales se refiere a la evaluación rigurosa y sistemática de un programa o política social cuyo propósito principal es el de contribuir a su mejoramiento. De acuerdo con el objetivo, puede haber tres tipos de evaluación:

- **Formativa**, la cual se pregunta qué tan bien se está llevando a cabo el programa, quién o quienes resultan más beneficiados con él y cómo puede mejorarse;

¹¹¹ Latapi Sarre, Pablo, 2004.

¹¹² Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, pág. 1

- De procesos, es decir, el diagnóstico de los mecanismos empleados para poner en marcha el programa, cuestionando hasta qué punto se implementó, cómo se planeó, qué mecanismos son responsables de tal o cual propósito programático, por qué algunas personas se benefician más que otras y cómo se puede modificar el programa para aumentar sus efectos y,
- De resultados, que se pregunta qué efectos tuvo el programa, cuál es el tamaño de los resultados y quién resultó más afectado.¹¹³

En el presente trabajo se tocan los tres tipos de evaluación, los dos primeros de manera tangencial, debido a la extensa literatura realizada y abordando más profundamente el tercer tipo de evaluación, la cual desea hacer un balance global del combate al VIH/SIDA.

Desde luego, no podemos soslayar el papel de la descentralización, en tanto que hace referencia a la desconcentración de atribuciones y decisiones de la Administración Pública Federal Centralizada hacia los demás órdenes de gobierno, estatal y municipal. A nivel micro, la descentralización también comprende la repartición de las tareas de gestión de los organismos directamente responsables entre grupos empresariales, profesionistas sociales –entre otros, Trabajadores Sociales- y sociedad en su conjunto –definida en cuanto a individualidades- y en general, el entorno asistencial (asociaciones civiles, organismos no gubernamentales, asociaciones religiosas, etc.), lo que en otras palabras, respecto a nuestro tema, se conoce como participación social en la asistencia pública.¹¹⁴

Para el actual Gobierno Federal, y en gran medida también para los que le han precedido desde 1988, la calidad de la asistencia pública comprende la descentralización, entendida como la posibilidad de que tanto los gobiernos federal, estatales, municipales, como las mismas instituciones asistenciales y los demás sectores de la sociedad, se corresponsabilicen en la evaluación y rendición de cuentas del proceso asistencial.

Debemos acotar una gran diferencia del gobierno que nos rige respecto a sus antecesores, en la inteligencia del obstáculo que precisamente representa para consolidar una responsabilidad compartida: la puesta en marcha desde su primer iniciativa de miscelánea fiscal de 2006 de una serie de reformas jurídicas a fin de restringir y acaso hasta eliminar, la deducibilidad de las aportaciones que cualquier causante otorgase a beneficio de causas asistenciales.

Lo anterior no permite superar diversos factores que dificultan el apoyo en la materia, como el hecho de que las instituciones de asistencia privada tengan un limitado margen de maniobra para tomar decisiones que se constreñirán aún más

¹¹³ Santibáñez, Lucrecia, 2006.

¹¹⁴ Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C. Educación para una economía competitiva. 1992.

a la comunidad que está bajo su responsabilidad, o la falta de incentivos y preparación adecuada para fortalecer una cultura de la planeación y la autoevaluación en las Organizaciones No Gubernamentales mismas, lo cual se ve directamente afectado por innumerables trámites de carácter administrativo y hacendario, además de la débil comunicación entre los protagonistas asistenciales (pacientes, médicos, autoridades y sociedad en lo general/particular).

De esta forma, consideramos que se puede contar con los elementos para evaluar las bases mínimas –literal- de la igualdad en el acceso a las oportunidades asistenciales de los seropositivos, la garantía de cobertura del apoyo y las estrategias gubernamentales continuamente reformadas en la lucha contra el VIH/SIDA.

Frecuentemente nos hemos referido a participación social, en tanto contiene la corresponsabilidad de los distintos sectores de la sociedad sobre el proceso asistencial, que va desde la gestión de recursos financieros –y que más bien cede terreno a la autogestión-, hasta la evaluación de los resultados obtenidos.

En diferentes momentos históricos, la política gubernamental se ha propuesto una idea general sobre la participación social en la mejora de la calidad asistencial. Varias han sido las leyes en las que el gobierno en turno concretiza dichas referencias. Nuestro proyecto las toma en su justa dimensión como marco jurídico vigente, sin excedernos en el contenido particular de las normas.

En este orden de ideas, es a través del Plan Nacional de Desarrollo que el gobierno federal dota de un esquema regulatorio y establece principios que incentivan o tienden a incentivar, entre otros, la participación social asistencial. De dicho plan derivan los programas sectoriales, entre éstos el asistencial que, en principio, no se encuentra conformado como tal, es más bien la suma de diversos programas y políticas públicas, soportadas por disposiciones muchas veces aisladas e inconexas y en las que de manera casi anárquica participan diversas entidades y dependencias del Gobierno Federal, esquema que se reproduce en Estados y Municipios.

Lo que podría llamarse Programa Sectorial Asistencial inicia su funcionamiento nacional a través de las autoridades federales, en particular la Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social, no obstante, se le suman otras instancias, incluso paraestatales, que en conjunto –y generalmente en forma dispersa y hasta duplicando esfuerzos- son las encargadas de implementar la política asistencial, utilizando de manera casi universal fracciones presupuestales que llegan a destinar a las organizaciones e instituciones de asistencia privada.

Ese programa no tiene una administración establecida, en la materia de apoyo asistencial no hay reglas de operación claras, ni legalmente establecidas, lo que se reproduce en cuanto al VIH/SIDA, siendo que en su combate se requieren lineamientos muy estrictos, baste con entender que se trata de una enfermedad que, lamentablemente, sigue avanzando; es de los pocos programas que para

sobrevivir eficaz y correctamente requiere del apoyo de todos los actores de la comunidad; abundan los argumentos que dan soporte a esto, sobre todo porque geográfica y socialmente, las enfermedades como el VIH/SIDA se encuentran distribuidas en todo el territorio nacional y, como se afirmó, no respetan posición económica, clase social, género o edad.

Al respecto es necesario señalar el carácter imprescindible del apoyo de los gobiernos de los estados, debido a que parte del financiamiento bien puede provenir de sus arcas. Uno de los factores que desincentivan la continuidad y federalización del Programa es el de la disminución en respaldo de los gobiernos estatales a la iniciativa del gobierno federal. Tal falta o disminución en el apoyo estatal ha afectado el monto de los recursos destinados al combate al VIH/SIDA.

En términos históricos las relaciones entre los estados y la Federación estuvieron siempre abiertas a los vaivenes políticos, de tal suerte que los beneficios para una u otra entidad dependieron del grado de las negociaciones políticas entre el centro y la periferia, estableciendo disparidades entre una y otra región.

Actualmente, se esperaría que el cabildeo que los gobiernos estatales realizan para satisfacer sus demandas no influyera en un reparto inequitativo de los recursos, pero la regla de la “concertación” sigue imperando en nuestro país.

En México se ha criticado recurrentemente la falta de continuidad de las políticas gubernamentales y hasta de estado en diversas materias, argumentando que con cada cambio de Presidente, el país se vuelve a inventar, sin tomar en cuenta aquellas políticas exitosas de sus predecesores. Esta afirmación, sin duda cierta si analizamos los hechos, tiene múltiples explicaciones, entre las cuales se encuentra la inexistencia durante muchos años de una administración pública profesional, susceptible de ser sustituida con el cambio de poderes.

Sin embargo, a pesar de la falta de continuidad en las políticas de gobierno observadas durante décadas, podemos decir que es a partir de finales de los ochenta y principios de los noventa que encontramos una tendencia hacia dar continuidad a las políticas gubernamentales –no aquellas políticas de Estado, por las cuales, además de ser reconocidas por la ley, los gobiernos muestran un mayor compromiso político –. Dos claros ejemplos son la reforma educativa y la reforma del Estado.

Pero probablemente el paradigma por excelencia respecto de la continuidad de una política gubernamental sea el del Programa Solidaridad, creado por el gobierno de Salinas, que a continuación devino en Progresá, con Ernesto Zedillo, en Oportunidades con Vicente Fox y actualmente en Vivir Mejor con Felipe Calderón. En los dos últimos casos el programa contó con mejoras significativas que poco a poco han ido perfeccionando sus medios, fines y objetivos. Este sería uno de los sentidos por el cual una política pública exitosa debiera tener continuidad.

Otro sentido es el de la rendición de cuentas. Cabe señalar que la tendencia de dar continuidad a las políticas gubernamentales corre coincidentemente en paralelo con la democratización del Estado mexicano. En la etapa democratizadora que nos ha tocado vivir la rendición de cuentas desempeña un rol decisivo para la salud democrática de nuestro país. No basta con que existan buenas políticas asistenciales, si éstas no son susceptibles de fiscalización o a rendición de cuentas, da lo mismo una política pública exitosa en un estado democrático que en uno autoritario.

Otro de los grandes obstáculos es la considerable burocratización, la cual estriba en que para algunas autoridades tiene mayor relevancia el proyecto como documento que el proceso diario de implementación de verdaderas medidas asistenciales –personalizadas- para mejorar el nivel de calidad de vida de los portadores del VIH/SIDA.

El trabajo nos permitió distinguir los factores que inhiben el crecimiento eficaz y correcto del combate al VIH/SIDA, como pueden ser:

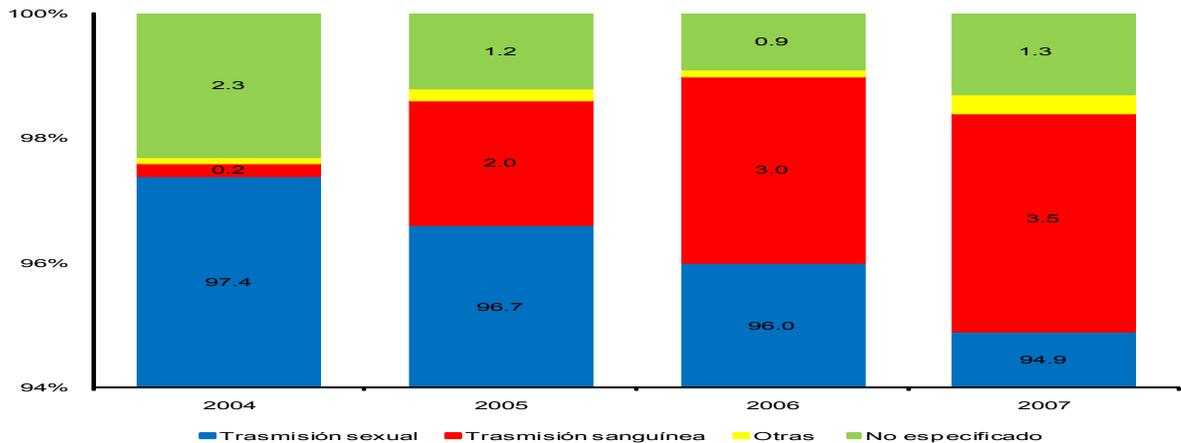
1. Falta de apoyo del Gobierno Federal y de los gobiernos estatales, en el sentido de dotar de mayores recursos al Programa.
2. Falta de difusión –y en su caso inexistencia – de la participación social en los estados y municipios.

El VIH, ha constituido una catástrofe a nivel mundial por todas las implicaciones que conlleva para los países y su población, entre las que se deben considerar:

1. El impacto en la persona que vive con VIH o SIDA. En este aspecto, además de los cambios físicos evidentes provocados por la enfermedad o el tratamiento, existen los cambios económicos y el estigma asociado a la misma. Las personas ven limitada su fuerza para continuar trabajando, en detrimento de su ingreso; además de vivir rechazo y estrés que impacta en su reacción inmunológica.
2. El impacto en las personas que los rodean. En este sentido, además de cambiar su estilo de vida al convertirse en cuidador primario, estigmatizado con un impacto económico, que además debe preocuparse por su supervivencia, la persona responsable del cuidado del enfermo puede vivir también con el virus y, al cuidar a la persona enferma de SIDA, enfrentarse con una realidad que puede ser su futuro. También se dan fracturas en las familias, al quedar muchos niños al cuidado de los abuelos o en albergues por ser huérfanos.
3. El impacto económico en el país. Además de afectar la fuerza laboral del país, muchos de ellos han implementado el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales. Por ende, el costo de los medicamentos, que fluctúa entre 119 y 23 mil 887 pesos cada uno, recae en el presupuesto gubernamental y el crecimiento económico del país es impactado al disminuir la esperanza de vida de

las personas infectadas en más de 20 años, reflejándose en su principal fuerza de trabajo, además del empobrecimiento generado por la enfermedad.

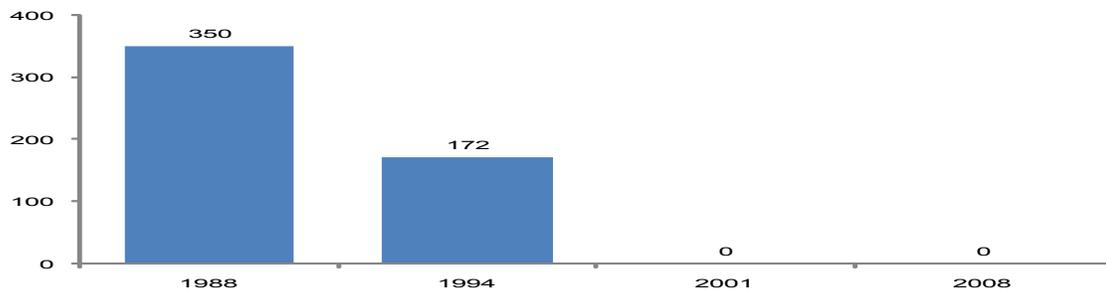
Casos nuevos diagnosticados de SIDA por año según vía de transmisión 2004-2007



Fuente: INEGI. Base de datos estadísticas de mortalidad 2007. Cubos Dinámicos. Procesó INEGI.

Asimismo, una de las principales líneas de prevención en nuestro país es lograr y mantener el análisis del 100% de la sangre donada, con el objetivo de asegurar las transfusiones realizadas; el impacto de esta labor es notable pues las cifras de infección reportadas por esta vía son nulas en los últimos años.

Casos de infección por transfusión sanguínea 2008



Fuente: CENSIDA, *Casos de Sida en México 2008*; y *El Sida en México en el año 2000*.

Por otro lado, la administración de medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas que viven con VIH, constituye el eje nodal para evitar la transmisión del virus de la madre al hijo; el acceso es del 100% en mujeres embarazadas diagnosticadas previamente, 908 madres de acuerdo con el Informe UNGASS, presentado por México ante Naciones Unidas,¹¹⁵ en el cual se considera que más del 98% de las mujeres mayores de 15 años que viven

¹¹⁵ CENSIDA (2008). *Informe UNGASS México 2008*.

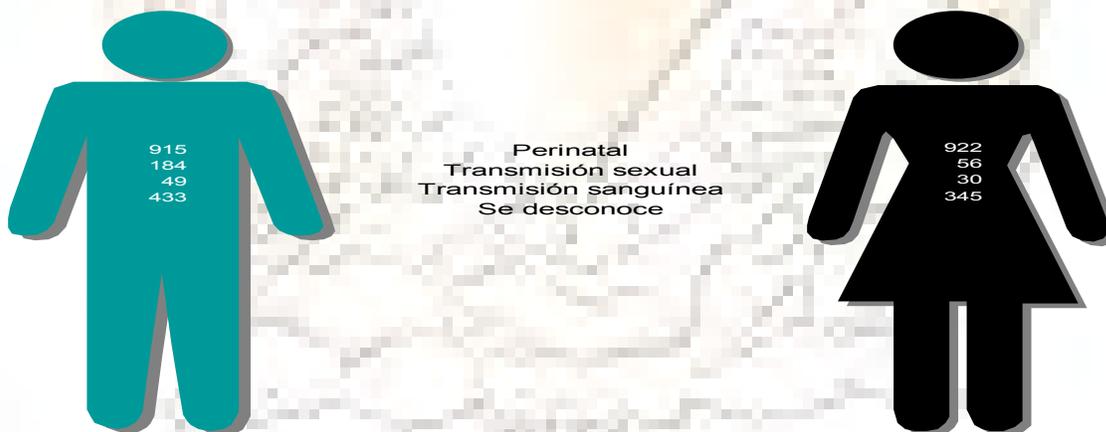
con VIH fueron infectadas en una relación heterosexual, por lo que es de vital importancia crear conciencia en la población femenina sobre la necesidad de realizarse la prueba de detección al encontrarse embarazada.

Además, que las mujeres embarazadas que viven con VIH cuenten con atención especializada, no solo es una medida de prevención en la transmisión de la enfermedad a su hijo, sino también en beneficio de su salud; cabe mencionar que el embarazo no es recomendado para este grupo de población debido al desgaste físico e inmunológico que impacta a la mujer, el cual tiene una afectación en el tratamiento posteriormente.

En cuanto a la falta de detección previa al embarazo del VIH, de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), en el primer semestre de 2008, se identificaron 31 casos nuevos de transmisión perinatal; y 3 casos nuevos por transmisión sexual en la población menor de 15 años, lo que puede ser resultado de violencia sexual o inicio precoz de la vida sexual activa.

Asimismo, los casos acumulados muestran que cerca de 3 mil niños menores de 15 años, viven con la infección. De estos 62.6% fueron infectados por transmisión perinatal; además 184 de los 240 casos de transmisión sexual ocurrieron en varones, es decir, 8 de cada 10 niños infectados por esta vía.

Casos acumulados de sida pediátrico (0-14 años) 2008



Fuente: CENSIDA. *Casos de Sida en México, 2008.*

En cuanto a la prevención de transmisión sexual, de acuerdo con CENSIDA, hasta 2005 se habían entregado en los diversos programas, 84 millones de condones, con una inversión mayor a 806 millones de pesos; además se invirtieron 500 millones de pesos para proporcionar el acceso universal al tratamiento antirretroviral.¹¹⁶

¹¹⁶ CENSIDA 2008. *Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006.*

Al inicio, a esta pandemia se le denominó GRID ("Gay Related Immune Deficiency" o inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad) o, "enfermedad rosa", relacionándola a las prácticas de los hombres homosexuales, suponiendo que los hombres heterosexuales no tenían riesgo (aunque tuvieran sexo con hombres o prostitutas), al igual que las mujeres.

Actualmente, se ha identificado una vulnerabilidad en las mujeres por su naturaleza biológica, pues las hace susceptibles de fácil contagio, especialmente por sus parejas estables. Esto se debe a que según estimaciones de la OMS¹¹⁷; en países como Belice, Nicaragua, Panamá y México; más de la mitad (57%) de los casos diagnósticos se deben a relaciones sexuales entre hombres. Esta misma organización reporta que entre un cuarto y un tercio de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también las tienen con mujeres. De éstos, aproximadamente entre 30 y 40% reportan haber tenido relaciones sexuales sin protección en el mes anterior.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con los datos de casos nuevos muestran que, en los jóvenes de 15 a 29 años, la vía de transmisión principal es por relaciones sexuales heterosexuales (52.6%). En los varones de este grupo de edad, existe una diferencia menor a dos puntos porcentuales con respecto a la transmisión en relaciones homosexuales; mientras en las mujeres se representa la transmisión en el 98.5% de los casos en relaciones heterosexuales. Por su parte, en los adultos de 30 años o más, la principal vía de transmisión en los hombres es en relaciones heterosexuales (50.7%), mientras que las mujeres es prácticamente la única (99.1 por ciento).

Casos nuevos por categoría de transmisión, grupos de edad y sexo 2008

Categoría de transmisión	Jóvenes de 15-29 años				Adultos de 30 años o más			
	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Transmisión Sexual	424	96.4	128	98.5	880	96.8	233	99.1
Homosexual	166	37.7	0	0.0	331	25.4	0	0.0
Bisexual	86	19.5	0	0.0	188	20.7	0	0.0
Heterosexual	172	39.2	128	98.5	461	50.7	233	99.1
Transmisión Sanguínea	15	3.4	2	1.5	28	3.1	2	0.9
Transfusión	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hemofílico	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Donador	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Drogas IV	15	3.4	2	1.5	28	3.1	2	0.9
Exposición ocupacional	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otras	1	0.2	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Se desconoce ¹	1	0.2	3	3.0	13	1.4	2	0.8

¹ Se excluyó la cifra en el cálculo del porcentaje.

Fuente: CENSIDA. *Casos de SIDA en México, 2008*.

De acuerdo con CENSIDA a 2008, el mayor porcentaje de personas afectadas por SIDA eran del grupo de población de 30 a 44 años, (49.5 hombres y 42.0%

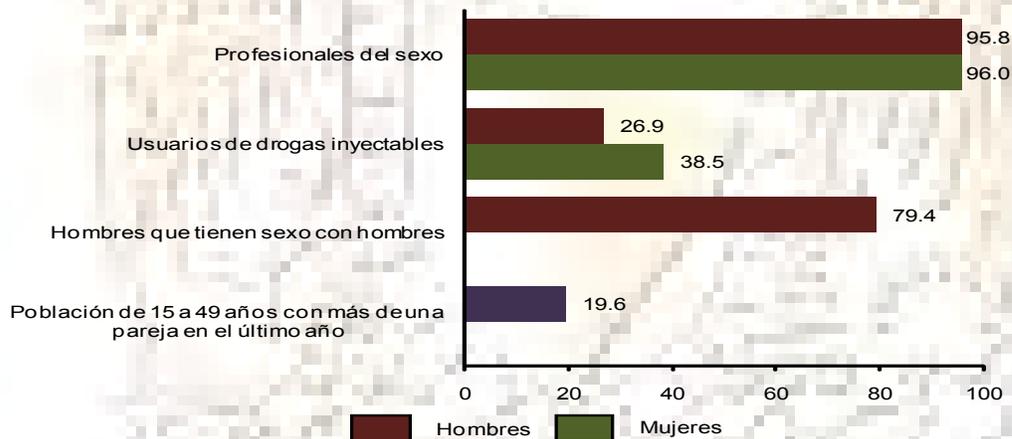
¹¹⁷ ONUSIDA 2008. *Informe Mundial sobre la Epidemia de SIDA*.

mujeres), seguido de la población de 15 a 19 años (29.5 hombres y 33.6% mujeres).

Dado que la prevención de la transmisión por vía sexual requiere de la concientización de los principales grupos de riesgo (profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables, hombres que tiene sexo con hombres y jóvenes con vida sexual activa con múltiples parejas), el uso del condón resulta ser una acción nodal, al igual que el sexo seguro y protegido, ya que a pesar de los esfuerzos realizados existen diferencias notables entre los principales grupos de riesgo.

Las campañas de prevención han empoderado a los profesionales del sexo, ya que casi 96% de ellos reporta usar condón, seguido por los hombres que tienen sexo con hombres (79.4%). Sin embargo, sólo 19.5% de la población de entre 15 y 49 años reporta usar condón, lo que lo convierte en un grupo altamente vulnerable.

Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual por grupos de riesgo 2008



Fuente: CENSIDA. Informe UNGASS México, 2008.

Al inicio de la pandemia, una de las principales creencias asociadas al virus era la muerte, esta percepción ha cambiado, lo que ha fomentado en ciertos grupos de la población, conductas de riesgo abiertas como lo son los “bareback” (personas que libremente deciden no usar condón, incluso en relaciones tumultuarias) y los “bug chasers” (personas que buscan activamente infectarse del virus).

Algunas de las personas que realizan dichas conductas rechazan el uso del condón, y viven su sexualidad en forma “plena”; otros, depositan su confianza en los medicamentos antirretrovirales, bajo el supuesto de que estos protegen a la persona de cualquier enfermedad o del avance de la infección.

Es importante mencionar que los medicamentos antirretrovirales causan efectos colaterales en el organismo provocando que algunas personas que viven con la infección los dejen y, como resultado, causan resistencia del virus a ellos. Los efectos colaterales van desde hepatotoxicidad (toxicidad en el hígado); hiperglucemia (diabetes); hiperlipidemia (aumento de grasa en sangre); lipodistrofia (distribución y uso anormal de la grasa en el cuerpo) y pérdida de la erección.

Como resultado de ello, los pacientes son ingresados a los servicios médicos con numerosas afecciones; en general, presentan mayor ingreso por el Complejo Asociado al SIDA, el cual constituye un desgaste generalizado del organismo a causa del virus.

Asimismo, ingresan por afecciones parasitarias o infecciosas; como son la infección por micobacterias resultante en tuberculosis (6.2%), la neumonía por *Pneumocystis carinii* (6.2%); también son afectados por los tumores, en el que predomina el Linfoma No Hodgkin (1.3%).

Egresos hospitalarios asociados al VIH por tipo de enfermedad 2006

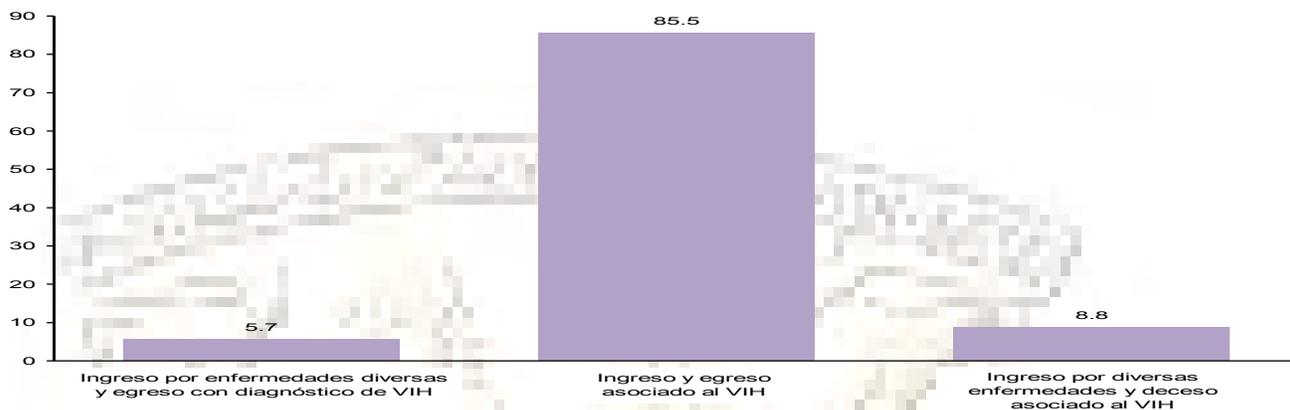
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	Total	%	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	Total	%
Resultante en enfermedades infecciosas o parasitarias	2 491	36.2	Resultante en tumores malignos	206	3.0
Infección por micobacterias (tuberculosis)	424	6.2	Sarcoma de Kaposi	45	0.7
Otras infección bacterianas	77	1.1	Linfoma de Burkitt	21	0.3
Enfermedades por citomegalovirus	38	0.6	Otros tipos de linfoma no Hodgkin	88	1.3
Otras infección virales	108	1.6	Otros tumores malignos del tejido linofide, hematopoyético y tejidos relacionados	9	0.1
Candidiasis	123	1.8	Tumores malignos múltiples	2	0.0
Otras micosis	44	0.6	Otros tumores malignos	30	0.4
Neomonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	425	6.2	Tumores malignos no especificados	11	0.2
Infección múltiples	240	3.5	Resultante de otras enfermedades especificadas	351	5.1
Otras enfermedades infecciosas o parasitarias	681	9.9	Encefalopatía (démencia)	61	0.9
Infecciosas o parasitarias no especificada (infección SAI)	331	4.8	Neumonitis linfoide intersticial	9	0.1
Resultante de otras afecciones	662	9.6	Síndrome caquéctico	120	1.7
Síndrome de infección aguda debida a VIH	32	0.5	Enfermedades múltiples clasificadas en otra parte	161	2.3
Linfadenopatía generalizada (persistente)	16	0.2	Sin otra especificación		
Anormalidades inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte	66	1.0	Complejo relacionado con el SIDA (CRS) SAI	3 175	46.1
Otras afecciones especificadas	548	8.0	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) SAI		
TOTAL	6 885	100.0	TOTAL	6 885	100.0

Fuente: SSA. DGIS. Egresos Hospitalarios 2006. Proceso INEGI.

Por otra parte, es importante resaltar que 8.8% de egresos hospitalarios por defunción asociados al VIH, no habían sido ingresados por dicha infección. Resulta evidente la dificultad que presenta el manejo de los pacientes que no han sido detectados con anterioridad y que llegan con enfermedades relacionadas con el Complejo Asociado al SIDA (los signos y síntomas que

son característicos de la infección). De esta forma, resulta natural reiterar la necesidad de la detección temprana.

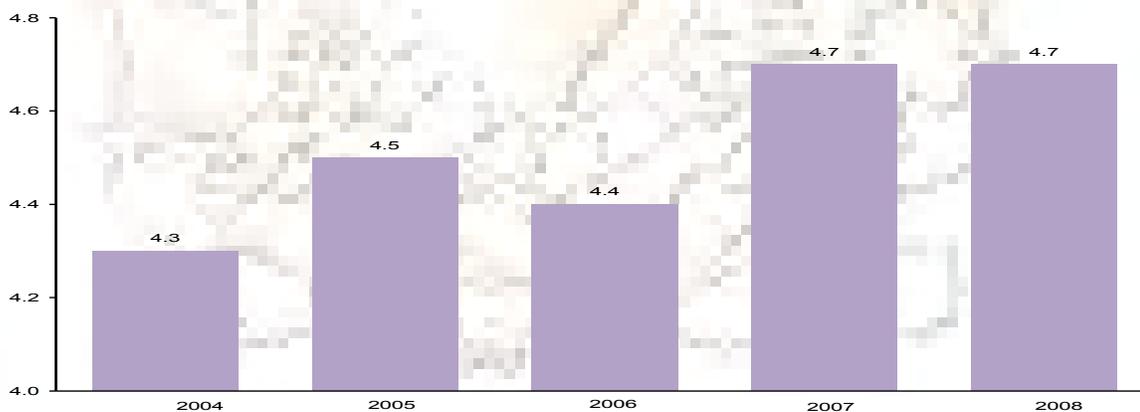
**Porcentaje de egresos hospitalarios asociados al VIH
2006**



Fuente: SSA. Egresos Hospitalarios, 2006. Base de datos. Procesó INEGI.

Según las cifras reportadas por CENSIDA, durante 2006 se identificaron 4,944 casos de muerte consecuencia del virus, lo que representa una tasa de 4.7 por cada 100 mil habitantes. De 2004 al 2008, la tasa de mortalidad por esta causa presenta tendencia a incrementarse, manteniéndose estable durante los años 2007 y 2008.

**Tendencia de la tasa de mortalidad por SIDA
2004-2008**

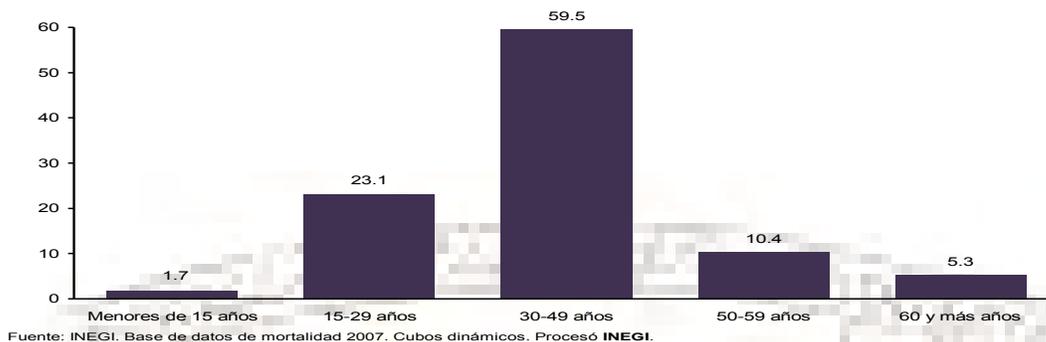


Nota: La tasa se refiere al número de muertes por cada 100 000 habitantes.

Fuente: CENSIDA, *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, 2004-2008*.

El grupo de edad de 30 a 49 años es el que muestra el mayor número de defunciones (59.5%), seguido de los jóvenes entre 15 y 29 (23.1%). Lo anterior, resulta lógico, pues la mayor parte de las infecciones se reportan entre los 15 y 49 años; estas defunciones afectan la fuerza laboral, pues estas personas pertenecen a la Población Económicamente Activa de México.

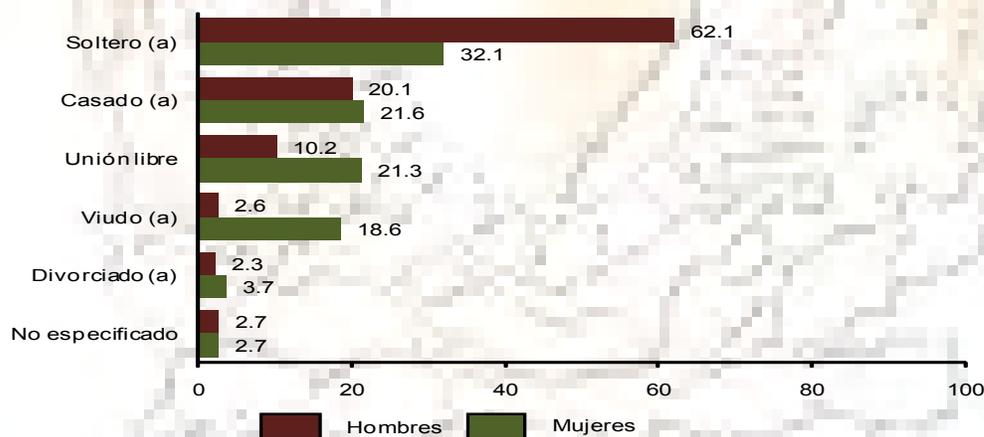
Distribución porcentual de las defunciones por SIDA según grupos de edad 2007



Al analizar las defunciones por SIDA de acuerdo a la situación conyugal de la población afectada, resulta notable que las personas viudas y en unión libre, el porcentaje de muertes es mayor para las mujeres (18.6 y 21.3%, respectivamente).

En cuanto a las casadas, el porcentaje es muy similar para ambos sexos (20.1% para los hombres y 21.6% para las mujeres). Además, en la población soltera, el porcentaje es prácticamente del doble en los hombres respecto a las mujeres (62.1 y 32.1%, respectivamente).

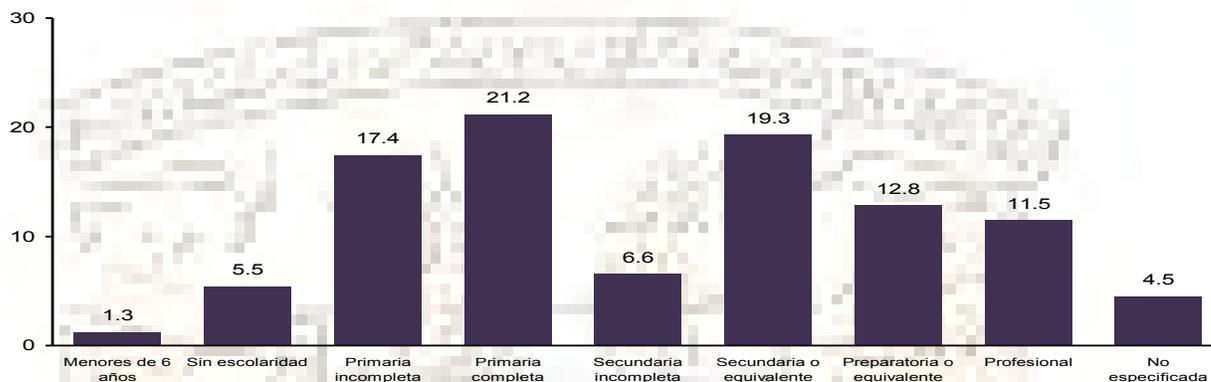
Distribución porcentual de las defunciones por SIDA según estado civil y sexo 2007



La mayor proporción de personas que muere por esta enfermedad, tiene un nivel educativo bajo, ya que 7 de cada 10 personas que fallecieron, no tenían estudios o únicamente contaban con educación básica, es decir, hasta secundaria terminada. Considerando lo anterior, 37.7% de las defunciones ocurren en población que no tiene derechohabencia a ninguna institución de seguridad social.

Asimismo, la institución de seguridad social en donde se registraron el mayor número de defunciones por SIDA es el Instituto Mexicano del Seguro Social (29.4%) y el Seguro Popular (12.1%).

Distribución porcentual de las defunciones por SIDA, según escolaridad 2007



Fuente: INEGI. Base de datos de mortalidad 2007. Cubos dinámicos. Procesó INEGI.

En México, como en otros países en desarrollo, existe de manera tradicional escasa información sobre los recursos financieros y materiales utilizados para el tratamiento de la patología del país y, más aún, de las consecuencias económicas de los padecimientos, independientemente de su frecuencia de aparición. El SIDA no escapa a este hecho; sus características clínicas y sus consecuencias sociales hacen imperativo contar con información para la planeación de los servicios y la distribución de los recursos con bases sólidas, con el fin de establecer esquemas de tratamiento y financieros alternativos, que incrementen la eficiencia y efectividad de los servicios preventivos y la atención a la salud.

CONCLUSIONES

Considerando que el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA se mantiene estable en México, y que se concentra en grupos que tienen prácticas de riesgo (HSH, TS, UDI), el reto epidemiológico consiste en evitar que se generalice a la población en general.

Ante una epidemia concentrada se requieren estrategias focalizadas. La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención, siguen siendo las formas más eficaces para evitar la transmisión del VIH/SIDA e ITS.

Asimismo, es necesario mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, y reforzar las actividades de prevención, para lo cual se precisan recursos financieros.

La mortalidad general por SIDA, durante el periodo 1997 - 2009, se ha mantenido estable en hombres, pero en mujeres está aumentando. Por condición de seguridad social, se percibe una significativa disminución de la mortalidad en la población asegurada, pero un aumento en población no asegurada.

La mortalidad por SIDA en el grupo más afectado (25 - 44 años) ha disminuido entre los hombres pero se ha incrementado moderadamente entre las mujeres. Esto se puede explicar por el incremento más acelerado en la proporción de casos de mujeres y por problemas en la detección oportuna del VIH/SIDA y en la adherencia al TAR; problemas que pueden estar relacionados con aspectos socioeconómicos, y de desigualdad de género que se presentan más acentuados en algunas zonas del país.

La exitosa incorporación masiva del TAR en México ha permitido: mejorar la calidad de vida de los enfermos; incrementar la sobrevivencia de los pacientes; disminuir las infecciones oportunistas asociadas al SIDA; reducir el número de hospitalizaciones al año; reducir los costos de hospitalización, y disminuir la mortalidad.

Sin embargo, los sistemas actuales de información no permiten aproximarse a cada una de las variables de la mortalidad por SIDA, por lo que se necesita mejorar la atención integral de las personas en tratamiento ARV, y mejorar el monitoreo de la atención integral que deberá incluir indicadores de impacto como son: mortalidad por SIDA; sobrevivencia de personas en tratamiento ARV; continuidad en el tratamiento ARV y a los estudios de laboratorio en tiempo y forma, entre otros aspectos.

México se comprometió a detener la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015, como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Para poder alcanzar esta meta se requiere que los diversos sectores e instituciones del sector

salud y con el compromiso de los grupos de la sociedad civil organizados, realicen una lucha común contra esta epidemia.

Uno de los aspectos en los que se debe incidir de inmediato es la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia Humana, NOM 010, que a finales de 2009 presenta un retraso de más de cuatro años en su actualización y por ello entorpece las acciones para detener la transmisión de la enfermedad; no existen reglas para realizar las pruebas rápidas que existen en el país desde hace unos tres años.

Es imprescindible impulsar acciones para elevar la calidad del trabajo de consejería previa y posterior a la prueba de detección del virus, la cual forma parte de la NOM, pero en la realidad existe a medias en las instituciones públicas de salud.

La mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando los afectados llegan a los hospitales con cuadros clínicos graves. En esas circunstancias es imposible tomarse el tiempo de explicar la importancia del examen y sus posibles implicaciones.

Debe contarse con una estrategia nacional de detección temprana, como ocurre en otros países, en la que se garantiza el acceso a una consejería profesional que vaya más allá de decir que “tener VIH ya no es sinónimo de muerte”.

Ni siquiera las clínicas especializadas en el tratamiento del VIH/SIDA en el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud cuentan con profesionales en el acompañamiento y consejería de pacientes. Mucho menos existen en los centros de salud. Si acaso, el médico informa al afectado sobre el resultado del examen clínico. Si es positivo al virus le indica los estudios que debe practicarse para conocer la situación de su sistema de defensas y su carga viral, en función de los cuales le administrarán la terapia. Nada más.

Un buen servicio de consejería implica disponer de personal entrenado en explorar los miedos del individuo con relación a la infección, informarle sobre la historia del VIH y los avances que existen en su control. Además, se debe enfatizar en la importancia de mantener un buen estado de salud, nutrición y estabilidad emocional.

De ser necesario, también debe contarse con el apoyo de los servicios de psicología y tanatología. Para las personas que obtienen un resultado negativo al VIH, el consejero tendría que indagar sobre el nivel de conocimiento de la persona respecto del virus, las prácticas sexuales de riesgo, promover el uso del condón, así como eliminar mitos en torno a este producto.

Durante los más de 25 años que el VIH/SIDA lleva en México, no ha existido una estrategia efectiva de prevención. Sólo en algunos servicios médicos como el

Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE existe el interés de sus directivos por capacitar al personal de salud en esta materia.

En otros ha costado más trabajo convencer a las autoridades de la necesidad de capacitar a empleados, a fin de erradicar el estigma, la discriminación y la homofobia que persisten en el sistema.

Con relación a las pruebas rápidas, cuyos resultados se obtienen en menos de 20 minutos, existe el riesgo de que dichos exámenes se apliquen sin la consejería necesaria. Actualmente son varias las organizaciones civiles que entre sus actividades ofrecen la práctica de estos exámenes y es probable que lo hagan bien, pero no se puede asegurar, porque ni siquiera existe una reglamentación básica.

Las pruebas rápidas no se han incluido en la NOM 010, porque el texto vigente data del año 2000. En 2005 tendría que haberse publicado su actualización y, de hecho, concluyó la revisión por especialistas. Sin embargo, el trámite se detuvo en la Secretaría de Salud, sin mayor explicación.

A mayor abundamiento, las crisis política y económica le han pegado al presupuesto social. La “guerra” contra el narcotráfico y la recesión influyen en el giro que el gobierno federal parece darle a sus estrategias.

Dos de los rubros afectados son las políticas de prevención del VIH/SIDA y las partidas destinadas a políticas de equidad de género.

El Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, redujo en forma importante los recursos a estas dos áreas que durante más de un sexenio habían sorteado, prácticamente a la par, los diversos obstáculos para su desarrollo.

El primer rubro, con alrededor de 38 por ciento menos recursos, el segundo, 17 por ciento menos.

Ambos presupuestos siguen presentando serios problemas de opacidad, que impiden identificar los criterios con los que se asignan los recursos y etiquetar claramente el dinero que se busca destinar a uno u otro fin.

Para 2008, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) contó con más de 198 millones de pesos.

En el 2009 se asignaron sólo 120 millones. UN PESO AL AÑO POR MEXICANO.

Si se considera que el año 2008 se otorgaron 35 millones adicionales para la realización de la XVII Conferencia Internacional de SIDA en México, se observa una disminución significativa en sus recursos.

La prevención es, sobre todo, el rubro amenazado, pues los medicamentos para las personas que viven con VIH salen de otra bolsa, la del Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, a la que se otorgaron 41 mil millones en 2009.

En 2008, los fondos destinados a la compra de fármacos anti-SIDA ascendieron a mil 586 millones de pesos. Para 2009 se contó con mil 600 millones.

Pese al incremento mínimo, fue posible cubrir a cerca de 30 mil pacientes (cuatro mil más que en 2008) gracias a las negociaciones interinstitucionales con las farmacéuticas para reducir los costos de los medicamentos en alrededor de 150 millones de pesos anuales. Las negociaciones se realizaron en pesos, lo que garantiza que las fluctuaciones en la cotización del dólar no impactarán más los precios.

No sucede así con los hospitales e institutos nacionales de salud que también reciben presupuesto especial para atender el VIH/SIDA. Las reducciones parecen ser mínimas en el 2009 respecto a lo que se les otorgó para 2008, pero podría afectarles negativamente debido a que muchos de los insumos que requieren para funcionar son comprados en dólares.

Los proyectos de prevención que financia el CENSIDA en cooperación con las organizaciones civiles desde hace dos años resintieron la disminución de recursos.

Con el recorte, se dejaron de hacer estudios y encuestas epidemiológicas, así como dejar de cubrir a la totalidad de mujeres embarazadas con pruebas rápidas de detección del VIH.

Presupuesto federal para VIH/SIDA	2008	2009
Censida	120.1	198.9
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	7.8	7
Instituto Nacional de Perinatología	6	6
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	20	6
Hospital General Manuel Gea González	9.5	11

Cifras en millones de pesos. Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2009; Presupuesto de Egresos de la Federación 2008.

Organizaciones no Gubernamentales, como Ser Humano cuestionaron la reducción de recursos para la atención y prevención del VIH/SIDA, que en el presupuesto federal pasa de 195 millones que recibió en 2008 a 120 millones de pesos para 2009.

La propuesta del Ejecutivo en materia presupuestal sólo demuestra que el discurso oficial durante la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, realizada en agosto de 2008 en México, de compromiso con la enfermedad, no fue cierto.

Esto habla de demagogia, de compromisos que miran hacia afuera para que nuestro país sea bien considerado en un evento internacional.

Todo indica que nuestro gobierno busca estar en el aparador solamente en los momentos en que están los reflectores, y que cuando se quitan las luces el tema no es importante.

Para algunos la reducción presupuestal se debe a que los medicamentos tendrán un menor precio debido al descuento que ofrecieron las farmacéuticas al gobierno. Sin embargo, el propio Secretario de Salud, se comprometió antes de la conferencia a destinar los recursos que se ahorrarán por la reducción de los precios de las medicinas al control de la enfermedad.

Lo que es indudable es que el presupuesto para esta enfermedad debe ampliarse y no reducirse, puesto que son necesarias acciones de prevención, de detección, principalmente en mujeres embarazadas, así como mayor capacitación del personal de salud involucrado.

Este país no planifica y prefiere pagar gastos en atención que son siempre más costosos, no sólo en términos financieros sino en términos de vidas humanas.

Parece casi grotesco preocuparse por las consecuencias económicas de una enfermedad mortal como el SIDA. No obstante, una de las consecuencias sociales y humanas de esta enfermedad tiene que ver precisamente con los efectos que ocasiona a las economías de los países que la sufren en forma dramática.

En las naciones ricas de Occidente, está claro que los asuntos económicos causan preocupación, pero en todo caso son problemas manejables. En los países pobres del mundo, sin embargo, no existe esta dicotomía entre la preocupación sobre el desarrollo económico y la inquietud por el sufrimiento humano.

Fue apenas en la década de los 90 que se hizo evidente que el tema del SIDA y el virus del VIH era un asunto de importancia económica.

En el mundo en desarrollo, al tiempo que surgían nuevos tratamientos para enfrentar la enfermedad, los sistemas de salud se vieron en la necesidad de hacerle frente a los costos de adquirirlos.

En la medida en que las drogas para tratar el virus del VIH han convertido al SIDA de una enfermedad aguda en una crónica, el costo de los tratamientos es ahora a largo plazo.

Además de esto, el virus tiene la habilidad de mutarse, lo que significa que los nuevos tratamientos necesitan una actualización permanente para poder lidiar con la resistencia del virus a los medicamentos anteriores.

Esta necesidad de desarrollo de los medicamentos hace que los costos de investigación farmacéutica sean altos, y que el "último medicamento" esté siempre bajo una patente, lo que lo hace muy costoso.

Por ejemplo, la más reciente droga incluida en el arsenal del VIH, *Fusión*, tiene un costo de unos US \$ 20,000 por paciente, al año. (280 MIL PESOS AL AÑO, 24 MIL PESOS AL MES)

Afortunadamente hay tratamientos más baratos que éste.

En la mayor parte del mundo desarrollado, los niveles de preponderancia del VIH son lo suficientemente bajos como para hacer que los costos de los medicamentos sean manejables.

EN CONCLUSIÓN: gracias a los movimientos en su contra, la globalización pasó a formar parte del lenguaje cotidiano de todo mundo. Para muchos, es mejor hablar de "mundialización", en tanto que se trata de un proceso objetivo, no de una ideología, aunque haya sido utilizado por la ideología neoliberal como argumento para pretenderse como la única racionalidad posible. Nosotros hablamos, por comodidad, de globalización y la ubicaremos como un proceso multidimensional, no solo económico, aunque, desde luego, su expresión más determinante es la interdependencia global de los mercados financieros, permitida por las nuevas tecnologías de información y comunicación y favorecida por la desregulación y liberalización de dichos mercados.

Es esa interdependencia con la que finalizamos el presente trabajo, en virtud de la cual, una de las peores enfermedades que ha conocido el ser humano se ha expandido con una velocidad inusitada, ha provocado millones de muertes y ha sido incapaz de encontrar una solución. Estamos frente al VIH/SIDA como la primera pandemia producto de la globalización.

Están globalizadas las políticas monetarias y la producción de bienes y servicios, en torno a redes productivas de 53 mil empresas multinacionales y sus 415 mil empresas auxiliares. Estas redes emplean a unos 200 millones de trabajadores.

¹¹⁸

Está globalizado el comercio internacional, como el sector del que depende la creación de riqueza en todas las economías, ese comercio expresa la internacionalización del sistema productivo.

Están globalizadas la ciencia y la tecnología, como lo está el mercado global de trabajadores altamente especializados, tecnólogos, financieros, futbolistas y

¹¹⁸ De los casi 3 mil millones de personas que conforman la Población Ocupada en todo el planeta.

asesinos profesionales. A lo que se suman las migraciones, que contribuyen a una globalización creciente de otros sectores de trabajadores, l@s sexoservid@res, por ejemplo.

Está globalizada la comunicación entre la gente a partir de Internet, con más de 500 millones de usuarios en el mundo y una tasa media de penetración de un tercio de la población en la Unión Europea.

Están globalizadas las instituciones políticas, construyendo un Estado red en el que los Estados nacionales se encuentran con instituciones supranacionales como la Unión Europea o clubes de decisión como el G-8 o instituciones de gestión como el Fondo Monetario Internacional para tomar decisiones de forma conjunta.

Está globalizado, en fin, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y su expresión mortal: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El problema para el horizonte luminoso globalizado es que las sociedades no son entes sumisos susceptibles de programación. La gente vive y reacciona con lo que va percibiendo y, en general, desconfía de los políticos; y, cuando no encuentra cauces de información y de participación, sale a la calle. Este proyecto es la salida a la calle de quien escribe.

Los globalifóbicos piden un mejor reparto de la riqueza en el mundo, rechazan la exclusión social y denuncian la paradoja de un extraordinario desarrollo tecnológico acompañado de enfermedades y epidemias en gran parte del planeta. Otros defienden al planeta mismo, amenazado de desarrollo insostenible: Algo que sabemos ahora precisamente gracias al progreso de la ciencia y la tecnología.

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 13.5% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 15.0% en trabajadores del sexo comercial y 3.9% en hombres usuarios de drogas inyectables. En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

Terminamos este trabajo, con las ideas que expusimos al principio:

El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, es la enfermedad prototípica de la globalización; y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerable carga para los ya de por sí sobrecargados sistemas asistenciales de la mayoría de los países afectados.

Muchos aspectos se encuentran alterados por el impacto del SIDA, en principio, no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias. Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de

los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y hábitos.

Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favorecen el crecimiento incesante de la epidemia.

Desde un punto de vista científico, debe reconocerse que se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatogenia de la infección, los mecanismos de daño inmunológico, sus formas clínicas, su evolución a través del tiempo y la prevención y el tratamiento de muchas infecciones oportunistas que son la habitual causa de muerte de los pacientes. El empleo de drogas antirretrovirales mejoró y prolongó la sobrevida de muchos enfermos.

Pero la realidad nos muestra que la enfermedad todavía no tiene un tratamiento curativo, y por esta razón, la lucha debe centrarse en adecuadas tareas de prevención; y es la educación la clave en el combate y se debe actuar con mayor agresividad.

Aquellos países que no implementaron políticas de difusión ante la aparición de los primeros casos de la enfermedad están pagando un precio muy alto en vidas humanas perdidas. Es indispensable que las campañas pongan especial interés en los aspectos preventivos, llevando a la población un mensaje claro y directo, que no deje dudas acerca de las conductas de riesgo que pueden exponer al VIH, y cuál es la forma de evitarlas.

Repetimos: en la actualidad la única vacuna es la adecuada información y sólo hay algo más peligroso que el SIDA: la ignorancia.



BIBLIOGRAFÍA

Alarcón Villaverde JO. Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo. Washington, DC, Pan American Health Organization. 2009.

Aronstein, David M., Bruce J. Thompson El VIH y el Trabajo Social: una guía para los practicantes. Haworth Press, 10 Alice St., Binghamton, N. Y. 1998.

Arteaga Basurto, Carlos. Proyecto de Investigación –El Impacto de Trabajo Social y la Política Social: Una Revisión Teórico-Crítica de la Formación Profesional del Trabajador Social en América Latina a Partir de los años ochenta”. Octubre de 2003.

Arteaga, Basurto Carlos y Solís San Vicente, Silvia (Coordinadores). –La Política Social en la Transición”. México. Editorial Plaza Valdés.

Arteaga, Basurto Carlos. 2003. –Tópicos de Trabajo Social y Políticas Públicas”. México. Miguel Ángel Porrúa. UNAM.

Ayala-Gaytan JJ, Camacho-Mezquita BG, RicoBazaldua G, Canales-García RA, Gonzalez-Villarreal MG. 20-year follow-up of hemophilic patients infected with HIV. Rev Invest Clin 1995.

Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middleincome countries 2000–2006: a systematic review. PLoS Medicine. 2007.

Barbour, Rosaline S. y Huby Guro, Adentrándose a la mitología: el conocimiento del SIDA y de la construcción social. Routledge, 29 W 35th St., New York, NY 10001. 1998.

Barrientos JE et al. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. Cadernos de Saúde Pública, 1997.

Barrón López S, Libson M, Hiller R. Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) relevamiento 2007. Universidad de Buenos Aires. 2008.

Bastos FI et al. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. International Journal of Epidemiology. 2008.

Bolivian Ministry of Health, Macro International, Measure DHS Encuesta nacional de demografía y salud 2008. La Paz, Bolivian Ministry of Health. 2008.

Bozon M, Gayet C, Barrientos J. A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2009

Bravo-García E, Magis-Rodríguez C. El SIDA en el área rural. La otra epidemia: el SIDA en el área rural. México: CENSIDA, 2003

Bronfman Mario. El SIDA en México: Evolución y tendencias recientes. Demos 1990.

Bronfman, Mario, Amuchástegui Ana, Martina Rosa María, Minello Nelson, Rivas Martha y Rodriguez Gabriela. SIDA en México. Migración, adolescencia y género. Secretaría de Salud. 2000

Bronfman Mario, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH.

Bronfman Mario, Sejenovich Gisela y Uribe Patricia. Migración y SIDA en México y América Central. Editores Unidos. 1997

Brouwer KC, Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, Bravo-García E, Gayet C, Patterson T, et al. Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. *JUrban Health* 2006

Bueno R. The Latin American harm reduction network (RELARD): successes and challenges. 2007.

Cáceres CF et al. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 84 (Supp. 1). 2008.

Cáceres CF, Mendoza W. The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps—a review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009.

CARTILLA SOBRE DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA. GIS-SIDA. Mexicanos contra el SIDA y CONASIDA. 2002

CENSIDA. Informe UNGASS México 2008. México: CENSIDA.

CENSIDA. Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006 del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Del 01 de enero al 31 de noviembre del 2006).

Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C. Educación para una economía competitiva. Alternativas para el futuro. Hacia una estrategia de reforma. México, 1ª edición, 1992.

COMPILACION DE INSTRUMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS. Comité de SIDA y Derechos humanos Cáritas o a Pro Positivo. 2005

Consejo Nacional de las Adicciones, Secretaría de Salud, México (CONADIC). Datos Epidemiológicos. 1999. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm>

Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México. México, DF: CONASIDA, 1994.

CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 2000-2010. México: CONAPO, 2002.

CONASIDA. II Reunión Ordinaria del Consejo Nacional para la prevención y Control del SIDA. 2 de septiembre de 2002.

Cravioto P. La magnitud y naturaleza del problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

CUADERNOS FUNSALUD, NÚMERO 30: EL SIDA EN MEXICO; OPORTUNIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA DISMINUIR EL IMPACTO. 2005.

Dieterich, Heinz. —*Nueva Guía para la Investigación Científica*—. México. Editorial Planeta. 2003.

Dieterich, Heinz, Dussel, E., Franco, R., Peters, A., y Zemelman, H. —*El Fin del Capitalismo Global: El Nuevo Proyecto Histórico*—. México. Editorial Océano de México. 2000.

Estrada-Márquez F, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E. Estigma y discriminación en hombres que tienen sexo con hombres. *Aspectos de Salud Pública*. México: CENSIDA – INSP, 2006

Frenk-Mora J. A new agenda for global health, development and security: Building on the UNGASS legacy. XIV Int Conf on HIV/SIDA; Barcelona, 2002.

Frost S, Brouwer K C, Firestone-Cruz M, Ramos R, Ramos M E, Lozada R, et al. Respondent driven sampling of injection drug users in two U.S.-Mexico border cities: recruitment dynamics and impact on estimates of HIV and syphilis prevalence. XVI Int Conf on HIV/SIDA. CDC0178 ID: 4384. Toronto. 2006-

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, AC. Encuesta para el programa Gente Joven 1999. México, DF: MEXFAM, 1999.

G. Bartlett John y Ann K. Finkbeiner Guía para vivir con VIH y SIDA. Editorial Diana. 1999

G. Said, A. G. Saimot, m. Tardieu, C. Lacroix Complicaciones neurológicas del VIH/SIDA. W. B. Saunders, Curtis Center, Independence Square West, Philadelphia, PA . 1997.

García-Calleja JM, del Río C, Souteyrand Y. HIV infection in the Americas: improving strategic information to improve response. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2009.

Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Pública México 2003.

Gayet C, Magis-Rodríguez C, Fernández-C A, Donna S, Ramírez-Aranda J, Méndez-Sánchez ML, et al. Men who sell sex in urban Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use Results from a biological and behavioural surveillance. XVI Int Conf on HIV/SIDA. Abstract: A-011-0128-16227; Toronto. 2006

Goudsmit, Jaap Sexo viral: la naturaleza del SIDA. Oxford University Press, Madison Ave., New York, NY. 1998.

Gremek, Mirko. Historia del SIDA. Editorial Oxford. 1999.

Güereña-Burgueño F, Benenson AS, Sepúlveda-Amor J. HIV-1 prevalence in selected Tijuana sub-populations. Am J Public Health 1991.

Hernández MT, Sánchez MA, Ruiz JD, et al. High STI Rates and Risk Behavior Among Mexican Migrants in California (Abstract M3-B0202). Nacional HIV Prevention Conference; Atlanta, Georgia. 2005.

Hernández, Sampieri Roberto. —Metodología de la Investigación—. México. Mc. Graw Hill Editores. 2003.

Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública México 2002.

Ianni, Octavio. —Teorías de la Globalización—. México. Editorial Siglo XXI. 1996.

Inciardi J, Surratt H, Colon H, Chitwood D, Rivers J. Drug Use and HIV : Risks Among Migrant Workers on the DelMar Peninsula. Subst Use Misuse 1999.

Izazola, José Antonio, Alcocer, Jorge, et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. CENSIDA 2004

Izazola José Antonio, Valdespino JL, Sepúlveda J. Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. Salud Pública México, 1999.

Latapí Sarre, Pablo, —La política educativa del Estado mexicano desde 1992—, en Revista Electrónica de Investigación Educativa. Vol. 6, N° 2, México, 2004.

Lavalle C, Aguilar JC, Pena F, Estrada-Aguilar JL, Avina-Zubieta JA, Madrazo M. Reduction in hospitalization costs, morbidity, disability, and mortality in patients with aids treated with protease inhibitors. Arch Med Res 2000.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2008

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2009

Ley de Instituciones de Asistencia Privada del Distrito Federal.

Lima, Boris. “Bienestar Social y Necesidades Sociales” en Revista Acción Crítica. No. 11. Perú. Publicación CELATS-ALAETS. 1998.

Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Anaya-Lopez L, Uribe-Zúñiga P. La situación del SIDA en México a finales de 1988. En *Enferm Infecc Microbiol* 1988.

Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Ortiz K, Rivera-Reyes P. Grupos vulnerables al VIH/SIDA: alcances y estrategias para su protección. Documento interno de trabajo. México: CENSIDA, 2006.

Magis-Rodríguez C, Brouwer KC, Morales S, Gayet C, Lozada R, Ortiz-Mondragón R, et al.. HIV Prevalence and Correlates of Receptive Needle Sharing Among Injection Drug Users in the Mexican-U.S. Border City of Tijuana. *Journal of Psychoactive Drugs* 2005.

Magis-Rodríguez C, Del Río-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García L. Casos de SIDA en el área rural en México. *Salud Pública México* 1995.

Magis-Rodríguez C, Gayet C, Manrique B. Informe de resultados de la encuesta sobre prevalencia y vigilancia de comportamiento en VIH/SIDA en: Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, hombres trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables. Reporte de investigación. México: CENSIDA, 2005.

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. Suplemento 4*. 2004.

Magis-Rodríguez C, Loo-Méndez E, Santarriaga-Sandoval M. Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas Centinela 1991-1996, CONASIDA. México: CONASIDA-Dirección General de Epidemiología SSA, 1997-

Magis-Rodríguez C, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS*; 16 suppl 3. 2002.

Medicine Plus Enciclopedia Médica.

Ministerio de Salud de Argentina. Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia— respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención, tratamiento, atención y apoyo: periodo 2008–2011. Buenos Aires, Ministerio de Salud. 2009.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Estudio de seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres en la gran área metropolitana de Costa Rica. Informe oficial preliminar San José, Ministerio de Salud de Costa Rica. 2009.

Moreno Baños, Eduardo, —La política del Estado mexicano”, *El Demócrata Desarrollista*, Vol. 1, N° 2, México, 2006.

Noriega-Minichiello S, Magis C, Uribe P, Anaya L, Bertozzi S. The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. *AIDS* 2002.

Okie, S. Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354. 2006.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

ONUSIDA. Acción conjunta para obtener resultados Marco de resultados del ONUSIDA, 2009–2011. Ginebra, ONUSIDA. 2009.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Ginebra, ONUSIDA. 2008.

ONUSIDA. Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Ginebra, ONUSIDA. 2007.

OPS – ONUSIDA. Programas Nacionales de SIDA. Guía para el monitoreo y la evaluación. ONUSIDA/00.17E, junio de 2000, Ginebra.

Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaid-00.17e/un-00.17e-es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de salud mundial 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2008.

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONUSIDA, 2009.

Ortiz-Mondragón R, Magis-Rodríguez C, Horteales-Rocha M, Muñoz-Flores G. Atención de VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas. CENSIDA., 2003

Página de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Página de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Página de la Fundación Ser Humano Internacional, I. A . P

Página de la ONUSIDA

Página de la Organización Mundial de la Salud.

Página del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.

Patterson T, Fraga M, Staines H, Bucardo J, De la Torre A, Salazar J, et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico-U.S. border cities. XVI Int Conf on HIV/SIDA. TUPE0283 ID: 4332: Toronto. 2006.

Paz-Bailey G et al. High rates of STD and sexual risk behaviors among Garífunas in Honduras. *Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51: 2009.

Peinado J et al. Role versatility among men who have sex with men in urban Peru. *Journal of Sex Research*, 44(3): 2007.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Pollini RA, Brouwer KC, Lozada-Romero R, Firestone M, Magis-Rodríguez C, Case P, et al. Arrests for syringe possession and shooting gallery use are associated with receptive needle sharing in two Mexican-U.S. border cities. XVI Int Conf on HIV/SIDA. ID: 4316; Toronto. 2006.

Ponce De León-Rosales S, Ruiz-Palacios GM, Schieders B, Cruz A. Características del SIDA en un hospital de referencia de la Ciudad de México. IV Conferencia Internacional Sobre SIDA; 1988.

Population Services International. Estudio TRaC de VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres en San Salvador, Sonsonate, Santa Ana, San Miguel y La Paz. Guatemala City, Population Services International. 2008.

Population Services International. Estudio TRaC de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales femeninas en San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Sonsonate y San Vicente. Guatemala City, Population Services International. 2008.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2008.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2009

Ritieni A, Bravo-García E, Hutchins J, Mittal S. Una epidemia sin fronteras: El VIH/SIDA en California y México. Departamento de Salud de California-Oficina de SIDA y Secretaría de Salud del Gobierno de México-Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Sacramento, California: Department of Health Service, 2005.

Rivera-Reyes P, Magis-Rodríguez C, Saavedra J. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México. México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México, DF: Consejo Nacional de Población, 2005.

Rossi D et al. Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5): 2008.

Sabidó M et al. The UALE project: decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51: 2009.

Sanchez J et al. High HIV and ulcerative transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru: awaiting an effective preventive intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51: 2009.

Sanchez MA, Lemp GF, Magis-Rodríguez C, Bravo-García C, Carter S, Ruiz JD. The Epidemiology of HIV Among Mexican Migrants and Recent Immigrants in California and México. *J Acquir Immune Defic Syndr Suppl 4*. 2007.

Santibáñez, Lucrecia, "Introducción a la evaluación de políticas públicas sociales", ponencia recogida del Diplomado en Políticas Públicas impartido por el Centro de Investigación y Docencia Económica, CIDE. México, 2006.

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. Manual de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. México: INDRE, 1990.

Secretaría de Salud. Dirección General de Estadísticas (DGE). Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2006.

Secretaria de Salud Honduras. Base de datos VICITS Honduras. Tegucigalpa, Secretaria de Salud Honduras. 2008.

Sotelo JA, Khoury MC, Muiños R. Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans su asociación a prácticas de riesgo. Argentina Health Ministry. 2006.

Soto RJ et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007.

Strathdee SA et al. Differential effects of migration and deportation on HIV infection among male and female injection drug users in Tijuana, Mexico. *PLoS One*, 3(7):e2690. 2008.

Strathdee SA, Magis-Rodriguez C. Mexico's evolving HIV epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 300(5): 2008.

Tapia-Conyer R. Epidemiología del SIDA en México. *Gaceta Médica*. 132 suplemento 1. 2006.

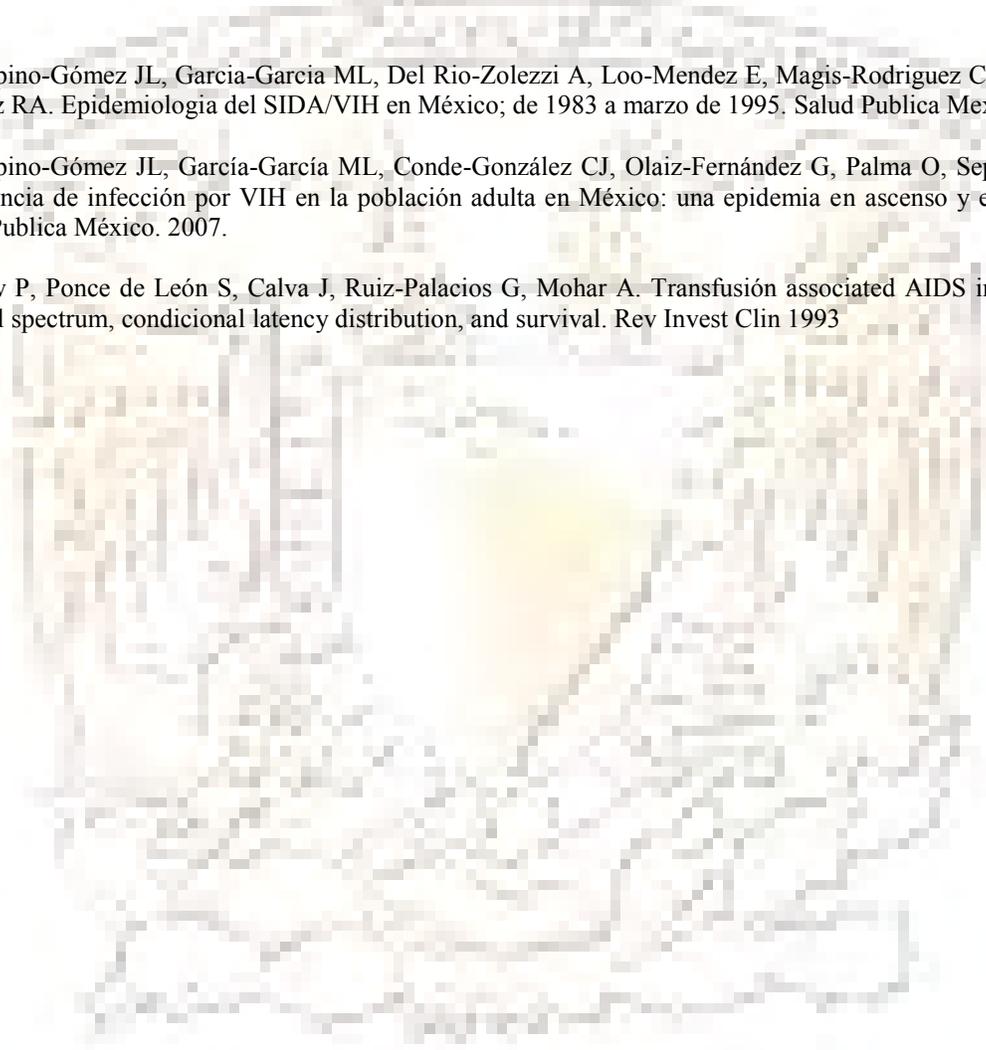
UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic. Annex 2: HIV and AIDS estimates and data, 2006.

UNAIDS/WHO. The Next Decade. Second Generation Surveillance Guidelines. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000.

Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Del Rio-Zolezzi A, Loo-Mendez E, Magis-Rodriguez C, Salcedo-Alvarez RA. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Publica Mex* 1995.

Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Conde-González CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Sepúlveda J. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud Publica México*. 2007.

Volkow P, Ponce de León S, Calva J, Ruiz-Palacios G, Mohar A. Transfusión associated AIDS in Mexico. Clinical spectrum, conditional latency distribution, and survival. *Rev Invest Clin* 1993



ÍNDICE DE IMÁGENES, GRÁFICOS, ESQUEMAS, CUADROS, COLUMNAS Y BARRAS

IMAGEN: REPRODUCCIÓN DEL VIH	13
GRÁFICO 1 Panorama mundial de la epidemia del VIH 2009	14
GRÁFICO 2 Personas viviendo con VIH por región, como Porcentaje del total mundial, 2009	15
GRÁFICO 3 Prevalencia de VIH en los diversos países, 2007	16
GRÁFICO 4 Estimación de personas viviendo con VIH y prevalencia mundial en adultos, 1990-2008	16
ESQUEMA: EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA	24
GRÁFICO 5 Países de América Latina según el número de personas viviendo con VIH, 2007	24
GRÁFICO 6 Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007	25
GRÁFICO 7 Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México	34
GRÁFICO 8 Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México, 2009	35
GRÁFICO 9 Estimación de personas que viven con VIH en México y su relación con los servicios de salud, 2009	36
GRÁFICO 10 Razón hombre/mujer en los casos de SIDA según año de diagnóstico, México 1985-2009	37
GRÁFICO 11 Porcentaje de casos de SIDA según grupos de edad, México 1983-2009	37
GRÁFICO 12 Porcentaje de casos de SIDA en hombres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009	38

GRÁFICO 13	
Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009	39
GRÁFICO 14	
Mortalidad por SIDA, general y en el grupo de edad de 25 a 44 años, México 1997-2005	40
GRÁFICO 15	
Mortalidad por SIDA en hombres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005	41
GRÁFICO 16	
Mortalidad por SIDA en mujeres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005	42
ESQUEMA: Porcentaje de casos acumulados de SIDA por Categoría de Transmisión, totales para la República Mexicana al 15 de noviembre de 2007	45
IMAGEN: FESTEJEMOS LA DIVERSIDAD	78
IMÁGENES: LA HOMOFOBIA ESTA OUT	79
CUADRO 1	
Costos de tratamiento inicial 2007-2009	87
CUADRO 2	
Costos de tratamiento de rescate 2007-2009	88
CUADRO 3	
Personas que acudieron a recibir tratamiento Antirretroviral, por Institución	89
CUADRO 4	
Carga viral indetectable según estado al 30 de septiembre del 2009	90
CUADRO 5	
Costo total del tratamiento de SIDA en México por paciente	91
CUADRO 6	
Costo total promedio del tratamiento en México por severidad	91
CUADRO 7	
Costo promedio total del tratamiento del SIDA en México	92
CUADRO 8	
Costo anual del tratamiento de SIDA en México por paciente	92

BARRAS: Casos nuevos diagnosticados de SIDA por año según vía de transmisión 2004-2007	101
BARRAS: Casos de infección por transfusión sanguínea 2008	101
SILUETA: Casos acumulados de SIDA pediátrico (0 – 14 años) 2008	102
ESQUEMA: Casos nuevos por categoría de transmisión, grupos de edad y sexo, 2008	103
BARRAS: Porcentaje de uso de condón en la última relación Sexual por grupos de riesgo, 2008	104
ESQUEMA: Egresos hospitalarios asociados al VIH por Tipo de enfermedad, 2006	105
BARRAS: Porcentaje de egresos hospitalarios asociados al VIH, 2006	106
BARRAS: Tendencia de la tasa de mortalidad por SIDA, 2004-2008	106
BARRAS: Distribución porcentual de las defunciones por SIDA, según grupos de edad, 2007	107
BARRAS: Distribución porcentual de las defunciones por SIDA, según estado civil y sexo, 2007	107
BARRAS: Distribución porcentual de las defunciones por SIDA, según escolaridad, 2007	108
ESQUEMA: PRESUPUESTO FEDERAL PARA VIH/SIDA	112
SER HUMANO	116

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1	
EL VIH/SIDA.....	6
CAPÍTULO 2	
EL VIH/SIDA EN EL MUNDO.....	14
EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA.....	23
EL VIH/SIDA EN MÉXICO.....	31
PREVALENCIA.....	33
REGISTROS.....	36
TRANSMISION.....	38
MORTALIDAD.....	39
MEDICIONES.....	46
CONCEPTUALIZACION.....	54
MIGRACION.....	55
MUJERES.....	57
ADICCIONES.....	58
CAPÍTULO 3	
EL COMBATE AL VIH/SIDA EN EL MUNDO.....	61
EL COMBATE AL VIH/SIDA EN MÉXICO.....	72
APRECIACIONES SOBRE LA MEDICIÓN DEL VIH/SIDA EN MÉXICO.....	79
CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON VIH/SIDA EN MÉXICO.....	83
CAPÍTULO 4	
LINEAMIENTOS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE ATENCIÓN AL VIH/SIDA EN MÉXICO.....	95
CONCLUSIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA.....	117
ÍNDICE DE IMÁGENES, GRÁFICOS, ESQUEMAS, CUADROS, COLUMNAS Y BARRAS..	124