



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA FAMILIAR

“Experiencia del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario de VIH/SIDA del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana del 2001 al 2006”

Tesis

PRESENTA

DR. ALEJANDRO MONDRAGÓN ROCHA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

2011

Número de registro: 601- 101- 02- 07



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.

**“Experiencia del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario
de VIH/SIDA en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana
del 2001 al 2006”**

Dr. Alejandro Mondragón Rocha

AUTORIZACIONES



Dra. Consuelo González Salinas
Médico Familiar
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” SSDF



Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas
Médico Familiar
Profesor Titular “A”
Coordinación de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Director de tesis



Dra. Hilda Gabriela Madrigal de León
Médico Familiar
Adscrita del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” SSDF
Asesora de tesis

**“Experiencia del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario
de VIH/SIDA en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana del
2001 al 2006”**

Dr. Alejandro Mondragón Rocha

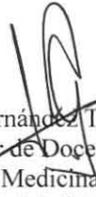
**Autoridades del Departamento de Medicina Familiar
Universidad Nacional Autónoma de México**



Dr. Francisco Javier F Gómez Clavelina
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Felipe de Jesús García Pedroza
Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

Agradecimientos Especiales

Trabajadora Social Dolores Güemes García

Le agradezco me haya permitido realizar mi investigación con su trabajo diario de años y por todos los logros que obtuvimos con este trabajo.

Dra. Consuelo González Salinas

Infinitamente agradecido con usted ya que sin su apoyo este trabajo no se hubiera finalizado.

Lili

Gracias por dar a valer mi trabajo y mi persona

Agradecimientos

Dra. Hilda Gabriela Madrigal de León y Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas

Gracias por confiar en mí, por brindarme todos sus conocimientos y su apoyo para que se realizara y concluyera este trabajo. Además por todos los logros y satisfacciones obtenidos con él

Dra. Patricia Flores Huitron

Gracias por sus consejos y su enseñanza acerca de la Medicina Familiar.

A todo el personal del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

Por permitirme aprender de su trabajo

Dedicatoria

A Dios, Jesús, el Espíritu Santo y La Virgen María

Yo soy el camino, la verdad y la vida; nadie viene al Padre sino por Mí. Juan 14:6

A mi mamá, mi papá y mi hermano

Magda, Amado y Héctor, gracias por enseñarme con el ejemplo diario a ser mejor persona, que las cosas se pueden hacer bien y ha ser diferente. Sin su amor y su apoyo esto no podría haberse realizado

A toda mi gran Familia

Mari, Wendy, Karla, Patricia, Germán, Graciela, Rosa, René, Guadalupe, Clemente, Rodrigo, Jorge, Estela, Mario y Valeria. Gracias por su amor y confianza

A mis pequeños Sobrinos

Yamille, Yaretzi, Johan y Axel

Do it for everyone and it

Resumen

EXPERIENCIA DEL CENTRO DE CONSEJERIA Y DIAGNOSTICO VOLUNTARIO DE VIH/SIDA DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA DEL AÑO 2001 AL 2006.

Autores: Dr. Mondragón RA, Dra. Madrigal LH, DR. Ponce RR

Objetivo General: Describir las características, organización, operación y la experiencia del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV) del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana del año 2001 al 2006.

Diseño: Es una investigación de tipo cuantitativa y cualitativa. El diseño del estudio fue Retrospectivo, descriptivo y transversal.

Métodos: Se incluyó a toda persona que solicitó el servicio del CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la SSDF en el período comprendido del mes de junio del 2001 al mes de junio del 2006. El número de usuarios y de muestra de trabajo fue de 1802 personas.

Se realizó el análisis estadístico con medidas de estadística descriptiva, medidas de tendencia central, dispersión y de resumen.

Resultados: En el CCDV se utiliza la consejería de tipo cara a cara y el principal motivo de consulta resultó ser el mantener relaciones sexuales sin preservativo con el 55.4%. Con 37 personas con resultado seropositivo.

Conclusiones: Se describió el trabajo del CCDV y se obtuvo que las personas jóvenes, productivas y académicamente activas estén acudiendo a solicitar el servicio y a realizarse la prueba de anticuerpos para el VIH por que mantienen relaciones sexuales sin preservativo, a pesar de las campañas de prevención.

Summary

COUNSELING CENTER EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND VOLUNTARY HIV / AIDS HEALTH CENTER DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA FROM 2001 TO 2006.

Authors: Dr. Mondragón RA, Dr. Madrigal LH, Dr. Ponce RE.

General Objective: To describe the characteristics, organization, operation and experience of the Centre for Voluntary Counselling and Diagnosis (VDCC) of the Health Center Dr. José Castro Villagrana from 2001 to 2006.

Design: A research both quantitative and qualitative. The study design was retrospective, descriptive and transversal.

Methods: We included all persons who requested the service CCDV Health Center Dr. José Castro Villagrana of the SSDF in the period from June 2001 to June 2006. The number of users and was working sample of 1802 people.

Statistical analysis was performed with descriptive statistics, measures of central tendency, dispersion and summary.

Results: In the CCDV used type of counseling face to face and the chief complaint turned out to be the sex without a condom with 55.4%. With 37 people seropositive.

Conclusions: We described the work of VDCC and it was found that the young, productive and active academically are turning to request the service and be tested for antibodies to HIV by having sex without condoms, despite prevention campaigns.

INDICE

	Pág.
1. MARCO TEORICO	1
1.2 Planteamiento del Problema	86
1.3 Justificación	90
1.4 Objetivos	93
1.4.1 General	93
1.4.2 Específicos	93
2. MATERIAL Y METODOS	95
2.1 Tipo de estudio	95
2.2 Diseño de la Investigación	96
2.3 Población, lugar y tiempo	97
2.4 Muestra	97
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	97
2.6 Variables	97
2.7 Diseño estadístico	104
2.8 Método de recolección de datos	105
2.9 Prueba piloto	106
2.10 Procedimiento estadístico	112
2.11 Cronograma	113
2.12 Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio	114
2.13. Aspectos bioéticos	115
3. RESULTADOS	118
4. DISCUSION	141
5. CONCLUSIONES	149
6. BIBLIOGRAFIA	151
7. ANEXOS	156

1. Marco teórico.

1.1 Definición de consejería para VIH/SIDA.

La palabra “consejería” es en principio una traducción del término en inglés “counselling” que literalmente significa aconsejar, pero debido a la trascendencia del VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) por su presencia a nivel mundial es que se le da un significado más amplio a la consejería y al que diferentes autores, instituciones y organismos nacionales y mundiales le han agregado información propia de la situación específica que se vive de cada región¹⁻¹¹.

Una de las instituciones más importantes a nivel mundial es la ONU (Organización de las Naciones Unidas) y en lo referente al SIDA tiene un apartado conocido como el ONUSIDA, que en el año de 1997 definió la consejería como: “un diálogo confidencial entre un usuario y un consejero cuya finalidad es contribuir a que el primero supere su estrés y tome decisiones relacionadas con el VIH/SIDA”¹.

En México el resultado de la experiencia obtenida en los Centros de Información del CENSIDA (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA) ha hecho que se pueda definir la consejería de la siguiente forma: “Un encuentro entre seres humanos, donde el consejero no antepone su deseo, permitiendo al usuario plantear sus necesidades y resolverlas, dentro de un marco de respeto y calidez en el servicio”.

³⁹ No es solo la entrega de información propia de una entrevista, ni se trata de manipular a la persona para que haga lo que tiene que hacer.

Existe otra definición que se puede complementar con la anterior y que reúne varios de los puntos de vista de diferentes autores ^{1-3,5,7,9 - 11,18} y que detalla ampliamente lo que se debe de entender por consejería para VIH/SIDA y es la propuesta por la Comisión Nacional del SIDA con sede en Chile en el año 2002 y se expresa de la siguiente forma : “El verbo que mejor sintetiza la tarea del profesional es “facilitar”; facilitar conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias y alternativas tanto al usuario como a su entorno; por otro lado, el verbo que más se acerca a la tarea básica del usuario es “conducir”; conducir su proceso, sus cambios de conducta, su salud y sus decisiones respecto a ella”¹.

Lo principal de estas dos definiciones y por qué se pueden complementar es que la primera aborda el lado humano de la relación consejero – usuario y las características que debe reunir este vínculo, cumpliendo con estas el consejero podrá hacer uso del verbo facilitar, se le facilitan a la persona los recursos adecuados a su situación y exigencias, para que cuando los haya asimilado se pueda conducir (segundo verbo) hacia una mejor situación su salud y la de su grupo cercano^{1, 39}.

Razón por la cual se usará la unión de estas dos definiciones para referirse a consejería en este trabajo.

1. 1. 2 Objetivos de la consejería en VIH/SIDA.

Al tomar en cuenta la definición de consejería que se hizo anteriormente y que también define el trabajo del consejero se puede establecer el principal objetivo que se tiene cuando se utiliza para el VIH/SIDA.

La prevención de la infección por el VIH o de su posterior transmisión de una persona infectada a otros individuos aparentemente sanos.

Este se refiere por la mayoría de los autores y organizaciones^{1-3, 5-14,16-18, 22-26, 39,40} y la forma en la que se llevara a cabo y se pueda cumplir este objetivo será por medio de las siguientes acciones:

- Ayudar a las personas a cambiar los patrones de conducta que les conducen a situaciones de riesgo y con esto evitar que se infecten de VIH^{1,3,5,6-14,20-26,39,40}.
- Motivar a las personas que se encuentran ya infectadas por el VIH a que modifiquen sus patrones de conducta que puedan perjudicar a personas aparentemente sanas y evitar la transmisión del virus o su propagación a nivel local, nacional y mundial^{1,3,5,6-14,20-26,39,40}.
- Brindar el apoyo necesario a la persona infectada por el VIH y a su familia para que puedan enfrentar de manera adecuada los distintos problemas emocionales y sociales que se derivan de padecer la enfermedad^{1, 3, 5, 6-14,20-26, 39, 40}.

Para que se puedan realizar estas acciones e incidir en la prevención de la infección/transmisión del VIH y en las consecuencias de la enfermedad, se tienen que identificar cuales son las necesidades de cada usuario que acude al servicio de consejería, ya que si se conoce perfectamente lo que cada uno necesita, se establecerá el nivel y tipo de información que se le brindará^{1, 3, 5,6-14, 39,40}.

Para que se pueda realizar un cambio de conducta o modificar un estilo de vida de la persona sana¹ es necesario que con los medios con los que se cuentan lograr que esta persona aparentemente sana haga conciencia de las conductas de riesgo que practica, las identifique y por medio de la consejería las llegue a modificar y se disminuya el riesgo de contraer el VIH^{1, 5}.

En el caso de que la persona ya se encuentre infectada por el VIH¹⁻³ se necesita que haga conciencia de lo que implica vivir con la infección y de la importancia a distintos niveles (social, económico, mental, cultural, etc.)^{10, 21, 26} que tiene en la propagación de la enfermedad en su entorno y esto lo lleve a modificar sus prácticas de riesgo y por consiguiente disminuir la expansión de la epidemia.

Como se sabe el VIH/SIDA es una enfermedad que se ha sido estigmatizada trayendo con esto consecuencias o problemas de tipo emocional y social^{10, 12, 26} para la persona que padece la enfermedad y para su familia, se tienen que ubicar adecuada y específicamente, para brindar en cada caso el apoyo especializado (salud mental, legal, médico, odontológico, etc.) y se detectaran las redes sociales que sirvan de apoyo para fortalecer los recursos de la familia y se adapten en su entorno social^{10, 11, 26, 39}.

Otro objetivo de la consejería en VIH/SIDA es explicar de forma sencilla en que consiste el examen de detección de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, los dos tipos de resultados que se obtienen tanto positivo y negativo y que procede para cada uno; ya resueltas las dudas del usuario, puede decidir de forma razonada su consentimiento para la realización del análisis sanguíneo para detectar anticuerpos anti-VIH^{11, 39}.

Dependerá de la decisión tomada por el paciente el contenido de una segunda sesión de consejería, en la cual se le puede entregar el resultado obtenido del examen de laboratorio, o se puede seguir trabajando sobre otras enfermedades de transmisión sexual u orientación acerca de otros temas relacionados con la salud del usuario^{1, 5, 11, 39}.

Se puede concluir que para obtener logros significativos en la prevención de la infección y transmisión por el virus del VIH, objetivo principal de esta forma de consejería, será mediante la entrega de información precisa, concisa y relevante; en las diferentes formas que se tenga para lograr que el usuario haga conciencia de estilos de vida nocivos y de sus conductas de riesgo, que lo predisponen y lo hacen

vulnerable a contagiarse del VIH, para que las pueda modificar de manera consciente y perciba el beneficio de una vida saludable para el mismo y su familia^{1,5,11,39,40}.

1. 1. 3 Contenido de la Consejería en VIH/SIDA.

El usuario acude por diferentes motivos a solicitar la consejería, tiene una necesidad específica o por qué está pasando por un momento de crisis de angustia o ansiedad, tiene dudas con respecto a cierto tipo de síntomas que ha presentado o porque requiere de algún tipo de apoyo psicosocial^{1, 3, 5, 7, 11, 23,39}.

El simple hecho de escuchar de manera atenta al usuario disminuye la ansiedad y le brindará tranquilidad, seguridad y confianza para que se pueda establecer una relación de ayuda, de manera que se pueda realizar la sesión de consejería adecuadamente¹.

Lo primero que se le debe de aclarar al usuario es que todo lo tratado en la sesión de consejería es confidencial y que para realizar cualquier procedimiento se requerirá su autorización bajo consentimiento informado, además de que se utilizaran claves numéricas para tenerlo identificarlo^{1,11,38}.

Se puede iniciar explicando en qué consiste la prueba de detección de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida⁷, que se realiza como cualquier otra prueba de laboratorio, bajo lineamientos técnicos específicos³⁸ y en la cual se usan materiales desechables, para llevar el control de la muestra se usa una clave numérica para que no aparezca el nombre de la persona. Dependerá de la situación del sitio donde se realizó la prueba, pero por lo general ahí se procesa en una ocasión el material sanguíneo e independientemente del resultado que se obtenga se envía la misma muestra a otro laboratorio especializado para procesarla otra vez y en caso de resultar positiva se le realizaran otros estudios complementarios^{1,11,38,39}.

Para que sea de mayor utilidad y mas fidedigno el resultado de la prueba de laboratorio se le debe aclarar al usuario acerca del periodo de ventana que es de 12 semanas o 3 meses y que el hecho que lo motivo a presentarse a solicitar la consejería, no se haya producido durante ese lapso de tiempo, pues no permitirá establecer 100% un resultado positivo o negativo y se tenga que repetir el procedimiento^{5, 11,38-40}.

Se le informa al usuario que la misma persona con la que se realizó la primera sesión es la misma que le entregará el resultado de su examen.

El consejero debe establecer la diferencia cuando se obtenga un resultado positivo entre tener la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y ser seropositivo con presentar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En cuanto al SIDA de cómo se manifiesta, el tiempo esperado o aproximado en que se pueda presentar el síndrome, cuáles van a ser los factores que influirán para su pronta manifestación o para que se retrase el mismo^{1, 5, 11, 39,40}.

Como es obvio el saberse seropositivo puede generar una crisis de ansiedad, es prudente y como una muestra de respeto el darle cierto tiempo en lo que asimila la noticia, entonces para tranquilizar al paciente se le indican las acciones a seguir y de cómo se llevara a cabo su tratamiento integral en los centros especializados para su atención^{1,40}.

Se le explica el tipo de tratamiento farmacológico que existe para controlar la infección por el VIH, en base al uso de los medicamentos conocidos como antirretrovirales, cuáles son los que pueden usar, del apoyo psicológico o psiquiátrico en los problemas emocionales o de salud mental y de los recursos o redes sociales que le puede brindar trabajo social^{11, 39}.

En caso de obtenerse un resultado negativo es de vital importancia el reforzar estilos de vida y conductas saludables, reiterar que los beneficios se presentaran en su estado de salud a corto y largo plazo como en las actividades diarias que realiza, sirve para hacerle ver al usuario que un resultado negativo no lo exime de seguir teniendo prácticas de riesgo que invariablemente lo llevaran a infectarse por el VIH^{1, 5, 11, 39}.

Aquí se pueden discutir y aclarar dudas con respecto a los diferentes riesgos que se presentaran dependiendo de la vía por la que se practique la relación sexual sea vaginal o anal y de las circunstancias que hacen que el sexo oral también sea una de la formas de transmisión del VIH^{20, 26, 28}.

A pesar de las controversias que puede generar en la sociedad, por que diversos sectores han prohibido su uso, entre ellos la religión católica, el condón ha demostrado científicamente que reduce 10,000 veces la transferencia de fluidos durante el contacto genital, con lo cual disminuye significativamente el riesgo de transmisión del VIH³⁰.

Se tiene que explicar el uso correcto del condón tanto masculino como femenino, de su efectividad si se usa adecuadamente, si se presta la ocasión y si se requiere se puede realizar una demostración del uso correcto del condón, del significado y

beneficio del sexo seguro y ampliar el concepto que tenga el usuario sobre la sexualidad para que no la reduzca solamente a la simple relación genital.^{20, 26, 28}

La consejería se le ofrece a toda persona que la solicita sin hacer distinción de orientación sexual, estrato social, religión que practique, pero por la dinámica de la sociedad actual es necesario hacer énfasis en grupos específicos a los que se les va a otorgar la consejería como:

- En el grupo de homosexuales los hombres presentan mayor riesgo de infectarse por sostener relaciones sexuales anales u orales sin la protección adecuada, acerca de las medidas de seguridad que debe de tener por su propio bien pues el grado de homofobia que actualmente existe en México es importante.⁴⁶ Que sus derechos son iguales a los de las demás personas y como defenderlos pues socialmente y laboralmente se les discrimina, segrega o arremete, por lo que hay que ofrecerles redes sociales de apoyo para estos casos^{10,28,46}.
- Otro grupo especial son las mujeres que acuden a la consejería pues por el rol asignado en las sociedades con inequidad y desigualdad de género, son el grupo más vulnerable para contraer el VIH, no por cuestiones de debilidad, sino por cuestiones estructurales; ya que en las relaciones heterosexuales, principal forma de infección, son más vulnerables por cuestiones biológicas propias de su género²⁰. Esto se refuerza cuando se presenta pobreza o la discriminación por razones étnicas o sexuales, por lo que se les brindaran redes sociales de apoyo, además de trabajar con ellas aspectos de género y equidad, para que dentro de lo posible se puedan aplicar en sus relaciones y dada la situación aprendan y puedan negociar el uso del condón con su pareja^{11, 20,28}.
- Un grupo aparte son los usuarios de drogas con los que se tienen que discutir las ventajas y desventajas de tener adicciones a sustancias tóxicas y lo vulnerable que los hace a mantener prácticas sexuales de riesgo. Si existe algún programa de desintoxicación se le debe de ayudar a decidir sobre su participación en él y los beneficios a corto y largo plazo que obtendría⁵.

Como la intención es brindar una atención integral al usuario durante la consejería y en las sesiones que se programen (se ha establecido que no sean mas de diez)³⁹, se deben de tratar otro tipo de temas como el resto de enfermedades de transmisión sexual que existen y cuáles se presentan más frecuentemente, cuáles son sus manifestaciones clínicas o cómo identificarlas, sus formas de transmisión y de prevención⁴⁰.

Se pueden incluir los hábitos alimenticios, tabáquico y alcohólico o la actividad física recreativa que forman parte de una vida saludable; si es posible se puede realizar un breve examen sobre salud mental y si se detecta algún padecimiento mental ser específicos en su derivación con el especialista^{1, 5, 11, 39}.

Como se explicó son muchos y muy diversos los temas y la información que brinda el consejero y para proporcionarlos adecuadamente al usuario, se deben desarrollar ciertas técnicas y habilidades para que sea efectiva la consejería, a continuación se describen brevemente cada una de ellas^{1, 5, 7, 11, 39}:

- **“Escucha viva”**, la persona al ser escuchada establece una relación de confianza y de comunicación, es muy importante que el consejero atienda y entienda lo que escucha y aprenda a ver como se le dicen las cosas es decir descifrar el lenguaje no verbal, se debe de mantener un contacto visual, se le debe de otorgar al usuario una especie de tribuna libre, procurar no interrumpirlo, respetar sus pausas, silencios, brindarle el tiempo necesario para que pueda realizar las preguntas que tenga. A todo esto el consejero deberá de transmitir señales positivas, claras y demostrar que se le esta poniendo la debida atención al usuario y que se entiende lo que expresa, también lo debe de acompañar con un lenguaje corporal (posturas y gestos) que facilite la comunicación y le de seguridad y confianza a la persona.
- **“Resonancia, identificar contenidos y parafrasear”**, esto se obtiene al resumir de manera periódica la información dada por el usuario, se puede identificar partes importantes del discurso y regresárselo en forma de pregunta o expresarlo con otras palabras para reafirmar ideas y al escuchar sus pensamientos expresados por otra persona le puede ayudar a clarificar su pensamiento y se facilita el proceso de reflexión.
- **“Identificar y reflejar sentimientos, empatía”** si se identifican y se pueden clarificar las vivencias emocionales del usuario se disminuye la ansiedad y la confusión del usuario, si se logra esto se puede generar la empatía con la otra persona, se facilita la comunicación y la resonancia emocional con lo cual se legitiman las emociones de la otra persona.
- **“Realizar preguntas acertadas”** por lo general el tipo de preguntas que se le deben de hacer al usuario son preguntas abiertas que van a permitir que se de un dialogo y libertad de expresión.

- **“Proveer información”**, se le debe de entregar de manera comprensible, accesible y al nivel del usuario.
- **“Resumir y llegar a acuerdos”** Durante la sesión de la consejería cada cierto tiempo es prudente el hacer un resumen y ya finalizada la sesión se debe de hacer una síntesis de los temas que se platicaron, hacer énfasis en los datos importantes, en los sentimientos expresados y llegar a acuerdos reales y que se puedan realizar, para que puedan ser evaluados.

Las situaciones que debe evitar el consejero durante las sesiones de consejería que son: juzgar, atacar, negar y compadecer^{1, 11,39}.

1. 1. 4 Tipos de consejería en VIH/SIDA.

El contenido de la consejería es diferente en aspectos culturales propios de cada país o comunidad pero el tipo de consejería es el mismo en los diferentes países^{1,3,5,7,11,14,22,23,37,39,40} pues se rigen por normas nacionales e internacionales y manuales técnicos propios de cada institución que pueden adecuarse a las circunstancias de diferentes lugares

Aquí se mencionan los diferentes tipos de consejería y en que consisten^{1, 5, 11, 39}.

- **Consejería telefónica.** En esta se puede entregar de manera más eficaz la información, además sirve para realizar promoción de actitudes y comportamientos saludables en la persona que así lo solicito. Esta surgió de la necesidad de dar información de manera anónima. Se establece una comunicación directa, es personalizada, es un servicio inmediato, no se requiere de una cita previa, no demanda grandes desplazamientos, le concede al usuario la libertad de ir dirigiendo el servicio desde el inicio y hasta el momento que decida terminarla. El hecho de que no exista un contacto visual facilita el que adquiera mayor confianza y libertad el usuario para que se puedan tratar temas sobre su comportamiento sexual que requieren de cierta intimidad. Otra ventaja de este servicio es que no provoca dependencia física de una persona en particular. Es de fácil accesibilidad, ya que en la actualidad la mayoría de la población cuenta con servicio telefónico o lo puede conseguir sin muchas dificultades; otro de los beneficios es la amplitud de su horario y los días de servicio que puede ser durante casi o todo el año.

- **Consejería cara a cara.** Este tipo de consejería ha sido la más desarrollada y aplicada en diferentes partes del mundo, mucho de su importancia radica en que se establece un vínculo directo y personal entre el usuario y el consejero, se le brinda mayor seguridad y confianza a la persona al establecer contacto visual y mediante actitudes corporales se pueden reforzar acciones positivas, se pueden realizar actividades en conjunto o revisar material gráfico o audiovisual y realizar aportes cuando se estén desarrollando éstas.

La consejería cara a cara se utiliza para la realización de la prueba de detección del VIH, se conoce como “**consejería pre-test**” que consiste en preparar y ayudar a la persona a que tome una decisión con respecto a la realización del examen de laboratorio, se le tienen que indicar los beneficios de saber su estado serológico y en la misma conversación evaluar cómo haría frente a un resultado positivo o negativo, por lo que se identifican los recursos emocionales, personales y sociales de la persona para hacer frente a un posible resultado adverso o que estos sirvan de apoyo para que se puedan modificar conductas de riesgo en el usuario. Es importante verificar el periodo de ventana de 12 semanas para una mayor efectividad del examen serológico^{1, 7,39}.

Otra aplicación importante es en la “**consejería post-test**” ya que la presencia física, el lenguaje no verbal y el contacto visual permiten apoyar la comprensión, aceptación y afrontamiento del resultado obtenido, cuando es un resultado negativo se tienen que reforzar acciones positivas a realizar por el usuario y aclararle que si continua con conductas de riesgo existe la posibilidad de infectarse del VIH^{1, 7, 39,40}.

Cuando se entrega un resultado positivo se requiere por parte del consejero más habilidades de tipo emocional y de contención, se tiene que fomentar la expresión y verbalización emocional, de todas las respuestas emocionales posibles que existen (culpa, apatía, rabia, temor), es necesario hacer la diferencia entre ser seropositivo y lo que es el SIDA, explicar la atención especializada que se les puede brindar, para mantener o mejorar su calidad de vida, favorecer el auto cuidado y fomentar la adherencia a la atención médica y farmacológica^{1,5,11,39}.

En caso de que el usuario se encuentre muy confundido o con demasiada angustia entonces se le debe de ayudar a organizar las horas siguientes a la sesión independientemente de lo que se concluya en esta. Valorar las redes sociales de apoyo para elegir el momento oportuno en el que se le debe de comunicar la noticia a

la familia, pareja, amigos o en su trabajo y si se requiere de asesoría legal para problemas laborales, éticos, etc^{1, 5, 7, 11, 20, 22,39}.

1. 1. 5 Programas de consejería en VIH/SIDA en diferentes países del mundo.

Es posible que existan un gran número de programas sobre consejería en VIH/SIDA en diferentes países, como no es posible revisar todos y cada uno, se presentan algunos ejemplos de programas, experiencias y trabajos que se realizan en distintas partes del mundo.

1. 1. 5. 1 CHILE.

El trabajo se inicio en 1986 con la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, denominándose “orientación”, vinculando a la realización del examen de detección del VIH¹.

Para 1991 la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) empieza con la formación de consejeros dirigidos al área de la salud para su posterior integración e implementación al sistema público de salud. Preferentemente se eligió epidemiólogos y profesionales vinculados a la toma del examen de detección, para brindarles esta capacitación¹.

El contenido de los primeros cursos eran teóricos en su totalidad, pero para 1993 se ampliaron los contenidos al desarrollo de habilidades de consejería, hasta que en 1997 se contó con un modelo de formación de consejeros que abarcó a todos los Servicios de Salud del país, conocido como Programa Nacional de Formación de Consejeros, quedando a cargo de los centros locales su replicación y organización de talleres de capacitación¹.

La consejería forma parte de la estrategia propuesta por el área de prevención del CONASIDA y se inserta en las acciones de nivel individual, con objeto de apoyar la gestión de riesgo, entregando información y orientación a cada persona, se usan dos modalidades la cara a cara y la telefónica¹.

Las estrategias de prevención desarrollan acciones simultáneas en el nivel individual, grupal y masivo comunitario con las cuales se potencian sus efectos y se logran los objetivos planeados¹.

La consejería como actividad a nivel individual permite acoger las demandas de prevención personalizadas que surgen espontáneamente durante la realización en los niveles grupal, comunitario y masivo¹.

Los niveles de los objetivos son¹:

- Educativo, que abarca compartir todo el conocimiento que se tiene del VIH-SIDA (formas de transmisión, manifestaciones clínicas, formas de prevención y tratamiento)
- Gestión de riesgo, se enfoca a área conductual y afectiva y con la identificación propia de la persona de sus factores de riesgo y que tome la decisión de las medidas de prevención más adecuadas para su caso; Aquí se pueden identificar las barreras que dificultan el realizar acciones preventivas, para buscar el modo de poderlas superar.
- Psicosocial actúa cuando se tienen que manejar episodios de crisis emocionales, producidos por saber el diagnóstico de VIH positivo, o por situaciones que deriven en un alto riesgo de infectarse por el VIH.
- Redes, se vincula a la persona con instancias relacionadas con el VIH o no, dependiendo de las necesidades propias de quien lo solicite.

En 1998 se creó la Red Nacional de Consejería para la prevención del VIH-SIDA, que se encarga de integrar a los consejeros del Sistema de Salud, a las ONG's, FONOSIDA y el Centro de Detección y Consejería de la Región Metropolitana, con el objetivo de articular y poder coordinar el trabajo de todos los consejeros del país. Lo cual ha permitido tener facilidades en el acceso a la información, se ha descentralizado la misma y se puede apoyar de forma más eficiente a las personas, pues se cuentan con mas redes de apoyo a nivel local para quien así lo necesite¹.

Actualmente se conforma la Red de la siguiente manera¹:

- CONASIDA
- Los consejeros de los 28 servicios de salud en las 13 regiones
- ONG's que desarrollan trabajo en relación al VIH: Corporación Chilena de Prevención del SIDA, Movimiento Unificado de Minorías Sexuales
- Orientación en Salud Social; Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH Vivo Positivo
- Fundación Lazos
- FONOSIDA
- Centro de Detección y Consejería de la Región Metropolitana
- Redes de consejería locales existentes en 12 regiones del país.

Las modalidades de consejería que se aplican son las de cara a cara y la vía telefónica, dirigido a apoyar la prevención y la atención de las personas que viven con VIH¹. Se han desarrollado tres líneas de trabajo que son las siguientes¹:

- Consejería desde los servicios de salud. Se realiza cara a cara y brinda consejería pre y post test, además de apoyo a la adherencia. Fueron de los primeros en instalarla como estrategia preventiva en el inicio de la epidemia. Actualmente ha potenciado las acciones preventivas y la mejor toma de decisiones. Se ha utilizado para acompañar y fortalecer recursos de las personas que viven con VIH para favorecer el autocuidado, la prevención secundaria y mejorar la adherencia y el apego al tratamiento antirretroviral.
- Consejería telefónica: FONOSIDA. Funciona desde 1997 de forma gratuita como una línea 800, tiene cobertura nacional, Ofrece su servicio entre las 14:00 y las 24:00 hrs. de lunes a domingo. Los fines de semana y días previos a un festivo, funciona entre las 24:00 y las 9:00 hrs. Esta instalado en la región metropolitana. El equipo de trabajo está formado por profesionales de la Salud y de las Ciencias Sociales. Sus ejes de acción son brindar información, orientación y apoyo en relación al VIH; facilitar procesos de gestión y toma de decisiones asociadas al VIH.
- Consejería desde la Sociedad Civil y Consejería entre Pares: Desarrollada por personas o agrupaciones que se han dedicado a trabajar con los considerados grupos vulnerables, hombres que tienen sexo con hombres y las personas que viven con VIH, implementando la formación entre pares para realizar labores de consejería, las ventajas que esto ha representado es una mayor vinculación, aceptación y confianza entre el consejero y el usuario¹.

Tiene 10 años de iniciada la consejería en VIH/SIDA, durante los cuales se han capacitado a más de 1,874 consejeros en los Servicios de Salud Pública. En los centros de Nivel Primario de Atención (urbanos y rurales) y Secundario (Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual) se estima que laboran mas de 801 consejeros, no cubriéndose al 100% la demanda de atención en el país¹.

Se ha generado la Red Nacional de consejeros que ha concentrado la información y ha permitido coordinar el trabajo de todos los consejeros en activo, promoviendo encuentros anuales, cursos de capacitación y actualización. Se creó y está en circulación un periódico especializado semestral (“Diario del Consejero”) como medio de comunicación entre los distintos centros de trabajo¹.

A nivel de leyes y normas se ha avanzado con la aprobación de distintas leyes que le otorgan legitimidad y validez a la consejería asociada al test de detección del VIH. El reto actual es incrementar la capacitación de consejeros a nivel público y privado por la alta demanda, que sea incluido en el 100% de los centros de atención primaria, desarrollar el modelo de consejería para la mujer embarazada para intervenir en la prevención de la transmisión vertical¹.

El desafío más relevante es el realizar una evaluación nacional de la implementación de esta estrategia para mejorar en la formación e implementación de la consejería en Chile¹.

1. 1. 5. 2 CUBA.

Los servicios de consejería empezaron a funcionar en el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (CPHE) de la Ciudad de la Habana, en 1993, bajo los lineamientos establecidos en 1989 por la OMS para las intervenciones en VIH/SIDA³, como una iniciativa de las personas que vivían con VIH, por lo que los Psicólogos del sanatorio de Santiago de las Vegas y miembros del Grupo de Prevención de Sida, iniciaron un programa de consejería para ofrecérselo a todas las personas que recibían un diagnóstico de VIH³.

Posteriormente se creó el servicio de consejería del Centro Nacional de Prevención (CNP) de ITS/VIH/SIDA, en colaboración con la ONG médicos sin fronteras de Holanda en 1998³.

En la actualidad se ha generalizado y sistematizado su servicio en todo el país para toda la población y se ofrecen 4 tipos de consejería que son^{3, 47, 48}:

- Consejería Cara a cara (entrevista personal) en el CPHE para las personas que están en tratamiento por Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que presentan riesgo de infección por VIH, se realizan pruebas de detección de anticuerpos para el VIH y otras ETS
- Consejería para pruebas anónimas de VIH (anónimos) solamente se realiza el examen para el VIH
- Consejería en el Centro Nacional de Prevención (CNP) de ETS/VIH/SIDA, es para la población en general y no se realizan pruebas de laboratorio
- Consejería en el Instituto Pedro Kouri esta se brinda para personas que viven con VIH y no se realizan pruebas de detección

Desde el inicio de la epidemia en 1986 el Gobierno Cubano constituyó un grupo operativo para coordinar y estructurar las acciones a realizar: el Grupo operativo para el enfrentamiento y la lucha contra el SIDA (GOPELS); esta integrado por representantes de todos los organismos del Estado y es presidido por el Ministerio de Salud Pública, que evalúa periódicamente y de manera integral las acciones de promoción, prevención y control de la infección^{46, 47, 48}.

Cada sector tiene sus objetivos específicos que se verán reforzados por la interacción con los otros organismos, además de que se cuenta con la participación activa de la población, con lo que se establece un trabajo multisectorial y multidisciplinario de lo que se conoce como una Respuesta Ampliada a la epidemia^{46, 47, 48}.

Para enfrentar adecuadamente el VIH/SIDA se han ampliado los criterios de atención, no solo se ubicaran los comportamientos de riesgo del individuo, sino que también en los factores ambientales y sociales inmediatos que influyen en el comportamiento, la influencia de la familia y la comunidad en la conducta de la persona. Al adoptar este criterio se va a actuar sobre los factores fundamentales que crean un clima general en del que las conductas de riesgo son fomentadas, se mantienen y que resulta difícil de modificar^{3, 46, 47, 48}.

Aquí las actividades por sectores en lo que se denomina la Respuesta Ampliada a la epidemia de VIH/SIDA^{47, 48}:

- Comités de Defensa de la Revolución. (CDR), Son los encargados de la formación de los cuadros de dirección de Salud en las provincias y los municipios. Realizar audiencias sanitarias a nivel nacional y provincial en los municipios mas afectados. Programan la participación de los médicos de familia en la capacitación de promotores de salud, además de programar visitas para controlar y atender a las personas en riesgo. Deben de realizar la divulgación de las acciones realizadas a nivel local e internacional y trabajan a nivel de cuadra con un equipo provincial de educación sexual.
- Turismo. Promover y fomentar el tema de educación sexual y la prevención de ETS/VIH/SIDA, en los trabajadores turísticos, asegurar que cuenten con los recursos materiales para realizar labor de propaganda con los turistas y que exista una mayor disponibilidad de condones para los clientes o los visitantes.
- Cultura. Establecer y fortalecer los vínculos entre los médicos de familia, los consejos culturales comunitarios, los promotores culturales y las casas de cultura para realizar acciones preventivas contra el VIH/SIDA. En los sanatorios estimular proyectos culturales y artísticos por los pacientes. Promover una

educación que fomente valores y actitudes acordes con una sexualidad responsable en niños, adolescentes y jóvenes.

- Comercio Interior. Se encarga de la distribución y comercialización adecuada de los condones, que exista disponibilidad de los mismos, priorizando las zonas de más alto riesgo para la epidemia. Adquirir los insumos necesarios para que no exista carencia con respecto a la demanda de la población.
- Centro Nacional de Educación Sexual. Es el encargado de dirigir a través de comisiones provinciales y municipales de educación sexual, la elaboración, implementación y seguimiento de acciones educativas permanentes en la comunidad. Dar prioridad a los grupos de población concentrados (prisiones, estudiantes, deportistas, etc.). Crear espacios para la capacitación en sexualidad y fomentar con las instancias correspondientes trabajos de investigación. Utilizar los espacios creados en los medios de difusión masivas para divulgar entre los adolescentes y jóvenes temas de sexualidad.
- Federación de Mujeres Cubanas. Son las encargadas de vigilar que no se realicen actos de discriminación laboral en contra de las personas que viven con VIH y cuando se produzcan estos realizar las recomendaciones correspondientes. Se encargan de impartir cursos acerca los métodos de integración social y ubicación laboral para los enfermos con VIH.
- Ministerio de Educación. Vigilar la permanencia del programa de Educación Sexual y el Plan para la Prevención del VIH/SIDA. Fortalecer en el currículo escolar y reforzarlo con actividades extracurriculares. Promover una mayor participación por los estudiantes de todos los niveles escolares y divulgar las actividades realizadas por estos, como las Brigadas Universitarias de Salud (BUS), en las distintas provincias del país. Continuar con la investigación de vacunas.
- Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hacer conciencia por medio de la consejería cara a cara, sobre el uso del condón e incidir sobre los factores de riesgo en las unidades de mayor incidencia de ETS/VIH/SIDA.
- Unión de Juventudes Comunistas. Mantiene vigentes las publicaciones de artículos y testimonios sobre el VIH. Distribuye los documentales y transmitirlos en las salas de video como promoción y prevención de ETS/VIH/SIDA. Continuar con la publicación de bolsilibros con temas educativos y organizar cuatro campañas nacionales que finalicen el día primero de diciembre con una gran celebración juvenil.

El Ministerio de Salud Pública coordina el trabajo de de todos estos sectores y se encarga de realizar una evaluación de los servicios de consejería para que sirva de

realimentación y se pueda perfeccionar su aplicación. En el estudio se concluyó que las personas que acuden con mayor frecuencia a los servicios de consejería son los hombres heterosexuales, con edades entre 21 y 30 años y el tema que más solicitan es el de VIH-SIDA. Se detectó que el comportamiento de riesgo que predomina es el sexo sin protección, el nivel de escolaridad de las personas es elevado en la gran mayoría de los casos, son pocas las sesiones de seguimiento que se realizan, se concluyó que los temas que más se solicitan las personas son ETS/VIH/SIDA y por eso son una gran oportunidad para realizar la prevención primaria con respecto a estas enfermedades^{3, 46, 47, 48}.

Esta respuesta ampliada a la epidemia del VIH/SIDA según la ONUSIDA, ha dado los mejores resultados en el continente pues tiene una de las seroprevalencias más bajas del mundo con solo .05 por ciento de su población adulta esta infectada.

Y en su última evaluación sobre América Latina presento avances sustanciales en la prevención del padecimiento⁴⁸.

Además de desarrollar en forma genérica seis de los antirretrovirales, demostrando con estudios de bioequivalencia una respuesta igual a los medicamentos de marca.

Uno de los factores que han contribuido a esta baja prevalencia es el programa de atención integral en el cual a todas las personas seropositivas al VIH se les incorpora a éste y se les envía a uno de los 14 sanatorios que existen en el país, el primero que se abrió fue el de Santiago de las Vegas en 1986, alberga a más de 350 personas y le brinda servicio ambulatorio a 130 más⁴⁸.

Antes de 1996 la estancia era permanente y obligatoria, pero se modificó ese punto debido en parte a presiones de organismos internacionales pues se consideraba una medida coercitiva y violatoria de los derechos humanos de las personas, el mantener aisladas a las personas que vivían con VIH^{46, 47, 48}.

Esta fue una de las estrategias a las cuales atribuyen el éxito de su baja prevalencia, pues es uno de los mejores logros obtenido en América Latina.

En los primeros meses de su estancia en los sanatorios, se les dan talleres sobre alimentación, apego a medicamentos, meditación y autoestima, siendo parte del programa Aprendiendo a vivir con VIH/SIDA. Cada sanatorio cuenta con aproximadamente 70 casas duplex, zona de oficinas, talleres y laboratorio. Cuenta con áreas deportivas, sala de proyección, teatro y biblioteca. Las personas pueden salir

luego de tomar el primer taller o solamente hay quien sale los fines de semana, a estas personas se les da un apoyo de alimentación y transporte⁴⁸.

A pesar del éxito obtenido se ha pronosticado según varios análisis que para el 2010 serán aproximadamente unas 7,224 personas vivas con el VIH/SIDA lo cual supone una gran carga para su atención por lo que desde estos momentos se realizan las evaluaciones pertinentes en las estrategias que han tenido éxito para adoptar nuevas formas de atención integral^{46, 47, 48}.

1. 1. 5. 3 ESTADOS UNIDOS.

El primer caso reportado de lo que después se conoció como SIDA fue en el año de 1981, a partir de ahí se han desarrollado un sin precedente de acciones para controlar la epidemia. Con la dirección de los Centros de Control de Enfermedades (CDC en ingles) se ha realizado²²:

- Colección de casos de personas con el diagnostico de VIH para determinar el comportamiento de la epidemia y los factores de riesgo.
- Programas dirigidos por estado, por los departamentos locales de salud, organizaciones comunitarias y nacionales, además de las instituciones educativas.
- Programas preventivos de VIH/SIDA.
- Programas de evaluación, monitoreo de los servicios de prevención.
- Investigaciones para desarrollar nuevas estrategias o modelos para prevenir la transmisión del VIH.

Desde 1994 los departamentos de salud local y estatal han dedicado recursos humanos y materiales para programas específicos que las mismas comunidades planeen en conjunto con el equipo de salud. ²²

Las tres grandes vertientes en las que se han enfocado estos recursos son²²:

1. Actividades de prevención dirigidas a las personas con más alto riesgo de contraer VIH.
2. Consejería en VIH, pruebas de laboratorio para su detección y centros de referencia para su atención de las personas diagnosticadas.
3. Para evitar futuras transmisiones del VIH, se realizan actividades preventivas en conjunto del personal de salud y las personas que viven con VIH.

Los primeros programas que se realizaron fueron dirigidos a los hombres homosexuales en las ciudades de San Francisco, California y en la Ciudad de Nueva York²².

Con estas primeras acciones preventivas se fueron incrementando las detecciones de casos de de personas con VIH/SIDA, se obtuvo mas información acerca de las formas de transmisión, se fueron definiendo los síntomas que se presentan en las personas que ya vivían con el VIH y así se fueron encontrando nuevas formas de realizar medidas preventivas²².

Dentro de las actividades que primeramente realizo la CDC incluyó el establecimiento de la Línea Nacional de Información de SIDA en 1987. Además de la creación de la National AIDS Clearinghouse, encargada de realizar campañas públicas informativas y de la distribución de la publicación llamada Understanding AIDS a partir de 1988²². Durante esta época se realizaron infinidad de programas en los niveles medio y superior y fueron definiendo a los grupos a los cuales se dirigiría la información y atención, minorías raciales y étnicas, trabajadores de la salud y se determinó también la transmisión peri natal²².

Con estos programas se incremento el conocimiento básico acerca de la transmisión y prevención del VIH, se conocieron ampliamente cuales son los factores de alto riesgo para contraer la infección. Se contribuyó con esto a disminuir las actitudes negativas contra las personas que vivían con VIH²².

Para 1989 se realizó un proyecto de evaluación de las estrategias llevadas a cabo y se determinó que debido a los patrones sexuales que tenía la población y con el nivel de intervención que se estaba dando era difícil el llegar a modificarlos; por lo que se demostró mayor efectividad en las estrategias de intervención enfocadas a grupos pequeños de personas con un nivel de comunicación sencillo complementado por intervenciones con tecnología avanzada y que fueran dirigidas a los grupos específicos con alto riesgo de contraer la infección del VIH²².

Fue hasta 1996 que el CDC coordinó un meta-análisis, de las intervenciones realizadas hasta ese año, con estricto rigor científico, se identificaron 50 estrategias de intervención que reducían substancialmente los factores de riesgo por la vía sexual de transmisión en los adultos jóvenes, en los hombres que tienen sexo con hombres y en los usuarios de drogas²².

Como es sabido en 1983 se determino que el VIH era el causante del SIDA e hizo posible que fuera desarrollado el test para detectar este virus. Como medida

provisional se realizaron ciertas recomendaciones para las donaciones de sangre y de plasma²².

Fue en 1985 cuando la Food and Drug Administration (FDA) implemento el primer test para anticuerpos de VIH en los bancos de sangre, centro de colección de plasma, en los departamentos de salud y en las clínicas locales. Así mismo el Servicio de Salud Pública determinó que los distintos departamentos de salud establecieran los lugares en donde se realizara la prueba de detección. A finales de 1985 se habían establecido un total de 874 sitios y se habían realizado un total de 79,100 pruebas de anticuerpos contra el VIH²².

En 1986 el CDC publicó las nuevas recomendaciones que se debían de seguir para el uso de la prueba de detección²²:

1. Que fuera confidencial y anónima el uso de la información.
2. Debía de acompañarse de consejería enfocada en la reducción de factores de riesgo.
3. Realizar la referencia de las personas seropositivas para realizarles una evaluación médica y obtener la información correspondiente acerca de los patrones de comportamiento sexual de estas personas.

En el año del 2004 el CDC había reportado la existencia de aproximadamente 11,000 lugares para la realización de la prueba de laboratorio y el número de tests de anticuerpos contra el VIH realizados era de 2.2 millones²².

Esto se tradujo en el número de sesiones de consejería que se realizaron pues cada prueba de laboratorio iba acompañada de una sesión, lo cual duplicó el número pues para recibir el resultado se tiene que realizar otra sesión post test, calculándose un aproximado de 4 millones de sesiones de consejería, pues a la segunda sesión de consejería un 10% de las personas no acuden²².

La consejería que se otorga en estas sesiones está enfocada acerca de la prueba de anticuerpos anti-VIH, la forma en que se tratara un resultado positivo o negativo y en la reducción de conductas de riesgo²².

Estudios recientes acerca de la consejería para VIH determinaron que la mayor reducción de conductas de riesgo se da en las personas que su resultado fue positivo, en cambio las que tuvieron uno negativo son mínimas las modificaciones que realizan en sus estilos de vida.²² Con base en esto el CDC recomendó que la consejería se enfatizara en incrementar la percepción del usuario sobre sus conductas de riesgo y se le responsabilizara de crear un plan propio para reducir estos factores²².

En los años recientes se han hecho nuevas adecuaciones a la realizaciones del examen de detección de anticuerpos contra el VIH, que lo han hecho más accesible pues se cuenta con mayor tecnología, que se acomoda a las necesidades propias de cada persona. Por ejemplo la disponibilidad de realizar test rápidos, con fluido oral, urinario o con una muestra capilar de un dedo. Se producen los resultados en aproximadamente 20 minutos y se puede determinar un posible resultado negativo y un provisional resultado positivo, durante la primera sesión de consejería²².

Como efecto benéfico ha incrementado el porcentaje de personas que reciben su resultado a más de 95%. Dentro de las nuevas recomendaciones acerca de estas pruebas rápidas es que solo sean realizadas por personal de salud autorizado o como parte de una rutina médica, por el manejo que se le puede dar a un posible resultado positivo²².

En la década de los noventas ya se contaba con la altamente activa terapia antirretroviral con lo cual se disminuyó significativamente la mortalidad por SIDA y le brindaba nuevas y mejores expectativas de vida a las personas recién diagnosticadas como seropositivas²².

En esa época las personas que vivían con VIH eran de aproximadamente 1.2 millones²².

En el año 2001 el CDC implementa el acercamiento del sero-estatus en la lucha contra la epidemia del VIH, en el que se define el trabajo que deberían de realizar las personas que viven con VIH para prevenir la transmisión de la infección a otros individuos sanos²².

A pesar de esto se ha incrementado el número de personas con VIH, lo que aumenta el número de individuos que potencialmente se pueden infectar, debido principalmente a la alta prevalencia de casos de los hombres que tienen sexo con hombres, otro factor negativo es que un cuarto de las personas que están infectadas no conocen su estatus serológico²².

Hay factores en la esfera social que tampoco han permitido que sean efectivos los servicios que se brindan en los programas de prevención, como la inequidad de género, la homofobia, el racismo, la pobreza creciente, persiste la discriminación y el estigma hacia las personas que viven con VIH²².

Los programas de prevención han demostrado cierta efectividad, que se han visto afectados por otros factores, por lo que además de seguir incorporando los avances

biomédicos se deben de generar nuevas intervenciones basadas en las que han probado su eficacia aparte de brindar la suficiente atención a las nuevas y diferentes de los distintos departamentos de salud y las organizaciones comunitarias por parte del principal encargado de la atención a la epidemia el Centro de Control de las Enfermedades²².

1. 1. 5. 4. África.

La epidemia del SIDA se convirtió rápidamente en uno de los problemas de salud y desarrollo más graves que enfrenta el mundo entero. De todas las muertes ocurridas por el SIDA más del 80 por ciento de estas han ocurrido en África.

La África subsahariana es la región más afectada en el mundo y es donde se concentra más del 70% de las infecciones totales³⁶

Debido a esto el SIDA ha pasado a ser la cuarta causa de muerte a nivel mundial, pero por la gravedad de la epidemia se considera como la primera causa de mortalidad para el continente africano. Siendo el impacto tan descomunal, que en algunos países (Botswana, Zimbabwe) su esperanza de vida al nacimiento se ha reducido en más de 30 años³⁶.

Recientemente, algunos países en África han desarrollado políticas nacionales de VIH/SIDA y otros están en el proceso de desarrollarlas⁴⁹.

Aquí unos ejemplos de ello:

Etiopía

En el año de 1985, uno antes de que fuera diagnosticado el primer caso de SIDA en ese país, el gobierno de Etiopía respondió a una epidemia potencial de SIDA formando una comisión nacional para la prevención y control de la infección de VIH y SIDA. La comisión emitió la primera estrategia de control del SIDA a finales de 1985^{36, 49, 50}.

El año de 1987 Etiopía desarrolló planes a mediano y corto plazo de acuerdo con las guías del Programa Global de SIDA. Para Septiembre de 1987, el gobierno estableció un Departamento de VIH/SIDA dentro del Ministerio de Salud (MINSa). Una de las características del enfoque de Etiopía para combatir la epidemia del SIDA ha sido su énfasis en la colaboración internacional, regional e intersectorial así como la estrecha

colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y otras agencias internacionales^{36, 49, 50}.

La colaboración intersectorial se da entre ministerios claves del gobierno, organizaciones comunitarias, y ONG's. Los datos acerca de la epidemia en Etiopía para el año 1997 eran los siguientes:

- Tamaño de la población de 60.1 millones
- Esperanza de vida de 50 años
- Prevalencia de VIH en adultos (15–49) 9.3%
- Número de infectados con VIH (todas las edades) 2.6 millones

Entre 1993 y 1996, hubo poco progreso sobre las políticas, principalmente debido a que el gobierno etíope se había comprometido en la descentralización de muchas de sus actividades, incluyendo la de salud.^{36, 49, 50} Solamente contaba con tres empleados en 1996 el Programa de Control del SIDA. El proceso del programa etíope le dedicó un gran número de rondas de revisión interna de parte del gobierno, involucrando relativamente a poca gente y casi sin participación de interesados ajenos al gobierno^{36, 49, 50}.

Ghana

En 1987 Ghana estableció guías médicas para tratar y prevenir el SIDA. En 1994 después de un taller de trabajo se identificó la necesidad de una política nacional de SIDA. Al mismo tiempo se señaló la necesidad de que esta política apoyara los esfuerzos de prevención y atención^{36, 49, 50}.

Para 1997 los datos básicos en cuanto a la epidemia al VIH eran los siguientes:

- Tamaño de la población 18 millones
- Esperanza de vida 59 años
- Población por debajo de la línea de pobreza (1992) 31%
- Prevalencia de VIH en adultos (15–49) 2.4%
- Número de infectados con VIH (todas las edades) 210,000

Los grandes apartados en los que se dividió este primer programa Nacional fueron: atención de las personas con VIH; información, educación, y comunicación de las medidas preventivas de las formas de transmisión del VIH; distribución de condones;

la juventud y las mujeres como los principales grupos a los que se dirigiría la estrategia^{36, 49, 50}.

El gobierno decidió que la política no era lo suficientemente amplia y no llamaba a la adecuada participación de las personas ajenas al sector salud. Por lo que se tuvo que revisar su contenido y compararlo con políticas preparadas por otros países y recomendadas por otras conferencias internacionales^{36, 49, 50}.

Kenya

El primer caso de SIDA en Kenya se diagnosticó en 1984. Para 1985 el gobierno estableció la Comisión Nacional del SIDA para asesorar al MINSA sobre asuntos relacionados al control del VIH/SIDA^{36, 49, 50}.

En 1986, el MINSA formuló declaraciones de política y guías sobre el suministro de sangre segura⁴⁹. Considerándolo como un problema de salud únicamente.^{36, 50}

A falta de una política nacional y guías claras sobre el VIH/SIDA, el Programa Nacional de Control del SIDA y el Consorcio Keniano de ONG's sobre SIDA (KANCO) hicieron esfuerzos para aumentar el entendimiento de funcionarios de alto nivel sobre la seriedad de la epidemia y su naturaleza multisectorial^{36, 49, 50}.

El avance de la epidemia del SIDA en Kenya reportaba los siguientes datos en 1997:

- Tamaño de la población 28 millones
- Esperanza de vida 59 años
- Población por debajo de la línea de pobreza (1992) 42%
- Prevalencia de VIH en adultos (15–49) 11.6%
- Número de infectados con VIH (todas las edades) 1.6 millones

Fue hasta 1994 cuando se señaló que la prevalencia de VIH se incrementaba a paso ligero y que el VIH/SIDA estaba consumiendo una parte creciente de los gastos en salud^{36, 49, 50}.

El Ministerio de Salud estableció una Comisión de Trabajo y un comité directivo encargado de elaborar los programas de atención a la epidemia del VIH/SIDA, que contaba con los siguientes representantes:

- Ministerio de Salud

- Oficina del Presidente
- Departamento de Defensa
- Ministerio de Información y Difusión
- Ministerio de Trabajo y Desarrollo de Recursos Humanos
- Ministerio de Cultura y Servicios Sociales
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Finanzas
- Ministerio de Turismo y Fauna
- Ministerio de Investigación, Ciencias y Tecnología
- Despacho del Ministro de Justicia
- Ministerio del Gobierno Local
- Ministerio de Planeación y Desarrollo Nacional
- Oficina Central de Estadística
- Comisión Nacional del SIDA
- Instituto de Investigación Médica de Kenya
- Instituto de Estudios de Población e Investigación
- Universidad de Nairobi.

El MINSA confirió al Comité Directivo la responsabilidad de proporcionar una guía general para el desarrollo de políticas, aprobar presupuestos, revisar documentos y obtener realimentación de la población^{36, 50}.

Se organizaron nueve subcomités técnicos que cubrirían las siguientes áreas:

Epidemiología y atención a la salud; establecimiento del Consejo Nacional de SIDA; impacto económico del SIDA; dimensiones psico-socioculturales; preocupaciones legales y éticas^{49, 50}.

Existía la necesidad de centrarse en la prevención y otras medidas que fueran necesarias para mitigar el impacto del SIDA en los individuos, las comunidades y en la nación. Además de que la consejería y atención de las personas que viven con VIH/SIDA necesitaban mejorarse^{36, 50}.

Los derechos humanos y los asuntos éticos fueron vistos como otro de los esfuerzos de prevención y para asegurar la dignidad de las personas que viven con VIH⁴⁹.

La pobreza fue vista como factor clave en la propagación del VIH y las prácticas culturales se identificaron como principales interferencia para la prevención^{49, 50}.

La adopción de las políticas ha beneficiado claramente la planeación e implementación del programa de SIDA. Aquellos involucrados en el programa de SIDA citan los siguientes beneficios ^{36, 49, 50}:

- Los recursos para el SIDA se han incrementado.
- Los ministerios distintos al de Salud entre los que se incluyen al Ministerio de Educación, Cultura, y Servicios sociales, y el Departamento de Defensa han desarrollado programas de VIH/SIDA con presupuestos propios.

Sudáfrica

La primera vez que se reconoció el SIDA en Sudáfrica fue en 1982. La epidemia continuó propagándose a paso lento hasta la década de 1990. Los esfuerzos recientes para desarrollar políticas y planes nacionales empezaron con el Congreso Nacional Africano (ANC) cuando aún estaba prohibido ^{36, 49, 50}.

La ANC preparó un borrador de la Declaración de Maputo sobre el VIH y SIDA, que reconocía la urgente necesidad de hacer de la prevención de VIH una prioridad. La ANC decidió trabajar con el gobierno en función a través del MINSA ^{36, 49, 50}.

La Unidad del SIDA del MINSA y la ANC trabajaron juntas para establecer un Comité Directivo que incluyó a representantes de negocios (tres Cámaras Nacionales de Comercio), sindicatos (dos federaciones de unión nacional), iglesias (Consejo Eclesiástico Sudafricano), organizaciones cívicas (Organización Cívica Nacional de Sudáfrica), partidos políticos (ANC), y el gobierno (MINSA). El Comité Directivo decidió sobre la necesidad de una Estrategia Nacional del SIDA con los siguientes componentes ^{36, 49, 50}:

- Educación
- Consejería
- Prevención
- Atención a la salud
- Bienestar
- Investigación
- Derechos humanos
- Reforma de ley
- Mejora socioeconómica.

Las características demográficas de Sudáfrica en 1997 eran las siguientes:

- Tamaño de la población 38 millones
- Esperanza de vida 65.2 años
- Prevalencia de VIH en adultos (15–49) 12–14%
- Número de infectados con VIH (todas las edades) 3.2 millones

La Estrategia y el Plan reflejan una política “ideal” en sus valores y amplitud, sin embargo, a partir de 1994 ha sido claro que se tienen muchas debilidades y adolecen de retrasos en la implementación debido en parte a la falta de experiencia del gobierno⁵⁰.

Una revisión hecha en 1997 sugirió la reformulación de prioridades políticas a nivel nacional. Ahora, las principales prioridades incluyen el fortalecimiento del apoyo entre líderes públicos y privados, creación de capacidad, acción intersectorial, y reducción del estigma asociado con el VIH^{36, 49, 50}.

En los últimos años el tema de controversia ha sido el tratamiento del VIH ya que en 1998 el gobierno detuvo los intentos de usar zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo sobre la base de que el dinero para el tratamiento sería mejor invertido en esfuerzos para la prevención. También presentó un anteproyecto de ley por el que se proporcionaría licencia obligatoria para los antirretrovirales e importación paralela de medicamentos producidos en su forma genérica^{36, 49, 50}.

Uganda

Uganda fue uno de los primeros países en experimentar una epidemia de SIDA. La prevalencia de VIH alcanzó niveles extremadamente altos en algunas partes del país en la última mitad de la década de los años 80^{49, 50}. La respuesta de Uganda a la epidemia fue temprana y relativamente bien organizada. Las primeras políticas trataron sobre la transfusión de sangre y pruebas de detección de anticuerpos Contra el VIH^{36, 49, 50}.

Uganda desarrolló uno de los primeros programas multisectoriales como un esfuerzo para expandir la participación en la lucha contra el SIDA. El enfoque de Uganda ha sido efectivo en involucrar a todos los sectores del gobierno y en demostrar un compromiso sólido; sin embargo, no ha sido enteramente exitoso^{49, 50}.

Las distintas respuestas que han desarrollado los distintos países africanos se pueden agrupar como:

- Respuesta médica. La primera respuesta al SIDA en la mayoría de países fue tratar la enfermedad como un problema médico. Las actividades se centraron en el examen de sangre donada, la garantía de prácticas médicas seguras, la conducción de la vigilancia e investigación. Se identificaron los primeros casos de SIDA, y mientras la investigación mostró que los niveles de infección aumentaban en algunos grupos de población, el número de muertes por SIDA permanecía bajo. En esta etapa, se requirieron las guías médicas y de investigación, pero había poco reconocimiento de la necesidad de políticas nacionales amplias^{49, 50}.
- Respuesta de salud pública. Según progresaba la epidemia, los gobiernos y las organizaciones internacionales empezaron a notar que el enfoque médico para la prevención y cuidado del VIH resultaba insuficiente. La investigación de intervención mostró que el progreso hacia la prevención podría lograrse con una combinación de programas tales como la promoción del uso del condón, la consejería entre pares, las campañas de difusión masiva^{49, 50}.
- Respuesta multisectorial. Al avanzar la epidemia, el número de muertes comenzó a incrementarse y las organizaciones internacionales empezaron a hacer hincapié en los amplios impactos sociales y económicos del SIDA, por lo tanto se estimularon las respuestas multisectoriales. Todos los sectores del gobierno fueron alentados a involucrarse en la prevención del VIH. El papel del sector privado, ONG's, y comunidades cobró mayor importancia⁵⁰.

Los gobiernos se basan en mecanismos normales de desarrollo de política en vez de en mecanismos de intervención de crisis más rápidos. Considerándolo desde el lado positivo, el enfoque tradicional tiene el beneficio de dar la oportunidad de una participación difundida en el debate político^{36, 49, 50}. El lado negativo, es la falla en reconocer la urgencia de la situación ha contribuido a períodos de poca actividad tendiendo una brecha de nueve años entre las actividades iniciales y la aprobación final^{36, 49, 50}.

En los distintos países africanos existe la presencia y el apoyo de las distintas Organizaciones internacionales (ONUSIDA, OMS, Banco Mundial) que han desarrollado presentaciones para la promoción y folletos para usar en la creación de la conciencia sobre la epidemia del SIDA y fomentar el apoyo para políticas y programas eficaces^{36, 49, 50}.

En algunos países, las ONG's locales y los grupos de interés han sido fundamentales para hacer actuar al gobierno. En Uganda, la Organización de Apoyo al SIDA (TASO) elevó la conciencia del problema de SIDA estableciendo una red de personas para proporcionar apoyo a afectados con el VIH y a sus familias. En Kenya el Consorcio Keniano de ONGs sobre el SIDA (KANCO) apoya a las ONG's que trabajan el tema, difunde información, y apoya esfuerzos para comprometer a los parlamentarios en discusiones acerca del SIDA. En Sudáfrica, la Asociación Nacional de Personas con VIH y SIDA ha sido voz principal para una respuesta amplia al SIDA.

La adopción de políticas específicas ha enfrentado serios obstáculos, en términos de oposición a la política o a la falta de consenso en la factibilidad, efectividad, costo-efectividad o adecuación cultural/social de una recomendación de la política o del programa^{36, 49, 50}.

La mayoría de políticas nacionales de VIH/SIDA incluyen declaraciones y guías sobre los siguientes puntos generales^{36, 49, 50}:

- Asuntos de salud pública tales como pruebas de anticuerpos anti-VIH y consejería de VIH, seguridad de la sangre, y vigilancia
- Manejo clínico y control de la infección
- Atención en el domicilio
- Consejería en las áreas de lactancia, salud del adolescente y salud reproductiva
- Asuntos de género
- Información y educación
- Investigación
- Asuntos de ética, legales, y derechos humanos como la privacidad, confidencialidad, notificación
- Factores culturales, discriminación, acceso a la atención de salud y servicios sociales, educación, empleo, vivienda, seguros, viajes, migración, refugiados, prisiones, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras del sexo
- Enfoque multisectorial, colaboración, papel de las ONGs, descentralización y movilización de recursos.
- Consejería acerca del VIH

La provisión de servicios para Pruebas y Consejería Voluntaria (PCV) acerca del VIH es vista ahora como un elemento núcleo de muchos programas nacionales de SIDA. Aún cuando la investigación ha documentado el impacto positivo de los programas de PCV en los cambios de comportamientos, la controversia continúa en relación a las

políticas que apoyan los programas de PCV con subsidio público, particularmente con respecto al costo-efectividad y a las prioridades de destinación de recursos dentro de los programas nacionales^{36, 49, 50}.

Más aún, cualquier declaración política contenida en un plan podría ser vista como válida solamente mientras dure el plan, lo cual por lo general es de tres a cinco años^{36, 49, 50}.

A partir de que la mayoría de políticas nacionales amplias se han desarrollado sólo recientemente, no es posible decir si harán una contribución significativa a la lucha contra el SIDA^{36, 49, 50}.

Será importante continuar observando de cerca el progreso alcanzado en el tratamiento del VIH/SIDA por aquellos países con políticas amplias comparados con aquellos que han seguido un camino diferente^{36, 49, 50}.

1. 1. 6 Situación de los programas contra el VIH en América Latina y el Caribe.

Las distintas organizaciones mundiales tienen oficinas regionales en los diferentes países de América Latina, que se encargan de evaluar, apoyar, crear en conjunto con los gobiernos los distintos programas que se refieren a la salud⁵¹.

A nivel mundial la ONUSIDA en el año 2000 estima que existan 36.1 millones de personas con VIH, de las que 34.7 millones son adultos, 16.4 millones mujeres, y 1.4 millones menores de 15 años^{19, 21, 29}.

En América Latina se considera la epidemia como reciente y tiene ya 1.4 millones de infecciones. Aun así durante el año de 1999, se estima en 5.3 millones de casos de nuevas infecciones por VIH, 4.7 millones en adultos, 2.2 millones en mujeres y 600 mil en menores de 15 años^{19, 21, 29}.

Las defunciones a causa del SIDA han acumulado el número de 21.8 millones de personas, de las que 17.5 millones corresponden a adultos, 9 millones a mujeres, y 4.3 millones a menores de 15 años^{19, 21, 29}.

Por lógica al morir los padres, el número de huérfanos aproximado es de 13.2 millones a causa del SIDA en el mundo, en América Latina se tiene como registro un aproximado de 110,000 huérfanos^{19, 21, 29}.

El estimado de defunciones que ocurrió en el año 2000 fue de 2.8 millones de personas por SIDA, de los cuales fueron 2.5 millones de adultos, 1.3 millones mujeres, y 500 mil menores de 15 años^{19, 21, 29}.

Con las últimas estimaciones que realizó la ONUSIDA acerca del número infecciones en los adultos de 15 a 49 años, en todo el continente americano se aseguró que alrededor de una de cada 200 personas o el 0.56% se encontraba infectada por el VIH al inicio del año 2000¹⁹.

En el continente americano considerando el número total de casos reportados, los Estados Unidos y Brasil ocupan los primeros dos lugares y México ocupa el tercer lugar; pero si se considera la tasa de incidencia anual el país se ubica en el décimo cuarto sitio a nivel de América y a nivel mundial en el sitio setenta y dos¹⁹.

La trascendencia de la epidemia de VIH a nivel mundial ha obligado a los gobiernos a firmar acuerdos internacionales en los cuales se comprometen a mejorar las políticas dedicadas al combate del virus⁵¹.

Se presenta a continuación un análisis realizado por y para las diferentes organizaciones como la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), UNICEF (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para el Socorro a la Infancia), OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial para la Salud), OIT (Organización Internacional para el Trabajo), de los avances y rezagos de los distintos programas en la lucha contra el VIH/SIDA⁵¹. Como es tan amplio el número de factores que se involucran en los programas de VIH, solo se enfocara el análisis a los más sobresalientes y se dividirá de la siguiente forma⁵¹:

1. Factores que contribuyen a la propagación del VIH en América Latina y el Caribe
2. Elementos de una respuesta integral
3. Prevención

4. Grupos vulnerables

5. Jóvenes

6. Atención y apoyo

A continuación se presentan algunas de las características de cada uno de los factores anteriormente señalados:

1. Factores que contribuyen a la propagación del VIH América Latina y el Caribe.

1. a El VIH y el SIDA siguen siendo objeto de un gran estigma. El estigma del que son objeto aquellos que son VIH positivos es un gran obstáculo en la respuesta a la epidemia, pues les impide buscar ayuda o hablar con sus familias, amigos, compañeros de trabajo y comunidades sobre la realidad de vivir con VIH⁵¹.

1. b La discriminación contra los hombres homosexuales dificulta los esfuerzos de prevención. La discriminación les obliga a ocultar su realidad y negar la existencia de un comportamiento de riesgo, lo cual impide que los programas de prevención lleguen a ellos y pone en riesgo a sus compañeras, quienes muchas veces ignoran el comportamiento homosexual de sus parejas⁵¹.

1. c La falta de políticas que respondan a las necesidades de las personas que usan drogas inyectables. Aunque las personas que usan drogas inyectables se han convertido en un importante factor de la epidemia regional, con tasas de infección que llegan incluso a 60 por ciento en algunas ciudades, hay poco apoyo en favor de la creación de programas para ese grupo⁵¹.

1. d Siguen existiendo violaciones de los derechos humanos en la región. Algunos países todavía carecen de una legislación que aborde cuestiones de derechos humanos pertinentes al VIH y el sida. Las violaciones incluyen la desigualdad en el acceso a la salud y la educación, las prácticas laborales discriminatorias e invasión a la privacidad^{10, 26, 51}.

1. e Mujeres jóvenes y adultas a menudo carecen del poder para rehusarse a tener relaciones sexuales o de exigir el uso de condones. Las mujeres jóvenes y adultas son vulnerables al VIH en gran parte debido al comportamiento de los otros. Algunas de ellas son objeto de violencia y abuso sexual. Muchas mujeres jóvenes son forzadas a tener relaciones sexuales con hombres mayores. Otras se ven forzadas al sexo ya que no tienen ningún otro medio de subsistencia^{10, 26, 28, 51}.

1. f La pobreza y el VIH/sida se afectan mutuamente creando un círculo vicioso.

La epidemia contribuye al empobrecimiento de las personas, familias y comunidades afectadas. A su vez, la pobreza también aumenta la vulnerabilidad de personas al VIH y al SIDA^{10, 28, 51}.

1. g La movilidad regional aumenta la vulnerabilidad. Quienes están lejos de sus familias y comunidades tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección con nuevas parejas. Muchas de esas personas se ven expuestas a ambientes violentos, y la mayoría carece del apoyo de servicios sanitarios y sociales^{27, 51}.

2. Elementos para una respuesta integral.

2. a El VIH y el sida no deben ser tratados exclusivamente como un problema de salud. La epidemia es también una cuestión de desarrollo y de gobierno que ha constantemente afectado a la estructura social de comunidades, países y regiones^{10, 28, 51}.

2. b Es necesario eliminar la brecha entre los mecanismos legales que protegen los derechos humanos y la realidad de la vida de las personas. Los estados deben examinar y reformar las leyes de salud pública para dar una respuesta adecuada las cuestiones planteadas por el VIH. También deben examinar y reformar las leyes penales y los sistemas correccionales para que sean consistentes con las obligaciones internacionales de derechos humanos^{10, 28, 51}.

2. c La respuesta adecuada a la epidemia debe ser de índole política, técnica y financiera. Debe ser sensible al contexto sociocultural. El liderazgo político y social de alto nivel es vital porque puede generar una respuesta de todos los sectores y contribuir a acabar con el estigma. Los conocimientos técnicos especializados logran que las intervenciones estén bien diseñadas, se ejecuten en manera adecuada y sean objeto de un seguimiento apropiado. También, para que sean sostenibles se requiere de apoyo financiero^{13, 15, 51}.

2. d El compromiso político auténtico va más allá de las meras expresiones de preocupación acerca de la epidemia. Es necesario comprometerse política y financieramente en la respuesta al VIH. Que no quede en los discursos y en los acuerdos signados⁵¹.

2. e La prioridad debe estar puesta en los grupos más vulnerables. Un volumen considerable de recursos movilizado por los países de América Latina y el Caribe para

la respuesta a la epidemia de VIH está dirigido a elevar el grado de sensibilización entre la población en general, pero los estudios indican que esos programas resultan eficaces solamente cuando existen planes que incluyen a los grupos más vulnerables, como las trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que usan drogas inyectables, así como también a los jóvenes y las mujeres⁵¹.

2. f Una respuesta exitosa incluye la participación tanto de la comunidad como de las personas que viven con VIH. Los proyectos deben ser diseñados no solamente para personas con VIH, sino también con ellas⁵¹.

2. g Las campañas de comunicación deben promover el diálogo acerca de la epidemia y facilitar una comprensión más profunda acerca de sus causas subyacentes. Estas campañas han de promover las actitudes no discriminatorias y fomentar los cambios políticos y sociales necesarios para contener la epidemia⁵¹.

2. h Las Organizaciones religiosas de apoyo, las Naciones Unidas reconocen el papel importante de las organizaciones religiosas en la respuesta a la epidemia. Las organizaciones religiosas han asumido un rol importante en muchos países, especialmente en el ámbito de la atención domiciliaria y paliativa para los enfermos⁵¹.

2. i Las organizaciones religiosas también deben adaptar sus enseñanzas a la realidad de la epidemia. En América Latina y el Caribe muchas organizaciones religiosas promueven la abstinencia y la monogamia. Aunque debe respetarse esa opción, dichas enseñanzas deberían siempre incluir los hechos acerca de la protección contra el VIH, incluyendo a la información exacta sobre el uso de condones^{26, 28, 51}.

2. j El cumplimiento de los principios de los “tres unos” es un elemento clave. Los “tres unos” representan un nuevo enfoque para la organización de respuestas a nivel de país: un solo marco nacional para el sida, una única autoridad nacional para el sida y un único sistema nacional para el monitoreo y evaluación. Esos principios se definieron para dar respuesta al carácter urgente, la naturaleza, el alcance y las complejidades de la epidemia. La aplicación de estos principios permitirá una mejor coordinación y se traducirá en una utilización optimizada de los limitados recursos disponibles para la respuesta a la epidemia⁵¹.

3. Prevención.

3. a La utilización de condones es un aspecto básico de la prevención. Es ampliamente reconocido que el uso de condones es una de las maneras más eficaces de prevenir el VIH. Por lo tanto, estos deben ser un elemento medular en las estrategias de prevención para los adultos y los jóvenes. Los estudios muestran, en forma sistemática, que hay muchas personas que no pueden o que no quieren practicar la abstinencia o la monogamia, frente a lo cual los condones constituyen una fuente de protección para ellas y sus respectivas parejas^{20, 28, 30, 51}.

3. b Los datos científicos han demostrado sistemáticamente que el uso de condones previene la transmisión del VIH. Los condones proporcionan una barrera impermeable a los virus y al semen, que impide el paso de microorganismos mucho más pequeños que el virus del VIH^{30, 51}.

3. c La programación del uso de condones para la prevención del VIH constituye un método estratégico en la respuesta a la epidemia. Es fundamental persuadir a las personas sexualmente activas que utilicen condones, tengan acceso a condones de calidad y los utilicen correcta y sistemáticamente. Además, es necesaria una disponibilidad inmediata de condones femeninos en la región, a un costo bajo o nulo^{30, 51}.

3. d Si se desea cambiar el curso futuro de la epidemia, es necesario que más personas se hagan la prueba del VIH. Un hecho alarmante es que 90 por ciento de las personas con VIH no saben que están infectadas, y en muchos casos contagian inadvertidamente a otras personas. Para quienes son positivos, los servicios de consejería pueden vincularlos a los servicios de tratamiento, atención y apoyo que necesitan para mejorar y mantener su salud, incluyendo asistentes sociales, personal médico, grupos de apoyo y personal vinculados al ámbito legal. Por su parte, las personas cuyas pruebas dan resultado negativo tienen un gran incentivo para preservar su condición de sanos⁵¹.

3. e Es necesario incrementar la oferta de consejería y pruebas voluntarias. Esto permite que las personas conozcan su situación en cuanto al VIH y les ayuda a actuar frente a los resultados^{25, 51}.

3. f Un programa de prevención eficaz incluye el suministro de comunicación, educación, servicios y productos básicos. Las campañas de comunicación deben promover un diálogo sobre las causas de la epidemia. La educación debe incorporar los datos sobre el VIH dentro de un método más amplio de desarrollo de habilidades que les permita a las personas formular y negociar sus propias estrategias de

protección. Los servicios deben ser accesibles, confidenciales y de gran calidad. Los productos básicos deben incluir condones masculinos y femeninos y estuches de pruebas, además de medicamentos antirretrovirales y materiales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual^{21, 30,51}.

3. g La transmisión materno infantil del VIH puede ser prevenida. Por ser ésta una medida sencilla y accesible, no existe ninguna razón para tener recién nacidos con VIH en América Latina y el Caribe⁵¹.

4. Grupos vulnerables

4. a Los programas de prevención entre grupos vulnerables son eficaces. Los datos existentes indican que los programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales y aquellos quienes que se inyectan drogas impiden que la epidemia llegue a la población como un todo. En Brasil, la prevalencia entre los hombres que se inyectan drogas se redujo, pasando de 27 por ciento (1994) a 13 por ciento (2004), así también como entre las mujeres de este mismo grupo, bajando de 17 por ciento a 4,3 por ciento⁵¹.

4. b Los miembros de grupos vulnerables conocen mejor a las realidades con las que se enfrentan. En lugar de suponer que otros puedan elaborar estrategias para llegar a esas personas en forma arbitraria, es más eficaz velar para que sus opiniones e ideas sean escuchadas en cada etapa del proceso, desde el diseño hasta la evaluación^{26, 28, 51}.

4. c La discriminación contra los hombres homosexuales sólo se detendrá si la sociedad trabaja en contra de ella. Es fundamental establecer un ambiente favorable que permita llevar mensajes de prevención a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres^{28, 51}.

4. d Los programas de prevención para trabajadores sexuales siguen enfrentando muchos retos. La violencia y las leyes que tipifican como delito la ocupación de los trabajadores sexuales impiden a estos recibir informaciones y servicios necesarios^{26, 51}.

4. e Es una necesidad urgente proteger el derecho de las mujeres y las niñas a la actividad sexual de menor riesgo y a la protección frente a la violencia y el maltrato.

Las mujeres ahora representan un tercio de los casos de VIH en América Latina y la mitad de los casos en el Caribe, cifra que tiene grandes probabilidades de aumentar.

Las adolescentes están particularmente expuestas a ese riesgo. Los programas que promueven la independencia económica, la educación y las oportunidades laborales para las mujeres deben considerarse parte fundamental de la respuesta a la epidemia del VIH. El aumento del poder de la mujer es fundamental para la realización de sus derechos y a su vez para el aumento de su capacidad de negociar una actividad sexual de menor riesgo^{10, 26, 28, 51}.

4. f Las políticas de prevención para presos deben tener en cuenta la realidad de la vida en las cárceles. Esa realidad incluye el uso de drogas inyectables, el uso compartido de instrumentos para hacer piercings y las relaciones sexuales entre hombres. Los programas sólo serán eficaces para los presos si se diseñan alrededor de esa realidad⁵¹.

5. Jóvenes

5. a Los jóvenes tienen el derecho de saber todo acerca del VIH y el sida antes que empiecen su actividad sexual, sin importar lo incómodo o difícil que pueda resultar el tema. Tienen el derecho de saber qué es el virus y cómo se propaga, saber cómo protegerse a sí mismos y a los demás y de saber si son VIH positivos o negativos⁵¹.

5. b Cuando se les provee información sobre sexo, los jóvenes reducen su riesgo de contraer el VIH. De esta manera, la probabilidad de retrasar su iniciación sexual es mayor, así como la de tener prácticas sexuales más seguras una vez que se conviertan en personas sexualmente activas⁵¹.

6. Atención y apoyo

6. a La falta de atención a los millones de personas con VIH que la necesitan constituye una emergencia sanitaria mundial. Para enfrentar esa emergencia, la iniciativa procura proveer antirretrovirales a tres millones de personas de los países subdesarrollados hasta finales del 2005. A fines de 2004 se calculaba que sólo 700.000 personas tenían acceso a esos medicamentos⁵¹.

6. b Hay razones convincentes morales y humanitarias para proveer antirretrovirales. No proveer tratamiento con antirretrovirales a quienes lo necesitan significa permitir un número de muertes por SIDA difícil de imaginar e imposible de aceptar⁵¹.

6. c Los productos antirretrovirales disminuyen los costos de hospitalización. El Gobierno de Brasil ha calculado que el tratamiento con antirretrovirales ha resultado en el ahorro de cerca de US \$ 2.200 millones en atención hospitalaria⁵¹.

Queda claro que se requiere por parte de los gobiernos de América Latina y el Caribe, un real compromiso, lejos de la demagogia, como se ha establecido en la infinidad de acuerdos y tratados internacionales, para poder realizar su parte en el combate a la epidemia.

Acaso eventualmente sean rebasados por las distintas organizaciones nacionales e internacionales que trabajan con el VIH/SIDA, que en menor escala, con muchas dificultades, pero con gran conocimiento de la causa van actuando ante la indiferencia de las autoridades.

1. 1. 7 La situación de la epidemia del VIH/SIDA en México

En México la epidemia de SIDA se encuentra concentrada y se caracteriza por una prevalencia reportada de VIH en estudios centinela de hasta el 15 por ciento en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), de 6 por ciento entre usuarios de drogas inyectables (UDI) y 0.09 por ciento en mujeres embarazadas. Hasta el 30 de junio de 2001, en México se habían registrado 49,999 casos acumulados de SIDA y hay un estimado de alrededor de 150 mil personas infectadas con el VIH^{19, 21,29}.

Como en el resto del mundo en México, el SIDA se ha convertido en un grave problema de salud pública, por que las repercusiones abarcan la esfera social, política, económica, psicológica y ética, que van más allá del ámbito de la salud.

Para la ONUSIDA, México se clasifica con una epidemia de SIDA concentrada, es decir la prevalencia de la infección por VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general.

La prevalencia de infección por VIH ha permanecido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y en las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1%^{19, 21,29}.

En el año de 1983 fue cuando se diagnosticó el primer caso de SIDA en México. En la década de los ochenta, la epidemia tuvo un crecimiento exponencial; pero en la década de los noventa se amortiguó^{19, 41}.

El número de casos acumulados desde el inicio de la epidemia hasta diciembre del año 2000, fue de 47,617 personas con SIDA. Pero debido a los factores como el retraso en la notificación y el subregistro, se considera que el número acumulado real de personas con SIDA era de 64,000 casos^{19, 29}.

Para el año 2000 se había estimado que aproximadamente 150 mil personas serían infectadas por el VIH, se calculaba que de todos estos un poco más de 99 mil se concentrarían en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH); alrededor de 38,600 en población heterosexual adulta; 333 en mujeres trabajadoras sexuales; 1,720 en hombres trabajadores sexuales; 2,880 en Usuarios de Intravenosas; y 4,450 en la población de los reclusorios^{19, 21, 29}.

La causante del 89.2% de los casos acumulados de SIDA en adultos de 15 años o más ha sido la transmisión sexual, correspondiendo el 61.8% a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el 38.2% a los heterosexuales. Por vía sanguínea solo el 10.2%, de los que el 73.1% corresponden a transfusión sanguínea, el 12.1% a los donadores, el 9.0% está asociado al consumo de drogas inyectables y menos del 1% a la exposición ocupacional^{19, 21, 29}.

En cuanto a la distribución por sexo el registro se distribuyó así 85.7% del total de casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 14.3% a mujeres, con una relación hombre-mujer de 6 a 1, la cual se incrementa a 9 a 1, si se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual^{19, 21, 29}.

Sin embargo este tipo de relación hombre-mujer se modifica en diferentes partes del país donde se observan estados con relaciones que van de 3 a 1 como Puebla, Tlaxcala y Morelos, y en otras con relación de 12:1 como Nuevo León. Lo que muestra la heterogeneidad en la forma que se transmite el SIDA a lo largo y ancho del país, y demuestra que en algunos estados es predominantemente homosexual y bisexual y en otras marcadamente heterosexual^{12, 19, 21, 29}.

La repercusiones económicas que presenta el SIDA se deben a que afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos, teniendo graves repercusiones en el bienestar económico de miles de familias, debido a la falta de empleo por discriminación, por despidos injustificados o que cuando se manifiesta la enfermedad se presentan infecciones oportunistas o recaídas con el consabido

ausentismo laboral o como ejemplo el caso de los trabajadores de Petróleos Mexicanos que laboran en las plataformas de las costas a los cuales se les disminuye su sueldo en un considerable porcentaje y se les reubica en otro puesto, además de ser una de las Instituciones públicas que solicitan la prueba de VIH para firmar un contrato laboral siendo esto contrario a lo establecido en la norma oficial^{10, 12, 19- 21, 26, 28, 29}.

Los estados con la mayor tasa acumulada de SIDA son el Distrito Federal, Jalisco y Morelos y los de menores tasas acumuladas son Chiapas, Zacatecas y Guanajuato.

En cuanto a las instituciones que se encargan de atender a estos pacientes la situación es la siguiente con alrededor de uno de cada dos casos se atiende en la Secretaría de Salud un 49.8% y cerca de una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social con el 30.6%^{10, 12, 19- 21}.

La epidemia es predominantemente sexual. Esta forma de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos acumulados hasta el momento. Siendo la forma más efectiva de evitar el riesgo de infección en personas sexualmente activas el uso correcto y constante del condón, cuya efectividad oscila entre el 90 al 95% de los casos^{19- 21, 26, 28, 29}.

Aunque existen evidencias del incremento de uso del condón entre HSH, sexo-servidoras y jóvenes, se necesita mejorar y continuar con la promoción y que esto lleve a que se incremente su uso en éstas y otras poblaciones³⁰.

En cuanto a la transmisión peri natal, esta constituye la principal causa de infección por VIH/SIDA en los menores de 15 años, con 68.7 por ciento de los casos de SIDA acumulados y 93.3 por ciento de los casos diagnosticados en 2000.

Para lograr prevenir este tipo de transmisión hay que detectar oportunamente a toda mujer infectada. Para ello se tiene que capacitar al personal de salud, promover el control prenatal, además de proporcionar información y consejería adecuada sobre la importancia de la infección y el riesgo de transmitirlas a los hijos^{10, 12, 19- 21, 26, 28, 29}.

En México existen leyes que prohíben la comercialización de la sangre y exigen el análisis riguroso de la misma cuando se va a transfundir. Debido a esto se disminuyeron de manera importante los casos de infección por esta vía a partir de 1988, por ejemplo en los últimos dos años no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo²⁹.

Las vacunas que se han desarrollado para el control de la enfermedad no han funcionado por lo que se cuenta con el tratamiento con medicamentos antirretrovirales que controlan la infección, el 85 por ciento de las personas con SIDA en el país reciben tratamiento antirretroviral de parte de las instituciones del sector salud²⁹.

La meta es una cobertura de 100% lo cual no se ha logrado y no se ha atendido a toda la población afectada, se necesita aumentar dicha cobertura y, de manera simultánea, ofrecer servicios de información, consejería y detección que contribuyan a contener la epidemia²⁹.

La ignorancia, los prejuicios o el uso de una doble moral y el rechazo de la información ya existente acerca de la epidemia de SIDA, genera reacciones de rechazo a diferentes estilos de vida, por el miedo infundado a sufrir un contagio. La forma en que se ha manifestado es en actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, los despidos injustificados y la estigmatización de personas²⁹.

Han sido diferentes las formas empleadas para disminuir este problema, se han desarrollado campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA¹⁰.

1. 1. 7. 1 Epidemiología del VIH/SIDA en México.

El VIH/SIDA es un gran problema de salud pública con intensos impactos biológicos y psicológicos, y repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas de gran trascendencia. Los factores con los que principalmente se asocian son la pobreza y la vulnerabilidad y están relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que las acciones a realizar deben vincularse con el desarrollo social y económico del país, de implementarse se debe atender a la equidad, calidad de vida y protección financiera en materia de salud de las personas y comunidades afectadas por el VIH²¹.

1. 1. 7. 2 El Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida)

En México se creó el 24 de agosto de 1988 el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SSA), con la facultad de programar, dirigir, controlar y evaluar su funcionamiento y depende directamente de la Subsecretaría de

Prevención y Protección de la Salud. Para su funcionamiento contará con un Consejo integrado por vocales representantes de las dependencias de la Administración Pública y representantes del IMSS, ISSSTE, INN e INSP³⁹.

Debido a diferentes cuestiones administrativas se tuvo que cambiar el nombre original por el de Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida e ITS³⁹.

Al momento de la definición de las líneas estratégicas del sector salud en las que la necesidad es alcanzar la federalización efectiva de la salud, y con motivo de la descentralización de los servicios, se da la instalación de los Consejos Estatales de VIH/sida (Coesidas), que concierne a los gobiernos estatales, y en donde su labor es coordinar el trabajo de prevención y control de los sectores público, social y privado, además de garantizar la creación de un programa al interior de los servicios estatales de salud esto desde 1987³⁹, 41-45.

El resultado de las medidas tomadas se ve en el año 2000 cuando todos los estados del país cuentan con un programa de VIH/sida en función. Para ese mismo año existían 61 servicios especializados en todo el territorio nacional y se habían certificado laboratorios básicos de apoyo en los 32 estados. Para unificar criterios en la atención que se brinda se necesitó elaborar guías para la atención médica, domiciliaria, psicológica, de enfermería y para el manejo de la mujer embarazada infectada, además de las normas oficiales actualizadas de manera permanentemente^{38,39,41-45}.

Aunque sin embargo el grado de avance de los programas y servicios no ha sido uniforme en todos los estados del país.

1. 1. 7. 3 Programas contra la epidemia del VIH/SIDA en México.

El Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2001-2006, que desarrolló el Gobierno del Distrito Federal y que fue resultado de una consulta pública nacional que incluyó la participación de las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE), programas estatales de VIH/SIDA y Servicios Estatales de Salud, expertos y

académicos, organizaciones de la sociedad civil y personas que viven con VIH/SIDA y público en general. De manera conjunta con todas estas colaboraciones se basan en las directrices y metas planteadas en la Declaración de Compromisos de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, realizada en el 2001^{4,21}.

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición de VIH/SIDA e ITS
- Disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento
- Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud
- Disminuir el impacto social y económico de VIH/ SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos

Las estrategias diseñadas para realizar este programa son las siguientes^{4,21}:

- Fortalecer todos los programas de prevención y control del VIH/SIDA e ITS en las instituciones en el nivel estatal, jurisdiccional y municipal en los estados con un menor desarrollo
- Aumentar el compromiso real de las autoridades correspondientes con la asignación de recursos y la participación en las instituciones del sector salud y de otros sectores del nivel federal, en la lucha contra el VIH/SIDA e ITS
- Darle prioridad a las acciones preventivas en las localidades con mayor afectación, poblaciones con prácticas de riesgo y de mayor vulnerabilidad
- Regionalizar y optimizar los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA e ITS entre las instituciones del sector salud
- Mejorar la calidad y equidad de la atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS
- Promover la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones de prevención y atención integral
- Promover la capacitación, supervisión, investigación y apego a las mejores prácticas, como herramientas permanentes en la toma de decisiones

- Garantizar el cumplimiento de las normas, guías y lineamientos ya establecidos
- Promover una mayor participación de la sociedad civil, comunidades y personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS, en el diseño, ejecución y monitoreo de las acciones
- Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamientos de riesgo, uso de drogas e infección por el VIH/SIDA, como un aspecto fundamental para disminuir el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto de estas enfermedades en los individuos y comunidades
- Establecer un mecanismo de monitoreo y evaluación del programa para garantizar el cumplimiento de las metas y los compromisos establecidos

Son interesantes y muy ambiciosas las perspectivas del programa y para su cabal realización y para que se presenten resultados significativos en el control de la epidemia se requiere de la voluntad de muchas autoridades e instituciones y de lograr la participación activa de la población en general^{4, 21}.

El Programa de VIH/sida de la ciudad de México cuenta con Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntarios, en los que además de practicar la prueba de detección de anticuerpos al VIH se proporcionan servicios de asesoría psicológica, prevención de ITS y salud sexual reproductiva, entre otros. En cada una de las 16 delegaciones políticas del DF existen estos centros^{4, 21}. (Ver anexo 1)

En promedio anualmente se realizan alrededor de 5 mil pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH a la población en general. En el año 2000 la Clínica Especializada Condesa atendía a 1,800 pacientes, aunque en sus registros tiene a 2,220 personas. En promedio se integran 80 pacientes al mes. De cualquier manera, toda persona seropositiva que no cuenta con seguro social y llega a la clínica, de inmediato ingresa al programa de antirretrovirales. Se le abre un expediente y se evalúa su estado de avance de la infección mediante un conteo de sus células CD₄ y determinación de carga viral; si los parámetros indican la necesidad de empezar un tratamiento, se empieza o si se presentan asintomáticos tienen que acudir cada seis meses para observar su evolución.^{4, 21}

Para el año 2005 se hizo énfasis en la realización de la prueba de diagnóstico de VIH, como principal intervención en el nivel preventivo y se culminó ese año con una jornada en el marco del Día Mundial de la Lucha contra el Sida en donde se realizaron 27,734 pruebas y se detectó a 968 casos nuevos de personas infectadas por el VIH^{4, 21}.

Aparte de la realización de eventos con las caravanas móviles de consejería y con un logro de 2,509 personas que se realizaron la prueba de anticuerpos contra el VIH, con un impacto estimado fue de 50 mil personas. En la Clínica de especialidades Condesa al finalizar ese año se habían abierto 6,020 expedientes y se integro a 4,320 pacientes al tratamiento antirretroviral^{4, 21}.

1. 1. 7. 4 Acciones realizadas en el combate a la epidemia del VIH/SIDA.

México se comprometió a detener la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015, bajo el liderazgo de la SSA, como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas⁴².

Como en el programa anterior es darle prioridad a las acciones preventivas se realizan diferentes análisis que se conocen como costo beneficio de estas estrategias para apoyar la toma de decisiones de los gestores de los programas y con esto mejorar la asignación de los recursos públicos y hacerla eficiente^{10, 21}.

La epidemia de VIH/SIDA presenta diferentes comportamientos en cada lugar del país, es necesario realizar estos estudios para valorar cual acción será la indicada dependiendo del lugar para que sea efectiva.

En los últimos años uno de los aspectos prioritarios es la prevención de la transmisión materna del VIH, por lo que se han realizado infinidad de estudios al respecto para evaluar cual es la estrategia indicada para enfrentar este problema^{4, 10, 21}.

En uno de los análisis realizados por el Instituto Nacional De Salud Pública (INSP), acerca de cuatro de las estrategias de prevención en mujeres embarazadas mexicanas atendidas en el sector público (SSA) que son las siguientes :

1. Tamizaje del VIH en embarazadas
2. El tratamiento antirretroviral
3. Cesárea electiva
4. Alimentación artificial

Sus resultados demostraron que el tamizaje es la estrategia más costosa. En cambio los costos del tratamiento ARV, de la alimentación artificial y la cesárea electiva que se calculan en el estudio son insignificantes²¹.

La importancia y función del estudio no es descartar el uso del tamizaje por caro como medida preventiva, sino que se recomienda diseñar políticas que permitan reducir el costo de este en México²¹.

Una de las vías de transmisión del VIH y con mucho la principal es la sexual y es en la que se enfocan la mayoría de las acciones preventivas para lo que es importante saber que de todas las relaciones sexuales que se tienen a diario en el mundo y que la OMS estima en 100 millones, de las cuales alrededor de un millón terminan en embarazos no deseados y cerca de medio millón en alguna enfermedad de transmisión sexual²¹.

Para que se dé la disminución de estos casos y se han desarrollado infinidad de estrategias, campañas y programas es con el uso correcto y constante de los condones³⁰.

El uso del condón se considera como un aspecto fundamental en materia de salud pública, pero para que sea efectivo y valide su importancia dependerá de su adecuada y constante colocación en las mentes, en las clínicas y en la vida cotidiana³⁰.

Los datos que sustentan la importancia de fomentar el uso correcto del condón son los siguientes³⁰:

- Cada año se registran alrededor de 4,000 casos nuevos de VIH/SIDA en nuestro país, el 95% de estos se producen por transmisión sexual
- Las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y el herpes genital van a facilitar la infección por el VIH
- La segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas, es el cáncer cérvicouterino y se ha relacionado a la infección por el Virus del papiloma humano con el desarrollo de este
- Embarazos no planeados, cuya cifra en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años se estima superior a 60%

Mucha de la polémica que ha generado el uso del condón se basa en su eficacia en disminuir la transmisión de ETS. Para lo que se han realizado diferentes estudios, como ejemplo uno de ellos es el que realizó la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, en donde afirma que el condón reduce 10,000 veces la

transferencia de fluidos, disminuyendo significativamente el riesgo de transmisión del VIH³⁰.

El condón de mayor distribución y más utilizado en todo el mundo es el de látex, que es sometido a las pruebas de laboratorio establecidas en las regulaciones sanitarias internacionales y nacionales. Además de la Norma Oficial Mexicana que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex³⁰.

La mayoría de las investigaciones concluyen que el uso correcto y constante protege al usuario en 95% de contraer la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), las principales causas de fallas son el uso incorrecto y la falta de consistencia en su uso³⁰.

Este dato es importante por el hecho de que existen parejas conocidas como discordantes y se ha mostrado que el uso del condón de látex reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH en estas parejas donde uno de los dos es el portador^{28, 30}.

En la mayoría de los programas nacionales, estatales o a nivel mundial la estrategia recomendada con mayor frecuencia es el uso constante y correcto del condón para prevenir el VIH/SIDA otras ETS y el embarazo. Pero que significa esto: es usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea anal, vaginal u oral y el uso correcto implica seguir una serie de pasos para lograr su mayor eficacia de la siguiente forma³⁰:

- Guarde el condón en lugares frescos y secos. Verifique la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no pase de tres años
- Fíjese que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire
- No lo abra con los dientes
- Presione la punta para sacar el aire mientras lo coloca en el pene erecto
- Sin soltar la punta, desenróllelo hasta llegar a la base del pene
- Siempre colóquese el condón antes de cualquier contacto sexual
- No use cremas cosméticas, ni vaselina como lubricantes, porque deterioran el condón
- Después de eyacular, sujete el condón por su base retire el pene mientras aún esta erecto
- Quítese el condón cuidando que no se goteé

- Tire el condón a la basura anudándolo

Como no es 100% seguro y puede fallar, son tres las razones por las que se da esta³⁰:

- Uso inconstante (no se usa en todas las relaciones sexuales)
- Uso incorrecto (no se usa desde el principio hasta el final de la relación sexual ni se cuidan los pasos que ayudan a evitar fallas)
- Por deslizamiento (que el condón se salga completamente del pene) y/o ruptura durante la relación sexual o al retirar el pene

El que su uso no sea constante se puede deber a falta de solvencia económica, el nivel cultural o por factores psicológicos. Solamente a la falta de habilidad del usuario para manejar el condón se puede atribuir su uso incorrecto³⁰.

Se pueden considerar las siguientes como medidas de seguridad y que se deben de recordar al usuario de manera oportuna³⁰:

- Guardar el condón en la bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, bolsa de mano, cajetilla de cigarrillos, caja de chicles, cangurera, pero nunca en la cartera, bolsa trasera del pantalón o falda, ni exponerlo a calor excesivo o al sol
- Usar un condón nuevo cada vez que se tengan relaciones sexuales anales, vaginales u orales
- Nunca usar condones cuyo empaque esté dañado o descolorido por deterioro; verificar el contenido de aire, la fecha de caducidad o de fabricación
- No abrir el empaque con uñas, dientes, navajas o tijeras ya que puede dañar el condón
- Aplicar lubricación adicional reduce la posibilidad de ruptura del condón y aumenta el placer. Se recomienda usar sólo lubricantes basados en agua (los mismos que se usan para ultrasonografía y exploraciones ginecológicas)
- Nunca usar lubricantes basados en aceites o derivados del petróleo, tales como vaselina, aceites de bebé o cremas de belleza, ya que dañan el látex y ocasionan ruptura por pérdida de la elasticidad
- Colocar una vez que el pene está erecto y antes de tener contacto con vagina, ano o boca. Si el pene no está circuncidado, retraer el prepucio y colocar el condón

- Sujetarlo por la punta y desenrollar hasta la base del pene erecto, dejando espacio en la punta del condón y asegurándose de sacar el aire. El aire atrapado puede causar la ruptura del condón. Si no puede desenrollarse es porque está al revés y debe voltearse
- Después de la eyaculación, y con el pene aún erecto, sostener firmemente el condón por la base del pene y retirarse evitando derramamiento de semen dentro de la vagina, ano o boca

Alejado de todo prejuicio o creencia personal y con el conocimiento ya señalado el personal de salud efectúa la promoción del uso del condón como un producto de vital importancia para prevenir las consecuencias no deseadas del ejercicio sexual. Principalmente en el contacto cara a cara en la consejería con los usuarios de los servicios de salud, para hablar de las ventajas del uso del condón, resolver sus dudas, ahuyentar sus temores y ayudar a desarrollar las habilidades para un uso correcto.³⁰

La experiencia a nivel mundial ha mostrado que la promoción del condón incrementa su uso, reflejándose en la disminución de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos no deseados.

¿Quiénes tienen la opción de usar el condón?: tanto para parejas casadas o unidas, hombres y mujeres adultos no casados, personas con múltiples parejas, personas con parejas sexuales ocasionales, adolescentes, hombres que tienen relaciones con hombres, hombres que se relacionan sexualmente con mujeres, hombres y mujeres dedicados al sexo servicio y sus clientes^{10, 20, 21 28, 30}.

Dentro de las estrategias diseñadas para su promoción está el facilitar su distribución en los servicios de salud de manera gratuita, ponerlos en recipientes de vidrio y que se tomen de manera anónima sin que alguien directamente los otorgue, que se encuentren disponibles en distintas áreas de los servicios de salud y que la entrega de los condones no genere una carga administrativa para el personal de salud^{10, 20, 21 28, 30}.

1. 1. 7. 5 Características político- económico-socio-culturales de la epidemia del VIH/SIDA en México.

La importancia de la epidemia a nivel nacional ha generado infinidad de estudios en los que se aborda el papel y la situación de la mujer en el entramado de esta enfermedad, siendo un país donde la equidad de género o la discriminación a las mujeres en muchos aspectos se sigue presentando de manera constante y de cómo esto afecta su situación como grupo ante el VIH^{10, 20 26, 28}.

Las dificultades u obstáculos contra los que se encuentran las mujeres son varios como el que persistan ciertos estereotipos que contradicen la realidad actual^{20, 26, 28}:

- Si bien 40 por ciento de las nuevas infecciones por VIH a nivel global se está produciendo en mujeres, se percibe al SIDA como un problema “de hombres”
- En la gran mayoría de las nuevas infecciones en mujeres se da por transmisión heterosexual, todavía se considera que sólo están en riesgo los hombres homosexuales
- Se conoce que gran parte de los nuevos casos se da entre mujeres que fueron contagiadas por su único compañero estable, persiste la creencia de que si acaso existe algún riesgo para las mujeres, éste sólo puede afectar a las trabajadoras sexuales

Este tipo de creencias se basan y son reforzadas por ideas que se encuentran fuertemente arraigadas sobre las relaciones sexuales y de género legítimas, siendo estas ideas parte de un gran problema que es muy difícil de combatir y se conoce como la cultura de la exclusión^{20 26, 28}.

Toda sociedad genera los mecanismos necesarios para colocar fuera de sus fronteras o segregar aquello que percibe como una amenaza al orden establecido o que simplemente considera diferente o anormal, lo que frecuentemente encarna en grupos visibles, ya sea por su género, color de la piel, clase social o preferencia sexual^{20, 26, 28}.

Por desgracia cuando apareció la epidemia del SIDA, por los mecanismos antes mencionados ya existían grupos estigmatizados de antemano por tener una sexualidad “anormal”, los homosexuales, o que no se sujetan a las normas morales y tradicionales ya establecidas para las mujeres como las trabajadoras sexuales o por tener prácticas consideradas delictivas como los usuarios de drogas, se les asocio inmediatamente al riesgo, excluyendo al resto de él, dentro de esos grupos, a la gran mayoría de las mujeres^{10, 20, 26, 28}.

Otro de los factores que dificultan la situación de la mujer es que las mujeres parecen seres invisibles pues con dificultad se escuchan las voces que tratan de reivindicar las necesidades de las mujeres frente a una epidemia que cada vez las está afectando más y que para los grupos existentes que actúan en el combate a la epidemia del SIDA no les parece trascendente o no consideran que para la mujer sea una prioridad el tema del VIH^{20, 26, 28}.

Estos dos factores antes mencionados se refuerzan mutuamente, ya que es una cultura de exclusión lo que legitima el enfoque de los “grupos de riesgo”.

Son los grupos a los que se considera más visibles, por que cargan con el estigma o por sus reivindicaciones sociales o políticas. Si se puede considerar como un logro de estos grupos es que ya no se les considera como de riesgo, sino se les denomina como vulnerables basado en una visión estructural, sin embargo desde una sociedad excluyente o con inequidad de género en el fondo se les puede seguir considerando como tal como grupos “vulnerables” de alto riesgo²⁸.

Al hablar del concepto de vulnerabilidad se le puede relacionar con debilidad y con la incapacidad de esas personas vulnerables para defenderse o de poder luchar contra algo, sin embargo el concepto de “vulnerabilidad” se refiere más que nada a problemas estructurales²⁸.

Las mujeres, son más vulnerables al VIH que los hombres, al sostener relaciones heterosexuales, por cuestiones biológicas y estructurales vinculadas con su género; además si existe un sistema con desigualdad social se refuerzan con otros factores como la pobreza, la discriminación, la violencia, por razones étnicas o sexuales^{20, 26, 28}.

Entonces el simple hecho de ser mujer hará que el VIH/SIDA las afecte por esa sencilla razón, pero dependiendo de las circunstancias (lugar donde vive, cultura, situación social, económica o política, la edad que tenga, el tipo de relación que tenga heterosexual o bisexual, desempleo o empleo informal, tener un compañero con múltiples parejas de tipo heterosexual o bisexual, el ejercer el trabajo sexual de manera ocasional o como medio para obtener algo) en las que se encuentre cada mujer será mayor el grado de afectación^{20, 26, 28}.

La forma en que actualmente trabajan la mayoría de las ONG's con mujeres y el VIH/SIDA, ha cambiado y las clásicas intervenciones que se realizaban con las trabajadoras sexuales ahora se han dirigido a otros sectores de la población femenina como las niñas, las adolescentes y las jóvenes, tanto de los sectores rurales y urbanos, las mujeres inmigrantes o mujeres con parejas inmigrantes, etc.

La división de esta atención a las mujeres, es con la finalidad de abarcar y abordar al mayor número de esta población que es difícil de delimitar y de ubicar y que se conoce como amas de casa. Pues al ampliar los sectores de mujeres a los cuales se dirigen las diferentes acciones indirectamente se atiende a mujeres que realizan en su hogar la función de ama de casa^{20, 26, 28}.

A estas mujeres no se les considera dentro de los supuestos grupos de riesgo, debido al fenómeno de exclusión ya comentado, pero al tipo de relaciones riesgosas y de una marcada desigualdad de género son estructuralmente vulnerables^{20, 26, 28}.

El modelo de la mujer ama de casa en latinoamericana, es la que se encuentra en edad reproductiva, cuenta con escasa escolaridad, que trabaja básicamente en labores domésticas y en la educación de los niños, que por lo general se encuentra en unión supuestamente monógama y heterosexual, aunque muchas veces ni es monógama y la pareja puede ser bisexual, tiene insuficientes oportunidades de acceso al mercado laboral o si ingresa en situación desventajosa para ella^{20, 26, 28}.

Debido a todas estas circunstancias en la actualidad muchas mujeres han descubierto de manera sorprendente el que están infectadas por el VIH, muchas veces durante el embarazo o después del parto, como resultado de que sus parejas son infieles y sostienen otras relaciones sin algún tipo de protección o el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, o cuando por problemas económicos se ven obligadas a ejercer el trabajo sexual de manera ocasional o que debido a su marginalidad son víctimas de violencia y no les es posible negociar el uso del condón en sus relaciones^{20, 26, 28}.

La difícil situación de la mujer frente a la epidemia del VIH/SIDA se debe en mucho a que en nuestras sociedades el papel de la mujer culturalmente se ubica en el hogar y dentro del matrimonio y para eso se les educa desde niñas y a los niños para que ejerzan ese derecho sobre la mujer^{20, 26, 28}.

Por lo tanto al tener una valoración social de la mujer solamente en el contexto matrimonio-maternidad, la sexualidad se reduce al simple hecho reproductivo y el ejercicio libre, responsable y placentero de esta se ve como pecaminoso o sucio. La valoración social de lo femenino, en la cultura mexicana, se basa en el binomio conyugalidad - maternidad; el conjunto de normas y valores sociales obliga a pensar en el ejercicio libre, responsable y placentero de la sexualidad como algo sucio y pecaminoso^{20, 26, 28}.

Si esto pasa para las mujeres casadas, el panorama para las adolescentes o jóvenes es poco alentador pues en si las campañas de planificación familiar y el uso de anticonceptivos se orienta hacia las mujeres casadas y con hijos, siendo la única situación en las que se les permite separar la sexualidad de la reproducción, por lo que para las adolescentes el que practiquen una sexualidad no reproductiva será rechazada socialmente, al iniciar su vida sexual, la ejerzan con altos riesgos y resulten tres posibilidades: embarazo, aborto y SIDA^{20, 26, 28}.

El complejo entramado de todos estos factores socioculturales incide para que las mujeres sean la población más vulnerable para contraer el VIH/SIDA.

Las normas sociales que establecen roles y comportamientos diferenciados por géneros, no solo condicionan la subordinación y desigualdad femenina, sino que generan representaciones culturales que establecen estereotipos, patrones de comportamiento y prácticas sexuales diferentes para hombres y mujeres^{20, 26, 28}.

Al controlar la sexualidad y reproducción femeninas por medio de la expropiación de los cuerpos de las mujeres es una de las expresiones más importantes de la desigualdad de género. Los cuerpos de las mujeres están, socio-culturalmente, determinados para otros: dar vida, dar placer al marido y servir a la familia^{20, 26, 28}.

El que estos patrones se encuentran tan arraigados en nuestra sociedad no permite que las mujeres tengan control propio de sus cuerpos y les impide, entre otras cosas, el establecer relaciones sexuales con equidad y se limita la posibilidad de que se puedan negociar, que sean placenteras y seguras^{20, 26, 28}.

Todas estas diferencias genéricas que son una característica de las relaciones de poder y de subordinación y que su expresión máxima es el machismo, mas las condicionantes socioculturales no permiten que las mujeres tengan reales posibilidades de protegerse. La misma sociedad genera mujeres desinformadas, devaluadas e ignorantes de su propio cuerpo y de sus derechos por lo que no pueden ejercer plenamente su sexualidad y no tienen el poder de decidir en muchos aspectos^{20, 26, 28}.

Uno de los fenómenos propio de nuestra sociedad que se involucra y está muy relacionado con la epidemia del VIH/SIDA es la migración. La situación económica de México en las últimas décadas es deplorable para la gran mayoría de la población, la falta de empleo, un salario bajo y condiciones laborales desventajosas generan una gran cantidad de inmigrantes que aspiran a mejorar sus condiciones de vida en otro país^{27, 28}.

La situación geográfica de México ubica su frontera norte con los Estados Unidos de América que parte del soporte de su economía se basa en la contratación de mano de obra barata, pero con una remuneración monetaria mejor que en sus países de origen^{27, 28}.

Es tal la situación que se calcula en aproximadamente 2, 500, 000 de personas de México y los países centroamericanos que emigran anualmente hacia los Estados Unidos^{27, 28}.

El conjunto de las poblaciones móviles, los factores sociales y económicos son los que definen las situaciones de riesgo tienen poco que ver con factores individuales^{27, 28}.

El resultado de este fenómeno son algunos estudios que hacen evidente la relación del VIH/SIDA en grupos de población vulnerable, como son los inmigrantes. Algunos de estos resultados son que en Centroamérica y México, los expertos en VIH/SIDA de la región han identificado no menos de 40 localidades que presentan elevada frecuencia de movimientos poblacionales y elevada incidencia de VIH/SIDA. A pesar de que en estas localidades se “sabe” de la existencia de movimientos poblacionales y alta incidencia de VIH no se cuentan con datos que apoyen esta observación^{27, 28}.

Según los reportes se estima que de todas las mujeres inmigrantes indocumentadas el 60%, tiene algún tipo de experiencia sexual en su viaje hacia los Estados Unidos, desde la violación, el sexo coaccionado, hasta el compañerismo^{27, 28}.

Los trabajadores inmigrantes durante su estancia en los Estados Unidos presentan cambios en sus condiciones de vida que se reflejan en sus hábitos sexuales y en la adopción de prácticas de riesgo. Que cuando regresan a sus lugares de origen y tienen relaciones sexuales con sus esposas sin protección alguna las someten al riesgo de infectarse de por el VIH o cualquier ETS^{27, 28}.

Se tienen que tomar en cuenta las características socioeconómicas y culturales de las poblaciones locales, sus actitudes ante los inmigrantes y problemas como el VIH/SIDA, pueden contribuir a desarrollar intervenciones que favorezcan cambios en las relaciones que resulten en la conformación de contextos de menor riesgo para la diseminación del VIH/SIDA en la población inmigrante y local^{27, 28}.

1. 1. 7. 6 La situación real y actual del combate a la epidemia del VIH/SIDA en México

Uno de los principales logros alcanzados en el combate a la epidemia ha sido la cobertura universal de medicamentos utilizados para tratar al SIDA y aun así está latente siempre en riesgo de revertirse^{4, 21}.

Un ejemplo de ello fue el presupuesto de egresos de la Federación para el 2005, en el que sólo se contempló continuar dando tratamiento a 70 por ciento de las personas que lo requerían y dejaba fuera a los más de dos mil pacientes que fueron incorporados en el 2004, faltando además los cerca de tres mil nuevos casos esperados en ese año⁴².

Lo que resulta aún más sorprendente es la cantidad que se destino a prevenir nuevas infecciones por VIH, en ese presupuesto sólo se contemplaba destinar 3.2 millones de pesos, la misma cantidad que un año antes y para la compra de igual número de condones, pero nada para el desarrollo de campañas preventivas ni de sensibilización social en la materia⁴².

El desequilibrio es indiscutible, mientras que la atención y el tratamiento de la enfermedad significa 94.6 por ciento del total de recursos destinados al control de la epidemia, a la prevención sólo se le destina el 1 por ciento de dichos recursos. Aparentemente es con esa estrategia con la que pensó realmente el gobierno federal controlar y erradicar la epidemia del VIH/sida como lo plantea en su Programa de Acción 2000-2006⁴².

La duda también sería sobre cuánto tiempo soportarán las finanzas públicas subvencionar los onerosos tratamientos antirretrovirales sin invertir en la prevención de nuevas infecciones. Por ejemplo las propuestas de presupuesto para el VIH/sida que se enviaron no tuvieron variaciones, es decir, que la cantidad que se solicitó para el 2004 fue la misma que se solicitó para el 2005, como si los problemas también se estancaran. De acuerdo con el proyecto de presupuesto de egresos, la partida presupuestal para el sida es de 360 millones de pesos pero la cifra mínima necesaria para enfrentar de manera óptima ese problema rebasaría los 600 millones de pesos⁴².

Con esa propuesta hecha de las 9,152 personas con SIDA no derechohabientes que requieren de tratamientos, el proyecto se propone cubrir sólo a 6,708, que equivalen al 73 por ciento del total, mucho menos contempla cubrir a los 2,879 nuevos casos de sida que se estima sean diagnosticados en el próximo año. Tan sólo para dotar de tratamientos a estos últimos se necesitaría una cantidad adicional de 150 millones de pesos⁴².

El Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), afirma que para el 2005 se requerirían 554 millones de pesos para cubrir al total de los 12,764 pacientes con sida no asegurados, cantidad muy por encima de los 300 millones presupuestados para la compra de medicamentos antirretrovirales. Además, la misma institución afirma que para cubrir los gastos de las campañas preventivas y de sensibilización a la población se necesitan al menos 52 millones de pesos más.

Todo esto en concordancia con las recomendaciones internacionales que plantean que se debe invertir cuando menos 5,725 pesos o el equivalente en dólares en prevención por año y por persona infectada⁴².

Han sido necesarias las movilizaciones y el cabildeo de los activistas de lucha contra el sida, sumadas a las gestiones de diferentes legisladores, es que se ha logrado aumentar la partida del presupuesto federal asignada a la atención y al tratamiento de las personas con SIDA, de tal manera que, a decir de las autoridades federales, en el 2003 se logró dotar de medicamentos antirretrovirales a todas las personas atendidas por el SIDA. Sin embargo, este logro se pone en duda cada año⁴².

En los últimos cinco años, los recursos federales y estatales destinados al VIH/SIDA en nuestro país se han incrementado de manera sostenida, al pasar de 40 millones de pesos en el 2000 a 600 millones en el 2004, según datos de la Secretaría de Salud. Pero este aumento obedeció sólo a la creciente compra de medicamentos antirretrovirales, el gasto invertido en la prevención se ha mantuvo invariable durante estos años⁴².

La realidad de las cifras señala que la prevención ha sido el elemento más castigado en el gasto federal, pues representa tan sólo entre 7 y 2.5 por ciento del total de los recursos destinados al VIH/SIDA en los últimos años⁴².

Aún con todo lo mencionado anteriormente el Programa de Acción para el VIH/SIDA de la secretaría de Salud se propuso como meta al 2006 reducir 15 por ciento la prevalencia de infecciones entre la población de jóvenes, con el objetivo ya signado de detener la epidemia del sida en el año 2015⁴².

Según datos del Censida, la población de jóvenes de 15 a 24 años tiene aproximadamente 300 millones de relaciones sexuales al año, pero en ese mismo período sólo se distribuyen 85 millones de condones (55 millones por parte del sector público y 30 millones por medio del sector privado)⁴².

Sin embargo, de este número que es mínimo, sólo 10% se usa para prevenir ETS y el VIH. Con esta perspectiva, aunada a los casi nulos recursos destinados a la prevención, evidencian que se está lejos de ofrecer los suficientes condones a ese sector de la población, aparte de la sensibilización necesaria para su uso⁴².

En México, se invierten pocos recursos en la prevención del VIH y además se invierten de manera muy poco eficaz.

En este tipo de situaciones donde los recursos son escasos, la recomendación es focalizar las estrategias preventivas y dirigirlas a los sectores de la población que por sus condiciones de vulnerabilidad están más expuestos al riesgo de infección, siendo en esas circunstancias la forma más eficiente de proteger a toda la población⁴².

Según los estudios realizados demuestran que el real beneficio de la prevención será mayor si el programa se introduce cuando la prevalencia del VIH permanece baja y esa es precisamente la situación de la epidemia en México, su baja prevalencia en el conjunto de la población y su concentración en algunos sectores, lo colocan a México en una situación ventajosa para lograr asestarle un golpe definitivo a la epidemia. Sin embargo, sus autoridades en todos los niveles, en lugar de aprovechar esta oportunidad, le

restan importancia al problema por la razón de que como aún no afecta al conjunto de la población, no se le puede considerar como un problema de urgente atención⁴².

Si se sigue este tipo de lógica que recomiendan las instituciones internacionales, la mayor cantidad de los recursos disponibles para la prevención deberían dirigirse a apoyar acciones preventivas en los sectores de la población más afectados, que en nuestro país continúan siendo los hombres con prácticas homosexuales realizadas en los más diversos contextos. Para confirmar el dato se sabe que de los casos de VIH/SIDA transmitidos por vía sexual, 62% corresponde a hombres que tuvieron sexo con otros hombres⁴².

Se estima que este porcentaje podría ser realmente mayor debido a la negativa de muchos hombres a admitir sus prácticas homosexuales por el rechazo social y el poderoso estigma que pesa sobre ese comportamiento sexual⁴¹⁻⁴⁵.

El dotar de medicamentos a todas las personas que padecen SIDA ha sido uno de los máximos logros alcanzados hasta el momento, ahora el reto consiste en que el tratamiento integral de las personas que viven con VIH/SIDA se pueda sostener⁴².

En el 2002, el costo del tratamiento anual por paciente fue de 51 mil pesos, sin contar los gastos de hospitalización, pruebas clínicas y otros estudios. Si el costo de los tratamientos no sufre rebajas y no disminuyen a la par del número de nuevas infecciones es prácticamente imposible pensar que a largo plazo dicho gasto se pueda mantener^{21, 42}.

Mientras no se tomen medidas enérgicas como las de países como India o Brasil, en donde se canceló la patente a las farmacéuticas y se generaron medicamentos antirretrovirales propios a menores costos y mientras se mantengan los privilegios, los altos costos y la corrupción existente en la compra de los antirretrovirales, no será sostenible este oneroso gasto por parte de la federación⁴².

La excusa, que siempre es la misma, para no realizar esfuerzos eficientes en la prevención del VIH es la falta de recursos públicos. Lo cual fácilmente se puede desmentir al realizar un análisis detallado de la distribución del presupuesto federal (incremento substancial en la partida a la Secretaría de la Defensa) ⁴².

1. 1. 8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993, para la PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA., modificada y publicada en el año 2000.

Para realizar esta norma se consultó a todas las instancias relacionadas con el trabajo en VIH/SIDA incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales aquí todas ellas: Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Coordinación Estatal, Dirección General de Fomento a la Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección General de Planificación Familiar, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Marina, Secretaría de Desarrollo Social, Departamento del Distrito Federal, Mexicanos contra el SIDA. Confederación de Organismos no Gubernamentales, A. C. Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C., Amigos contra el SIDA, A.C., SOMARC The Futures Group, Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, A.C., Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C., Centro de Orientación para Adolescentes, A.C., Colectivo Sol, Salud Integral para la Mujer, Grupo "7 Ecología" ,The Population Council , Colegio Madrid, A.C., Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, A.C., Instituto Mexicano de Sexología, Grupo de Intervención Social en SIDA y Defensa de Derechos Humanos, A.C., Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C., Asociación Mexicana de Infectología, Asociación de Medicina Interna de

México, A.C. y La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C por ultimo³⁸.

El objetivo de la actualización de esta norma radica en la importancia que tiene para la salud de la población, los servicios y la atención que se brinda a esta, dentro de ellos están los que otorga el CONASIDA³⁸.

Todos los organismos que fueron ya mencionados anteriormente han realizado estudios, investigaciones, publicaciones, cuentan con propuestas, planes de trabajo y programas tanto locales, comunitarios o nacionales, que fueron consultados y han sido plasmados en esta norma³⁸.

1. 1. 8. 1 Los Objetivos y el campo de aplicación de la Norma.

Las disposiciones de esta Norma son de orden público e interés social, y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Además de que se tiene que cumplir en todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del país³⁸.

1. 1. 8. 2 Definiciones y especificación de términos.

Como el propósito de esta norma es unificar criterios y que todo el sistema de salud utilice las mismas definiciones para referirse a los diversos aspectos que engloba el VIH/SIDA. Aquí se transcriben tal cual las que serán de utilidad para el actual trabajo³⁸.

CRS: Complejo Relacionado al SIDA. Se utiliza para designar un cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

ELISA: Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay).

Prácticas de alto riesgo: Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

Prácticas sexuales de alto riesgo: Actividades en las que existe penetración pene-vagina o pene-ano, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Precauciones universales: Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.

Pruebas de tamizaje: Pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo o plasma. Incluye metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

Pruebas suplementarias: Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la inmunoelectrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIPA).

Sexo protegido: Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Sexo seguro: Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido pre eyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

1. 1. 8. 3. Las Disposiciones generales

En esta se define que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Solamente es causada por los Retrovirus VIH-1 y VIH-2 y sus formas de transmisión son las siguientes:

- Por contacto sexual con persona infectada por el VIH
- Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes

- Por el uso de agujas y otros instrumentos punzo cortantes contaminados
- De una madre infectada a su hijo, durante el período perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna
- Por trasplante de órganos y tejidos contaminados

También se considera a los grupos de población con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH que son los siguientes:

Aquéllos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo³⁸:

- Hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual
- Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual
- Compañeros sexuales de: personas con VIH/SIDA; personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales; transfundidos entre 1980 a 1987; usuarios de drogas intravenosas y hemofílicos

Usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas³⁸.

Aquéllos expuestos a condiciones de alto riesgo³⁸:

- Hemofílicos y transfundidos entre los años de 1980 y 1987
- Personas transfundidas después de 1987 con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH
- Hijos nacidos de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA

Quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo: a) personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicadura de sangre o secreciones³⁸.

Las personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas por sangre, como las usadas en acupuntura y tatuajes³⁸.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10) describe que la infección por el VIH se presenta en cinco variedades clínicas que son las siguientes:

Las Enfermedades infecciosas y parasitarias resultantes de enfermedad por el VIH B20, es su clasificación numérica y un ejemplo es la siguiente³⁸:

- B20.0 Enfermedad por VIH con infección micobacteriana; Enfermedad por VIH con tuberculosis.

Las Neoplasias malignas resultantes de enfermedad por el VIH, con el B21 como código y el siguiente es un ejemplo³⁸:

- B21.0 Enfermedad por VIH con sarcoma de Kaposi.

Otras enfermedades específicas resultantes de enfermedad por el VIH, el B22 es su código y el siguiente es un ejemplo³⁸:

- B22.0 Enfermedad por VIH con encefalopatía; VIH con demencia.

Otras condiciones resultantes de enfermedad por el VIH, con el B23 como código y el siguiente padecimiento es un ejemplo³⁸:

- B23.0 Síndrome de infección aguda por VIH.

La Enfermedad inespecífica por el VIH es la última variedad clínica, como código tiene el B24 y el³⁸:

- B24.0 Complejo relacionado a SIDA (CRS) sin especificar.

Los siguientes son los criterios con base en estudios de laboratorio, con los que se considerara si la persona se encuentra infectada por el VIH o no³⁸:

- Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo aquélla que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos

positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo.

No se considera a la persona como infectada, si³⁸:

- Sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resultó positiva
- Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero las pruebas suplementarias son negativas

En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria es indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir el diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y suplementaria) tres meses después³⁸.

Solamente se considerará que una persona es un "caso de SIDA", cuando coincida con la siguiente definición:

Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH -ya que la prueba no se realizó o sus resultados son indeterminados- y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA³⁸:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar
- Infección diseminada por *M. kansasii* o complejo *M. avium-intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical)
- Infección por Herpes simplex, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad

Para los pacientes pediátricos se utilizarán los siguientes criterios para determinar si se encuentra infectada o no por el VIH³⁸:

- En menores de 18 meses de edad: una prueba positiva para anticuerpos contra VIH no será definitiva, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno.
- En presencia de sintomatología y alteraciones inmunológicas sugestivas de VIH/SIDA, contar con prueba suplementaria positiva, si bien en menores de 18 meses de edad las pruebas suplementarias como el Western Blot y la Radioinmunoprecipitación no son útiles.

1. 1. 8. 4 Las medidas de prevención.

Las medidas de prevención de la infección por VIH se deben de realizar con toda la población, pero existen y se deben de llevar a cabo actividades específicas con los grupos a los que se considera con más posibilidades de contraer la infección y las recomendaciones que debe observar el personal de salud³⁸:

- La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.

Las acciones preventivas a nivel de educación para la salud, se dirigirán a³⁸:

- Informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia.
- Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para reducir la probabilidad de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Instruir a la población acerca de medidas personales para prevenir esta infección.
- Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o con SIDA.

En lo que se refiere a la participación social se considera lo siguiente³⁸:

- Sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control
- Invitar a personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes y grupos deportivos y grupos de la comunidad a que colaboren en actividades educativas y de promoción
- Capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención de las personas con VIH/SIDA
- Promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad, en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA
- Procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de educación y detección
- Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas
- Educar al personal de salud para reducir el riesgo de transmisión del VIH ocurrida por instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas

Se consideran como medidas fundamentales para prevenir la infección en la comunidad, las siguientes acciones³⁸:

- Informar respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH
- Difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH
- Comunicar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzo cortantes que le den preferencia al uso de material desechable; cuando esto no sea posible, entonces esterilizar y desinfectar en forma adecuada los instrumentos punzo cortantes utilizados
- Evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo

A la población que ya se encuentra infectada por el VIH el personal de salud les debe de instruir las siguientes recomendaciones³⁸:

- Practicar el sexo seguro o sexo protegido (usar el condón de látex o de poliuretano)
- NO donar sangre, semen ni órganos para trasplante
- NO compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas), y en general, objetos punzocortantes de uso personal
- Valorar la conveniencia de evitar el embarazo, recibiendo información sobre el riesgo de transmisión perinatal
- Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de leche materna. En caso contrario, se recomienda continuar la alimentación al seno materno
- Que el paciente informe de su estado al personal que lo atiende, cuando se someta a procedimientos dentales, extracción de sangre, estudios invasivos o cirugías
- Evitar el contacto con pacientes con padecimientos contagiosos
- Evitar el contacto o la convivencia con animales
- No automedicarse
- Solicitar atención médica periódica, aun en ausencia de sintomatología
- Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico
- Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco
- Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales, disponibles en su localidad, que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA o a sus familiares

El personal de salud debe de observar las "Precauciones Universales" en todos los pacientes, que consisten en³⁸:

- Lavar siempre las manos, antes y después de tener contacto con cualquier paciente

- Usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo
- Usar bata, delantales o ropa impermeable, cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo
- Usar máscara o lentes, siempre que exista la posibilidad de salpicaduras
- Desechar las agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con algún desinfectante
- NUNCA recolocar el capuchón de la aguja
- Limpiar las superficies potencialmente contaminadas, con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada

Si a pesar de llevar a cabo las medidas de seguridad ya mencionadas se presenta un caso de probable exposición al VIH por el personal de salud, o por quienes cuidan a personas con VIH o SIDA al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, deben de realizar de inmediato las siguientes acciones³⁸:

1. Suspender inmediatamente la actividad
2. Exprimir la herida para que sangre
3. Lavar con abundante agua y jabón
4. Acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra
5. Constatar por escrito el incidente
6. Tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona era negativa al VIH antes del accidente
7. Establecer las medidas necesarias para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH

8. Recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo), o poliuretano (condón femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión
9. Considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de Zidovudina profiláctica (1,200 mgs. diarios, dividido en tres dosis al día, durante 15 días)
10. Posteriormente, se tomarán muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis y 12 meses, diagnosticándose como caso de "infección ocupacional" aquél que demuestre seroconversión durante dicho período

1. 1. 8. 5 La prueba de detección del VIH/SIDA y los derechos del paciente.

Para todas las detecciones que se realicen de VIH/SIDA se deben de observar los siguientes criterios, que constituyen los derechos de los pacientes³⁸:

- No se solicitará como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica
- No deberá ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no será causal para negar residencia ni podrá ser utilizada para la deportación
- Se regirá por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico
- La entrega del resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó

el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni se comunicará el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano

- Las instituciones del Sector Salud, de acuerdo con sus capacidades, harán todo lo posible para ofrecer el servicio de consejería o apoyo psicológico, a toda persona a quien se le entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación

Para finalizar se hace hincapié en el trato respetuoso y digno que se le debe de otorgar al paciente con VIH, sin ningún tipo de discriminación y otorgarle a su caso el derecho a la privacidad y confidencialidad³⁸.

1. 1. 9 Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1. 1. 9. 1 Definición del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) es el agente infeccioso determinante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae³²⁻³⁴.

Fue descubierto e identificado por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T4.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa³²⁻³⁴.

El VIH tiene un diámetro de aproximadamente 100 - 120 nanómetros. Su parte exterior es la "cubierta", una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió. En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o "glicoproteína transmembrana". Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la "cápside", compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH³²⁻³⁴.

En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV)³²⁻³⁴.

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido hasta entonces, confirmó el descubrimiento, pero llamando al virus human T lymphotropic virus type III (virus linfotrópico T humano tipo III, con las siglas HTLV-III) Posteriormente se produjo una subsecuente disputa sobre la prioridad del descubrimiento y como parte de la resolución del conflicto, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en castellano se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)³²⁻³⁴.

En 1983, en que se identificó el virus, se empezó a trabajar en la secuencia de su genoma, fue publicada a principios de 1985, y comenzó también la caracterización de sus proteínas³²⁻³⁴.

1. 1. 9. 2. Agente etiológico.

El virión (partícula infectante) del VIH difiere en su estructura de los previamente conocidos de otros retrovirus. Mide de 100 - 120 nm de diámetro y es aproximadamente esférico. Su genoma se basa físicamente en dos copias de ARN monocatenario positivo (su secuencia es como la del ARN mensajero correspondiente) arropadas por proteínas, que forman la nucleocápside, y

encerradas dentro de una cápside troncocónica, a su vez rodeada por una envoltura de bicapa lipídica, robada primero a la membrana plasmática de la célula huésped, pero dotada de proteínas propias. Dentro de la envoltura hay también enzimas propias del virus, incluidas una transcriptasa inversa, una integrasa — dentro de la cápside — y una proteasa. La primera es necesaria para la retrotranscripción, la síntesis de ADN tomando el ARN vírico como molde, y la segunda para que el ADN así fabricado se integre en el genoma humano convirtiéndose en provirus³²⁻³⁴.

El genoma del VIH-1, cuando está integrado en el ADN del huésped, es decir en tanto que provirus, mide 9,8 kpb (9.800 pares de nucleótidos). Ambos extremos aparecen flanqueados por secuencias repetitivas (LTR, por long terminal repeats). El provirus contiene 9 genes. Tres de ellos codifican para proteínas estructurales comunes a todos los retrovirus (los genes *gag*, *pol* y *env*), siendo los seis restantes genes no estructurales, que codifican para dos proteínas reguladoras (genes *tat* y *rev*) y cuatro para proteínas accesorias (genes *vpu*, *vpr*, *vif* y *nef*). El genoma del VIH-2 es algo más largo (10,3 kpb) y le falta el gen *vpu*, presentando en su lugar otro llamado *vpx*^{33, 34}.

Las proteínas estructurales son codificadas por los genes *gag*, *pol* y *env*, y su secuencia cubre la mayor parte del genoma viral, quedando sólo una parte menor para el resto de los genes^{33, 34}.

El gen *gag* es traducido a una proteína precursora, la p55, que luego se asocia, durante la gemación por la que se liberan nuevas partículas víricas desde de la célula infectada, a dos copias del ARN viral, para el que presenta una región afín, y a otras proteínas virales y celulares. Una proteasa, producto del gen *pol* corta durante la maduración del virión la p55 en cuatro proteínas que se incorporan a sus lugares respectivos (32-34)^{33, 34}:

- La proteína p24 forma la cápside
- La proteína p17 constituye la matriz, situada bajo la envoltura, a la que estabiliza. Una parte del complejo molecular que acompaña al ADN viral al interior del núcleo. En la superficie de la proteína existe una región cariofílica (literalmente afín al núcleo) que es reconocida por la maquinaria molecular de

importación nuclear. Éste es el mecanismo que permite al VIH infectar células diferenciadas, no destinadas a dividirse, algo que no ocurre en ningún otro retrovirus

- Las proteínas p6 y p7 (ó p9) forman la nucleocápside. La región de la p55 correspondiente al polipéptido p6 es responsable de la incorporación de la proteína accesoria Vpr (producto de la traducción del gen *vpr*) al virión en formación y de la interacción con la membrana de la célula que hace posible la gemación. La p7 (p9) es responsable del reconocimiento y la incorporación del ARN al virión y además interviene en la transcripción inversa facilitándola

Dentro de la cápside, además de las dos copias idénticas del ARN viral hay ejemplares de tres enzimas necesarias para la multiplicación del virus: una transcriptasa inversa, una integrasa y una proteasa. Estas enzimas, así como una ARNasa se producen a partir de la proteína Pol, después del corte de una proteína precursora mixta derivada de la cotraducción, una de cada 20 veces, de los genes *gag* y *pol*. La propia proteasa vírica rompe la proteína anterior, con una eficiencia limitada, para obtener las proteínas Gag (p55) y Pol. Luego la proteína precursora Pol es cortada a su vez para formar las cuatro proteínas funcionales citadas^{33, 34}:

- La proteasa (p10). Se trata de una aspartil-proteasa cuya forma funcional es un dímero del que se conoce la estructura tridimensional. Actúa cortando las piezas de las proteínas Gag, Pol y de la Gag-Pol. Una parte de los fármacos empleados contra el VIH son inhibidores de su función
- La transcriptasa inversa (p50) cuya función es la síntesis del ADN de doble cadena del provirus usando como patrón la cadena singular del ARn viral. Es una ADN-polimerasa que puede actuar como dependiente del ADN tanto como del ARN. Una vez formada la primera cadena de ADN, complementaria del ARN viral, la ARNasa lo separa de él, lo que permite a la transcriptasa inversa ejecutar la síntesis de la segunda cadena de ADN tomando como molde la primera que se formó. Así pues, para la síntesis de la primera cadena la actividad de la transcriptasa inversa es ARN-dependiente, pero para la de la segunda es ADN-dependiente
- La ARNasa (p15), que como se ha dicho separa las cadenas de ARN de las de la ADN durante la transcripción inversa

- La integrasa (p31) realiza la inserción del ADN proviral en el genoma de la célula huésped. No se requiere ATP para su actividad y debe cumplir sucesivamente tres funciones^{33, 34}:
 - Con una actividad exonucleasa corta dos nucleótidos del extremo 3' de cada una de las dos cadenas del ADN proviral
 - Con una actividad endonucleasa (de doble cadena) corta el ADN del huésped en el punto de integración. No hay un lugar fijo en el genoma para que esto se realice, sino que ocurre en cualquier región muy accesible de la cromatina, lo que se supone que favorece la expresión del provirus, al coincidir esas regiones del genoma con las más transcritas
 - Por último, con una actividad ligasa el ADN proviral es soldado, mediante sólo un enlace covalente en cada extremo, en el ADN celular

Productos del gen env.

La envoltura se basa en una bicapa lipídica, lo mismo que cualquier membrana biológica, y sus componentes estructurales básicos proceden de la membrana plasmática de la célula parasitada. Pero la envoltura porta además regularmente espaciadas 72 espículas, que son complejos proteicos integrados en la membrana formados por proteínas virales codificadas por el gen env. Cada espícula está formada por una pieza de la proteína gp41, integral en la membrana, y una cabeza externa formada por la proteína gp120, esencial para el acoplamiento con el exterior de ciertas células previo a su adaptación. Entre los dos componentes de las espículas existe una unión no covalente. Las proteínas gp41 y gp120 se sintetizan como una sola poliproteína, gp160, con la información del gen env antes de que sea cortada por una proteasa de la célula. La proteína Env existe como trímero en la superficie de los viriones y las células infectadas^{33, 34}.

Proteínas reguladoras. Tat.

La proteína Tat existe en dos formas, una larga, de 101 restos aminoácidos de longitud, y otra más corta, de sólo 72. La segunda se produce cuando en fase temprana se produce una edición completa del ARNm viral, la primera cuando en una fase más tardía sólo se realiza una edición parcial. La proteína Tat (por

transactivador) es imprescindible para la producción de nuevos viriones, que promueve activamente. La proteína se une a una región de 59 nucleótidos situada en el extremo 5' del ARN viral llamada TAR (Transactivator Active Region) y actúa como un transactivador, algo excepcional, puesto que éstos suelen unirse al ADN, no al ARN. En cuanto este extremo inicial del genoma viral ha sido transcrito desde el ADN proviral, la proteína Tat se une a él y promueve su elongación favoreciendo la transcripción del resto de la cadena^{33, 34}.

Las células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las células de Langerhans y las células de microglía del cerebro. La replicación viral tiene pues lugar en tejidos diversos (de ganglios linfáticos, intestino, cerebro, timo). Los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular la sangre y las secreciones genitales^{33, 34}.

1. 1. 9. 3. Ciclo de replicación del VIH

La replicación del virus se desarrolla en las siguientes etapas^{33, 34}:

- La fijación representa la primera etapa en la unión a una célula. Se basa en el reconocimiento mutuo y acoplamiento de proteínas de la envoltura del virión, las gp120 y gp41, y los receptores de la célula blanco, los CD4. Este reconocimiento no es posible sin ayuda de correceptores propios de las células susceptibles de ser invadidas; en el caso de los macrófagos son los CCR5 y en el caso de los LT4, los CXCR4, que interactúan con la proteína superficial. Macrófagos y LT4 tienen en común su principal receptor: el receptor CD4. Este reconocimiento es condición obligada para que el virus llegue a penetrar en la célula y continuar con el proceso de infección
- La penetración es el segundo paso: una vez reconocido el virión por los receptores de superficie, se vacía dentro de la célula fusionándose la envoltura lipídica del virión con la membrana plasmática de la célula. Protegidos por la cápside y las nucleocápsides, los dos ARN mensajeros que forman el genoma viral y sus proteínas asociadas se encuentran ahora en el citoplasma

- Eliminación de las cubiertas proteicas, cápside y nucleocápsides, quedando el ARN vírico libre en el citoplasma y listo para ser procesado
- La transcripción inversa del ARN vírico para formar ADNc (ADN complementario, monocatenario) con la misma información. Cada una de las dos moléculas de ARn llega desde el virión asociada a una molécula de transcriptasa inversa que se ocupa del proceso. Las dos moléculas de ADNc se asocian para formar una molécula de ADN, que es la forma química de guardar la información que una célula eucariota es capaz de procesar
- El paso siguiente es la integración del genoma vírico en el genoma de la célula huésped. Para ello penetra en el núcleo y se inserta en el ADN celular con ayuda de una integrasa, que procede del virión infectante
- La transcripción del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula. El resultado de la transcripción es un ARNm (ARN mensajero)
- El ARNm obtenido es complejo, constituido por una sucesión de intrones (partes no informativas) y exones (partes informativas). Debe ser procesado por cortes y reempalmes antes de que la información que contiene pueda servir para fabricar las proteínas correspondientes. Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares
- Una vez en el citoplasma el ARNm proporciona la información para la traducción, es decir, la síntesis de proteínas, que es realizada a través del aparato molecular correspondiente, del que forman la parte fundamental los ribosomas. El resultado de la traducción no consiste inmediatamente en proteínas funcionales, sino en poliproteínas que aún deben ser cortadas en fragmentos
- Por acción de proteasas específicas del VIH, las poliproteínas producto de la traducción son procesadas, cortándolas, para formar las proteínas constitutivas del virus
- Las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN provirales, para formar los componentes internos de la estructura del virión, los que constituyen la cápside y su contenido
- El último paso es la gemación, cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una verruga que termina por desprenderse, formando un nuevo virión o partícula infectante. En cada célula infectada se ensamblan varios miles de nuevos viriones, aunque muchos son incompletos y no pueden infectar

1. 1. 9. 4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) afecta a los humanos infectados por el VIH, ya anteriormente descrito. Se dice que una persona padece SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de Linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier antígeno que entra al cuerpo humano^{33, 34}.

Esta respuesta se lleva a cabo por los llamados linfocitos CD4. Pero el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos. Una vez adentro, el virus les introduce su propio material genético y los utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células CD4. Mientras, las células de donde salieron mueren y el ciclo se repite una y otra vez^{33, 34}.

Ya que la persona se haya infectado por el VIH cursará por varios estadios que son los siguientes^{33, 34}:

- **A:** En esta categoría se incluyen pacientes con infección primaria y asintomático
- **B:** Pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH (fiebre (> 38,5°C) o diarrea de más de 1 mes, herpes zoster, neuropatías periféricas, candidiasis oral, leucoplasia o leucoplaquia oral vellosa, etc.)
- **C:** Pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de SIDA de 1987 de la OMS

Cada estadio tendrá tres subniveles que dependerán del número de linfocitos CD4^{33, 34}.

- A. Mayor de 500 cel/ml
- B. De 200 a 499 cel/ml
- C. Menor de 199 cel/ml

Como ya se explico anteriormente no todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA. El criterio para diagnosticar el SIDA puede variar de región en región, pero el diagnóstico típicamente requiere^{33, 34}:

- Un conteo absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico
- La presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas

La persona infectada por el VIH es denominada seropositiva o VIH positivo (VIH+) y a los no infectados se les llama VIH negativo (VIH-). La infección primaria por VIH es llamada seroconversión y puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, artralgias y mialgias, disfagia y adenomegalias. En esta etapa la persona infectada es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todas las personas que recién se han infectado de VIH presentaran estos síntomas y eventualmente todos los individuos se vuelven asintomáticos³²⁻³⁴.

El tiempo que demora el diagnóstico de SIDA desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años³²⁻³⁴.

1. 1. 9. 5. Tratamiento antirretroviral

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. Son varias combinaciones de tres o cuatro fármacos y se conocen como Terapia Antirretroviral Altamente Supresiva^{34, 35}.

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 350 CD4+/mm³ como el parámetro para iniciar la terapia antirretroviral^{34, 35, 38}.

El VIH tiene un ciclo vital que puede ser tan corto como 15 días, desde el ensamblado en una célula infectada hasta la infección de una nueva célula. Las combinaciones de antirretrovirales van a actuar incrementando el número de obstáculos para la mutación viral, manteniendo bajo el número de copias virales^{34, 35}.

Las combinaciones de antirretrovirales pueden ser de sinergismo positivo o negativo. Esto limita el número de combinaciones disponibles. Por ejemplo, la combinación de ddI y AZT es de sinergismo negativo, ya que tomados juntos, cada fármaco inhibe la acción del otro³⁵.

Fármacos Antirretrovirales

Inhibidores de Transcriptasa Inversa

La transcriptasa inversa es una enzima viral que el VIH requiere para su reproducción. La inhibición de esta enzima impide el desarrollo de ADN viral basado en su ARN. Existen tres clases:

Inhibidores Análogos Nucleósidos.

Fueron la primera clase de antirretrovirales desarrollados³⁵:

- Zidovudina: Llamada anteriormente azidotimidina, sus siglas son AZT o ZDV y está comercializado como Retrovir and reg por GlaxoSmithKline (GSK); es un análogo de la timidita
- Didanosina: También conocida por su sigla ddl, nombre comercial: Videx, Videx EC, análogo de la adenosina
- Zalcitabina: También conocida por su sigla ddC, dideoxicitidina, nombre comercial: Hivid, análogo de pirimidina
- Estavudina: También llamada d4T, Nombre comercial: Zerit, Zerit XR, análogo de timidita
- Lamivudina: también llamada 3TC, nombre comercial: Epivir, análogo de citidina
- Abacavir: también llamado ABC, nombre comercial: Ziagen, análogo de guanosina
- Emtricitabina: también llamada FTC, nombre comercial : Emtriva, análogo de citidina

Inhibidores de Transcriptasa No-Nucleósidos³⁵:

- Nevirapina: nombre comercial : Viramune
- Delavirdina: nombre comercial : Rescriptor
- Efavirenz: nombre comercial: Sustiva, Stocrin

Inhibidores de transcriptasa Análogos de Nucleótido

Normalmente, los análogos nucleósidos se convierten en el cuerpo a nucleótidos, por lo cual el saltarse este paso deriva en menor toxicidad³⁵:

- Tenofovir disoproxil fumarato: o tenofovir o TDF, nombre comercial : Viread
- Adefovir: también conocido como bis-POM PMPA, nombre comercial : Hepsera

Inhibidores de Proteasa

La proteasa es una enzima requerida por el VIH para el ensamblaje final de los viriones, por lo cual su inhibición resulta en inhibición de la replicación viral³⁵:

- Saquinavir: nombre comercial Invirase
- Ritonavir: nombre comercial: Norvir
- Indinavir: nombre comercial: Crixivan
- Nelfinavir: nombre comercial: Viracept
- Amprenavir, nombre comercial: Agenerase
- Atazanavir: nombre comercial : Reyataz
- Fosamprenavir, nombre comercial: Lexiva pro-fármaco de amprenavir

Inhibidores de Fusión

Impiden la entrada del virus a la célula previniendo la infección de células sanas³⁵:

Enfuvirtide: nombre comercial: Fuzeon, también conocido por las siglas T-20.

Combinaciones Fijas

Unión de varios principios activos en un solo comprimido o cápsula³⁵:

- Combivir = AZT + 3TC

- Trizivir = ABC + AZT + 3TC
- Kaletra = lopinavir + ritonavir
 - . Kivexa (nombre en Europa) o Epzicom (nombre en EEUU) = ABC + 3TC
- Truvada = tenofovir + emtricitabina
- Atripla = tenofovir + emtricitabina + efavirenz

1.2 Planteamiento del problema

La consejería es una técnica con más de 60 años de antigüedad difundida en los Estados Unidos que principalmente se ha desarrollado en un marco educativo y social. Además de adaptar con el paso del tiempo elementos de movimientos sociales o de corrientes teóricas y técnicas propias de la psicometría, la salud mental o la terapia centrada en el cliente de Rogers¹ entre otras. Desde el principio al consejero se le asignó el papel de brindar asesoría, orientación o consultoría a otras personas^{1, 22}.

Al realizarse la consejería en un medio privado y propicio para generar confianza se puede hablar de cualquier tipo de problema dependiendo de la situación, con la finalidad de mejorar su calidad de vida^{1, 39}.

Por lo que se constituye como una especie de acompañamiento psicológico y social que es necesario cuando se presenta un periodo de dificultad o de crisis que requiere de un apoyo en particular^{1, 6, 10}.

La consejería se ha aplicado a diferentes temáticas, pero ha sido utilizada con una buenas experiencias por organizaciones civiles que se vinculan con la promoción de los derechos humanos y el bienestar de las personas que enfrentan desigualdad social, estigmas, discriminación o injusticia social^{28, 50}.

Por sus características ofrece muchas ventajas y es una estrategia muy eficaz para apoyar trabajos vinculados con la salud. Porque cuenta con elementos de entrega de información, el apoyo emocional, favorece el desarrollo de capacidades y la toma de decisiones que son de especial utilidad en las acciones de salud vinculadas a la realización de exámenes, entrega de diagnóstico, necesidad de incorporar o modificar hábitos o estilos de vida y favorecer el autocuidado^{1, 3, 4, 10, 11, 15}.

En las últimas décadas el tema del VIH/SIDA ha acaparado el interés del personal de salud y de las organizaciones civiles, debido a los múltiples factores que se ven involucrados en su presentación (políticos, sociales, económicos, culturales, éticos, religiosos y laborales)⁵¹.

Debido a esto su tratamiento como toda enfermedad debe de ser integral, por lo que se consideran aspectos de tipo emocional ligados al VIH, como manera de prevención la promoción de conductas más saludables en la población y desarrollar un papel activo en el autocuidado por parte del usuario^{28, 39, 51}.

Además de que ha sido confirmada su importancia por el apoyo emocional y por ser predictor de bienestar y mejoría en la calidad de vida de todas las personas que se ven afectadas por el VIH/SIDA.

A partir de 1987 es que decide la Organización Mundial de la Salud aplicar la consejería como estrategia de apoyo psicosocial elegida ante el VIH/SIDA, debido a que reduce el sufrimiento psicológico, la prevención de la transmisión, la mejora o el mantenimiento de la calidad de vida y disminuir la necesidad de internamientos por recaídas o de otro tipo de cuidados hospitalarios^{1,39}.

Los estudios realizados al respecto han demostrado que la consejería fomenta el fortalecimiento de la prevención, ayuda en la toma de decisiones informadas relacionadas con el VIH y favorece que las personas que estén viviendo con el VIH se acepten y se puedan enfrentar adecuadamente a su situación^{5, 10, 31}.

Las instituciones gubernamentales de salud de cada país son las encargadas de implementar los servicios de consejería en sus diferentes regiones, se guían en normas internacionales o nacionales para darles una estructura similar en todos los países, pero dependerá de las condiciones propias de cada lugar de las características que tenga la consejería, es decir van a influir factores epidemiológicos como la prevalencia, distribución y tendencias del VIH, que en el caso de México la epidemia del SIDA se considera como concentrada y presenta una prevalencia de hasta 15% en hombres que tienen sexo con hombres, de un 6% en usuarios de drogas intravenosas y solamente y solamente de un 0.09% en mujeres embarazadas^{19, 21, 25, 26}.

La prevalencia de infección por VIH ha permanecido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población¹⁹.

En cuanto a su distribución por sexo los datos que se tienen indican que se distribuye así, el 85.7% del total de casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 14.3% a mujeres¹⁹.

Lo que se refiere a su distribución geográfica en los estados de la república los que cuentan con la mayor tasa acumulada de SIDA son el Distrito Federal, Jalisco y Morelos y los que tienen menores tasas acumuladas son Chiapas, Zacatecas y Guanajuato¹⁹.

Los factores socioculturales también influyen y son principalmente los tipos de actitudes sociales o de los grupos sociales considerados claves en la sociedad, como es sabido, la principal vía de transmisión del virus aquí en México es la vía sexual, en

un país en donde la sexualidad se maneja con una doble moral, con prejuicios e infinidad de conceptos arcaicos. Por ejemplo, los registros indican que el mayor número de afectados son personas del sexo masculino que principalmente lo han adquirido el VIH de sostener relaciones sexuales con otros hombres, situación que la mayoría llega a negar por el gran estigma social que carga este tipo de comportamiento sexual en nuestra sociedad y que de manera indirecta afecta al sector considerado como más desprotegido que es de las mujeres- amas de casa que confían en la fidelidad de su pareja y mucho menos piensan que su orientación sexual sea bisexual^{10, 20, 26, 28}.

Dada la importancia de la epidemia del VIH/SIDA por los enormes efectos a nivel biológico, social, mental y las repercusiones políticas y económicas, la Secretaría de Salud creó el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida) que a su vez se encargó de la instalación de los Consejos Estatales de VIH/sida (Coesidas), supeditados a los gobiernos de los estados y encargados de coordinar los trabajos de los diferentes sectores de salud estatales y con la finalidad de crear un programa propio en los servicios estatales de salud³⁸.

En este momento todos los estados del país cuentan con un programa de VIH/sida en funciones. Se calculó que para el año dos mil existían aproximadamente 61 servicios especializados en todo el país y se contaban con laboratorios básicos certificados debidamente certificados que sirven de apoyo en los 32 estados⁴².

Para abordar este problema el gobierno del Distrito Federal, por medio de la Secretaría de Salud, estructuró el Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México que cuenta con Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntarios, en los que además de practicar la prueba de detección de anticuerpos al VIH se proporcionan servicios de asesoría psicológica, prevención de ETS y salud sexual reproductiva, entre otros temas de importancia. En cada una de las 16 delegaciones políticas del DF existen estos centros^{4, 55}.

Con este tipo de programa se trata de brindar una respuesta integral a esta epidemia con la finalidad de ayudarles a las personas beneficiadas a recuperar años con mejor calidad de vida, reintegración social, familiar y mejorar su situación laboral. Los principios básicos en los que se basa el programa es el combate de forma permanente al estigma y a la discriminación que se asocian con los grupos considerados vulnerables y el realizar acciones transversales en el combate a la epidemia del VIH⁴.

En este aspecto de la transversalidad la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF) ha interactuado con el comité intersectorial del Consejo de Salud del Distrito Federal y que ha contado con la colaboración de varios sectores del GDF, entre ellas la mayor parte de las direcciones generales de las secretarías de Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social y la Procuraduría Judicial^{4, 55}.

Por lo tanto la SSDF ha establecido de momento una infraestructura suficiente y eficiente para brindar consejería y el diagnóstico de VIH^{4, 55}.

Dentro de esta infraestructura en la delegación Tlalpan se encuentra ubicado el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la SSDF, el cual cuenta con un Centro de Consejería y diagnóstico voluntario, en servicio desde el año 2001 y que hasta este mes de junio del año 2006 ha otorgado el servicio a 1,800 personas, a los cuales se les aplica el formato de Ficha de Datos Generales que proporciona la propia SSDF (ver anexo 1), con el que se obtienen los datos personales del usuario y el motivo de la consulta al servicio y toda esta información se tiene debidamente archivada en la oficina del Centro de Consejería del Centro de Salud^{4, 55}.

Sin embargo no se ha hecho ningún análisis de esta valiosa información que se obtiene durante la consejería al llenar los cuestionarios de datos personales y valorar las características sociales y demográficas del usuario que acude al Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

1.3 Justificación.

Desde que se conocieron los primeros casos de VIH/SIDA, en el mundo y en el país, hasta la fecha actual se sigue transmitiendo día a día la infección, por lo que se considera actualmente como una epidemia, el número de personas infectadas se incrementa diariamente de manera alarmante^{19, 41}.

La infección por el VIH afecta el sistema inmunológico de la persona lo cual lo predispone a infección oportunista o también afecta al mismo tiempo que otras enfermedades, con lo cual se han incrementado los índices de morbilidad -mortalidad de todos los países afectados^{32, 33, 34, 40}.

La importancia de esta enfermedad es por el grado significativo de afectación a distintos niveles y esferas. La infección por el VIH es hasta el momento incurable y los medicamentos que se usan para su control los llamados antirretrovirales, generan un gasto cuantioso a las instituciones de salud por el altísimo costo de los medicamentos^{26, 27, 28, 29}.

Los gobiernos de los países por diferentes circunstancias se agrupan en diferentes organismos internacionales uno de ellos es la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE, que dependiendo de la situación macroeconómica de cada país lo sitúa en cierto nivel de ingresos, a México se le otorga la categoría de ingresos medios, cuando en realidad existe una marcada desigualdad social y se tiene para la mayoría de la población un salario mínimo de aproximadamente 50 pesos diarios⁴².

Al ser ubicado en esta situación el país, las empresas farmacéuticas tienen el derecho de incrementar los costos de los medicamentos, lo cual genera una derrama económica a las finanzas públicas de millones de pesos que difícilmente podrá ser sostenida por mucho tiempo⁴².

Otra de las formas en que afecta la esfera económica es que el sector de población que con mayor frecuencia se ve afectado por la infección es el grupo de población económicamente activa, aparte de las recaídas que pueden presentar, con sus correspondientes ingresos hospitalarios²⁶⁻²⁹.

Con el desarrollo de la epidemia se le han atribuido de manera injusta a grupos de personas que no coinciden en diferentes aspectos con el resto de la población, como responsables de la propagación del virus, se les ha estigmatizado, discriminado, por igual a homosexuales, consumidores de drogas, personas ya infectadas por el VIH o

mujeres, se les impide de manera ilegal el acceder a puestos de trabajo, se les despiden injustificadamente a pesar de que muchas de las leyes o normas nacionales e internacionales lo impiden o están en contra de este tipo de conductas, se ignora y no se aplican^{28, 41-45}.

La sociedad organizada en grupos con distintos intereses o fines han implementado como estrategia de combate a la epidemia la consejería en VIH/SIDA, que se ha demostrado que como medida de prevención hasta el momento ha sido la más efectiva, sustentada en infinidad de artículos científicos, siendo la estrategia prioritaria en la mayoría de los programas establecidos a nivel mundial⁴¹⁻⁴⁵.

Aparte del hecho de entregar información sobre el VIH al usuario que solicita el servicio de consejería se obtienen datos acerca de su estado civil, estilo de vida, ocupación, preferencia u orientación sexual y los motivos por los que acude a la consejería, todo esto se recibe de manera directa por parte de la persona, los años que se tienen de práctica en la consejería y en los que se ha analizado este tipo de información ha permitido que se mejoren las actividades que se realizan en la consejería, se ha clarificado la información para que permita el aclarar las dudas de la gente, que sea entendible la información y mejorar los conocimientos de la enfermedad, pero lo más importante y uno de los principales objetivos de la consejería ha sido el lograr que la gente, primero exprese abiertamente sus conductas de riesgo y sus estilos de vida, para que con la información brindada se logre hacer conciencia de lo importante de modificar sus conductas y que empiece a poner en práctica acciones saludables que lo beneficiaran a el usuario y de manera indirecta a su familia y su entorno^{1, 39}.

Es necesario aparte de realizar la consejería el reforzar con diferentes estrategias los logros obtenidos en cuanto a modificaciones de conducta para que se hagan un hábito y evitar que la persona vuelva a presentar prácticas de riesgo que nuevamente generarían un espiral con la que se afectarían todos los elementos relacionados con la persona.

Como parte del programa de VIH-SIDA en la Ciudad de México se crearon los Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntario de VIH, siendo el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana uno de los beneficiados de contar con uno de ellos^{4, 55}.

Se han realizado labores por un lapso de cinco años y toda la información obtenida durante este tiempo se encuentra archivada de manera adecuada en la sección de

consejería del Centro de Salud, no se ha realizado hasta este momento algún tipo de análisis o estudio de esta información, siendo de vital importancia el que se conozca esta información y se analice con lo cual se puede: Identificar el perfil social y demográfico de los usuarios que acuden al servicio de consejería; identificar el patrón de uso del usuario que solicita el servicio de consejería; planear estrategias que incidan sobre los patrones de uso ya identificados para poderlos modificar; identificar los aciertos y corregir los errores que se cometen al brindar la consejería; mejorar el servicio que se otorga de consejería; planear o estimar las situaciones futuras en las que acudirán los usuarios al servicio de consejería; promover el uso del servicio de consejería para que con la información obtenida se influya en mejorar la educación para la salud y lograr que los aciertos identificados a nivel local se puedan en su momento aplicar a la totalidad del programa de VIH de la Ciudad de México.

Este trabajo de investigación se divide en dos partes, en la primera se enfoca específicamente en las características, organización y al proceso de atención en el servicio del CCDV y en la segunda se abarca en general la experiencia obtenida en el CCDV desde el 2001 hasta el 2006.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar la experiencia obtenida en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, de la SSDF, durante los años 2001 a 2006.

1.4.2 Objetivos Específicos

- A.** Conocer el perfil social y demográfico del usuario que acude a la consejería en VIH en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- B.** Determinar el perfil en general de los usuarios al Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- C.** Describir el funcionamiento del servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- D.** Identificar los patrones de uso de las personas que solicitan el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- E.** Determinar el número de personas que se han realizado la prueba de anticuerpos para VIH en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- F.** Determinar el número de personas con resultado positivo de la prueba de anticuerpos para VIH el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- G.** Determinar si las experiencias obtenidas en el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana se pueden aplicar en otros CCDV.

- H.** Describir las actividades, la organización y la operación del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- I.** Identificar el proceso de atención de las personas que solicitan el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

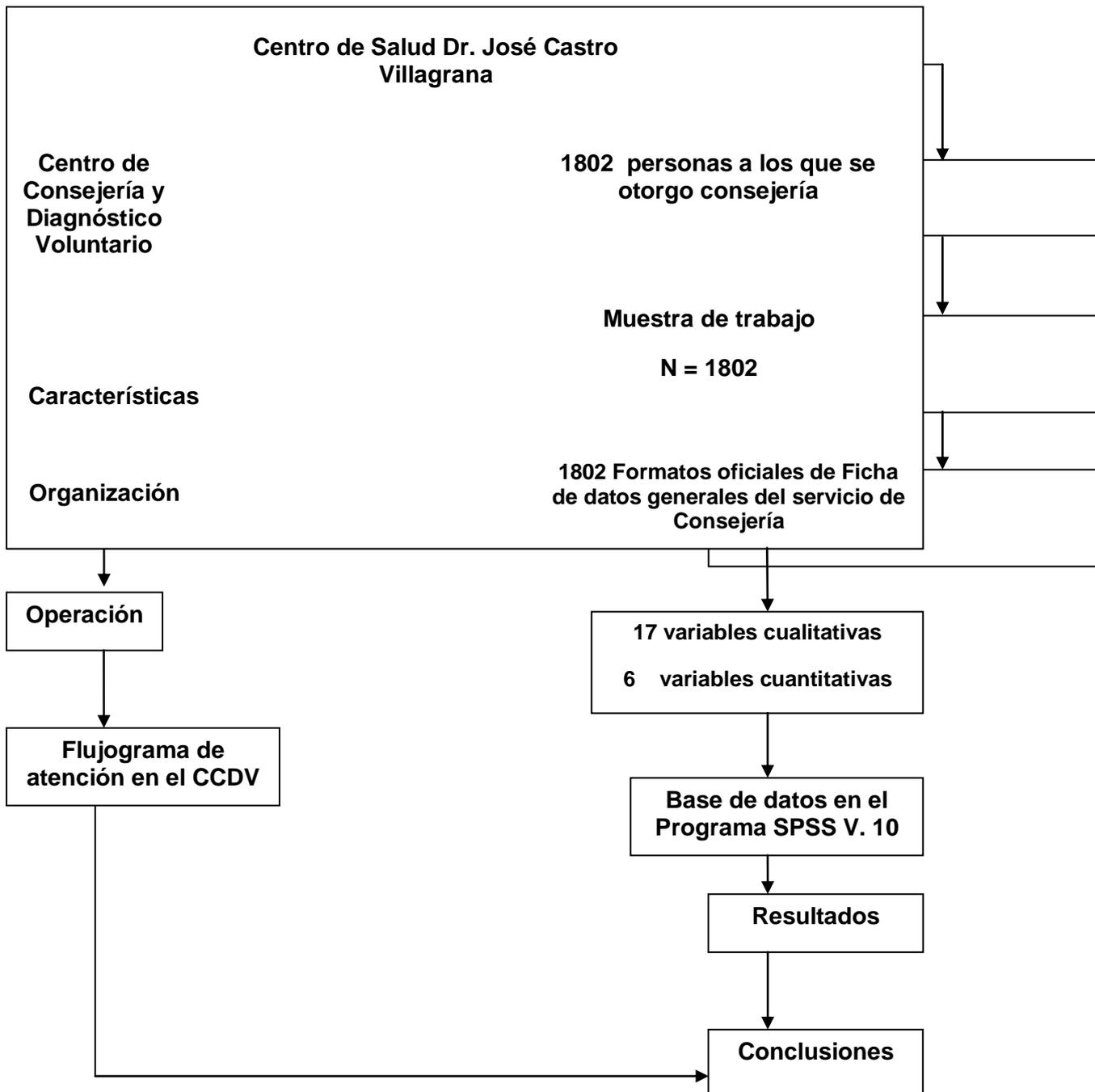
- J.** Construir el flujograma de atención de los usuarios servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

2. Material y métodos

2.1 Tipo de estudio

El área de investigación en Medicina, Ciencias Médicas y Ciencias de la Salud a la que pertenece este estudio es la Socio médica. Es una investigación de tipo cuantitativa y el diseño del estudio es de tipo Retrospectivo, descriptivo y transversal. Además se realizó una documentación cualitativa acerca del servicio de consejería del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

2. 2 Diseño de investigación del estudio (etapas generales del estudio)



2.3 Población, lugar y tiempo

Toda persona que haya solicitado el servicio de Consejería y diagnóstico Voluntario en el Centro de salud Doctor José Castro Villagrana de la SSDF, ubicado en las calles de Carrasco esquina Coapa en la colonia Toriello Guerra de la delegación Tlalpan en el Distrito Federal en el periodo de tiempo comprendido del mes de junio del 2001 a mes de junio del 2006. Siendo realizados en este tiempo un total de 1802 cuestionarios para igual número de personas.

2.4 Muestra

Se incluyó a toda la población de registros disponibles en el centro de consejería, siendo $N = 1802$.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.5.1. Criterios de inclusión

Todo tipo de persona, sin ningún tipo de distinción, que haya acudido a solicitar voluntariamente el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana durante el periodo de junio del 2001 a junio del 2006 y que se cuente con una ficha de datos generales por cada persona.

2.5.2 Criterios de exclusión

Las personas que acudieron al servicio de consejería fuera del periodo de tiempo considerado.

2.5.3 Criterios de eliminación

Las fichas de datos generales que no tengan la información completa, no sea legible, no sea entendible o se dificulte su lectura.

2. 6 Variables

A continuación se describen las variables según su tipo, escala y valores de la mismas, que integran el formato oficial de la ficha de datos generales (ver anexo 2).

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Nombre o identificador	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombre del paciente
Originario de	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombres del estado 1= Aguascalientes 2= Baja California 3=Baja California Sur 4= Campeche 5=Coahuila 6= Colima 7= Chiapas 8= Chihuahua 9=Distrito Federal 10=Durango 11= Guanajuato 12= Guerrero 13= Hidalgo 14= Jalisco 15= México

			16= Michoacán 17=Morelos 18= Nayarit 19= Nuevo León 20= Oaxaca 21= Puebla 22= Querétaro 23= Quintana Roo 24= San Luis Potosí 25= Sinaloa 26= Sonora 27= Tabasco 28= Tamaulipas 29= Tlaxcala 30= Veracruz 31= Yucatán 32= Zacatecas 33= Extranjero
Residencia actual	Cualitativa	Nominal (textual)	Se repite la misma numeración de la variable anterior
Desde cuando	Cuantitativa	Continuo	Número total de días, meses o años que llevan viviendo en

			el Distrito Federal
Edad	Cuantitativa	Continua	No se tomaron en cuenta meses, solamente años y se cuantificaron en números enteros
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria 0=Analfabeta 6=Primaria 9= Secundaria 12= Bachillerato 16=Licenciatura 18=Doctorado
Empleo u ocupación	Cualitativa	Nominal (textual)	1=Ama de casa 2=Jubilado 3=Desempleado 4=Subempleado 5=Menor de edad 6=Estudiante 7=Estudia y trabaja 8=Campesino 9=Artesano 10=Obrero 11=Conductor de auto

			12=Técnico 13=Empleado 14=Profesional 15=Artista 16=Comerciantes establecidos 17=Empresario 18=Directivo 19=Servicios diversos 20=Otras ocupaciones
Pareja	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Sí 2= No
Hijos	Cuantitativa	Continua	Numero total de hijos
Sexo	Cualitativa	Nominal (textual)	1=Femenino 2=Masculino
Con quien vive	Cualitativa	Nominal (textual)	1=Pareja 2=Padres 3=Hijos 4=Otros familiares 5=Solo 6=Albergue

Tiene algún sistema de seguridad social	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Sí 2= No
Cual ?	Cualitativa	Nominal (textual)	1=SS 2=IMSS 3=ISSSTE 4=PEMEX 5=Privado
¿Por qué viene a consulta?	Cualitativa	Nominal (textual)	1=Iniciativa propia 2=Cree tener riesgo 3=Varias parejas sexuales 4=Padece frecuente infecciones vaginales 5=Tiene dudas 6=Referido 7=Contacto con sexoservidora 8=Quiere embarazarse 9=Tiene ETS 10=Requisito de trabajo 11=Pareja con VIH 12=Recibió transfusión sanguínea

			<p>13=Con pareja promiscua</p> <p>14=Relaciones sin preservativo</p> <p>15=Tiene VIH</p> <p>16=Usa drogas intravenosas</p>
¿Se ha realizado alguna vez la prueba del VIH?	Cualitativa	Nominal (Dicotómia)	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>
Donde?	Cualitativa	Nominal (textual)	<p>0= No Contesto</p> <p>1= Laboratorio privado</p> <p>2= Laboratorio público</p>
¿Por qué se la realizo?	Cualitativa	Nominal (textual)	<p>1=Por sus antecedentes personales</p> <p>2=Requisito de trabajo</p> <p>3=Cree tener riesgo</p> <p>4=Por tener ETS</p> <p>5=Por que dono sangre</p>
¿Cuál fue el resultado?	Cualitativa	Nominal (textual)	<p>1= Positivo</p>

			<p>2= Negativo</p> <p>3= No se</p>
<p>Cuál es el motivo de quererse hacer el examen ahora?</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal (textual)</p>	<p>1=Iniciativa propia</p> <p>2=Por síntomas de ETS</p> <p>3=Referido por medico</p> <p>4=Por enfermedades crónicas</p> <p>5=Relaciones sexuales sin condón</p> <p>6=Para recibir tratamiento</p>
<p>¿Tiene algún padecimiento actualmente?</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal (dicotómica)</p>	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>
<p>¿Cuál?</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal (textual)</p>	<p>1= Enfermedad de transmisión sexual</p> <p>2= Enfermedad aguda</p> <p>3= Enfermedad crónica</p>
<p>Clave asignada</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Continua</p>	<p>Numero consecutivo de 1 a n</p>
<p>Fecha de firma</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Continua</p>	<p>Se tomo mes del 1 al 12 y año del 1 al 6:</p> <p>1=2001</p> <p>2=2002</p> <p>3=2003</p> <p>4=2004</p> <p>5=2005</p> <p>6=2006</p>

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

1. Nombre. Designación personalizada de alguien con su nombre de pila y sus apellidos.
2. Originario. Oriundo, procedente de un determinado sitio o país.
3. Residencia Actual. Lugar en el que se reside o se vive habitualmente
4. Desde cuándo. Tiempo que lleva de residir en ese lugar
5. Escolaridad. Conjunto de cursos que la persona realizó en un establecimiento escolar
6. Empleo u ocupación. Ocupación habitual de una persona u oficio
 7. Pareja. Compañero en una relación sentimental o física.
 8. Hijos. Lo que procede de otra persona por procreación.
 9. Sexo. Condición orgánica que distingue al hombre a la mujer.
 10. Con quien vive. Personas con las que vive habitualmente.
11. Tiene seguridad social. Si cuenta con algún sistema público que le brinde atención médica.
12. ¿Cuál? Con cuál de los sistemas de salud actualmente existentes (SSA, ISSSTE, IMSS, PEMEX) cuenta el usuario
13. ¿Porque viene a consulta?. Razón por la cual acude a solicitar el servicio de consejería
14. ¿Se ha realizado la prueba antes?. Si anteriormente se ha realizado la prueba de anticuerpos de VIH
15. ¿Dónde? Lugar o institución donde se realizó la prueba
16. ¿Por qué se la realizó? Motivo por el que en esa ocasión decidió realizarse la prueba
17. ¿Cuál fue el resultado? Resultado de la prueba de anticuerpos de VIH

18. ¿Cuál es el motivo de hacérsela ahora?Cuál es el motivo por el cual decide realizársela ahora.

19. ¿Tiene algún padecimiento actualmente? Si refiere algún tipo de enfermedad en el momento de la entrevista

20. ¿Cuál? Si presenta en el momento de la entrevista una ETS o una enfermedad aguda o crónica.

2. 8 Diseño estadístico

2. 8. 1. Propósito estadístico de la investigación.

El propósito de la investigación fue analizar la experiencia obtenida en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

2. 8. 2 Grupos investigados.

El universo de personas que ha solicitado el servicio de Consejería en el CCDV se considera como un solo grupo a estudiar.

2. 8. 3 Número de mediciones en las unidades de muestreo.

Se realizó una sola medición del grupo.

2. 8. 4 Tipo de variables y escalas de medición.

Se usaron 17 variables cualitativas y 6 variables cuantitativas. De las 17 cualitativas 4 fueron nominales dicotómicas, las 13 restantes fueron nominales textuales. Las variables cuantitativas fueron continuas.

2. 8. 5 Distribución de los datos.

Las variables cualitativas con distribución no paramétricas y las cuantitativas con distribución paramétricas.

2. 9 Instrumentos de recolección de datos.

Se realizó por medio de entrevistas personales con la responsable del servicio la T. S. Dolores Güemes, en el lapso de una semana con una hora de duración de cada una. Se detalló las características, organización y operación del servicio de consejería. Además se construyó el flujograma de atención del servicio del CCDV.

Se utilizó el formato oficial de ficha de datos generales, que es un instrumento creado por la Secretaria de Salud y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Es el que se utiliza en todos los Centros de Consejería y Diagnostico Voluntario desde que fueron creados (ver anexo 2).

2. 10 Método de recolección de los datos.

1. Para poder realizar la recolección de los datos se requirió de la autorización por parte del Director del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y además de la responsable del CCDV la Trabajadora Social Dolores Güemes
2. Se tuvo acceso a la estantería ubicada en la oficina del servicio de consejería en donde en carpetas se encuentran almacenadas por orden progresivo y cronológico los formatos de Fichas de Datos Generales (FDG) (ver anexo 2).
3. Cada carpeta se divide por años: 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.
4. Se creó la base de datos en el programa estadístico SPSS Versión 10.0
5. Se inicio en el mes de enero del 2007 el almacenamiento de los datos con 100 formatos de FDG a la semana, distribuyendo 20 por cada día de la semana (contando 5 días pues se excluyen dos días para actividades académicas), se concluyó el mes de enero con 400 formatos almacenados en la base de datos.
6. En el mes de febrero del 2007 se utilizo el tiempo de sábado y domingo de cada semana con el almacenamiento de 50 formatos de FDG por día, finalizado el mes se tenían almacenados 800 formatos en la base de datos.
7. El mes de Marzo del 2007 se distribuyó diariamente el número de formatos de FDG de modo indistinto dependiendo de las actividades académicas a realizar, se concluyó con un total de 1,200 formatos de FDG en la base de datos realizada en el programa SPSS.
8. Para el mes de abril del 2007 se almacenaron los datos de los formatos de FDG cada sábado y domingo, cada fin de semana se recopilaron 100, para acumular a fin de mes el número de 1,600 formatos.
9. Para finalizar la recolección de los datos en el mes de Mayo del 2007 cada semana se almacenaron 50 formatos de FDG hasta completar el número total de la muestra que es de 1802 a fin de ese mes.

2. 11 Maniobras para evitar o controlar sesgos

Fue la Trabajadora Social Dolores Güemes la única persona que aplicó los cuestionarios, cuenta con una capacitación sobre el correcto llenado de la ficha de datos generales, además de mensualmente acudir a talleres de actualización.

Asimismo las preguntas que contiene el cuestionario están adecuadamente definidas de una manera sencilla y entendible.

2. 12 Prueba piloto

No se realizó.

2. 13 Procedimientos estadísticos

2. 13. 1 Plan de codificación de los datos

2. 13. 2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.0 para el sistema operativo Windows

Especificación de los datos de las variables utilizadas en el formato de Ficha de Datos Generales (ver anexo 2) en la base de datos del programa SPSS.

Nombre de la variable	Tipo (N= numérico, S=)	Ancho de Columna Enteros	Ancho de Columna decimales	Etiqueta nombre completo de la variable	Valores que toma la variable	Escala de medición S= Continua O= Ordinaria N= Nominal
Nosec	N	3	0	Folio o numero	Números consecutivos	S

				secuencial		
Mes	N	3	0	Mes de atención	Tiempo en meses con Números consecutivos (1, 2, 3, etc)	S
Año	N	4	0	Año de atención	1=2001 2=2002 3=2003 4=2004 5=2005 6=2006	S
Origen	N	3	0	Originario de	1=Aguascalientes 2=Baja California 3=Baja California sur 4=Campeche 5=Coahuila 6=Colima 7=Chiapas 8=Chihuahua 9=Distrito Federal 10=Durango 11=Guanajuato 12=Guerrero 13=Hidalgo 14=Jalisco	N

					15=México 16=Michoacán 17=Morelos 18=Nayarit 19=Nuevo León 20=Oaxaca 21=Puebla 22=Querétaro 23=Quintana Roo 24=San Luís Potosí 25=Sinaloa 26=Sonora 27=Tabasco 28=Tamaulipas 29=Tlaxcala 30=Veracruz 31=Yucatán 32=Zacatecas 33=Extranjero	
Lugres	N	3	0	Lugar de residencia actual	Misma numeración anterior de la variable anterior	N
Desdecu	N	3	0	Tiempo de residencia en el lugar actual	Ninguno, tiempo en días, meses, años (1, 2, 3, etc.)	S

Edad	N	3	0	Edad en años	Ninguno, tiempo en años (1, 2, etc.)	S
Escolari	N	3	0	Escolaridad en años	0=analfabeta 6=Primaria 9=Secundaria 12=Bachillerato 16=Profesional 18=Doctorado	N
Empleo	N	3	0	Empleo u ocupación	1=Ama de casa 2=Jubilado 3=Desempleado 4=Subempleado 5=Menor de edad 6=Estudiante 7=Estudia y trabaja 8=Campesino 9=Artesano 10=Obrero 11=Conductor de auto 12=Tecnico 13=Empleado 14=Profesional 15=Artista 16=Comerciantes	N

					establecidos 17=Empresario 18=Directivo 19=Servicios Diversos 20=Otras ocupaciones	
Cpareja	N	3	0	Tiene pareja	1=Sí 2=No	N
Numparej	N	3	0	Número de parejas	Ninguno, números consecutivos (1, 2, 3, etc.)	S
Tipopare	N	3	0	Tipo de pareja	1=Heterosexual 2=Homosexual 3=Bisexual 4=Sexoservidor	N
Hijos	N	3	0	Número de hijos	Ninguno, Números consecutivos (1, 2, 3, etc.)	S
Sexo	N	3	0	Sexo del paciente	1=Femenino 2=Masculino	N
Vivecon	N	3	0	Con quien vive el paciente	1=Pareja 2=Padres 3=Hijos 4=Otros	N

					Familiares 5=Solo 6=Albergue	
Segsoc	N	3	0	Tiene seguridad social	1=Sí 2=No	N
Tiposegso	N	3	0	Institución de seguridad social	1=SSA 2=ISSSTE 3=IMSS 4=Pemex 5=Privada	N
Pqcon1	N	3	0	Porque viene a consulta	1=Quiere saber si es seropositivo 2=Cree tener factores de riesgo 3=Varias parejas 4=Padece frecuentes ETS 5=Tiene dudas 6=Es referido por u médico 7=Contacto con sexoservidora 8=Quiere embarazarse 9=Tiene ETS 10=Requisito de trabajo	N

					<p>11=Pareja con VIH</p> <p>12=Recibió Transfusión sanguínea</p> <p>13=Pareja promiscua</p> <p>14=Tiene relaciones sin preservativo</p> <p>15=Tiene VIH</p> <p>16=Usa drogas intravenosas</p>	
Pqcon2	N	3	0	Porque viene a consulta 2	Ninguno	N
Pqcon3	N	8	0	Porque viene a consulta 3	Ninguno	N
Pruebavi	N	3	0	Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH	<p>1=Sí</p> <p>2=No</p>	N
Donde	N	3	0	Donde se realizó la prueba de VIH	<p>1=Laboratorio Público</p> <p>2=Laboratorio Privado</p>	N
Pqrealiz	N	3	0	Por que se realizó la prueba	<p>1=Por sus antecedentes personales</p> <p>2=Requisito de trabajo</p> <p>3=Cree tener</p>	N

					factores de riesgo 4=Por tener una ETS 5=Por que dono sangre	
Resulta	N	3	0	Cual fue el resultado	1=Positivo 2=Negativo 3=No se	N
Motivo	N	3	0	Cuál es el motivo de quererse hacer el examen	1=Por iniciativa propia 2=Tiene síntomas de ETS 3=Fue referido por su médico 4=Tiene enfermedades crónicas 5=Tiene relaciones sin preservativo 6=Para su tratamiento	N
Padeci	N	3	0	Tiene algún padecimiento actualmente	1=Sí 2=No	N
Tipopade	N	3	0	Que padecimiento	1=ETS 2=Enfermedad Aguda 3=Enfermedad Crónica	N

Var00001	S	1	0	Resultado actual	1=Positivo 2=Negativo	N
----------	---	---	---	------------------	--------------------------	---

2. 13. 3 Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico se realizó con medidas de estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión y de resumen.

Las comparaciones fueron por medio de las pruebas inferencias con la prueba t de student y chi cuadrada.

2. 15 Recursos Humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

2. 15. 1 Recursos humanos

- Un investigador principal (Búsqueda de información y creación del marco teórico, captura de la base de datos, análisis de los resultados, conclusiones de los resultados, reporte final)
- Un investigador titular del departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (planeación del proyecto, asesoría en la creación del marco teórico, en la captura de base de datos, material y métodos, análisis de los resultados, conclusiones de los resultados, reporte final, autorización)
- Una asesora del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSDF (planeación del proyecto, asesoría en la creación del marco teórico, en la captura de la base de datos, material y métodos, análisis de los resultados, conclusiones de los resultados, reporte final, autorización)
- Una asesora del Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSDF (planeación del proyecto, aplicación de los cuestionarios, asesoría en la creación del marco teórico, en la captura de la base de datos, material y métodos, análisis de los resultados, conclusiones de los resultados, reporte final, autorización)

2. 15. 2 Recursos materiales

- Computadora portátil marca Dell Inspiron 6000 Intel Pentium Microsoft Windows XP
- Programa estadístico para computadora SPSS Versión 10 para Windows
- Smart G2 Dell Memory Key USB de 125 MB
- Cuaderno profesional cuadro grande de 100 hojas
- Marcador de textos
- Lápices del número dos y medio
- Plumas de punta mediano de color negro y azul
- Paquetes de hojas blancas para imprimir de 500 hojas cada uno
- 1802 Formatos de ficha de datos generales
- 1802 formatos de consentimiento informado

2. 15. 3 Recursos físicos

Se utilizó el cubículo del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario que se encuentra en el primer piso del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, ubicado

en las calles de Coapa y Carrasco, Colonia Toriello Guerra de la delegación Tlalpan en el Distrito Federal.

2. 15. 4 Financiamiento del estudio

Los formatos de ficha de datos generales y de consentimiento informado son proporcionados por la Secretaria de Salud y los Servicios de Salud Publica del Distrito Federal, cuando se agotan son fotocopiados con recursos de la Trabajadora Social Dolores Güemes. El resto del material es financiado por el investigador principal.

2. 16 Consideraciones éticas

En las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas en la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki y como se remarca en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial en la que se compromete al médico a cumplir con las siguientes palabras” La salud de mi paciente será mi consideración”, además de que el propósito de cada investigación médica con seres humanos sea el de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticas⁵⁷.

El interés legitimo de esta investigación acerca de la experiencia de las acciones realizadas en el CCDV debido a la gran importancia que tiene la enfermedad del VIH/SIDA en nuestra sociedad por las repercusiones sociales y económicas que tiene⁴,
51 .

Siendo que en la investigación el único contacto que se tuvo con la persona fue la momento de realizarse la entrevista, la recolección de los datos en el formato de la Ficha de Datos Generales (ver anexo 2) y en la entrega de los resultados, llevada a cabo por la responsable del servicio la Trabajadora Social que previamente fue capacitada adecuadamente por los responsables del Programa de VIH/SIDA de la Secretaria de Salud del Distrito Federal para llevar de manera eficaz y con calidad humana esta labor⁵⁷.

El entorno del VIH/SIDA está lleno de estigmas, discriminación y marginación, por lo que para proteger la integridad de la persona que acude de manera totalmente voluntaria a solicitar la consejería, por lo que se cuenta y se le brinda un espacio con la privacidad y comodidad adecuada para realizar la consejería, además de que se ofrece una atención sin prejuicios y que respeta la vida privada del usuario.

Para asegurar y confirmar la confidencialidad de sus datos se le asigna una clave numérica para identificarlo en los procedimientos que se llegaron a realizar⁵⁷.

La Trabajadora Social Dolores Güemes es la única persona que tiene acceso a la información almacenada en los formatos de FDG (ver anexo 2) y solo con su autorización se pudo acceder a la información archivada.

La información almacenada en la base de datos se dio en base a la clave numérica de cada formato de manera progresiva con lo que se mantuvo en la privacidad el nombre de cada usuario⁵⁷.

Previamente a la realización de cada procedimiento se contó con el consentimiento informado y escrito por parte de cada usuario, el cual fue debidamente almacenado en el CCDV. (Ver anexo 3)⁵⁷.

Durante la consejería uno de los momentos que puede generar una crisis emocional, es cuando se entrega el resultado de la prueba de anticuerpos para el VIH, lo cual puede generar en caso de ser el resultado positivo inestabilidad en el estado de ánimo, por lo que existe la adecuada preparación para dar contención en esa situación⁵⁷.

En lo que respecta a la Ley General de Salud y su relación con el desarrollo de esta investigación, en base a su Título Primero Disposiciones generales, Capítulo Único en sus artículos 1º y 2º en los que se estipula el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona como lo establece el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Para su bienestar físico y mental, para el desarrollo de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana y como parte del desarrollo de la enseñanza y la investigación científica para la salud. Siendo estos parte de los objetivos que tiene la consejería para el VIH/SIDA⁵⁶.

En lo que respecta al artículo 27 acerca de los Servicios Básicos de Salud, señala la importancia de la educación para la salud como parte esencial de la prevención y el control de la enfermedades, labor que se lleva a cabo durante la consejería para prevenir la infección por el VIH y en su caso cuando ya se encuentra infectada por el virus la persona evitar su propagación y el control de la enfermedad⁵⁶.

La misma ley en su Título Quinto La Investigación para la Salud en su Capítulo Único, artículo 96, en donde se considera que la investigaciones en salud deben de comprender el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos psicológicos en los seres humanos, a la comprensión de los vínculos entre las causas de la enfermedad y la estructura social. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población⁵⁶.

En la actualidad la epidemia del VIH/SIDA es un problema de salud pública de alta prioridad para las instituciones dedicadas a la salud y el desarrollo de la técnica de la consejería como una de los principales instrumentos en la lucha contra esta enfermedad para llegar a controlarla y a conocer el entorno que la rodea⁵⁶.

Para finalizar su artículo 100 establece que las investigaciones que se realicen no deben de exponer a ningún riesgo, lo cual se realizo en esta investigación en la que no se expuso a ningún peligro al sujeto, pues solamente se utilizaron los formatos de Fichas de Datos Generales (ver anexo 2) de cada persona⁵⁶.

3. Resultados

3.1 Antecedentes del Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Fue en el mes de octubre de 1961 cuando en la delegación Tlalpan se inauguro el Centro de Salud con el nombre del médico cirujano, Doctor José Castro Villagrana (1881 - 1960)^{52, 53, 54}.

El Centro de Salud es parte de la red de servicio del primer nivel de atención que se brinda a la población del Distrito Federal que no cuenta con seguridad social y como parte del programa de Servicios médicos y Medicamentos Gratuitos de la Secretaria de Salud⁵⁵.

Se ubica dentro de la jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y se considera un Centro T III, pues cuenta con los servicios de Consulta externa de Medicina Familiar, Odontología, Salud Mental, laboratorio de análisis clínicos y rayos X.

El servicio que se otorga está dirigido a la población abierta de la delegación Tlalpan que se calcula en 120,000 personas al año.

3.2 Capacitación para ofrecer el servicio del Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana

Es en el año 2000 que la Secretaria de Salud del Distrito Federal como parte de su Programa de VIH/SIDA integro la Red Jurisdiccional de Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntarios, que actualmente cuenta con 31 Centros de consejería⁵⁵ (ver anexo 1).

Como parte de la creación del Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario para el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, la Trabajadora Social Dolores Güemes acudió a una capacitación en la Clínica de especialidades Condesa del programa de VIH- SIDA en el Distrito Federal^{39, 55}.

Se realizo los días 2 al 6 de abril del 2001, con una duración de 30 horas. Dirigido a todo el personal de salud en sus áreas Médica, Salud mental, Epidemiología, Trabajo Social y Enfermería para instruirlos como Consejeros en VIH/SIDA y ETS.

La capacitación estuvo a cargo de la Directora del programa de VIH-SIDA del Distrito Federal la Dra. Carmen Soler y contó con el apoyo de los médicos, psicólogos,

trabajadoras sociales y personal de laboratorio que laboran en la clínica para su realización.

En el programa se usaron diferentes tipos de materiales impresos y audiovisuales, con los que posteriormente se realizaría la consejería en los diferentes centros de atención y que incluyó los siguientes temas:

- Historia Natural del VIH /SIDA
- Bioseguridad
- Aspectos Médicos de la enfermedad
- Derechos Humanos y Normatividad vigente Nacional e Internacional
- Sexo Seguro
- Binomio madre/hijo
- Mujer
- Trabajo Social
- Familia
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Consejería.

Una vez finalizado el curso de capacitación en el que participaron 28 personas entre Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Epidemiólogos y trabajadores sociales se les entregó una constancia de acreditación del mismo.

3. 3 Inicio de actividades del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana.

El día 1 de junio del 2001 se dio inicio a las actividades del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV) en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, con el inconveniente de no contar con un espacio físico que reuniera las características adecuadas (privacidad, comodidad, buena iluminación y ventilación) para llevarse a cabo la consejería^{1, 4, 39}.

En diciembre del 2001 se asigna una oficina del primer piso del Centro de Salud, al servicio de consejería a un costado de las escaleras. Que contaba con los requerimientos básicos de privacidad y comodidades necesarias para poderse realizar la consejería adecuadamente^{1, 4}.

Con los formatos oficiales de Ficha de Datos Generales y Hoja de consentimiento informado (ver anexos 2 y 3) entregados por la Clínica de Especialidades Condesa de

la Secretaria de Salud se lleva a cabo el registro diario de usuarios, para entregar un informe mensual en la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y en la misma clínica.

Desde el 2001 hasta el 2006 han sido 1,800 los usuarios que han sido atendidos en el CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, lo que equivale a igual número de sesiones de consejería otorgadas en ese lapso de tiempo.

3. 4 Características del servicio brindado en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV) del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

A continuación se describen las características del servicio que se otorga en el CCDV y la organización del mismo:

Días de atención:

- Lunes a Viernes, excepto días festivos

Horario de atención:

- De las 8 AM. A las 14 PM.

Costo del Servicio:

- Es gratuito

Tipo de Consejería^{1, 3, 10, 11, 39}:

- Se emplea la técnica Cara a Cara

Información que se brinda^{1, 3, 10, 11, 39}:

- Los temas principales son VIH/SIDA y ETS, pudiéndose abordar otros temas como: Derechos Humanos y Normatividad vigente Nacional e Internacional, Binomio madre/hijo, el rol de la Mujer y el VIH, la Familia y el VIH, Hombres que tienen sexo con hombres

Requisitos:

- Acudir voluntariamente y otorgar su consentimiento informado para cualquier procedimiento

Tipo de población que se atiende:

- A población abierta, sin ningún tipo de distinción ni de discriminación

Tipo de atención:

- La atención es individualizada

Ética del servicio:

- Que toda la información obtenida durante la consejería es dispuesta de manera confidencial según las normas Nacionales e Internacionales al respecto

3. 5 Organización del servicio brindado en el Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario (CCDV) del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.**Personal responsable:**

- La Trabajadora social Dolores Güemes es la responsable del servicio y es la única persona con acceso a la información y la encargada de entregar los resultados

Citas:

- No se requiere de cita previa, se ofrece la atención conforme se llega al servicio

Expedientes:

- No se utilizan expedientes, solo se archiva el formato de Ficha de Datos Generales y el consentimiento informado (ver anexos 2 y 3), según el numero siguiente

Capacidad de atención:

- No hay límite en el número de personas por atender en el día

3. 6 Operación del Centro de Consejería y Diagnostico Voluntario (CCDV) en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

1. El paciente llega al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y ubica el servicio de consejería y solicita el servicio
2. Se realiza un breve diálogo de presentaciones mutuas, con la intención de generar confianza en el usuario
3. Posteriormente se llenan los siguientes datos que vienen en el formato de ficha de datos generales (ver anexo 2)

4. Con la información recabada en la ficha de datos generales se ubica la motivación de asistir a la consejería
5. Se define la información que se va a otorgar en la consejería
6. Se identifican factores de riesgo como los siguientes:
 - Hombres y mujeres con varios compañeros sexuales
 - Con enfermedades de transmisión sexual
 - Sexo sin condón
 - Compañeros sexuales de personas con VIH o que han tenido varias parejas sexuales
 - Transfundidos entre 1980 y 1987
 - Usuarios de drogas intravenosas
 - Hijos de mujeres con VIH
 - Puncionados con agujas potencialmente contaminadas por sangre.
7. Existe la posibilidad de que el usuario acuda a la consulta externa de Medicina Familiar que se brinda en el Centro de Salud y se identifique por parte del médico sintomatología o algún signo relacionado con inmunodeficiencia que amerite para su atención integral descartar una posible infección por el VIH, por lo que puede ser referido con el consentimiento del paciente al CCDV.
8. Al inicio de la consejería se pueden abordar los siguientes temas:
 - VIH/SIDA (Definición, formas de transmisión, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento)
 - Enfermedades de transmisión sexual (Definición, formas de transmisión, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento)
 - Prácticas de riesgo o estilos de vida no saludables
 - Prueba de anticuerpos de VIH (Como se realiza, materiales que se usan[desechables, estériles, siguiendo los lineamientos de la norma oficial sobre productos sanguíneos], periodo de 8 horas de no haber consumido grasas, un periodo de ventana de 3 meses, tiempo de entrega del resultado de 15 a 30 días, posibles resultados e interpretación de los mismos).
 - Embarazo y VIH

- Adicción a sustancias tóxicas y usuarios de drogas intravenosas
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Violación

9. Ya otorgada la consejería se abren tres posibilidades:

- Que el usuario no tenga ningún tipo de factor de riesgo o que solo haya acudido por información, por lo que decide no realizarse la prueba de anticuerpos para VIH
- El usuario tiene factores de riesgo, además puede que haya manifestado síntomas o signos propios de padecer inmunodeficiencia y de manera voluntaria y consciente decide realizarse la prueba de anticuerpos para VIH
- A pesar de que el usuario presenta uno o varios factores de riesgo, además de que haya manifestado síntomas o signos propios de padecer inmunodeficiencia, decide no realizarse la prueba de anticuerpos para VIH

11. Solamente al usuario que decidió realizarse el examen de sangre para detectar anticuerpos para el VIH es al que se le dará seguimiento específico y se le brindara consejería post-prueba

12. Dentro de la consejería post-prueba existen tres posibilidades que son las siguientes:

- Consejería post-prueba con resultado indeterminado. Se refuerzan estilos de vida saludables, medidas preventivas como uso adecuado y continuo del condón, se entregan condones, etc. Además de sugerir la repetición de la prueba sanguínea en tres meses.
- Consejería post-prueba con resultado negativo. Se le hace hincapié al usuario que ese resultado de momento no lo exime de resultar en un futuro contagiado con el VIH si persiste en practicas riesgosas, se le brinda la información acerca de estilos de vida saludables y los beneficios a corto y largo plazo de una sexualidad responsables, se refuerzan medidas preventivas y se entregan condones.
- Consejería post-prueba con resultado positivo. Puede tener una duración hasta de una hora y media aproximadamente, se inicia

con una remembranza de la primera entrevista, para poder dar posteriormente el resultado, en ese momento por lo general se realiza contención y se permite expresar libremente los sentimientos del usuario, pueden llegarse a planificar las próximas actividades a realizar, se sugiere la sensibilización de los contactos tenidos por la persona, se puede empezar a manejar el duelo, aspectos de tanatología, la confidencialidad de la noticia con respecto a la familia y círculo de amistades cercanas.

- 13.** Se le entrega al usuario su formato de referencia a la Clínica Condesa en un sobre cerrado que se identifica con la clave numérica asignada para su examen serológico

- 14.** Se realiza la notificación del caso a la jurisdicción sanitaria de Tlalpan

- 15.** Todas las fichas de datos generales y hoja de consentimiento informado durante cada mes se almacenan en carpetas en la estantería del CCDV

- 16.** Se concentra dicha información para entregarse mensualmente en la reunión de la Red de consejería en la Clínica de Especialidades Condesa en donde aparte se realizan las siguientes actividades con una duración aproximada de 5 horas:
 1. Se revisan casos clínicos: sintomatología, pronóstico de vida, prácticas de riesgo, reacciones secundarias al medicamento y calidad de vida
 2. Temas relacionados con la sexualidad: erotismo, sexo seguro, sexo protegido, violación)
 3. Temas de Actualización: emociones, homosexualidad, prostitución, homofobia, tanatología, diversidad sexual y taller de adherencia a medicamentos
 4. Organizaciones no Gubernamentales: comparten sus experiencias y sus actividades a realizar

5. Proporcionan Materiales: Folletos, carteles, trípticos, formatos, condones y se actualiza el directorio de centros de apoyo

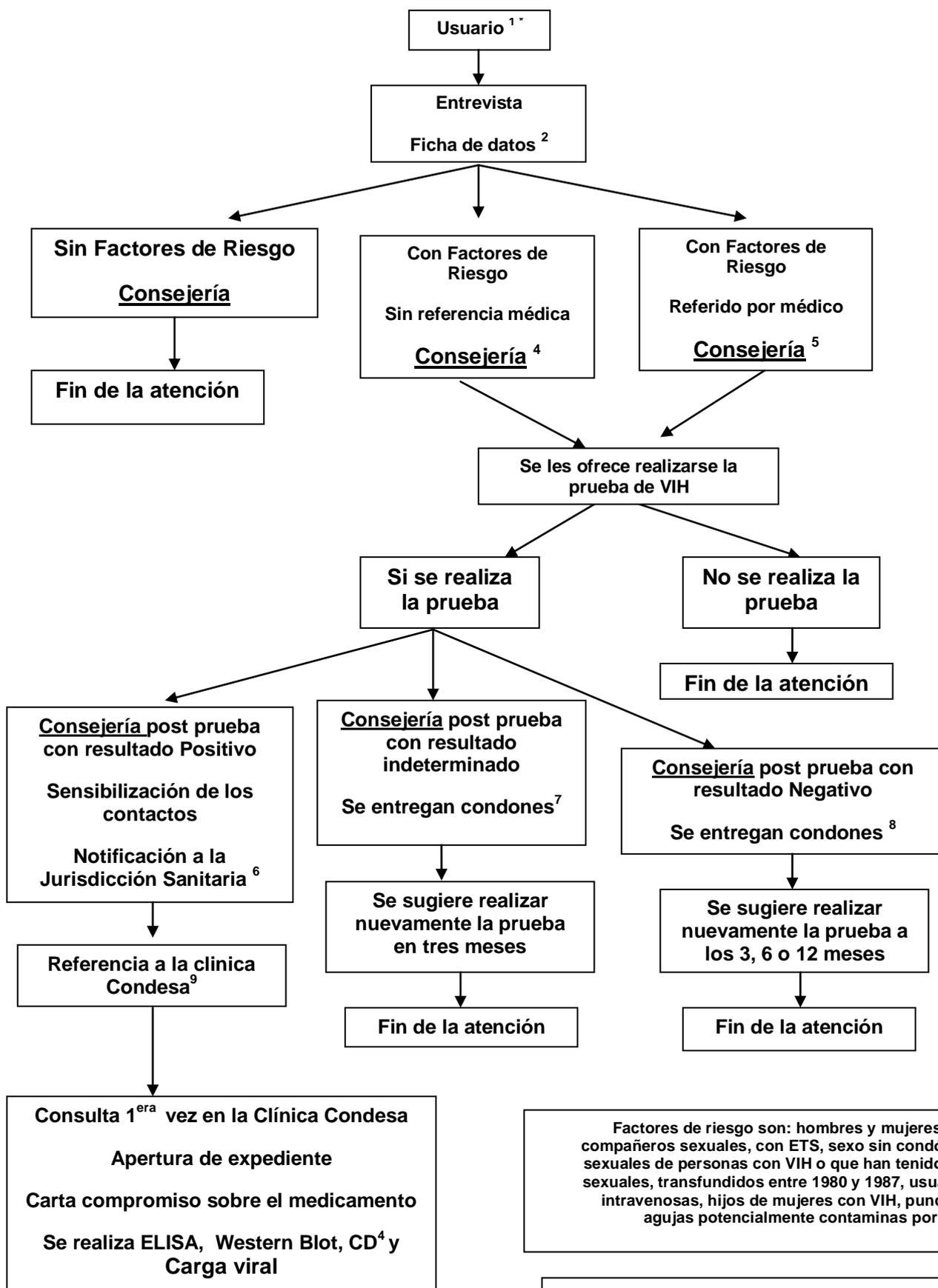
Para realizar estas actividades se cuenta con el siguiente material de apoyo:

- Información esencial de las formas inadecuadas de responder en una entrevista.
- Información esencial de las técnicas principales de la entrevista.
- Modelo de asesoría
- Consejería y calidad de vida en pacientes con VIH-SIDA

3. 5 Flujograma de atención del CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

A continuación se presenta un flujograma de la atención que se brinda en el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, realizado con la colaboración de la Trabajadora Social Dolores Güemes posterior a la descripción ordenada de la operación del mismo.

Flujograma de atención del CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana



Factores de riesgo son: hombres y mujeres con varios compañeros sexuales, con ETS, sexo sin condón, compañeros sexuales de personas con VIH o que han tenido varias parejas sexuales, transfundidos entre 1980 y 1987, usuarios de drogas intravenosas, hijos de mujeres con VIH, puncionados con agujas potencialmente contaminas por sangre

* En el listado que se anexa a este diagrama se dan detalles de las actividades y manejo de los pacientes

Listado de detalles de las actividades y manejo de los pacientes que reciben atención del CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

- 1. A libre demanda, sin ningún tipo de distinción, la única condición es que sea de forma voluntaria.**
- 2. Se abre un diálogo inicial de cortesía para posteriormente llenar la ficha de datos generales (ver anexo 2).**
- 3. Sin los factores de riesgo mencionados, solo acudió por información o acompañando a otro usuario.**
- 4. Presenta sintomatología o signos de inmunodeficiencia, con uno varios factores de riesgo, voluntariamente acepta realizarse la prueba, de manera anónima y por medio de una clave numérica se le dará seguimiento.**
- 5. A pesar de contar con uno o varios factores de riesgo o presentar sintomatología o signos de inmunodeficiencia se niega a realizarse la prueba, se plantean modificaciones en el estilo de vida o de conductas de riesgo.**
- 6. Puede tardar más de una hora, se recuerdan momentos de la primera entrevista, se realiza contención, manejo del duelo, tanatología.**
- 7. Se considera indeterminado al reporte del laboratorio de un resultado como dudoso. Se refuerzan medidas preventivas (uso correcto del condón, evitar prácticas de riesgo, etc.).**
- 8. Se hace énfasis que este resultado no lo exime de infectarse si es que continua con prácticas de riesgo, se refuerzan las medidas preventivas y se resalta el beneficio de llevar un estilo de vida saludable.**
- 9. Se reafirma la confidencialidad del resultado, en un sobre sellado se envía la referencia.**

3. 6 Resultados de la experiencia obtenida en el Centro de Consejería Diagnostico Voluntario desde el 2001 hasta el 2006.

3. 6. 1 Estado de origen de los usuarios.

Con respecto al estado de origen de las personas que solicitaron el servicio de consejería, el más frecuente fue el Distrito Federal con un 84.1%. El resto de los estados que le siguen en frecuencia se representan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Estados de origen de las personas que solicitaron el servicio del CCDV del 2001 hasta 2006

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Distrito Federal	1513	84.1
Estado de México	48	2.7
Veracruz	36	2.0
Puebla	35	1.9
Oaxaca	27	1.5
Total	1799	100

3. 6. 2 Residencia actual de los usuarios.

De todas las personas que solicitaron el servicio de consejería durante estos años el 99.7% son residentes actualmente del Distrito Federal y solamente cinco personas viven en otro estado de la república.

3. 6. 3 Tiempo de residencia en el lugar actual en años de los usuarios.

El tiempo actual de residencia en el Distrito Federal tiene un promedio de 18.6 años con una desviación estándar de 12.9 y un valor mínimo de 0 años y máximo de 79 años.

3. 6. 4 Años de escolaridad de los usuarios.

Con respecto a los años de escolaridad de los usuarios del servicio de consejería fue de un promedio de 10.4 años cursados con una desviación estándar de 4.7 con un valor mínimo de 0 años y máximo de 20 años.

3. 6. 5 Empleo de los usuarios.

Acerca de la actual ocupación que refirieron los usuarios del centro de consejería el que obtuvo una mayor frecuencia fue el de son estudiante con un 19.6%, el resto de las ocupaciones se enlistan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Ocupación de los usuarios que solicitaron el servicio del CCDV del 2001 hasta el 2006.

EMPLEO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	352	19.6
Empleado	300	16.7
Desempleado	257	14.3
Servicios diversos	230	12.8
Hogar	288	12.7
Total	1799	100

3. 6. 6 Actualmente tiene pareja el usuario.

De todos los usuarios que solicitaron el servicio de consejería el 76.9% dijo tener actualmente una pareja y el 23.1% no tiene de momento pareja.

3. 6. 7 Tipo de pareja según la preferencia sexual de de los usuarios.

En relación con el tipo de pareja que tienen los usuarios del servicio de consejería del CCDV el de tipo heterosexual tuvo un 83.8%, el complemento de los resultados se explica en la siguiente tabla

Tabla 3. Tipo de pareja que tienen los usuarios en el servicio del CCDV de 2001 hasta el 2006.

TIPO DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Heterosexual	815	83.8
Bisexual	72	7.4
Homosexual	70	7.2
Sexoservidor	16	1.6
Total	1799	100

3. 6. 8 Número de parejas que han tenido los usuarios.

Al respecto del número de parejas que han tenido los usuarios del servicio de consejería del CCDV el 97.9% no contesto con cuantas personas ha sostenido relaciones sexuales. En la siguiente tabla se presentan los otros resultados.

Tabla 4. El número de parejas que han tenido los usuarios del servicio del CCDV desde 2001 hasta el 2006.

NÚMERO DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1761	97.9
1	15	.8
2	5	.3
4	5	.3
3	4	.2
Total	1799	100

3. 6. 9 Número de hijos de los usuarios.

Con respecto al número de hijos que tienen los usuarios del CCDV el 61.6% de los usuarios no tiene hijos, los siguientes resultados se muestran en la tabla.

Tabla 5. El número de hijos de los usuarios que solicitaron el servicio del CCDV del 2001 hasta el 2006.

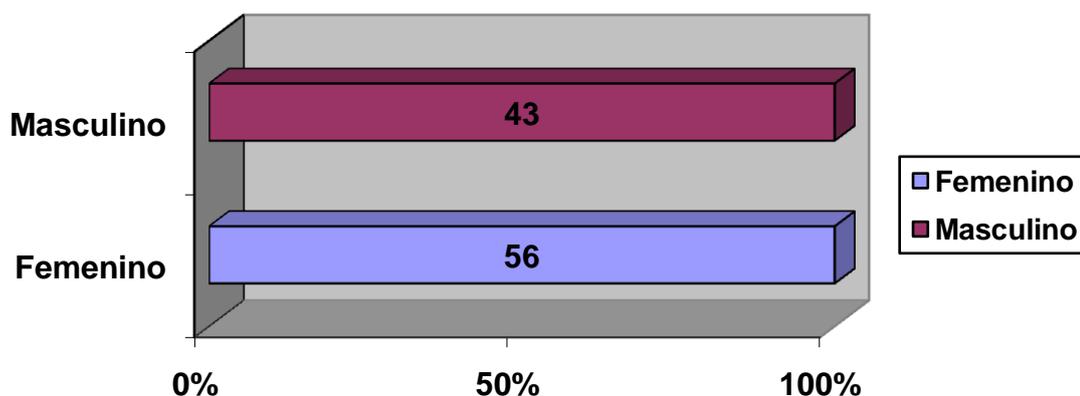
NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1108	61.6
1	254	14.1
2	221	12.3
3	128	7.1
4	51	2.8
Total	1799	100

3. 6. 8 Resultados sobre el sexo de los usuarios que solicitaron el servicio del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del 2001 hasta el 2006.

Con respecto al sexo de los usuarios que solicitaron el servicio del CCDV, el femenino tuvo el 56.5% y el masculino fue de 43.5. El número de mujeres fue de 1017 y el de hombres de 782.

Como se ejemplifica en la siguiente grafica.

Figura 1. Sexo de los usuarios que solicitan el servicio de Consejería del CCDV del 2001 hasta el 2006



3. 6. 9 Con quien viven los usuarios.

Con respecto al hecho de con quién o en donde viven los usuarios del CCDV el 42.6% dijo vivir con sus padres y se describe el resto de los valores en la siguiente tabla.

Tabla 6. Con quien viven los usuarios del servicio de consejería del CCDV del 2001 hasta el 2006.

CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres	766	42.6
Pareja	430	23.9
Solo	234	13.0
Hijos	164	9.1
Otros familiares	130	7.2
Total	1799	100

3. 6. 10 Cuentan con seguridad social los usuarios.

Con respecto a si cuentan con algún tipo de seguridad social los usuarios del CCDV de estos el 18.7%, es decir 337 personas, sí cuentan con seguridad social y 1,462 personas, un 81.3% no tiene ningún servicio de este tipo.

3. 6. 11 Tipo de seguridad social que tienen los usuarios.

De los usuarios que cuentan con seguridad social y que solicitaron el servicio del CCDV, un 57.9% cuenta con el servicio del IMSS. En la siguiente tabla se describen el resto de los porcentajes.

Tabla 7. Tipo de seguridad social que tienen los usuarios del CCDV desde 2001 hasta 2006.

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMSS	195	57.9
ISSSTE	118	35
SS	20	5.9
PEMEX	3	.9
Privada	1	.3
Total	1799	100

3. 6. 12 Motivo de consulta de los usuarios.

Con respecto al motivo de consulta de los usuarios que solicitaron el servicio de consejería del CCDV, el 55.4% tuvo relaciones sexuales sin preservativo, el resto de los porcentajes se describen en la siguiente tabla.

Tabla 8. Motivo de consulta de los usuarios que solicitaron el servicio del CCDV desde 2001 hasta 2006.

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tuvo relaciones sexuales sin preservativo	997	55.4
Cree tener algún factor de riesgo	412	22.9
Quiere saber si es seropositivo	248	13.8
Referido por su médico	126	7.0
Tiene dudas	102	5.7
Total	1799	100

3. 6. 13 Usuarios que se habían realizado anteriormente la prueba del VIH.

Los usuarios que solicitaron el servicio de consejería del CCDV y que anteriormente no se habían realizado la prueba del VIH correspondió al 84.9%, es decir 1,528 personas y los que sí ya contaban con ella fueron el 15.1%, siendo 271 personas.

3. 6. 14 Donde se realizaron anteriormente la prueba los usuarios.

De los usuarios que ya se habían realizado anteriormente la prueba del VIH y que solicitaron el servicio del CCDV, se la hizo en un laboratorio público el 68.9%, es decir 188 personas y en un laboratorio privado solamente 85 usuarios correspondiendo al 31.1%.

3. 6. 15 Por que se realizo anteriormente la prueba el usuario.

Con respecto al motivo por el cual se realizo anteriormente la prueba del VIH el usuario que solicito el servicio de consejería del CCDV, el 55.4% fue por motivos personales, el resto de los porcentajes se describen en la siguiente tabla.

Tabla 9. El motivo por el cual se realizaron anteriormente la prueba del VIH los usuarios del CCDV de 2001 hasta 2006.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antecedentes personales	150	55.4
Requisito de trabajo	77	28.4
Cree tener factores de riesgo	41	15.1
Porque dono sangre	2	.7
Por tener una ETS	1	.4
Total	1799	100

3. 6. 16 Resultado de la prueba de VIH que anteriormente se habían realizado los usuarios.

De los usuarios que ya se habían realizado la prueba del VIH y que solicitaron el servicio de consejería del CCDV, resulto siendo negativas 265 personas con un 97.8% y solamente de 6 personas fue positivo el resultado con un 2.2%.

3. 6. 17 Motivo actual para realizarse ahora el examen de los usuarios.

Sobre el actual motivo para volverse a realizar la prueba del VIH de los usuarios del CCDV, el 62.1% dijo que es por iniciativa propia, los sucesivos porcentajes se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 10. El actual motivo para realizarse nuevamente la prueba del VIH de los usuarios del CCDV de 2001 hasta 2006.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iniciativa propia	192	62.1
Tiene un síntoma de ETS	98	31.7
Tiene relaciones sexuales sin preservativo	9	2.9
Fue referido por su médico	7	2.3
Para recibir tratamiento	2	.6
Total	1799	100

3. 6. 18 Actualmente tienen algún padecimiento los usuarios.

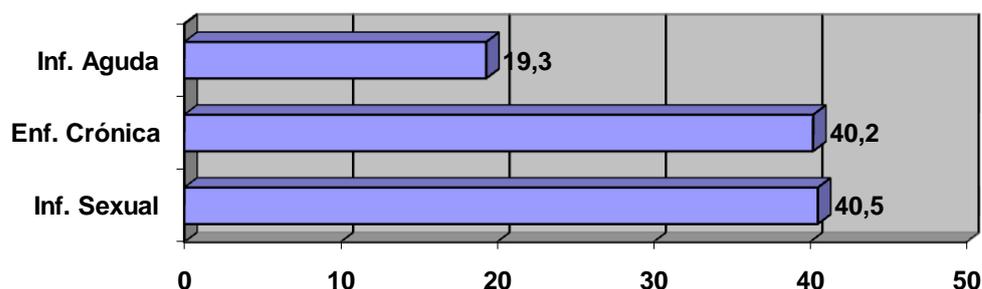
Con respecto ha si actualmente el usuario que solicito el servicio de consejería del CCDV, el 75.7% no tiene ningún tipo de padecimiento y un 24.3% refirió haber tenido alguna enfermedad. Siendo en número de personas 1,358 y 436 respectivamente.

3. 6. 19 Tipo de padecimiento actual de los usuarios.

En lo que respecta al tipo de padecimiento que refirió el usuario que solicito el servicio de consejería del CCDV, el 40.5% tuvo una infección de transmisión sexual, el 40.2% padece una enfermedad crónica y el 19.3% con alguna infección aguda.

La siguiente grafica detalla los respectivos porcentajes.

Figura 2. Tipo de padecimiento actual de los usuarios del CCDV de 2001 hasta 2006



3. 6. 20 Resultados sobre la prueba del VIH que se realizó a los usuarios.

De todos los usuarios del CCDV que se realizaron el examen sanguíneo para detectar anticuerpos para el VIH, resultaron seropositivos 37 personas con un porcentaje de 2.1% y seronegativos el 97.9%, correspondiendo a 1762 individuos.

3. 6. 21 Resultados sobre el mes que recibió atención el usuario que solicitó el servicio de consejería del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario del 2001 hasta 2006.

El mes en el que un mayor número de personas acudió a solicitar el servicio de consejería del CCDV fue enero con un 11.1% y el resto de los meses en los que se solicitó el servicio se describen en la siguiente tabla.

Tabla 11. Mes de atención de los usuarios del CCDV desde 2001 hasta 2006.

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	199	11.1
Octubre	198	11.0
Junio	195	10.8
Julio	185	10.3
Noviembre	171	9.5
Total	1799	100

3. 6. 22 Año de atención de los usuarios.

Se observo que el año en el que más acudió el usuario a solicitar el servicio de consejería en el CCDV fue el del 2005 con 486 personas y un 27%, en los tres años restantes se asistió a un menor número de población como se representa en la siguiente tabla.

Tabla 12. Año de atención de usuarios del servicio de consejería del CCDV de 2001 hasta 2006.

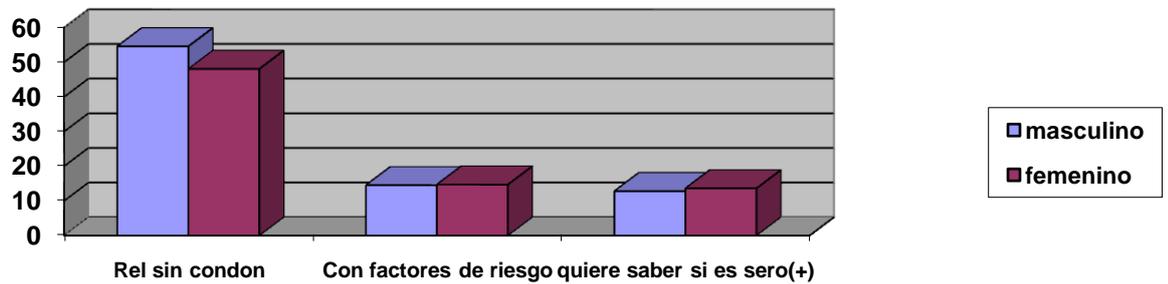
AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2001	486	27
2002	385	21.4
2003	287	16
2004	269	15
2005	237	13.2
2006	135	7.5
Total	1799	100

Se realizo un comparativo de los resultados obtenidos dependiendo del sexo masculino y femenino, que se muestra a continuación.

3. 6. 23 Motivo de consulta del usuario dependiendo el sexo.

El principal motivo por el que solicitaron el servicio de consejera del CCDV tanto hombres como mujeres fue por el haber tenido relaciones sexuales sin preservativo, solamente que fue mayor el porcentaje de hombres que acudió con un 54.6% siendo 427 personas y de mujeres fue 48.1% con 489 de ellas. De la misma forma el siguiente motivo fue similar creyó tener algún factor de riesgo 113 hombres con el 14.5% y 149 mujeres con el 14.7%. El tercer motivo fue el saberse seropositivo por parte de 100 hombres con el 12.8% y de mujeres un porcentaje de 13.6% siendo 138 de ellas. Lo anterior se representa en la siguiente grafica

Figura 3. Motivo de consulta al servicio del CCDV según sexo del usuario de 2001 hasta 2006

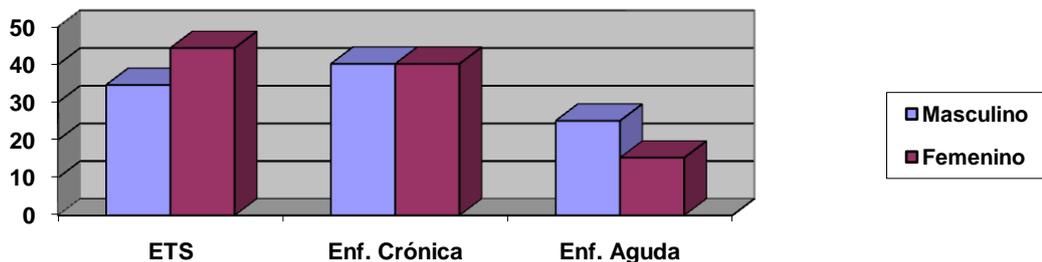


3. 6. 24 Padecimiento actual del usuario según sexo.

En lo que respecta al tipo de padecimiento actual que refirió cada usuario del CCDV según su sexo, la mayoría de las mujeres presentó una infección de transmisión sexual con 116 casos y el 44%, como principal padecimiento de los hombres fue una enfermedad crónica cursada por 72 de ellos con 40.2%. El segundo tipo de padecimiento que presento el sexo femenino fue de tipo crónico con 105 mujeres y 40.2%,el de los hombres fue una infección de transmisión sexual con 34.6% siendo 62 los enfermos. Por ultimo las enfermedades agudas en mujeres fue de 15.3% con 40 casos y en hombres el porcentaje fue de 25.1% con 45 casos.

La siguiente grafica esquematiza lo anteriormente explicado.

Figura 4. Padecimiento actual según el sexo del usuario del CCDV de 2001 hasta 2006



3. 6. 25 Resultados de la prueba del VIH según el sexo de usuarios.

Con respecto al número de personas que recibió consejería en el CCDV y que se realizó la prueba del VIH, la proporción de mujeres fue de 1017 y de hombres fue 782. Con un resultado negativo se encontró a 1008 mujeres con 99.1% y 754 hombres con un porcentaje de 96.4%. El resultado positivo fue para 9 mujeres con el .9% y 28 hombres con el 3.6%.

La siguiente tabla presenta los resultados antes citados.

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes del resultado de la prueba del VIH según el sexo de los usuarios del CCDV de 2001 hasta 2006.

SEXO	FRECUENCIA POSITIVO	PORCENTAJE POSITIVO	FRECUENCIA NEGATIVO	PORCENTAJE NEGATIVO
Masculino	28	3.6	754	96.4
Femenino	9	.9	1008	99.1

3. 6. 26 Edad de los usuarios.

Con respecto a la edad promedio de las personas que solicitaron el servicio del CCDV este fue de 28 años, con un valor mínimo de 2 años y un máximo de 79 años.

4. Discusión.

Como el trabajo se dividió en una investigación cualitativa y otra cuantitativa, para la primera parte se realizó una investigación documental y se basó en entrevistas personales con la responsable del CCDV.

Aquí la primera parte de la discusión de los resultados cualitativos.

Entre los resultados importantes de este trabajo fue el haber detallado el proceso de formación de un Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario en VIH/SIDA del programa de VIH de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Que hasta este momento no se había descrito sino que solamente se había informado acerca de los logros en general del programa pero no en lo específico de cada uno de los CCDV que integran la red de 31 centros de consejería⁴.

La preparación de la Trabajadora Social como consejera en VIH/SIDA requirió de una capacitación la cual constó de los conocimientos básicos necesarios para desarrollar la consejería como aspectos de la comunicación verbal y no verbal, técnicas para desarrollar las preguntas o para poder generar confianza en la persona y además los conocimientos médicos acerca del VIH y del SIDA para poderlos explicar a los usuarios, todo esto coincide con los procesos de formación de consejeros en diferentes países como Chile y Cuba^{1, 3, 10, 11, 39, 46}, así como lo planteado en el manual de consejería en VIH/SIDA e ITS que reúne la experiencia del CENSIDA y que se aplicó en la capacitación de los consejeros de los CCDV^{4, 38, 39}.

Se coincidió con los países analizados en que la persona que acude al servicio requiere de apoyo^{1, 3 - 5, 22, 39}, por lo cual es de vital importancia el contacto visual pues brinda seguridad al usuario, siendo el tipo de consejería cara a cara la que cubre con esta expectativa y es la que se aplica principalmente en el CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

El servicio de consejería que se brinda en el CCDV es gratuito y la realización de la prueba de anticuerpos contra el VIH tampoco tiene algún costo^{1, 3, 4, 55}, siendo lo más importante que esta dirigida a todo tipo de población sin ningún tipo de discriminación o distinción^{4, 38, 55}.

Conforme a lo establecido en las normas nacionales e internacionales para la realización de la prueba de anticuerpos de VIH existe de por medio el consentimiento informado del usuario y se cuenta con un formato oficial el cual especifica la finalidad del estudio sanguíneo como se muestra en el anexo número 3^{1, 38, 39}.

El instrumento con el cual se recaban los datos de los usuarios a la consejería y que se utilizó para este trabajo también es un formato oficial creado por la misma Secretaría de Salud del Distrito Federal que cuenta con preguntas abiertas con las características sociodemográficas del usuario, además de la información médica necesaria para identificar el motivo por el cual solicita el servicio de consejería y con esto identificar factores de riesgo que lo hagan meritorio de realizarse la prueba de anticuerpos contra el VIH³⁸. Este formato es el anexo 2 y con respecto a los otros servicios de consejería que se mencionaron de Estados Unidos, Chile, Cuba y los países africanos no se indicó si durante la realización de la consejería usan algún tipo de instrumento para recolectar la información^{1, 3, 7, 9, 22, 49}.

Con la colaboración de la Trabajadora Social se realizó el flujograma que nos indica la dinámica que se lleva a cabo en el servicio de consejería del CCDV con cada usuario que acude al servicio dependiendo de las características que se presente en diferentes situaciones, además de que nos auxilia para explicar de manera sencilla y gráfica a las personas que soliciten información acerca del funcionamiento del servicio del CCDV. Este flujograma nos permite de momento ejemplificar de manera general el servicio que se brinda en los otros 30 CCDV del programa de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (ver anexo 1).

La realización de este trabajo redituó en que el servicio de consejería del CCDV cuenta ahora con un flujograma de manera permanente y que puede ser objeto de adecuaciones y cambios en futuras investigaciones o dependiendo de las modificaciones que se le llegaran a realizar al programa de VIH/SIDA de la SSDF.

A continuación se discuten los resultados del área cuantitativa del trabajo de investigación.

Debido a que el estudio se realizó en el Distrito Federal el 99% de los usuarios vive en la Ciudad de México, igualmente la gran mayoría de los asistentes nació en esta ciudad. Aunque no se especifica en el formato de recolección de datos, se supone que la mayoría de la población que acudió a solicitar el servicio de consejería es residente de la Delegación Tlalpan, pues junto con Gustavo A Madero cuentan con 3 CCDV. Las que cuentan con 4 CCDV son las demarcaciones de Iztacalco y Milpa Alta. Además de que hasta este momento no se cuenta con la información recabada de los otros centros de consejería. (Anexo 1)

En cuanto al nivel de escolaridad se contabilizó en años siendo el promedio de 10 años lo cual correspondería a haber cursado la secundaria completa y un año de

bachillerato, el único país que hace referencia al nivel educativo de sus usuarios es Cuba pero solo menciona que es elevado³, ya con un nivel de secundaria y por lo sencillo de la información difundida en la escuela, en los medios informativos, en las diferentes campañas que se realizan acerca del VIH, se considera que la consejería se puede llevar a cabo de manera fluida, se puedan desarrollar adecuadamente los temas que se incluyen en esta y lo más importante que se puedan comprender para que se puedan llevar a cabo las modificaciones en los estilos de vida que implican riesgos para la salud del usuario^{1, 38, 39}.

En ninguno de los estudios realizados acerca de los servicios de consejería de los países antes mencionados se hizo énfasis o se especifico el tipo de ocupación en ese momento de los solicitantes, solamente en el estudio realizado por Richardson se usa la variable de ocupación de tiempo completo, parcial o desempleado con un promedio de 23% de personas trabajando y mas del 60% desempleados².

Con el promedio de edad de 28 años obtenido de la mayoría de los usuarios del CCDV se considera que es una población de adultos jóvenes la que esta acudiendo al centro lo que implica que son parte de la población económicamente activa o que están instruyéndose en alguna institución educativa, es decir son personas que ya se pueden hacer responsables de sus acciones con ellos mismos y con los demás, por lo tanto se puede llegar a trabajar con ellos para que hagan conciencia de su estilo de vida y de que identifiquen sus factores de riesgo, para que los puedan llegar a modificar^{26, 28}.

El mayor porcentaje de los usuarios del CCDV refirió ser estudiante lo cual se ve expresado en el nivel de escolaridad ya descrito y que la información a tratar debe de ser comprendida, otro dato importante es el que de todos los usuarios un porcentaje aproximadamente similar refirió estar empleado y desempleado con 16.7% y 14.3% respectivamente, lo cual trae otro tipo de implicaciones en el ámbito social y económico de la familia y que se puede ver en la presencia de estilos de vida poco saludables^{27, 28}.

En este apartado también se deduce que las usuarias son un número importante de solicitantes del servicio pues como ocupación el dedicarse a las labores del hogar ocupó un 12.7% siendo una de las ocupación que social y culturalmente se dedican a la mujer mexicana, además de que también hay estudiantes y empleadas del sexo femenino con lo cual se incrementa su número^{26, 28}.

Esto se debe en parte a que en las relaciones de pareja en México no se dan en igualdad y existe un control por parte del hombre en la utilización del preservativo, además de que las mujeres no están al tanto del tipo de preferencias y actividades sexuales de sus parejas, las que pueden llegar a ser de tipo de homosexual^{26, 28}.

La mayor parte de los usuarios contaba con pareja en el momento en que se realizó el estudio con un 76.9%, en cuanto al tipo de preferencia sexual de los usuarios se infirió esta pues la pregunta al ser abierta queda a la consideración de la persona el mencionarlo, se dedujo por que el 83.8% respondió que su pareja era una mujer ya sea su esposa o novia, por lo tanto era de tipo heterosexual, los que si respondieron directamente acerca de su preferencia fueron los homosexuales y bisexuales, con un 14% en conjunto lo cual es importante pues son el grupo de población en los que se encuentra la mayor prevalencia de infecciones por el VIH^{5, 19, 28, 29}, quedando abierta la posibilidad de que dentro de los heterosexuales existan otras preferencias que se ocultan o no se aceptan por los estigmas y la discriminación que se ejerce sobre esos grupos en específico^{26, 28, 41 - 46}.

Nuevamente como en el formato oficial no se especifica en la pregunta el número de parejas sexuales que ha tenido el usuario el 97.9% no contesto con cuantas personas ha mantenido relaciones sexuales y solamente menos del 1% contesto que ha tenido una o más lo cual sería importante para determinar el nivel de riesgo que presenta nuestro usuario y sus próximas parejas^{26, 28, 41 - 46}.

Con respecto al número de hijos el 61.6% de los usuarios reconoció no tener hijos hasta ese momento lo cual se puede relacionar con que en su mayoría de estos se dedique aún a estudiar.

El sexo de los usuarios es por una mínima diferencia mayormente femenino con el 56.5%, contrario a lo establecido por Alfonso³ en Cuba donde principalmente han sido del sexo masculino los usuarios del servicio de consejería, aquí en México por la forma en que se concibe la masculinidad, son pocos los hombres que hacen uso de los servicios de salud y menos los que aborden temas que tengan que ver con su sexualidad y en donde se planteen modificaciones en estos patrones ya establecidos, por lo tanto son mayoría las mujeres ya sean dedicadas al hogar, estudiantes o empleadas las que solicitan los servicios de salud y dentro de ellos el del CCDV^{3,26, 28, 41 - 46}.

Como se explico en la introducción el Gobierno del Distrito Federal cuenta con el programa de Servicios y Medicamentos gratuitos para la población que no cuenta con

algún tipo de seguridad social^{4, 55}, dentro de estos servicios se incluye el servicio de consejería del CCDV, sin embargo como se mostró en los resultados 337 personas cuentan con algún tipo de seguridad social y en el cual podrían solicitar el servicio, pero debido a circunstancias no especificadas en los formatos decidieron acudir al Centro de Salud en busca del CCDV. Dentro de las posibilidades están la cercanía de su domicilio, de su lugar de labores, la flexibilidad del horario o que prefiere el servicio que se brinda en el primer nivel de atención de la SSDF^{4,55}.

En lo que existió coincidencia con el resto de autores de los otros países^{1 - 3, 5- 8, 22, 36}, fue acerca del principal motivo de consulta por el cual los usuarios solicitaron el servicio del CCDV y fue el haber mantenido relaciones sexuales sin preservativo, con un 55.4%, es decir la mitad de todos los usuarios y los motivos que le prosiguen pueden tener algún tipo de relación con el no haberse protegido con condón como el creer tener factores de riesgo y el saberse seropositivo, pues la principal vía de transmisión del VIH ha sido la Sexual^{5, 19, 21, 29, 30}.

Esto tiene que ser un punto importante a tratar por todo el personal de salud pues a pesar de los conocimientos científicos que se tienen acerca de la efectividad del condón como medio para prevenir la infección por el VIH, de las campañas que promueven el uso del preservativo, sigue imperando la ignorancia, las relaciones desiguales de género y un concepto erróneo y muy riesgoso de masculinidad y de cómo se ejerce que favorecen su no uso. Estos factores generan un ambiente difícil para la mujer mexicana para poder negociar con su pareja el uso del condón^{20, 28 - 30, 41 - 45}.

Este mismo motivo fue referido por los usuarios que anteriormente se habían realizado la prueba de anticuerpos contra el VIH, siendo solamente 15.1% los que ya se la habían practicado, de todos estos usuarios un porcentaje de 28.4% refirió que era un requisito para su trabajo lo cual va en contra de lo establecido en la Norma oficial Para la prevención y control de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana que en su apartado sobre la prueba de detección del VIH/SIDA y los derechos del paciente, en su primer punto afirma textual “No se solicitara como requisito para ingresar a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica” y en el segundo lo reafirma “No deberá ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral” , pues a pesar de ser una norma vigente que debe de ser acatada por todas las instituciones y empresas se sigue solicitando para ingresar a laborar o para

no ser despedido, como informa Sanchez⁴³ que sucede en las plataformas de PEMEX que se encuentran en Coatzacoalcos estado de Veracruz.

También del grupo de usuarios que anteriormente ya se habían practicado la prueba que fueron 271 solo 6 habían obtenido un resultado positivo, que en ese momento se encontraban sin tratamiento antirretroviral y su intención era iniciarlo.

Cuando se le interrogo al usuario sobre si en ese momento presentaba alguna enfermedad de 436 personas el 40.2% refirió algún tipo de enfermedad de transmisión sexual, lo cual es un factor de riesgo para contraer la infección por el VIH y muestra que a pesar de los avances científicos y las reiteradas campañas de prevención de ETS, persisten aun de manera importante^{2, 3, 5, 12, 32- 34, 38, 39}.

De todos los usuarios que solicitaron la consejería y que además se realizaron la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, que fueron 1799, solamente 37 personas resultaron seropositivas siendo un 2.1% lo cual es significativo, pues eran usuarios que no conocían su estado serológico hasta ese momento y que durante ese lapso de tiempo no sabemos si mantuvieron relaciones sexuales y si se protegieron usando preservativo, lo cual es poco probable si nos remitimos al principal motivo de consulta referido en este estudio.

En los meses (enero, octubre, junio, julio, noviembre) en que mas se brindo la atención la diferencia de usuarios es mínima por lo que no se puede determinar que exista un periodo de tiempo en el que preferencialmente acudan a solicitar el servicio, solamente que por ser inicio de año decidan realizárselo como parte de una revisión general y por sus antecedentes personales.

Con respecto al año en que más personas se atendio resulto ser el del 2005 con 486 y el que menor cantidad obtuvo fue el del 2001 debido principalmente a que fue el año en que se inicio a brindar la atención y que existía poca difusión del mismo. El que se atiende ese número de personas también puede deberse a que existen otros dos CCDV en la delegación y que son cercanos geográficamente. (Ver anexo 1)

Al realizar un comparativo dependiendo del sexo del usuario en cuanto a los motivos de consulta se vio que no existe una gran diferencia con respecto al principal que fue el haber sostenido relaciones sexuales sin preservativo con una diferencia de 7% entre hombres y mujeres, además de que las otras situaciones son casi similares en porcentaje y son las mismas el creer tener factores de riesgo y el querer saberse seropositivo, lo cual implica que debido a la desigualdad de genero, las relaciones de poder que se dan en el ámbito de la pareja, la masculinidad que se inculca en la

sociedad mexicana y la ignorancia al respecto del tema son factores importantes para que se den estos resultados^{20, 26, 28, 30, 41 - 46}.

Lo mismo sucede en cuanto a la presentación de enfermedades de transmisión sexual siendo superior solamente por 6% en los hombres que en las mujeres, poniendo de manifiesto que aún persisten este tipo de enfermedades, que generan gastos, que son prevenibles y que son factores de riesgo para la infección del VIH^{28, 38}.

En cuanto al número de personas con un resultado seropositivo, fue mayor el de hombres con 28 por solamente 9 mujeres seropositivas. Aunque fue mayor la cantidad de usuarias del sexo femenino que acudieron al servicio en total 1017 contra 782 hombres. Esto refleja las características ya antes descritas de que son las mujeres las que más acuden y solicitan los servicios de salud, que los hombres presenten mayor número de infectados puede ser una consecuencia de la forma en que ejercen su sexualidad y por los dogmas inculcados en su educación tanto en su familia y que son reforzados de distintas formas en el medio social en el que se desenvuelvan a través de distintos medios como los informativos.

5. Conclusiones.

A partir de la información recabada en la investigación documental se pudo determinar el proceso llevado a cabo para crear el Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario y de la formación del consejero en VIH/SIDA, para posteriormente describir las características y la organización del mismo. Se pudo realizar un flujograma que nos indique la dinámica que se sigue con las personas que acudan al servicio desde el principio de la atención hasta el fin, lo cual es importante para el CCDV pues no contaba con este material y de ahora en adelante podrá hacer uso de él.

Se demostró que la atención brindada en el centro de consejería está debidamente guiada por la normatividad oficial tanto local, nacional e internacional con lo cual se otorga a la persona que acude una atención de calidad y sin vulnerar sus derechos humanos.

El que se haya descrito el funcionamiento del CCDV no permite de momento suponer que la atención deberá de ser la misma en los 30 centros de consejería restantes pues actualmente no se tiene esta información específica, pues todos forman parte del programa de VIH/SIDA de la SSDF.

En cuanto a la información cuantitativa se confirmó que aunque por un reducido margen son las mujeres las principales solicitantes y usuarias de los servicios de salud y por consiguiente de la atención que se brinda en el CCDV.

Es además la población económicamente activa la que está acudiendo al servicio y de resultar positivos se desencadenará una serie de afectaciones a diferentes niveles desde el personal, el familiar, el laboral y el social, que directamente e indirectamente inciden en la economía del país.

A pesar de que el nivel de escolaridad no fue bajo y que un porcentaje elevado de los usuarios son estudiantes y muy a pesar de lo que se gasta en campañas de prevención del VIH y acerca del uso del condón, el principal motivo de consulta fue el haber sostenido relaciones sexuales sin preservativo, lo cual nos indica que a pesar de que se cuenta con la información y con los recursos (los condones) no se utilizan, reflejándose una falla en las estrategias hasta ahora establecidas y que se deberán mejorar para evitar que siga presentándose como uno de los primeros factores de riesgo. Por lo que es necesario el conjuntar de manera específica el trabajo realizado en los otros centros de consejería, para establecer cuáles son los principales motivos de la población del Distrito Federal y poder actuar de una manera real y diferente,

porque lo establecido hasta el momento en cuanto a programas de prevención no han modificado esa situación en el estilo de vida de las personas.

Otra de las deficiencias encontradas fue al momento de interrogar en cuanto a la pareja del usuario, pues al ser una pregunta abierta, no se pudo especificar el número de parejas sexuales de los usuarios y se tuvo que deducir el tipo de preferencia sexual de la persona, por lo que en otro estudio se puede llegar a plantear alguna modificación al formato oficial para que sea más específico en este aspecto, lógicamente sin afectar los derechos humanos del usuario pero que si haga énfasis en esta situación pues es uno de los factores de riesgo considerados como importantes y que de momento se omite.

El número de personas que resultaron seropositivas (37) y su porcentaje de 2.1% con respecto al total es una cifra importante pues es difícil determinar el número de contactos de esta persona durante el periodo de tiempo en que se infecto por el virus y hasta que se realizo el diagnóstico. Además por las repercusiones que traerá el resultado en todos los niveles de la esfera bio-psico-social.

La información obtenida de la investigación cuantitativa lamentablemente no se pudo comparar con la de los otros centros de consejería por qué no se encuentra detallada de manera específica, lo cual nos permitiría generar un panorama más amplio del funcionamiento de una parte principal del programa de VIH/SIDA, que son los CCDV. Con lo cual se pueden llegar a generar mejoras o modificaciones en el servicio.

6. Referencias

1. Comisión Nacional del SIDA. Documento técnico de trabajo Consejería para VIH/SIDA. Revisado en línea Abril 17, 2006. Disponible en: URL: <http://www.conasida.cl/fono/doctechs/doconsej/doconsej.htm>.
2. Richardson JL, Milan J, McCutchan A, Stoyanoff S, Bolan R, Weiss J, et al. Effect of brief safer-sex counselling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS* 2004, 18:1179-1186.
3. Alfonso MA, Lugo I, Rodriguez M, Sanchez L. Consejería cara a cara en VIH/SIDA. Experiencias en Cuba. Revisado en línea Abril 17, 2006. Disponible en: URL : <http://www.sld.cu/aldia/saluden.html>
4. Programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México. Universo de Salud, Junio 2006 Vol. 4. Año 4/Núm. 26: 35-36.
5. Gallant JE. HIV Counseling, Testing, and Referral. *American Family Physician*. July 15, 2004. 70 (2): 295-302.
6. Exner ThM, Hoffman S, Parikh K, Leu ChS, Ehrhardt AA. HIV Counseling and Testing: Women's Experiences And the Perceived Role of Testing As a Prevention Strategy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002,34(2):76-83.
7. Chippindale S, French L. HIV counselling and the psychosocial management of patients with HIV or AIDS. *BMJ* June 2001; 322:1533-5.
8. Miller D. HIV counselling: some practical problems and issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, May 1987; 80: 278-280.
9. Lewis CE, Freeman HE: The sexual history-taking and counselling practices of primary care physicians. *West J Med* 1987 Aug; 147: 165-167.
10. Vallejo AO, Navarrete NS, Del Rio ChC, Avila FC, Santos PJ. El trabajador de salud y la consejería sobre el VIH y SIDA. *Salud Pública de México*, Nov-Dic, 1995; 37(6): 636-642. Revisado en línea Marzo 03 2006. Disponible en: URL: <http://www.insp.mx/salud/37/376-16s.html>.

11. Acción Ciudadana Contra el SIDA. II Taller de Capacitación para Consejeros en VIH/SIDA. Manual del Participante. Revisado en línea Marzo 03 2006. Disponible en:
<http://www.laccaso.org/pdfs/manualdeconsejeria.doc.pdf>.
12. Bronfman MN. Los servicios de apoyo en VIH/SIDA: El caso del Estado de Morelos. SIDA-ETS. Feb-Abr 1997; 3(1):1-8.
13. Hogan RD, Baltussen R, Hayashi Ch, Lauer JA, Salomon JA. Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. Revisado en línea Junio 18 2006 en: URL:
<http://www.BMJ,doi:10.1136/bmj.38643.368692.68>.
14. Kim YM, Kols A, Martin A, Rinehart W, Prammawat S, Johnson S et al. Promoting Informed Choice: Evaluating A Decision Making Tool for Family Planning Clients And Providers in Mexico. International Family Planning Perspectives, 2005; 31(4): 162-171.
15. Meursing K, Sibindi F. HIV counselling – a luxury or necessity?. Health Policy and Planning;15(1):17-23.
16. Kamb LM, Rhodes F, Hoxworth T, Rogers J, Lentz A, Kent Ch et al. What about money? Effect of small monetary incentives on enrolment, retention, and motivation to change behaviour in an HIV/STD prevention counselling intervention. Sex Trans INF 1998; 74:253-255.
17. Bor R, Perry L, Miller R, Jackson J. Strategies for counselling the “worried well” in relation to AIDS, discusión paper. Journal of the Royal Society of Medicine. Abril 1989; 82: 218-220.
18. Coates TJ, Lo B: Counseling patients seropositive for human immunodeficiency virus-Approach for medical practice. West J Med 1990 dec; 153: 629-634.
19. Comisión Nacional del SIDA. El SIDA en cifras, 2005. Revisado en línea Marzo 03 2006: en URL:
<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadist/pre2003pdf>
20. Herrera C, Campero L. La Visualización de las mujeres en la epidemia del VIH/SIDA. Obstáculos y retos. Presentado en Avances en SIDA e ITS: Retos para el tercer Milenio” CONASIDA. Acapulco, México. Noviembre de 1999.

21. Comisión Nacional del SIDA. El programa de Acción para la prevención y control del VIH/ SIDA e ITS 2001-2006. Higiene. 3(2):7-9.
22. Centres for Disease Control and Prevention. Evolution of HIV/AIDS Prevention Programs- United States, 1981-2006. Revisado en línea Junio 18 2006: Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5521a4.htm>.
23. Khalsa AM. Preventive Counseling, Screening, and therapy for the patient with Newly Diagnosed HIV Infection. Am Fam Physician 2006;73:271-80.
24. Lin SX, Larson E. Does Provision of Health Counseling Differ by Patient Race?. Fam Med 2005; 37(9): 650-4.
25. Bertozzi S, Rely K. Costo efectividad de las intervenciones en VIH/SIDA. Presentado en Avances en SIDA e ITS: Retos para el tercer Milenio” CONASIDA. Acapulco, México. Noviembre de 1999.
26. Del Rio ZA, Liguori AP, Magis RC, Valdespino GJL, García GM, Sepúlveda JA. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. Salud Publica de México Nov-Dic 1995; 37(6): 581-591. revisado en línea en Marzo 03 2006. Disponible en: URL: <http://www.insp.mx/salud/37/376-11s.html>
27. Bronfman M, Leyva R. Migración y SIDA: los contextos de riesgo. Higiene. 3(2): 30-31.
28. Ponce P. Género, sexualidades y SIDA. Higiene. 3(2):24-6.
29. Rodríguez CM. El SIDA en México en el año 2000. Higiene. 3(2): 16-20.
30. Pedrosa LI. El condón, una buena opción. Higiene. 3(2):12-15.
31. Coates TJ, De Carlo P. Si sabemos lo que funciona al prevenir el VIH – por que no sacamos mayor provecho. Revisado en línea en Marzo 03 2006. Disponible en: URL: <http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/sabemos.php>.
32. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida CIE-9 042-044; en, James Ch. El control de las enfermedades transmisibles; 17ª ed. – Washington, DC: OPS, 2001. p. 580 – 592.
33. Infección por VIH y SIDA ; En El Manual Washington de Terapeutica Medica de Department of Medicine Washington University School of Medicine St Louis, Missouri ; 30ª Ed. 2001, Lippincott Williams and Wilkins. p. 327 – 340.

34. Fauci AS, Clifford LH. Enfermedad por el virus de la Inmunodeficiencia Humana: SIDA y procesos relacionados. En: Fauci AS, Braunwald E, Editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 15 ed. México: Mc Graw Hill; 2005. p. 2035 – 2107.
35. Secretaria de Salud / CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH / SIDA. México: Secretaria de Salud / CENSIDA, 2004.
36. WHO: Regional committee for Africa. HIV Prevention in the African region : A strategy for renewal and acceleration. Ethiopia. WHO, 2006. Disponible en
URL:http://www.afro.who.int/aids/publications/afr_rc56_8_hiv_prevention.pdf
37. UNAIDS.WHO. UNAIDS/WHO Policy statement on HIV testing. New York. UNAIDS, 2006. Disponible en: URL:
<http://www.who.int/hiv/pubvct/en/investestingpolicy04.pdf>
38. Modificación a la Norma Oficial. NOM-010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Julio. 2000.
39. Secretaria de Salud / CENSIDA. Manual de consejería en VIH / SIDA e ITS. México. Secretaria de Salud / CENSIDA. 2006.
40. Casabona BJ, Alberny IM. SIDA y enfermedades de transmisión sexual. En: Zurro MA, Cano PJ. Atención Primaria: conceptos, organización y practica clínica. 3ª. Ed. Barcelona: Mosby Doyma; 1999. p. 1154-1180.
41. Rea TC. VIH /SIDA y conductas de riesgo en Mérida. La Jornada. Letra S. 123. Octubre. 2006. p. 9.
42. Mino F. Balance sexenal de políticas de salud. La Jornada. Letra S. 124. Noviembre. 2006. p. 6 – 7.
43. Sanchez R. VIH /SIDA en el puerto de Coatzacoalcos. La Jornada. Letra S. 124. Noviembre. 2006. p. 10.
44. Reyes M. Sexo entre varones y VIH /SIDA el caso de Cuernavaca. La Jornada. Letra S. 121. Agosto. 2006. p. 8.
45. Rea TC. VIH/SIDA y riesgos en Nayarit. La Jornada. Letra S. 122. Septiembre. 2006. p.8 – 9.
46. Proyecto “formación de consejeros” para la prevención del VIH/SIDA. Cuba. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA (CNP/SIDA).

2003. Disponible en: URL:
<http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=565>
47. Medina A. Cuba, entre la controversia y el éxito. La Jornada. Letra S. No.105. Mayo. 2003. Disponible en: URL:
<http://www.jornada.unam.mx/2003/05/09/ls-cuba.html>
48. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH/SIDA. Cuba. Grupo Operativo Para El Enfrentamiento y Lucha Contra el SIDA (GOPELS). 2004. Disponible en: URL:
<http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=667>
49. Stover J, Johnston A. Proyecto POLICY, El arte de formular políticas: experiencias de Africa en el desarrollo de políticas Nacionales de VIH/SIDA. Washington: USAID ; agosto 1999. Disponible en: URL:
<http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-O3es.pdf>
50. Spiegel PB, Nankoe A. ACNUR, VIH/SIDA y Refugiados: Lecciones aprendidas. Suiza: World Health Organization. 2003. Disponible en: URL: http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF19-20/rmf19-20_19.pdf
51. OIT, OPS, PMA, PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF. Que debe decir el personal de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe acerca de la epidemia de VIH. Washington: Noviembre 2005. Disponible en: URL:
http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/UN_advocacy_document_spanish_pf
52. Irigoyen CA, Landgrave IS, Mazon RJJ. Vida y obra del Doctor José Castro Villagrana. 1ª ed. México: Editorial Familia Mexicana; 1992.
53. Vigoroso esfuerzo en beneficio a colonias circundantes del DF. "Pequeñas batallas que se ganan": ALM. El Universal 1961 Oct 22; Año XLVI, Tomo CLXXXV, Número 16,270.
54. Humana y Democrática actitud de ALM ante el pueblo humilde – banquete en plena calle-. El Universal 1961 Oct 29; Año XLVI, Tomo CLXXXV, Número 16,277.
55. Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal. Informe de trabajo 2003. México. Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal. 2004.
56. Ley General de Salud. Secretaría de Salud. 2006. México.
57. Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica

Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989.

7. Anexos.

Anexo 1. Red de Centros de consejería

Anexo 2. Formato oficial de Ficha de Datos Generales

Anexo 3. Hoja de Consentimiento Informado.

Anexo 1.

Red Jurisdiccional de Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntarios, que actualmente cuenta con 31 Centros de consejería:

1. ÁLVARO OBREGÓN I

Centro de Salud Dr. Manuel B. Márquez Escobedo, Joaquín Pardavé Núm. 10, Col. Hogar y Redención

2. ÁLVARO OBREGÓN II

Centro de Salud Dr. Manuel Escontría, Frontera Núm. 15, Col. San Ángel

3. AZCAPOTZALCO

Centro de Salud Dr. Manuel Martínez Báez, Av. El Rosario Núm. 34, Col. San Martín Xochináhuac

4. BENITO JUÁREZ I

Centro de Salud Portales, Av. San Simón Núm. 94, Col. San Simón Ticumac

5. BENITO JUÁREZ II

Centro de Salud Mixcoac, Rembrand Núm. 32, Col. Nonoalco Mixcoac

6. COYOACAN

Centro de Salud Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, San Gabriel 517, Col. Santa Ursula Coapa

7. CUAJIMALPA

Centro de Salud Cuajimalpa, Cerrada Juárez s/n, Col. Cuajimalpa

8. CUAUHTÉMOC I

Centro de Salud Dr. Manuel Domínguez, Héroes Núm. 38, Col. Guerrero

9. CUAUHTÉMOC II

En la Clínica de Especialidades Núm. 3, Tenochtitlán Núm. 79, esq. Rivero, Col. Morelos. CP 06200

10. GUSTAVO A. MADERO I

Centro de Salud Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, Av. 5 de febrero Núm. 12, Col. Martín Carrera

11. GUSTAVO A. MADERO II

Centro de Salud Palmatitla, Dr. Rubén Leñero esq. Dr. Ángel Brioso Vasconcelos, Col. Cuahutepec

12. GUSTAVO A. MADERO III

Centro de Salud Dr. Rafael Ramírez Suárez

13. IZTACALCO I

Centro de Salud Dr. José Zozaya, Corregidora Núm. 135, esq. Plutarco Elias Calles, Col. Santa Anita

14. IZTACALCO II

Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira, Av. Sur 16, esq. Ote. 245, Col. Agrícola Oriental

15. IZTACALCO III

Centro de Salud Dr. Luis Mazzotti Galindo, Calle 6, esq. Privada Tomás Roche, Col. Pantitlán

16. IZTACALCO IV

Centro de Salud Gabriel Ramos Millán, Sur 179, esq. 120, Col. Gabriel Ramos Millán

17. IZTAPALAPA

Centro de Salud Dr. Rafael Carrillo, Calle Victoria Núm. 36 Barrio San Lucas

18. MAGDALENA CONTRERAS

Centro de Salud Dr. Ángel de la Garza Brito, Av. San Jerónimo esq. Nogal, Col. Pueblo Nuevo

19. MIGUEL HIDALGO

Centro de Salud México España, Mariano Escobedo Núm. 148 Col. Anáhuac

20. MILPA ALTA I

Centro de Salud Gastón Melo, Av. Gastón Melo s/n, San Antonio Tecómitl

21. MILPA ALTA II

Centro de Salud Villa Milpa Alta, Poblado de Villa Milpa Alta, Av. Nuevo León DIF.

Milpa Alta

22. MILPA ALTA III

Centro de Salud Santa Ana Tlacotenco, Av. Morelos s/n esq. Ignacio Zaragoza, Pueblo Santa Ana Tlacotenco

23. MILPA ALTA IV

Centro de Salud Dr. Luis Alberto Erosa de León, Av. Hidalgo esq. Tláloc, Pueblo San Pedro Atócpán

24. TLÁHUAC I

Centro de Salud Miguel Hidalgo, Fidelio Espinoza esq. Deodato, Col. Del Mar. CP 13200

25. TLÁHUAC II

En la Clínica Comunitaria MIXQUIC, Carretera Mixquic Chalco Km 8 Bo. Santa Cruz, Pueblo de Mixquic

26. TLALPAN I

Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, Coapa y Carrasco Col. Toriello Guerra

27. TLALPAN II

Centro de Salud Dr. David Fragoso Lizalde, David Fragoso Lizalde s/n, Col. San Pedro Martir

28. TLALPAN III

Centro de Salud Cultura Maya

29. VENUSTIANO CARRANZA

Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, Av. Eduardo Molina, esq. Peluqueros Col.
20 de Noviembre

30. XOCHIMILCO I

Centro de Salud Tulyehualco, Carretera México Tulyehualco sin número

31. XOCHIMILCO II

Centro de Salud Xochimilco, Juárez Núm. 2 esq. Pino Col. Barrio de San Juan
Xochimilco



SECRETARIA DE SALUD

FICHA DE DATOS GENERALES

Nombre o identificador: _____

Originario de: _____

Residencia actual: _____

Desde cuando: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____

Empleo u ocupación: _____

Pareja: _____ Hijos: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

¿Porqué viene a consulta? _____

¿Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH?: Sí No Donde: _____

¿Por qué se la realizo? _____

¿Cuál fue el resultado? _____

¿Cuál es el motivo de quererse hacer el examen ahora? _____

HOJA DE CONSENTIMIENTO:

Clave asignada: _____

Fecha de firma: _____

Nombre y firma del personal de salud responsable de la Consejería y la solicitud de firma de hoja de Consentimiento

Nombre

Firma

ANEXO 3



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza

Fecha:

Día	Mes	Año	Jurisdicción	Centro	No.Sec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Clave <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONSENTIMIENTO DE DETERMINACION DE
ANTICUERPOS CONTRA EL VIH**

Me han informado que el propósito de este estudio es la búsqueda de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) en una muestra de mi sangre.

También me han dado información sobre la infección por este virus y sus consecuencias.

Esta prueba es:

VOLUNTARIA, GRATUITA Y CONFIDENCIAL

El resultado será, manejado con absoluta discreción y me será dado a conocer por el personal de salud que me atiende de forma personal.

Al firmar esta hoja estoy dando consentimiento de que se haga dicha prueba.

PACIENTE: _____