VIH/SIDA Y SALUD PÚBLICA

Manual para personal de salud

Carlos Magis Rodríguez
Hermelinda Barrientos Bárcenas
Editores

Secretaría de Salud
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
Instituto Nacional de Salud Pública

VIH/SIDA y salud pública
Manual para personal de salud

VIH/SIDA y salud pública
Manual para personal de salud

Editado por
Carlos Magis Rodríguez
Hermelinda Barrientos Bárcenas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CENSIDA

Instituto Nacional de Salud Pública

VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud
Segunda edición actualizada y aumentada: Diciembre de 2009.
Primera edición: Julio de 2006.

© Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
Herschel 119, Col. Anzures
Deleg. Miguel Hidalgo C. P. 11590
www.censida.salud.gob.mx
ISBN: 970-721-340-X

© Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
Av. Universidad 655, Col. Sta. María Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

Diseño y cuidado editorial: Rosario Taracena

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Índice

Prólogo 9

Introducción 15

Capítulo 1. Integración de los estudios recientes sobre el VIH/SIDA en México 19
Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García, Cecilia Gayet,
Pilar Rivera Reyes, Marcelo De Luca

Capítulo 2. Nuestra epidemia. El SIDA en México 1983-2002 37
Carlos Magis Rodríguez, Rodrigo Parrini Roses

Capítulo 3. Modelación matemática en el estudio y control del VIH 47
Ismael Velázquez Ramírez, Brenda Jiménez, Jorge X. Velasco-Hernández

Capítulo 4. Impacto del comercio de la sangre y el plasma en la diseminación del VIH/SIDA 63
Patricia Volkow

Capítulo 5. Transmisión vertical del VIH 75
Griselda Hernández Tepichín, E. Antonio León Juárez, M. Carmen Varela Trejo

Capítulo 6. Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) en México 81
Juan G. Sierra Madero

Capítulo 7. Apego al tratamiento antirretroviral 89
Juan G. Sierra Madero, Ana Barrera Vargas

Capítulo 8. Resistencia viral del VIH a los antirretrovirales 97
Luis Enrique Soto Ramírez

Capítulo 9. Vacunas contra el VIH **105**
Luis Enrique Soto Ramírez

Capítulo 10. Consejería básica para personas que viven con VIH o SIDA **113**
Anette Morales Carcaño, Tiberio Moreno Monroy, Laura Elena de Caso González

Capítulo 11. Tuberculosis y VIH/SIDA **121**
Javier Romo García

Capítulo 12. Integración de la profesión dental a la detección y tratamiento del VIH/SIDA **131**
Cinthia Diana Sabás Mendieta, Dámaris Sosa de Antuñano, Yadira Olguín Barreto, Alejandro Cruz Sánchez, Leonor Sánchez Pérez, Enrique Acosta Gío

Capítulo 13. El VIH/SIDA en la población infantil: transmisión perinatal y vulnerabilidad **141**
Frida Quintino Pérez, Pilar Rivera Reyes, Carlos Magis Rodríguez, René Leyva Flores

Capítulo 14. La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el SIDA **149**
Tamil Kendall

Capítulo 15. Adolescentes, sexualidad y VIH/SIDA **161**
Cecilia Gayet, Jorge Valencia

Capítulo 16. Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos e incluir a las madres y padres **169**
María del Pilar Torres Pereda, Dilys Margaret Walker

Capítulo 17. Procesos estigmatizadores en los servicios de salud en México **181**
Silvia Magali Cuadra Hernández, Ángel Zarco Mera, César Infante Xibillé, Ken Morrison

Capítulo 18. Conocimientos científicos actuales sobre la homosexualidad y mitos frecuentes **189**
Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson

Capítulo 19. VIH/SIDA y discriminación en la población *gay* y otros HSH en México **201**
Fátima Estrada Márquez, Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García

Capítulo 20. El VIH/SIDA en las mujeres transgénericas y transexuales. Riesgos por la modificación anatómica y conceptos sobre transexualidad **209**
Hazel Gloria Davenport

Capítulo 21. Epidemiología del VIH y migración **221**
Fátima Estrada Márquez, Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García

Capítulo 22. VIH/SIDA y movilidad poblacional en México y Centroamérica: respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social **231**
René Leyva Flores, Marta Caballero, César Infante Xibillé, Mario Bronfman

Capítulo 23. Reducción de daños como política de salud **241**
Raúl Ortiz Mondragón, María de la Luz Ortiz Ruiz, Carlos Magis Rodríguez

Capítulo 24. Prevención del VIH/SIDA en personas privadas de su libertad. Estrategias para integrar la cultura y las organizaciones **251**
Rodrigo Parrini Roses

Capítulo 25. Prevención del VIH y la Iglesia católica **261**
María Consuelo Mejía

Capítulo 26. La ética en los estudios sobre el VIH/SIDA **269**
Manuel Palacios Martínez

Capítulo 27. Algunos instrumentos normativos y legales, internacionales y nacionales, para el desarrollo ético de estudios sobre VIH/SIDA **279**
Hermelinda Barrientos Bárcenas

Capítulo 28. El VIH en el marco de los derechos humanos: implicaciones para la política pública y la investigación **289**
Mirka J. Negroni Belén, Jessica Salas Martínez, Anuar Luna Cadena

Capítulo 29. El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/SIDA **299**
Emilio Antonio Herrera Basto

Sobre los autores **305**

Prólogo

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que en 2007 vivían en el planeta 33.2 millones de personas con VIH.[1] Esta misma institución calcula que anualmente ocurren 2.5 millones de nuevas infecciones de VIH y 2.1 millones de defunciones a causa del SIDA.

Las cifras anteriores confirman que la pandemia del VIH/SIDA sigue siendo uno de los retos más grandes para la salud pública en todo el mundo. Y a pesar de que los indicadores anteriores no parecen muy alentadores, existen ciertos datos que nos permiten ser un poco más optimistas, pues los reportes a nivel mundial apuntan que:

- La prevalencia mundial del VIH —es decir, el porcentaje de personas infectadas por el virus— se ha mantenido en el mismo nivel, aunque el número general de personas con este virus se ha incrementado por la acumulación continua de nuevas infecciones con periodos cada vez más prolongados de supervivencia, medidos en una población que está en constante crecimiento.
- Ha habido reducciones localizadas en la prevalencia en algunos países.
- Se observa una reducción en la mortalidad asociada al VIH, en parte atribuible a un importante aumento en el acceso al tratamiento. En 2001, en los países de ingresos bajos y medios apenas 240,000 personas podían acceder al tratamiento y en 2005 esta cifra ascendió a 1.3 millones de personas.
- Asimismo, se logró una reducción del número de nuevas infecciones anuales por el VIH a nivel mundial.

Una evaluación de las tendencias mundiales y regionales indica que la pandemia del VIH/SIDA está conformada por dos patrones. Por un lado, existen epidemias generalizadas en muchos países del África Subsahariana —en particular, en la parte meridional del continente africano— y, por otro lado, en el resto del mundo existen epidemias concentradas principalmente entre las poblaciones de mayor riesgo, como son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las y los usuarios de drogas inyectadas, las personas profesionales del sexo y sus parejas sexuales.

---

[1] ONUSIDA y OMS. *Situación de la epidemia del SIDA 2007*. Diciembre 2007.

En Latinoamérica se estima que en 2007 había 1.6 millones de personas con VIH, 100,000 nuevas infecciones de VIH cada año y 58 mil fallecimientos anuales por SIDA. En nuestra región, la epidemia se mantiene estable y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones que tienen mayor riesgo de exposición. Las relaciones sin protección entre varones constituyen uno de los factores de transmisión más importantes en diversos países como México.

Han pasado 25 años desde que se registró el primer caso de SIDA en nuestro país y, hasta ahora, la epidemia mexicana ha estado concentrada en poblaciones como los HSH, las y los trabajadores del sexo, y las personas que usan drogas inyectadas (UDI). Estos grupos presentan prevalencias de VIH de entre 1% y 15%, a diferencia de resto de la población, donde la prevalencia se ha mantenido menor a 1%.

Como en el resto del mundo, el sistema de salud mexicano ha vivido un aprendizaje acelerado respecto al abordaje médico del VIH/SIDA, no sólo por la increíble cantidad de publicaciones médico-científicas que se publican al respecto, sino también por la gran cantidad de evidencia documentada acerca de las mejores prácticas y las estrategias preventivas que no han funcionado.

Otro aprendizaje crucial a nivel mundial ha consistido en entender que la lucha contra el VIH/SIDA va mucho más allá de la salud pública misma, ya que esta epidemia demanda esfuerzos de coordinación y colaboración con muy diversos actores que nos permitan tanto influir en las condiciones sociales que favorecen la adquisición del VIH, como erradicar la discriminación y violación de derechos que padecen muchas de las personas afectadas por este virus.

Los expertos a nivel internacional han señalado que la pobreza, la vulnerabilidad, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia son fenómenos que se encuentran íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, y todo esto se complica aún más cuando hace falta educación sexual y persisten tabúes sociales respecto de la sexualidad humana.

Para atender esta gran complejidad social, todas la respuestas a la epidemia del VIH deben plantearse desde un marco multisectorial, donde el sector salud puede jugar un papel fundamental y de liderazgo que debe utilizarse fundamentalmente para involucrar a otros actores en la respuesta, ya sean públicos, privados, académicos, ciudadanos, etc., y fomentar la participación activa de las personas con VIH, así como de las comunidades más afectadas por la epidemia o en mayor riesgo de contraer la infección.

Recientemente, ONUSIDA ha declarado que la palabra "único" no funciona en el marco del VIH/SIDA, ya sea si se quiere aplicar al tratamiento o a la prevención, pues si algo hemos aprendido, es que esta epidemia demanda aproximaciones incluyentes, que consideren la mayor cantidad de opciones posibles. No obstante, establecer programas integradores es un reto en sí mismo, pues implica poner a colaborar propuestas técnicas

diversas, prioridades programáticas distintas y a veces, incluso, intereses profesionales o institucionales que pueden entrar en conflicto. La clave para resolver estos problemas está en facilitar colaboraciones efectivas entre los sectores como, por ejemplo, entre profesionales de la salud pública, las organizaciones civiles y las instituciones privadas. Claro que este tipo de colaboraciones son más fáciles de proponer que de llevar a la práctica, pero se trata de asociaciones necesarias, por lo que es necesario promover cambios en todos los niveles para hacer posible este tipo de colaboración.

Afortunadamente, hoy en día sabemos que las políticas y estrategias persecutorias y de criminalización de conductas asociadas al VIH que anteriormente se creían que podrían dar resultado no sólo no funcionan, sino que vulneran y violan los derechos de las personas y provocan que estas mismas conductas se vuelvan clandestinas con una consecuente dificultad para instrumentar acciones de prevención. Si bien la presencia del VIH motivó en un primer momento la violación de los derechos humanos de muchas personas, en la última década ha quedado claro a nivel mundial la necesidad de trabajar para erradicar el estigma y la discriminación asociados al VIH.

Por otro lado, el avance de la medicina en los últimos tiempos ha logrado producir nuevos medicamentos y tecnología de laboratorio que, administrados por personal de salud capacitado, permiten que las personas que hace 15 años tenían como destino seguro la muerte, hoy puedan acceder a una mayor calidad y cantidad de vida. Las políticas para lograr que esta tecnología médica esté disponible de manera universal para todas las personas que la requieran se han convertido en una prioridad mundial que incluso se reporta a nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En el caso de México, se ha adoptado la estrategia de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye primordialmente el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) para todas las personas que los requieran. La adopción de este compromiso ha permitido que decenas de miles personas que no tenían acceso a este tratamiento, tengan hoy la oportunidad de mejorar su calidad vida, lo que en muchos casos les ha permitido mantener una vida social productiva, similar a la que llevaban antes de adquirir la infección. Actualmente, existen médicos clínicos y científicos mexicanos especializados en VIH/SIDA, con conocimientos y experiencia al nivel de los países altamente desarrollados, lo que también ha facilitado la elaboración y actualización de los estándares de tratamiento ARV a nivel nacional que, sin duda, constituyen un avance hacia la atención integral de calidad.

Por otra parte, las campañas y estrategias de prevención de la transmisión sexual del VIH han incluido a lo largo de los años la distribución de material informativo, condones e intervenciones preventivas focalizadas, así como las medidas contundentes puestas en marcha en la década de los ochenta con el fin de controlar los bancos de sangre, las cuales

lograron que México no formara parte de los países con mayores tasas de prevalencia del VIH en el contexto internacional.

De hecho, la prevalencia en México no sólo es menor que el promedio latinoamericano, sino que, de acuerdo con datos de ONUSIDA, la prevalencia en población adulta (0.3%) es la mitad de la existente en Estados Unidos (0.6%), equivale a una tercera parte que la registrada en Guatemala (0.9%) y a una sexta parte de la que se reporta para Belice (2.5%).[2]

Esto significa que nos encontramos ante la gran oportunidad de evitar que la epidemia no se generalice; sin embargo, esto requerirá incrementar de manera sustancial los programas, los esfuerzos y los recursos para lograrlo, en especial mediante el abordaje decidido de la educación en sexualidad, de la prevención de la transmisión sexual del VIH y de un mayor acceso a pruebas de detección de este virus.

En años recientes, nuestro país ha incursionado en el establecimiento de una serie de políticas y en la creación de leyes en contra del estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia, que lo colocan como un país vanguardista en el marco de la respuesta al VIH. Esta actitud ha sido señalada en diversas ocasiones por funcionarios de agencias internacionales y puesta como ejemplo de las buenas prácticas que pueden aprender otros países.

Sumado a lo anterior, el financiamiento otorgado por el gobierno federal para proyectos de prevención en poblaciones clave, operados por organizaciones no gubernamentales y la academia, ha contribuido al fortalecimiento de las acciones de prevención en los grupos más afectados.

De manera similar, México ha sido pionero en dos aspectos centrales. Por un lado, realizó las primeras estimaciones del gasto y flujo del financiamiento en SIDA,[3] las cuales se utilizan actualmente en muchos otros países de América Latina, lo que permite brindar elementos para el ulterior monitoreo de la eficacia de la inversión en VIH/SIDA. Por otro lado, nuestro país ha participado como Coordinador del Grupo Latinoamericano de Jefes de Programas Nacionales de SIDA (Colaboración Técnica Horizontal o GCTH), como miembro de la Junta Directiva del ONUSIDA y como representante de América Latina y el Caribe ante el Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.

Respecto al marco legal que garantiza los derechos de las personas con VIH, México ha firmado y ratificado una serie de instrumentos internacionales que representan los

---

[2] ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Junio, 2006.

[3] Actualmente, en México se realiza la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), cuya información está disponible para el bienio 2003-2005. Esta metodología constituye la evolución teórica-metodológica de las Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA (CNSVIH/SIDA) que se realizaron durante el periodo 1997-2002.

valores universales mínimos que México se ha comprometido a promover, proteger y garantizar. Estos instrumentos están plasmados en declaraciones, pactos, convenciones, tratados, etc. Se trata de normas de derecho internacional que protegen al ser humano, y son el resultado de la evolución conceptual y del esfuerzo de la sociedad internacional por establecer un conjunto de reglas mínimas de protección y desarrollo para todas las personas, incluyendo a las que viven con el VIH y SIDA. Entre las directrices internacionales en materia de VIH/SIDA destacan las siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Convención para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (PIDESC).
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Protocolo de San Salvador).
- Declaración Cumbre de París sobre SIDA.
- Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México.
- Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/SIDA.
- Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre VIH/SIDA y el mundo del trabajo.

De manera específica, se destacan también algunas declaraciones que contienen metas específicas en materia de VIH/SIDA, para las cuales actualmente se reportan avances periódicos como país. Algunas de ellas son: la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el VIH/SDIDA (UNGASS-SIDA); la Declaración del Milenio (Metas del Milenio); y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia (PAFI).

Con la firma de estos documentos, el gobierno mexicano manifiesta su compromiso explícito para adherirse a lo estipulado en estos documentos, incluyendo aquéllos que se refieren específicamente a revertir el avance de la pandemia del SIDA y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con el VIH.

Además del marco legal nacional e internacional, México cuenta con un Programa de Acción que establece objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades, así como las metas e indicadores nacionales sobre VIH/SIDA. Este programa incluye una estrategia de implantación operativa que describe las rutas a seguir, los niveles de responsabilidad de los diferentes sectores, las etapas para la instrumentación y las acciones de mejora de la gestión pública. El programa de acción tiene además un método de evaluación y rendición de cuentas que marca el sistema de monitoreo y la evaluación de resultados. Este programa tiene carácter nacional, y está dirigido fundamentalmente a las instituciones

que forman parte del Sector Salud. Sin embargo, considera como fundamental la cooperación de otros sectores para su adecuado desarrollo.

A pesar de que, como se ha visto, en México contamos con las herramientas técnicas, el conocimiento y buena parte de los elementos materiales para atender de forma adecuada a las personas que viven con VIH, nos sigue haciendo falta desarrollar estrategias mucho más finas para llegar de manera más efectiva a las poblaciones que son socialmente vulnerables frente al VIH. Es el caso de muchos HSH que no se identifican a sí mismos como homosexuales, de las y los migrantes y sus parejas, de las mujeres que viven con un hombre que a su vez mantiene relaciones sexuales con otras personas, y de quienes consumen drogas inyectadas, por mencionar sólo algunos ejemplos. Además, aunque hemos logrado avanzar un buen tramo en la lucha contra el estigma y la discriminación, todavía nos hace falta desterrar por completo las prácticas excluyentes incluso dentro de los servicios de salud que ofrece el Estado.

Si bien, como se dijo antes, la epidemia en México se ha mantenido estable, debemos continuar los esfuerzos para lograr que el número de infecciones no sólo no aumente, sino que estemos en posibilidades de irlo disminuyendo en los próximos años.

También hemos aprendido con el resto del mundo que los esfuerzos contra esta epidemia no pueden ser aislados y que no existe una sola vía para ganarle terreno al VIH/SIDA. Lo importante ahora es tener presente este aprendizaje en todas las iniciativas que pongamos en marcha. Y precisamente ésa es una de las grandes ventajas que tiene el presente documento, ya que reúne las voces de un grupo multidisciplinario de especialistas que han abordado el problema desde muy distintas perspectivas y que han realizado esfuerzos por avanzar ya sea en la prevención o en el tratamiento, pero siempre desde equipos multidisciplinarios donde la colaboración es la regla para hallar las soluciones que estamos buscando.

En CENSIDA esperamos que este manual se convierta en un verdadero recurso que apoye a todas aquellas personas interesadas en formarse como profesionales de la salud o sencillamente como ciudadanos o ciudadanas interesadas en apoyar a las personas que viven con VIH.

Dr. José Antonio Izazola Licea
Director General del CENSIDA

Introducción

Sin lugar a dudas, el VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud pública que ha tenido que enfrentar la humanidad en los últimos 27 años. Por sus características y distribución, este virus y la enfermedad que provoca han sido considerados como una pandemia que ha resultado ser un verdadero desafío para los sistemas de salud de todo el planeta.

El VIH/SIDA puede afectar a cualquier persona, sin importar su cultura, género, edad, situación económica, religión, tendencia política o grupo social. Se trata de un padecimiento que no reconoce fronteras, aunque como ocurre en la mayoría de las grandes epidemias, afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables de la sociedad, como son las personas que realizan trabajo sexual, las y los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen sexo con hombres, las poblaciones móviles y las personas privadas de su libertad, entre otras.

Una de las terribles características de este problema de salud, es que no sólo afecta biológicamente a las personas que desarrollan la enfermedad, sino que además trastorna y deteriora progresivamente su entorno familiar, laboral, económico, político y social. En todo el mundo ha sido documentado que el VIH/SIDA genera reacciones de rechazo que se traducen en estigma y discriminación y, por ende, en el aislamiento y el consecuente daño psicológico para las personas que viven con el virus o la enfermedad.

Esta situación llega a ser tan grave, que la muerte social puede adelantarse a la biológica, haciendo que las personas afectadas sufran el maltrato de una sociedad que actúa de forma despiadada e ignorante, que maneja un doble discurso moral, haciendo con esto aún más difícil que las personas con mayor riesgo quieran acercarse a los servicios públicos de salud.

Desde el inicio de la epidemia en México en 1983 y hasta marzo del 2008, se han registrado 118,624 casos acumulados de personas con SIDA.[1] El grupo más afectado es el que se encuentra entre los 15 y 44 años de edad, es decir, el de personas en plena edad reproductiva y económicamente activa, tanto en hombres como en mujeres. Los casos acumulados de SIDA en este grupo suman 92,280 (78.5%), con una cantidad mayor de

[1] Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo de 2008.

hombres, con 76,785 casos (83%), que de mujeres, con 15,495 casos (17%). Según estimaciones de 2006 realizadas por CENSIDA y ONUSIDA, se considera que en México existen 182,000 personas con VIH y de acuerdo con los registros de mortalidad INEGI/SS del 2006 han habido 4,944 defunciones por SIDA.[2]

Como el resto del mundo, México ha enfrentado el gran reto de prevenir, detectar, atender, controlar y mitigar las consecuencias del VIH/SIDA. Para ello, ha sido necesario capacitar a la mayor brevedad posible, recursos humanos para realizar actividades de educación que promuevan formas de prevención del VIH entre la población general, así como en grupos específicos cuyas prácticas sexuales, estilos de vida, culturas y tradiciones, pueden ponerlos en una situación de vulnerabilidad frente a este virus. El trabajo no ha sido fácil y ha demandado contar con múltiples programas de capacitación, involucramiento de organizaciones de la sociedad civil e incluso de las propias personas que viven con el virus a través de distintas y muchas veces novedosas modalidades de participación.

Como parte de las múltiples estrategias para capacitar a los responsables de salud en la prevención del VIH, CENSIDA ha organizado una serie de cursos y diplomados con el propósito de que el personal de salud pueda conocer y analizar las características biológicas del VIH/SIDA, así como reflexionar sobre sus implicaciones en todas las esferas de la vida de los seres humanos, y así poder ir eliminando los mitos que provoca la desinformación y estar en posibilidades de proveer mejores servicios de salud a quienes viven con VIH o padecen el SIDA.

La capacitación que ha ofrecido CENSIDA a lo largo de estos años tiene como eje central la convicción de que sólo la suma de esfuerzos de diversos actores podrá ayudarnos a controlar y frenar el avance del VIH en la población mexicana. Estos actores incluyen organismos públicos y privados, organizaciones civiles, instituciones nacionales e internacionales, académicos e investigadores, estudiantes, medios de comunicación y muchos otros. Todos ellos pueden colaborar para crear una sociedad más justa y colocar al VIH/SIDA en la dimensión correcta, es decir, como un problema de salud pública cuyo agente causal puede ser adquirido por cualquier persona si no se toman las medidas de prevención adecuadas, pero que además puede ser atendido y controlado como muchos otros padecimientos de transmisión sexual. Asimismo, la intervención de todos estos actores puede ayudarnos a desterrar los mitos y eliminar las actitudes el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA para que éstas puedan vivir con dignidad y gozar plenamente de sus derechos.

Convencidos de que el conocimiento es una herramienta fundamental para enfrentar con eficacia y eficiencia al VIH/SIDA, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y

[2] Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo de 2008.

el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) de la Secretaría de Salud, con el apoyo de la Emory University School of Public Health, han organizado desde el año 2000 el Diplomado Multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y Respuesta Estratégica, cuyo propósito ha sido contribuir a satisfacer las necesidades de capacitación de recursos humanos en la elaboración e implementación de programas de promoción, prevención y atención del VIH/SIDA tanto a nivel nacional como en algunos países de Latinoamérica.

En 2007, los organizadores de la octava edición de este diplomado quisieron ofrecer a las personas interesadas en el tema un material de consulta especialmente elaborado gracias a la participación de los docentes. La primera edición del manual intitulada *SIDA. Aspectos de Salud Pública* se imprimió en septiembre del 2006 y constó de 18 capítulos. El contenido de ese documento abarca desde aspectos epidemiológicos de la pandemia hasta apartados especiales dedicados a usuarios de drogas inyectables, migrantes y la vulnerabilidad femenina ante el virus, por mencionar sólo algunos.

Al igual que en la primera edición, el presente material responde a la necesidad de contar con un texto actualizado con diversos temas relacionados con la prevención, la atención, la investigación y las respuestas multisectoriales ante la presencia del VIH/SIDA, principalmente en México, aunque se tocan algunos puntos de interés a nivel mundial y de los países de la región. Su elaboración fue producto del aprendizaje y necesidades detectadas durante el desarrollo de los diplomados mencionados.

Esta segunda edición, corregida y aumentada intitulada *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*, ofrece material actualizado y un total de 29 capítulos de diversos temas que esperamos sean de utilidad para los interesados en el estudio, prevención, atención y control de estos problemas de salud. Entre los temas nuevos que se incorporan, están: la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) en México, el apego a tratamiento antirretroviral (ARV), la resistencia viral al tratamiento ARV y un apartado que revisa los intentos por generar una vacuna contra el VIH. Otros temas son: la transmisión vertical y la epidemia infantil del VIH, una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus, la prevención en escuelas y con adolescentes, el estigma en los servicios de salud en México, la discriminación de población *gay* y otros HSH en México, así como la prevención del VIH en personas privadas de su libertad.

Esta edición incluye un resumen de algunos de los instrumentos normativos y legales, internacionales y nacionales para el desarrollo ético de estudios sobre VIH/SIDA; un capítulo sobre el sistema de protección social en salud y otro en el que se propone integrar a la profesión dental a la detección y tratamiento de ambos problemas de salud.

Con este manual el INSP y CENSIDA desean ofrecer una herramienta útil y actualizada a los estudiosos e interesados en la temática tratada sin pretender agotarla y sin aspirar a tener la última palabra en temas que se encuentran en constante discusión tanto

en la academia como en el ámbito público. Por lo tanto, le invitamos a revisar fuentes complementarias de información, considerando, además, el tiempo transcurrido entre la elaboración de los contenidos (2008-2009), su impresión y difusión a la población general.

Por tratarse de un material de consulta, en este manual se ha buscado ofrecer siempre una serie de referencias sobre materiales de carácter científico que pueden obtenerse tanto en las bibliotecas tradicionales como en las virtuales con el fin de ampliar la información de cada tema en particular.

Al igual que en la primera edición, este manual no se habría podido preparar sin la incondicional y comprometida participación de los autores, la mayoría de los cuales son expertos y docentes de los temas tratados y pusieron su mejor esfuerzo en la elaboración de los textos. A todos ellos, nuestro profundo reconocimiento y agradecimiento sincero. Esperamos que estos textos sirvan de apoyo no sólo al personal de salud en capacitación sino también para todas las personas involucradas en la lucha contra el VIH/SIDA.

Carlos Magis Rodríguez
Hermelinda Barrientos Bárcenas

Capítulo 1

Integración de los estudios recientes sobre el VIH/SIDA en México

Carlos Magis Rodríguez
Enrique Bravo García
Cecilia Gayet
Pilar Rivera Reyes
Marcelo De Luca

Objetivo general

Conocer los resultados de los estudios recientes sobre la epidemia del VIH/SIDA en México, así como contextualizar y dimensionar adecuadamente esta información.

Objetivos específicos

- Familiarizarse con los resultados de los estudios realizados en zonas rurales y urbanas, así como en las poblaciones más vulnerables frente al VIH como son las y los migrantes, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las trabajadoras y trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las mujeres.
- Conocer los niveles históricos de mortalidad por SIDA en México, así como el impacto que ha tenido el tratamiento con antirretrovirales en la mortalidad provocada por esta enfermedad.

Introducción

El presente apartado reúne y analiza la información estadística reciente sobre el VIH/SIDA en México. Uno de sus objetivos es contextualizar y dimensionar adecuadamente la información con que contamos, así como exponer los principales momentos en la trayectoria de la epidemia, lo que permite entender de mejor forma su desarrollo. Para este análisis se utilizaron enfoques recientes que permiten ampliar la comprensión general del problema. Asimismo, se incluyeron nuevos temas y metodologías que han mejorado la medición.

Algunas de las preguntas centrales de este estudio son: saber si han habido cambios en la difusión y el control de la epidemia, qué dinámica ha adquirido la enfermedad desde principios del siglo XXI, en qué dirección se han movido los indicadores, qué vías de transmisión son las más importantes, en qué sectores de la población ocurren más infecciones y bajo qué contextos acontecen éstas, así como las defunciones por SIDA.

Hasta el momento, México registra una prevalencia de VIH de 0.3% en la población de entre 15 y 49 años de edad. Esta cifra es relativamente baja, sobre todo comparada con las de los países vecinos, que oscilan entre 0.6% para los Estados Unidos y 2.5% para Belice.[1]

Desde 1983, cuando se reportó el primer caso de VIH en México, se ha observado una epidemia concentrada en los HSH,[2] pero el criterio de clasificación ha sido observar los casos de SIDA en lugar de las personas infectadas por el VIH, lo que implica una limitación importante. Esto significa que estamos estudiando una epidemia que ha ocurrido años atrás y ese perfil no necesariamente corresponde a las formas actuales de diseminación de la infección. Por esta razón, se están realizando múltiples esfuerzos para ajustar los instrumentos y sistemas

de recolección de datos, con el fin de poder observar el comportamiento actual del VIH. Si bien los HSH continúan siendo el grupo más afectado, las investigaciones recientes han encontrado que la infección ha comenzado a crecer rápidamente en otros sectores de la población, lo que muestra la importancia de incrementar la atención a todos los sectores vulnerables.

Metodología

Con el fin de integrar comparativamente las tendencias de la epidemia del VIH/SIDA desde el año 2000, se incluyó la información más reciente obtenida a través de fuentes primarias, secundarias y documentales de datos estadísticos tales como el Registro Nacional de Casos de SIDA, las primeras muestras basales obtenidas en estudios centinela, los estudios de Segunda Generación y aquellos más recientes aplicados a poblaciones vulnerables, censos, conteos y estimaciones elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), junto con la utilización de conceptos, datos, modelaciones matemáticas, observaciones y análisis que han producido o recuperado otros estudios.

En 1986, se estableció un sistema de vigilancia formal para estudiar la epidemia del VIH/SIDA.[3] Sin embargo, hubo problemas al momento de construir los datos y esto afectó la elaboración y la calidad de la información disponible. Esta experiencia permitió reconocer que el VIH/SIDA tiene cualidades particulares que favorecen un elevado grado de incertidumbre, tales como el momento y la vía de contagio, dado que el periodo de incubación de la enfermedad es aproximadamente de diez años.

Otro inconveniente importante ha sido la estimación del tamaño de las poblaciones vulnerables: HSH, UDI, mujeres y hombres trabajadores sexuales (HTS y MTS); debido a que pueden presentar cambios cuantitativos en el tiempo y éstos pueden no ser registrados con la celeridad y precisión deseables. También hay problemas en lo relativo al subregistro y el retraso en la notificación de los casos de SIDA y de VIH, situación que se ha buscado subsanar a través del cálculo de estimaciones.

Casos acumulados de SIDA al 2007

Para reflejar en números absolutos y relativos la historia de la expansión del VIH se utiliza el método de los casos acumulados. El uso de este método implica un aumento ficticio de la población afectada, ya que se sigue contando a todas las personas que fueron diagnosticadas con SIDA, aún cuando hayan fallecido. El problema consiste en que en el numerador se utilizan casos acumulados (es decir, personas vivas y fallecidas), mientras que el denominador contiene la población estimada del momento, lo cual presenta un conflicto de temporalidad entre numerador y denominador. A pesar de esto, la ventaja del método es que permite observar ciertas aristas del desarrollo de la infección, a pesar del enorme problema de retraso en la notificación de casos de SIDA (hay casos que demoran hasta cinco años en ingresar a la base de datos).

Los datos sobre casos acumulados de SIDA permiten realizar una evaluación longitudinal de la epidemia, en particular, cuando se analiza el tamaño promedio anual de la población (tasas). Asimismo, una evaluación de la aparición de nuevos casos anuales de SIDA y VIH, y su distribución entre los distintos subgrupos de la población, permite indicar la evolución y el grado actual de concentración de la epidemia con el fin de conocer los sectores de la población en los que se requiere intensificar los servicios de prevención. Actualmente, para el análisis de tendencias se registra el año de diagnóstico en cada caso, ya que el año de notificación no reflejaba adecuadamente el comportamiento de la epidemia.[4]

Como se ha dicho, tanto el subregistro como el retraso en la notificación afectan de forma importante la calidad de los datos, pero se trata de un problema que persiste en todos los países del mundo. Estos fenómenos son producto de diferentes situaciones, entre las que destacan el desconocimiento de la normatividad, la falta de diagnóstico oportuno, el no envío u ocultamiento de la notificación y desajustes burocráticos que generan el retraso. Con el fin se subsanar el problema, la Secretaría de Salud puso en marcha diversas acciones dirigidas a fortalecer el Registro Nacional de Casos de SIDA, entre las que se destacan: mejorar la comunicación con las instancias ejecutivas de otras instituciones

de salud; difundir ampliamente la normatividad en la materia; confrontar las bases de datos del Registro Nacional con los registros de las instituciones notificantes para validar la información y realizar una búsqueda intensiva de casos de SIDA no registrados.

Al confrontar las bases de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encontró un subregistro de 7,608 casos hasta el año 2000. De forma similar, un análisis de los casos de SIDA registrados en ocho entidades del país encontró un subregistro de 34% en el IMSS y de 18% en los Servicios Estatales de Salud.[5] Esto permitiría afirmar que, a partir del año 2000, contamos con información más completa. Sin embargo, la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud, responsable del Registro Nacional de Casos de SIDA, considera que de 2001 en adelante las cifras están incompletas, debido al retraso en la notificación de los casos. Los análisis epidemiológicos de la tendencia de casos de SIDA incluidos en el Registro Nacional, muestran que debe pasar un periodo de cinco años para que los casos de SIDA de cierto año se completen,[6] lo que ha motivado el uso de estimaciones. Es importante hacer notar también que, aproximadamente en uno de cada tres casos registrados, se desconoce el factor de riesgo asociado al contagio de la enfermedad.

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 15 de noviembre de 2007, en México se habían registrado 115,651 casos acumulados de SIDA,[7] la mayoría de los cuales corresponde a personas que han fallecido. Casi la totalidad de quienes padecían la enfermedad en 2005 (31,951) están recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR).[8] Los hombres constituyen 82.8% de los casos acumulados (95,703) y las mujeres 17.2% (19,948). Esto significa que en el país existe una mujer con VIH por cada cinco hombres. La mayor parte de los casos (78.6%) se encuentra en el grupo de edad de 15 a 44 años, seguidos por las personas con 45 años y más (19.0%), y posteriormente los menores de 0 a 14 años (2.4%).[9]

Seis entidades federativas concentran más de la mitad de los casos (55.7%): Distrito Federal (20,881), Estado de México (12,183), Veracruz (10,420), Jalisco (9,911), Puebla (5,676) y Baja California (5,271).[10] Construir cifras relativas que consideran el monto de la población de cada entidad a mediados del 2007, permite apreciar mejor la incidencia de los casos históricamente acumulados.[11] Las tasas de incidencia acumulada de SIDA muestran que el Distrito Federal es la entidad con más infecciones, con 236.9 casos por cada 100,000 habitantes; seguido por Baja California (169.6), Yucatán (153.2), Morelos (150.2), Jalisco (143.2), Veracruz (142.1) y Quintana Roo (132.2). La tasa nacional es de 106.2 casos por cada 100,000 habitantes.

Aunque se desconoce la categoría de transmisión en 35.5% del total de los casos registrados en hombres (ver Cuadro 1), es claro el predominio de la vía sexual

Cuadro 1. Porcentaje de casos acumulados de SIDA por categoría de transmisión en mujeres y hombres en la República Mexicana al 15 de noviembre de 2007

Categorías de transmisión		
	Mujeres %	Hombres %
Vía sexual		
HSH		56.9
Heterosexual	60.2	39.3
Total	60.2	96.2
Vía Sanguínea		
Transfusión	6.5	1.4
Hemofílicos	0.0	0.3
Donador remunerado	0.3	0.5
UDI	0.5	1.3
Exposición ocupacional	<0.1	<0.1
Total	7.3	3.5
Combinada		
UDI-Heterosexual	32.5	
UDI - HSH		0.3
Total	32.5	0.3
Se desconoce*		
Total	33.4	35.5

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI
* La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra para apreciar su magnitud

como medio de contagio (96.2%) entre aquellos casos en los que se conoce la categoría de transmisión, especialmente en HSH (56.9%).

El contagio por vía sanguínea se dio en 3.5% de los casos y su incidencia fue mayor en los primeros años de la epidemia, pero no se han registrado otros casos de transmisión sanguínea desde 1999. Los casos relacionados con las drogas inyectadas representan 1.3% de los casos acumulados.

En las mujeres, las formas de transmisión tienen porcentajes acumulados diferentes a los de los hombres entre 1983 y 2007. Hay que recordar que la cantidad de casos en mujeres es sensiblemente menor: uno por cada cinco en hombres. Por tanto, el contagio por vía sanguínea tiene mayor peso relativo respecto de los hombres y la categoría combinada alcanza 32.5% de los casos en mujeres (ver Cuadro 1).

El VIH/SIDA en las zonas rurales y urbanas

Según datos del INEGI, en 2000 y 2005, el porcentaje de la población mexicana que residía en áreas rurales (localidades menores a 2,500 habitantes) era de 25.3% y 23.5%, es decir, alrededor de 24 millones de personas.[12] En 1986, se registraron los primeros casos de SIDA en localidades rurales.[13] Al finalizar el año 2000, había un total de 47,617 casos, de los que 2,089 (4.6%) eran de origen rural, 893 (2.0%) se dieron en localidades en transición a lo urbano (2,500 a 4,999 habitantes), y 58.3% provenían de las grandes urbes (con 500,000 y más habitantes).

Entre las principales diferencias observadas se encuentra que en las zonas rurales la vía heterosexual de transmisión es un medio de infección muy frecuente (43% de los casos y en HSH alcanza hasta 47.4%), mientras que en las urbes representa 28.2%, y son los HSH quienes tienen 63.0% de los casos. Además, la razón de casos hombre/mujer en las localidades rurales fue de 4:1 en el 2000, y en las zonas urbanas fue de 6:1.[14]

Desde 1994, cuando 4.7% de los casos eran rurales, se observa una importante tendencia de crecimiento relativo en los casos rurales, y para 1999 éstos llegaron a 8.0% de los casos diagnosticados ese año.[14] Si bien esta proporción no alcanza el peso relativo de la población rural (25%), este problema está en función de las dificultades que implica realizar estrategias de prevención y atención en las zonas rurales. La población rural cuenta con menor escolaridad y una alta desigualdad de género, factores ambos que suelen incrementar la dificultad para interpretar la información sobre la enfermedad. Además, en muchas de esas comunidades se hablan lenguas indígenas, lo que supone esfuerzos adicionales para traducir la información. El aislamiento dificulta también la exposición a las campañas preventivas. La dispersión y lejanía de los centros de atención implica mayores costos de transporte, tiempo de traslado y, consecuentemente, lucro cesante, lo que dificulta la adherencia a los tratamientos.[15] Estas condiciones demandan adoptar una alerta especial sobre la propagación de la infección en zonas rurales, ya que las actividades de salud son más complejas ahí.

La epidemia en la población general

Para calcular la prevalencia de VIH en la población general se usan instrumentos como las encuestas nacionales con serologías, las encuestas de vigilancia centinela en mujeres embarazadas y la detección de anticuerpos en donantes voluntarios de sangre. De estos instrumentos, el más confiable es la encuesta nacional, por su cobertura geográfica y precisión probabilística.

La vigilancia centinela con embarazadas recopila información con grupos seleccionados previamente, en sitios definidos y con una periodicidad determinada, lo que permite detectar cambios en la tendencia o distribución de la epidemia sin necesidad de estudiar a toda la población.[16] La definición operativa de este instrumento señala que: "deben incluirse aquellas mujeres que asisten a algún servicio médico durante el embarazo o para atención del parto". Se asume que las mujeres embarazadas son un grupo de bajo riesgo y, por lo tanto, representan la situación de la población general de mujeres adultas, sin considerar que puede haber una superposición con otros grupos de mujeres con practicas de alto riesgo (MTS y UDI).

De igual forma, los donantes voluntarios de sangre se suponen como grupo de bajo riesgo, pero aquí los sesgos de representatividad aumentan, ya que pocas

mujeres son donantes, no hay certeza de excluir a donantes con prácticas de riesgo, ni tampoco se conoce qué sector de la población tiene predisposición a donar sangre voluntariamente (por ejemplo ¿cuál es la designación familiar de los "más sanos"?). Esta falta de aleatoriedad podría facilitar la incursión en mediciones no representativas. En la Encuesta Nacional Seroepidemiológica (ENSE) de 1987, se recolectaron sueros mediante un marco muestral probabilístico de hogares. Se obtuvieron 78,536 muestras de sangre y se obtuvo una seroprevalencia en varones adultos de 0.04%.[17]

Las encuestas centinela de VIH en mujeres embarazadas se iniciaron en 1988. Entre 1991 y 1996 se halló una seroprevalencia de 0.09%, con un margen de error de 0.02-0.26. En el mismo periodo se realizaron 1,104,512 pruebas en donadores voluntarios de sangre en los laboratorios de la Secretaría de Salud,[18] y se observó una prevalencia de infección de 0.04% (0.04-0.05). En resumen, los resultados anteriores permitieron establecer que a mediados de los años noventa la prevalencia de infección por VIH en la población general de 15 a 49 años era menor a cinco infectados por cada 10,000 adultos.[19]

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) realizada en 2000, halló que la prevalencia de VIH en la población adulta de mayores de 20 años de edad era de 0.14% (0.32% en hombres y 0.06% en mujeres) y de 0.1% cuando se considera a la población de 15 y más años de edad.[20,21] Esto significa un ligero aumento respecto a 1987 (ENSE). Hacia fines de 2001, se estimó la existencia de alrededor de 150,000 personas infectadas con VIH viviendo en México,[22,23] lo que representaba una prevalencia de 0.3% y significaba que tres de cada 1,000 personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

Estimaciones posteriores a 2001 muestran que los incrementos en el número de infectados con VIH que se producen cada año no superan el aumento relativo anual de la población adulta. Así, la tasa de prevalencia para la población de 15 a 49 años en 2003, 2005 y 2007 se ha mantenido estable en 0.3% (ver Cuadro 2).

A principios de 2006, habrían recibido tratamiento antirretroviral alrededor de 35,000 infectados, al tiempo que podrían haber existido alrededor de 180,000 personas viviendo con VIH al finalizar 2005.[24] Las estimaciones más recientes se realizaron utilizando el *Workbook* de ONUSIDA, con el que se estimó una prevalencia de 198,000 personas con VIH para 2007, lo que representa una tasa de 0.3%. La distribución de personas viviendo con VIH estimada para cada sector de la población fue: HSH, 125,000; mujeres, 44,000; clientes de MTS y HTS, 13,000; MTS, 4,300; HTS, 1,800; personas privadas de la libertad, 3,100 y UDI, 3,000.[25]

En el marco de la vigilancia centinela, entre 1990 y 1999 se examinaron 12,068 mujeres embarazadas y 11 de ellas resultaron infectadas con VIH (seroprevalencia del 0.09%; con un intervalo de confianza de 95%).[26]

Más allá de la vigilancia centinela, al tratar de conseguir un control sistemático para detectar la presencia del VIH en las mujeres embarazadas, han existido dificultades insalvables. La realización de pruebas de sangre no se ha dado en la mayoría de las embarazadas que asisten a las instituciones de seguridad social, y la realización de pruebas de sangre en embarazadas que

Cuadro 2: Estimación del total de personas que viven con VIH en México, 2007, 2005 y 2003

Año	Pob. con VIH	Error muestral Min y Max.	En pob. >15 años	Tasa % 15-49	Min-Max. (%)	Mujeres >15	Error muestral Min y Max.
2007*	198,000	Sin dato	198,000	0.3	Sin dato	44,000	Sin dato
2005	180,000	99000–440000	180,000	0.3	0.2– 0.7	42,000	17000–91000
2003	170,000	91000–410000	170,000	0.3	0.1– 0.7	34,000	15000–79000

Fuente: UNAIDS, 2006 Report on the global AIDS epidemic. Annex 2: HIV and AIDS estimates and data, 2005 and 2003. pp. 535-40.

* E. Bravo-García, C. Magis-Rodríguez, E. Rodríguez-Nolasco, "Recent HIV estimates in México: 198,000 people living with HIV", Int. Conf AIDS XVII (abstract no. 10230 – C19), Ciudad de México, Agosto 3 al 8, 2008.

Cuadro 3. Detección de VIH en mujeres embarazadas en instituciones de seguridad social, 1999-2005

Concepto registrado	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mujeres con atención prenatal	3,345,069	2,245,376	2,190,138	1,988,881	1,791,679	2,020,317	2,033,849
Total embarazadas controladas	5,922	8,520	8,043	8,637	27,146	109,687	135,563
SIDA por transmisión perinatal	76	98	114	142	112	89	93
Casos de SIDA en embarazadas	0	1	2	3	53	124	144

Fuente: Comité de Monitoreo y Evaluación de Prevención Perinatal. SSA, CONASIDA. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, No. 3, diciembre 2005.

están en situaciones de riesgo no es representativa de esta población. Los datos del Cuadro 3 señalan lo lejos que se está de poder hacer un control amplio del VIH entre las embarazadas que acuden a las instituciones de seguridad social. Si bien en los últimos años se ha ampliado el número de estudios de seroprevalencia en este grupo, aún hace falta reforzar los esfuerzos en este campo. Además, las estadísticas presentadas muestran varias inconsistencias. Por ejemplo, hay años en los que se reportan más casos de transmisión perinatal que de madres infectadas y no se explicita el número de mujeres con seroprevalencia asintomática, lo que resta posibilidades de ampliar el análisis.

Por otro lado, se han obtenido también estimaciones para la población general a partir de los controles realizados en donantes de sangre. Durante el primer quinquenio de la década de los noventa, la Red Nacional de Laboratorios de VIH de la SSA realizó 1.5 millones de pruebas para detectar VIH en donadores voluntarios de sangre, de lo que se obtuvo una prevalencia del 0.05%, restando los falsos positivos.[8]

Tomando como base los últimos reportes publicados sobre donaciones de sangre, se aplicó una corrección para eliminar los falsos positivos y evitar sobreestimar las cifras. El valor más frecuente a partir de 2002 entre la población de donantes de sangre fue una prevalencia de 0.1% (ver Cuadro 4). Como se asume que esta población es representativa de la población de bajo riesgo y que la prevalencia general es de 0.1%,[21] se infiere que la tercera parte del total de la población infectada con VIH que vivía en 2005 pertenece al sector de la población general de bajo riesgo, lo que en números absolutos sería cerca de 60,000 personas infectadas, fundamentalmente hombres y mujeres heterosexuales.

El VIH en los sectores más expuestos

A pesar de las limitaciones de la vigilancia centinela, a fines de los años ochenta se observó que la epidemia mexicana se concentraba en algunos sectores sociales que mantienen prácticas de riesgo, con las siguientes prevalencias: 15% en HSH, 12% en HTS y 6% en UDI.[27] A fines de 2001, las estimaciones de CENSIDA indicaban que en el país existían alrededor de 150,000 personas adultas con VIH, de las cuales más de 100,000 correspondían a HSH, casi 40,000 a población heterosexual, más 4,500 a población privada de

Cuadro 4: Porcentajes de donaciones de sangre con tamizaje positivo corregidos por falso positivo a nivel nacional, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prueba de tamizaje corregido por falso positivo**	0.09	0.08	0.08	0.10	0.11	0.06	0.10

Fuente: CENSIDA, con base en datos proporcionados por el Comité de Monitoreo y Evaluación de Prevención Perinatal. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, No. 3, diciembre 2005. Secretaría de Salud, CONASIDA.
** Valor predictivo positivo: PxS/PxS+(1-P)(1-E) P=Prevalencia; S=Sensibilidad; E=Especificidad

la libertad, casi 3,000 a usuarios de drogas inyectables y poco más de 2,500 a trabajadores y trabajadoras del sexo comercial.[23]

Los estudios centinela realizados entre 1991 y 1996 arrojaron 6,274 HSH, de los cuales 15.5% tenían VIH.[18] A fines de 2003, en el marco de la vigilancia de Segunda Generación, se llevó a cabo en Guadalajara, Jalisco, un estudio en HSH en el que se obtuvieron 399 muestras de sangre y una prevalencia de 13.8%.[28] En 2005, otro estudio de Segunda Generación y vigilancia del estigma y la discriminación, con muestreo probabilístico realizado entre 841 HSH en Acapulco, Monterrey y Nezahualcóyotl encontró una prevalencia de 10.4%.[29]

Las observaciones de HTS realizadas entre 1991 y 1996 encontraron que 13.6% eran portadores de VIH.[18] En 2003 un estudio en HTS de la Ciudad de México y Guadalajara recolectó 174 muestras de sangre y halló una prevalencia de 20%.[28] En 2005, el estudio realizado en Acapulco y Monterrey detectó una prevalencia de 14.8% en HTS.[30]

La vigilancia centinela de 1991-1996 sobre 24,500 MTS mostró una prevalencia de 0.3%.[18] En 2003, la encuesta de segunda generación en MTS realizada en Veracruz, Boca del Río, y Tijuana, encontró que en 371 muestras de sangre había una prevalencia de 6.4% en Tijuana y 4.2% en Veracruz.[28] Posteriormente, en 2005 fueron estudiadas 605 MTS en Acapulco y Monterrey, y la prevalencia en ese grupo fue de 1%, muy similar en ambas ciudades.

Los estudios centinela realizados entre la población UDI, concluyeron que en el periodo 1991-1996 la prevalencia de VIH en los 1,004 casos estudiados fue de 3.6%.[18] En 2003, se obtuvieron 405 muestras de sangre de UDI en la ciudad de Tijuana, observándose una prevalencia de 3.7% en los 355 hombres y de 6% entre las 50 mujeres estudiadas.[28] Asimismo, a principios de 2005 se detectó una prevalencia de 1.9% y 4.1% en Tijuana (n=207) y Ciudad Juárez (n=197) respectivamente.[31] Estudios realizados en 2004 y 2005 con 412 MTS de Tijuana y 408 MTS de Ciudad Juárez, encontraron que 21% y 12% respectivamente también eran UDI y presentaron una prevalencia de 16%, contra 4% en las MTS no UDI.[32]

Poblaciones vulnerables al VIH/SIDA

Vale la pena recordar que la conceptualización del VIH/SIDA ha sufrido una evolución. Al inicio de la primera se hablaba de "grupos de riesgo", expresión que más tarde se convirtió en "prácticas de riesgo" y posteriormente devino en "situaciones y contextos de riesgo". En la actualidad, la mayor parte de los especialistas prefiere hablar de "vulnerabilidad".

Este desarrollo ha sido resultado tanto de los resultados de estudios epidemiológicos como de un cambio en la comprensión del fenómeno mismo del VIH/SIDA. Paulatinamente, el acento se ha ido colocando en los factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos) que favorecen la infección, superando así las posturas moralistas y las ideas individualistas que subestiman los complejos procesos que intervienen en toma de decisiones. Este cambio de paradigma ha desechado las ideas que planteaban la existencia de grupos de riesgo socialmente disfuncionales o la existencia de riesgos individuales deliberadamente asumidos, e incorpora el concepto de *situaciones y contextos de riesgo* para establecer los enfoques de *vulnerabilidad social y el riesgo asociado*. De esta forma, el riesgo individual se inscribe en una estructura que favorece que algunos grupos sean más vulnerables que otros y, por tanto, tengan más probabilidades de infectarse con el VIH. La noción de riesgo no desaparece sino que, junto con el concepto de vulnerabilidad, permite seguir dando cuenta de los grupos que deben atenderse para comprender el problema de la infección por VIH.

La complejidad del VIH/SIDA ha mostrado que éste no puede verse sólo como una enfermedad, sino que se trata también de un problema social que rebasa las prácticas individuales y los sistemas de salud. Los recientes desarrollos conceptuales demandan la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y género, que expresan alguna condición estructural o situación coyuntural que ayuda a comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del VIH/SIDA. Esta complejidad debe ser tomada en cuenta desde un enfoque interdisciplinario que amplíe el horizonte de las acciones y políticas dirigidas a controlar la epidemia.[22,33,34,35] Este novedoso

abordaje permite comprender por qué es más adecuado hablar de "vidas que transcurren en el riesgo", que de "prácticas de riesgo".[36]

Migrantes y VIH/SIDA

La migración de trabajadores mexicanos hacia los Estados Unidos ha sido considerada como un importante factor de diseminación del VIH/SIDA.[37,38] También se ha relacionado con la difusión de la infección en las áreas rurales del país,[14,15] y con una mayor prevalencia en MTS, HSH y UDI de ambos sexos en las regiones fronterizas.[39]

En 2001, los Estados Unidos tenían una tasa de incidencia acumulada de 285.4 casos de SIDA por cada 100,000 habitantes, mientras que en México sólo había 51.7 casos por cada 100,000 personas.[37,40] Esto significa que los migrantes mexicanos tienen 5.5 veces más posibilidades de infectarse en los Estados Unidos, aún sin incrementar sus prácticas de riesgo. Desde el inicio de la infección y hasta 1990, 50% o más de los casos registrados cada año en México tenían antecedentes de residencia en los Estados Unidos. Todavía al 31 de diciembre de 2000, 12.7% de los casos acumulados en México se habían producido en personas que habían radicado en los Estados Unidos, con una incidencia mayor (27.8%) entre los que se habían presentado en localidades menores a 5,000 habitantes. Los estados de Michoacán y Zacatecas tienen más de 20% de los casos acumulados con historial de residencia en los Estados Unidos.[37]

Los trabajadores mexicanos se trasladan a los Estados Unidos en busca de empleo en sectores productivos como la agricultura, los servicios y la industria, en áreas rurales y urbanas. La mayoría de ellos son hombres jóvenes y pobres, no hablan inglés e incluso algunos no hablan español. Muchos no tienen acceso o no saben de los servicios médicos disponibles, se encuentran en un contexto cultural que les es ajeno y muchos temen ir al médico por su condición de inmigrantes indocumentados. La difusión de mensajes educativos y de prevención que se utiliza tradicionalmente no alcanza a los migrantes a causa de su movilidad y la falta de residencia estable.[4,39,41] Considerando la vulnerabilidad en que viven los migrantes, algunos autores han estimado que éstos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el de la población general de los Estados Unidos.[42,43]

En México hay estudios que demuestran que las poblaciones de migrantes tienden a alterar sus prácticas sexuales, lo que también incrementa su riesgo de adquirir el VIH.[37] Algunos estudios cuantitativos han observado que los hombres y mujeres no migrantes habían tenido durante el último año un promedio de 1.8 y 1.2 compañeros sexuales respectivamente, mientras que estas cifras en los hombres que habían cruzado la frontera eran de 3.3 y en las mujeres de 1.5. Además, 9.8% de los hombres migrantes utilizaron drogas intravenosas, a diferencia de 1.2% de los no migrantes.[44]

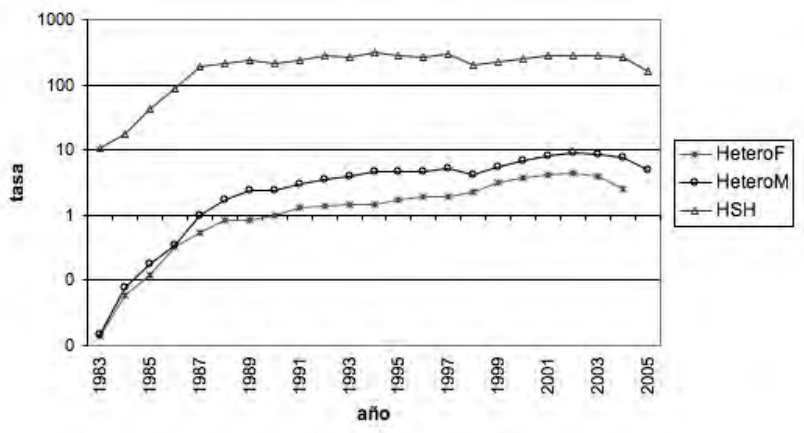
Los investigadores de México y los Estados Unidos tienen grandes dificultades para estimar la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA entre migrantes, así como para seguir los patrones migratorios o trazar el historial de diagnóstico y tratamiento en esta población. Los sistemas de vigilancia actuales son limitados, ya que es difícil captar una muestra representativa de esta población. Se puede recoger información de migrantes que utilizan los servicios de salud, pero esto no impide que se introduzcan sesgos en los datos, ya que quienes acuden a estos servicios podrían ser diferentes de aquellos que no los utilizan, ya que podrían contar con más información sobre los servicios de salud, la prevención y el riesgo de contraer el VIH, tener mayor acceso a la atención médica, etc.[4]

Por otra parte, son pocos los estudios recientes realizados con migrantes mexicanos, tanto en los Estados Unidos como en México y el punto fronterizo con mayor cantidad de estudios recientes es Tijuana. Entre 1999 y 2002, se encuestó a grupos de HSH jóvenes (18-29 años) en ambos lados de la frontera. En Tijuana (n=249) se halló una prevalencia de VIH de 18.9% y en San Diego (n=125) de 35.2%.[39] Si bien estas cifras no son representativas del conjunto de los migrantes, puesto que la mayoría no es HSH, denotan que las probabilidades de contagio de los HSH podrían ser casi del doble en el borde fronterizo del lado de California. Además, un estudio con 600 trabajadores mexicanos migrantes en San Diego y Fresno, California, reportó una prevalencia de VIH de 0.9%, es decir, tres veces mayor que la estimación para población general adulta en México.[45]

El VIH/SIDA en las mujeres

En México, el primer caso de SIDA en una mujer se debió al contagio postransfusional y se diagnosticó en 1985.[19,46] En los últimos 23 años, se han notificado 19,948 casos en mujeres, lo que representa 17.2% del total.[7] El promedio de casos acumulados en los años noventa muestra que había una mujer contagiada por cada seis hombres. En 2006, la relación hombre-mujer en los casos acumulados descendió a 4.9 hombres por mujer. Se estima que en 2007 hubo alrededor de 44,000 mujeres de 15 a 49 años de edad con VIH de un total estimado de alrededor de 198,000 seropositivos.[25]

Gráfica 1: Tasas de afectación de casos acumulados de SIDA en adultos por categoría de transmisión sexual, 1983-2005*



* Tasas por 100,000 habitantes.
Fuentes: CENSIDA. Cálculos propios utilizando datos al 15 de noviembre de 2005 de la Secretaría de Salud/Dirección General de Estadísticas/Registro Nacional de Casos de SIDA. CONAPO, Proyecciones de Población 1980-2000 y 2000-2050.
Nota: Aún no se completan todos los casos diagnosticados entre 2001 y 2005, debido al retraso en la notificación de los mismos.

Las principales vulnerabilidades que afectan a las mujeres son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales. No obstante, las condiciones estructurales de desigualdad social son el principal factor de vulnerabilidad en este grupo. En cuanto a lo biológico, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales las mujeres tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de infectarse por el VIH que los hombres, entre otras razones porque la concentración de VIH es generalmente más alta en el semen que en las secreciones sexuales femeninas.

Además, dado que en la mayoría de las sociedades el género y la sexualidad están vinculados simbólicamente, las relaciones sexuales entre hombres y mujeres se convierten muchas veces en relaciones de poder, donde lo masculino tiende a dominar a lo femenino y las mujeres se encuentran generalmente en desventaja. Esto significa que en las negociaciones para utilizar condón sean los hombres quienes tengan la última palabra o que las mujeres ni siquiera planteen esa posibilidad por temor a que se les acuse de promiscuidad.[22,47]

La progresión de casos de SIDA en mujeres adultas muestra un crecimiento de la epidemia, tanto absoluto respecto de las cifras que presentaron en el pasado, como relativo frente a los hombres. La vía de transmisión heterosexual es la responsable de este cambio. Sin embargo, hay que contextualizar esta información señalando que, la distribución de tasas por categoría de transmisión (Gráfica 1) muestra una diferencia de casi 100 veces entre las proporciones de casos en HSH y en hombres y mujeres heterosexuales.

VIH en Usuarios de Drogas Inyectables

Compartir agujas y jeringas es una práctica común entre muchos UDI, por lo que las infecciones pueden difundirse rápidamente entre estas personas. Además, los UDI infectados pueden contagiar a otras personas por la vía sexual. El primer caso de SIDA en UDI fue notificado en 1986. El crecimiento de la epidemia por esta vía de transmisión ha sido lento. En el año 2000, cuando algunos países latinoamericanos como Argentina (41.9%) y Uruguay (26.3%) mostraban altos porcentajes de casos en UDI, México presentaba apenas 0.6%,[48] mismo que aumentó a 0.9% en 2006 y a 1.2%, al sumarle la categoría combinada de los HSH que usan drogas inyectadas.[49]

En México, el uso de drogas inyectables como factor de riesgo para adquirir el VIH ha sido de menor importancia en relación con otras categorías de transmisión. Sin embargo, en algunos grupos y regiones se ha obser-

vado un dramático aumento en el consumo de drogas inyectadas, lo que permite anticipar que se incrementará la prevalencia de VIH en UDI.[50,51] Las estimaciones del Consejo Nacional Contra las Adicciones[52] muestran un gran crecimiento en el número de usuarios de drogas ilícitas durante los últimos 15 años, especialmente en la franja de Baja California-Chihuahua.[48,51] Estudios realizados en 2002 concluyeron que en Ciudad Juárez habría entre 3,500 adictos "duros", que se inyectaban heroína de dos a tres veces al día durante los últimos seis meses,[53] hasta cerca de 6,000 UDI que frecuentaban los 186 picaderos existentes en esa ciudad.[54]

La mayoría de los estudios recientes sobre VIH/SIDA en UDI se han realizado en Tijuana porque allí se encuentra el paso fronterizo más transitado entre los Estados Unidos y México. En 1991, un estudio epidemiológico encontró una prevalencia de VIH entre UDI de 1.92%.[55] En 1995, los estudios de vigilancia centinela en Tijuana y Mexicali hallaron una prevalencia en UDI de 9%.[56] Las muestras obtenidas en los ochenta y noventa entre UDI refirieron prevalencias menores a 2%,[48] mientras que los datos recientes señalan prevalencias que van de 2.3 a 6.5%.[57,58]

El porcentaje de la población de entre 12 y 65 años de edad que reportó haber consumido drogas ilegales en Tijuana en 1998 es tres veces superior (14.7%) al promedio nacional (5.3%).[52] En 2003, se estimó la existencia de 6,000 UDI activos que frecuentan los picaderos en Tijuana, pero considerando que hay UDI que no asisten a estos sitios, la cifra podría ascender a 10,000. En noviembre de 2003 se realizó en esta ciudad un muestreo transversal anónimo entre 402 UDI que se habían inyectado al menos una vez durante el último mes y la prevalencia encontrada en las 399 muestras fue de 4.01% (95%, IC:2.29-6.51). Además, 48.8% reportó ser HSH, en su mayoría (42.8%) bisexuales y solamente 24.5% dijo haber utilizado condón en la última relación sexual.[58]

También han habido estudios para comprender por qué los UDI asumen tanto riesgo. En 2003, un estudio cualitativo con 20 UDI activos (10 hombres y 10 mujeres) de Tijuana reveló que la mitad de ellos también eran HSH, 80% reportó compartir regularmente las jeringas con otros UDI, 90% se inyectaba a diario, 15% (mujeres) recibían dinero o drogas a cambio de sexo y 50% contaba con una pareja que también era UDI. Asimismo, se encontró que los UDI comparten las jeringas con restos de sangre porque en los picaderos no hay los medios para limpiarlas y los UDI tienen la necesidad de aprovechar al máximo la dosis de heroína sin quitar las gotas que quedaron en la aguja, todo lo cual sucede en una situación de gran ansiedad por consumir la droga.

Mortalidad e impacto de los medicamentos antirretrovirales

En 1990, la tasa de mortalidad por SIDA fue de 1.8 muertes por cada 100,000 habitantes, y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.6 muertes.[59] A partir de ese año, el acceso progresivo a los antirretrovirales inhibidores de proteasa (IP) cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA. Se demostró que la combinación de los medicamentos ya existentes, en lo que se denominó como Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo (TAR), logró retrasar el daño en el sistema inmunológico y mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.[60] Como resultado de este cambio en la terapia, de 1998 en adelante la mortalidad general por SIDA se ha mantenido ente 4.2 y 4.4 muertes por cada 100,000 habitantes.[59]

Un análisis retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición en los primeros 93 pacientes admitidos, observó que a las 22 semanas posteriores al diagnóstico la sobrevida fue de 50%, con un promedio de 47.7 días de hospitalización. Además, la sobrevida observada fue dos veces menor que la reportada en otros países.[61] Otro estudio estableció que el tiempo de sobrevida en pacientes con SIDA mediante transfusiones de sangre contaminada fue de nueve meses.[62] En Monterrey, se halló una mediana de sobrevida de 11 meses, aunque entre los pacientes tratados con zidovudina (AZT) se observó una mediana de sobrevida de 32 meses.[63]

Los primeros estudios en pacientes que utilizaban IP se realizaron en el Distrito Federal. Los resultados mostraron que la mortalidad hospitalaria disminuyó significativamente de 23.2% a 12.2% y a 6.4% en 1996, 1997 y 1998 respectivamente.[64] Posteriormente, análisis efectuados con la base de casos de SIDA determinaron que la sobrevida promedio de los pacientes con SIDA

anterior a 1996 era de 17 meses, pero a partir de ese año se extendió a 57 meses gracias al TAR. Incluso, la sobrevida promedio de las mujeres alcanzó los 61 meses contra 56 de los hombres.[60]

Hacia fines de 1997, se estimó que alrededor de 6,000 pacientes en México no tenían acceso al TAR, es decir, aproximadamente 50% de las personas que vivían con SIDA.[65] En 1998, se logró la cobertura de TAR para menores de 18 años y mujeres embarazadas. Para 1999, la cobertura del TAR se extendió a más de 1,000 pacientes sin acceso a la seguridad social.[66] En 2004, se atendió a cerca de 28,000 pacientes, lo que prácticamente significó alcanzar la cobertura universal de TAR. En el 2005, se estimó que 17.7% de las personas que viven con VIH/SIDA requerían de TAR,[67] y 98.4% de éstas (31,951) recibieron el tratamiento.[8] Así, la incorporación masiva del TAR ha permitido los siguientes beneficios: aumento en la calidad de vida del enfermo, aumento en la sobrevida de los pacientes, disminución de las infecciones oportunistas asociadas al SIDA, reducción del número de hospitalizaciones al año por pacientes, reducción de los costos de hospitalización y disminución de la mortalidad.[60]

Debido a que el SIDA ha afectado más a la población de 25 a 44 años de edad (10 muertes por cada 100,000 habitantes en 1999), es pertinente profundizar el análisis de la mortalidad en ese sector (Cuadro 5). Entre las mujeres se observa una tendencia ascendente que va de 2.6 muertes por cada 100,000 habitantes en 1999 a 3.1 en 2004. En contraste, la mortalidad en los hombres muestra la tendencia opuesta: en 1999 la tasa era de 17.8 y disminuyó a 16.9 en 2004. Teniendo en cuenta que la efectividad del TAR ha sido mayor en las mujeres, lo único que puede explicar este comportamiento disímil es un incremento más acelerado en la proporción de casos de mujeres. De cualquier forma, la diferencia de mortalidad por sexo es tal que aún en 2004 por cada mujer que murió de SIDA murieron 5.45 hombres. La resultante de ambas tendencias es que la tasa de mortalidad para este grupo de edad se ha mantenido prácticamente inamovible en el periodo considerado.

Se calcula que gracias al TAR, durante el periodo 1997-2003, se han evitado cerca de 3,000 defunciones en la población de 25 a 34 años de edad con SIDA. Además, estimaciones realizadas por CENSIDA señalan que, bajo un escenario compuesto por logros medios en las acciones de prevención, atención y fortalecimiento institucional frente a la infección, para el año 2014 sería factible alcanzar una tasa de mortalidad por SIDA de tres por cada 100,000 habitantes, cifra similar a la observada en 1992.[59]

Conclusión

Es conveniente tener presente en todo momento las limitaciones de las mediciones y los datos disponibles para esta investigación. En primer lugar, se trabajó con la base de casos de SIDA, que presenta varios inconvenientes para establecer certezas absolutas sobre algunas dimen-

Cuadro 5: Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años por sexo, 1999-2004

Año	Defunciones Mujeres	Población Mujeres	Tasa en Mujeres	Defunciones Hombres	Población Hombres	Tasa en Hombres	Tasa en pob. 25-44 años
1999	373	14,451,276	2.6	2,465	13,812,684	17.8	10.0
2000	410	14,857,443	2.8	2,456	14,222,421	17.3	9.9
2001	428	15,246,223	2.8	2,496	14,619,053	17.1	9.8
2002	451	15,612,878	2.9	2,559	14,996,930	17.1	9.8
2003*	480	15,738,362	3.0	2,574	15,389,768	16.7	9.8
2004*	492	16,032,954	3.1	2,644	15,686,763	16.9	9.9

Nota: Tasa por 100,000 habitantes.
Fuentes: CENSIDA, con base en datos proporcionados por la Secretaría de Salud – Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). INEGI. Bases de Mortalidad. CONAPO. Proyecciones de población, por sexo, grupos de edad y entidad federativa 1995-2005. Versión agosto 1999 y (*)Versión 2002.

siones del comportamiento de la epidemia en el pasado reciente. Un porcentaje importante de casos diagnosticados tardó hasta cinco años en ser registrado, por lo tanto, las apreciaciones que se puedan elaborar desde 2001 se basan en cifras incompletas. También se cuenta con un número significativo de casos (35.5%) cuya vía de transmisión se desconoce. Sin embargo, trabajar con casos acumulados permite comprender algunos aspectos del desarrollo histórico de la epidemia.

En años recientes han desaparecido los casos relacionados con la manipulación de la sangre en los registros. Las cifras acumuladas al momento y su ritmo de acumulación sugieren que la epidemia crece lentamente, por lo que se conservaría una prevalencia del 0.3% en adultos. La brecha tradicional de seis hombres con SIDA por cada mujer se ha cerrado a cinco en los últimos años. La vía de contagio sexual sigue predominando, alcanzando 92.2% de los casos.

El papel jugado por la migración fue determinante durante los primeros años de expansión de la epidemia. Los estudios han señalado que en los últimos años su importancia está expresamente asociada con otros fenómenos sociales. Como resultado de ello, parece haberse incrementado la vulnerabilidad en un creciente número de sectores de la población al combinarse con múltiples condiciones de riesgo. El panorama entonces es de una mayor complejidad para tratar los comportamientos de riesgo, para atribuir la vía de contagio y hasta para designar la pertenencia a un grupo de riesgo exclusivo. En ese sentido, el trabajo evidencia algunas de las asociaciones que se van entretejiendo entre pobreza, jóvenes, migración, consumo de drogas en general e inyectables en particular, hombres que tienen sexo con hombres, trabajo sexual, origen campesino o indígena y la división de género.

El SIDA en las zonas rurales (alrededor del 5% del total acumulado hasta el 2004) tiene una relación directa con los movimientos migratorios. Si bien la proporción de esos casos se encuentra por debajo del peso relativo que poseen dichos sectores en la población total, hay indicios de un crecimiento más veloz que en las urbes. Se puede considerar a las poblaciones rurales e indígenas como particularmente vulnerables dadas las dificultades de estos ámbitos para lograr una prevención eficaz, una detección temprana y una atención más oportuna a los enfermos. Una rasgo importante de los casos de localidades rurales es el predominio de la vía de contagio heterosexual, sumado al hecho de que las mujeres rurales parecen ser más vulnerables que sus pares urbanas.

Los resultados de los estudios revisados coinciden en que la prevalencia de VIH en HSH tiene un rango delimitado y no se ha incrementado, al menos en los puntos muestreados. Lo inverso ha sucedido en el grupo de los HTS, sector de la población que se encuentra muy expuesto al contagio. Las MTS, por su lado, son un grupo que había mostrado bajas prevalencias durante los años noventa, pero los estudios sugieren que podría existir un leve incremento del VIH entre ellas, si bien la proporción de MTS seropositivas está lejos de alcanzar las altas cifras observadas en otros países.[26] Los datos estudiados fortalecen la hipótesis de que el aumento de casos de VIH entre los UDI, junto a la demostración de cómo la combinación de vulnerabilidades (por ejemplo MTS+UDI) eleva la proporción de casos de VIH, lo que resulta preocupante.

La información disponible sugiere que los HSH siguen siendo un sector con elevada prevalencia de VIH/SIDA, pero han comenzado a aparecer indicios que permiten sostener que hay un posible retroceso en la incidencia de la epidemia en este grupo. Los HSH aún tienen el mayor peso relativo en la cantidad de casos acumulados, pero esto parece estar cambiando. Algo que permite explicar este fenómeno es que existe una selección de los sobrevivientes entre aquellos que guardan menos conductas de riesgo, luego de asumirse como el grupo más castigado por la epidemia y el centro de varias campañas de prevención. Históricamente, los HSH han tenido una prevalencia de VIH de cerca de 15.5%, mientras que los resultados de los estudios recientes sugieren que ésta podría haber disminuido a menos de 14%.

Por el contrario, entre los HTS parece haberse incrementado la frecuencia de contagio al pasar de una prevalencia de 14% hace una década, a niveles que podrían ser superiores a 15% en la actualidad. La gran cantidad de intercambios sexuales que mantienen, se constituye como la explicación más plausible de este cambio. De cualquier forma, cabe recordar que el peso cuantitativo

de este sector de la población es menor y el incremento de su prevalencia de VIH no es significativo en relación a la prevalencia total de la población adulta. Atender la problemática de este sector implica realizar un seguimiento focalizado y no a través de las estadísticas generales, donde su visualización queda oculta. Cabe mencionar que la realización de estudios con HTS se dificulta por el grado de ocultamiento y clandestinidad con que ellos ejercen su trabajo.

La prevalencia de VIH en MTS, siempre ha sido una arista muy atendida en los estudios y acciones que buscan conocer e intervenir en el desarrollo de la infección, ya que su situación es considerada estratégica para diseminar la infección entre la población general. Teóricamente —además de la existencia de ejemplos a nivel mundial— se trata de un sector muy vulnerable frente al contagio por razones biológicas, socioeconómicas y de género. Las acciones emprendidas tempranamente con las trabajadoras sexuales tuvieron como resultado bajas prevalencias (incluso menores a 1%) en el historial de la epidemia mexicana. Lamentablemente, los registros obtenidos en los últimos años hacen pensar que se está incrementando la cantidad de casos de VIH entre ellas. Los estudios señalan también un crecimiento en la adicción a las drogas intravenosas entre MTS, junto a un menor grado de protección de las jóvenes que recientemente se han incorporado a esta actividad.

El sector de los y las UDI aparece en los estudios recientes como el más arriesgado y el menos protegido. Se ha reportado una alta complejidad en este grupo por el alto grado de traslape con otros como HSH, MTS y migrantes. El escaso uso de condones en las relaciones sexuales, las dificultades para proveerse de jeringas y agujas esterilizadas, la persecución, discriminación y estigma que sufren los UDI, los han convertido en una población especialmente vulnerable. De hecho, las complejidades que acarrean las múltiples interacciones entre factores de riesgo que se han conjugado alrededor de esta población dificultan establecer con certeza la vía de contagio entre UDI seropositivos. Las mediciones efectuadas parecen ser sensibles a ese fenómeno, mostrando disparidades importantes en las cifras recolectadas. De cualquier forma, la tendencia general muestra una prevalencia de VIH creciente entre ellos. Aunque el peso proporcional de UDI frente a la población en general es bajo, este grupo tiende a crecer más rápidamente en paralelo con la producción y el tráfico de estupefacientes en México.

Bibliografía

1. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. Annex 2: HIV and AIDS estimates and data, 2005 and 2003, Ginebra: UNAIDS; 2006.
2. OPS. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe bianual. Washington: OPS, abril 2001.
3. Noriega Minichiello S, Magis C, Uribe P, Anaya L, Bertozzi S. The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001, AIDS 2002, 16 (suppl 3):S13-S17.
4. Ritieni A, Bravo García E, Hutchins J, Mittal S. Una epidemia sin fronteras: El VIH/SIDA en California y México. Departamento de Salud de California-Oficina de SIDA y Secretaría de Salud México-CENSIDA. Sacramento: California Department of Health Service, 2005.
5. CONASIDA. II Reunión Ordinaria del Consejo Nacional para la prevención y Control del SIDA, 2 de septiembre de 2002.
6. Rivera P, Magis C, Miranda R. El impacto del VIH/SIDA en niños y niñas de México. Informe técnico agosto 2006, CENSIDA/UNICEF/OPS.
7. Secretaría de Salud/Dirección General de Estadísticas. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007. Consultado el 6 de junio de 2008 en: http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/diagnoynotificanoviembre.pdf
8. CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Secretaría de Salud. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, número 3, diciembre 2005.
9. Secretaría de Salud/Dirección General de Estadísticas. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007. Consultado el 6 de junio de 2008 en: http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/porsexoyedadnoviembre.pdf
10. Secretaría de Salud/Dirección General de Estadísticas. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007. Consultado el 6 de junio

de 2008 en: http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/entidadfederanoviembre.pdf

11. CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 2000-2010. México: CONAPO; Versión 2002.
12. INEGI. 2° Conteo de Población y Vivienda 2005: síntesis de resultados pps. Consultado el 9 de noviembre de 2006 en: http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=6789
13. Magis Rodríguez C, Del Río Zolezzi A, Valdespino Gómez JL, García García L. Casos de SIDA en el área rural en México, en Salud Publ Mex, noviembre-diciembre 1995 37(6):615-623.
14. Bravo-García E, Magis Rodríguez C. El SIDA en el área rural. En: Magis Rodíguez C, Bravo-García E, Carrillo AM (eds.), La otra epidemia: el SIDA en el área rural. México: CENSIDA, 2003: p. 11-18.
15. Ortiz Mondragón R, Magis Rodríguez C, Horteales Rocha M, Muñoz Flores G. Atención de VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas. En: Magis Rodíguez C, Bravo-García E, Carrillo AM (eds.), La otra epidemia: el SIDA en el área rural. México: CENSIDA, 2003: p. 53-76.
16. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología/INDRE. Manual de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. México: INDRE, 1990.
17. Sepúlveda J, Tapia R, Gutiérrez G, Valdespino JL, Mosqueira C. National household survey on the prevalence on anti-HIV antibodies in Mexico. En: Abstract book No.1. IV International Conference on AIDS; 1988; Estocolmo, Suecia; abstract No. 5093:338.
18. Magis Rodríguez C, Loo Méndez E, Santarriaga Sandoval M. Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas Centinela 1991-1996, CONASIDA. En: SIDA-ETS 1997 mayo-julio 3(2): 60-62.
19. Valdespino Gomez JL, García García DL, Del Rio Zolezzi A, Loo Méndez E, Magis-Rodriguez C, Salcedo-Alvarez RA. Epidemiologia del SIDA/VIH en México: de 1983 a marzo de 1995. Salud Publ Mex, 1995 noviembre-diciembre, 37(6):556-571.
20. Sepúlveda J. Conferencia Encuesta Nacional de Salud 2000. Proyecto: Seroprevalencia de ITS (Sífilis y VIH) y Hepatitis virales (A, B y C). En una submuestra de sueros en adultos. INSP. Octavo Congreso Nacional sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Diciembre 2002, Veracruz, México.
21. Valdespino JL, Garcia ML, Conde C, Olaiz G, Velásquez O, Tapia R, Sepúlveda J. Misleading low HIV prevalences in concentrated epidemics. The case of Mexico. XIV Int Conf on HIV/SIDA. Abstract ThpeC7447. Barcelona, julio 2002.
22. Uribe-Zúñiga P, Magis-Rodriguez C, Bravo-García E, Gayet-Serrano C, Villegas-Icazbalceta L, Hernández-Tepichin G. El SIDA en las mujeres: logros y asignaturas pendientes. Perinatología y Reproducción Humana 2003 octubre-diciembre 17(4) 255-270.
23. Magis C, Rivera P, Bravo-García E. People living with HIV estimates in Mexico. XIV Int Conf on HIV-AIDS. Barcelona, julio 2002.
24. Rivera-Reyes, P, Magis-Rodríguez C, y Saavedra J. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México. En: Zúñiga Herrera E. (coord.) México, ante los desafíos de desarrollo del milenio, México: CONAPO; 2005: 237-61.
25. Bravo-García E, Magis-Rodríguez C, Rodríguez-Nolasco E. Recent HIV estimates in México: 198,000 people living with HIV, Int. Conf AIDS XVII, abstract 10230-C19, México, Agosto 2008.
26. Del Río C, Sepúlveda J, AIDS in México: lessons learned and implications for developing countries. AIDS 2002, 16(11):1445-1457.
27. Magis-Rodriguez C, Bravo-García E, Anaya-Lopez L, Uribe-Zúñiga P. La situación del SIDA en México a finales de 1988. En: Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 1988 18 (6): 236-248.
28. Magis C, Gayet C, Manrique B. Informe de resultados de la encuesta sobre prevalencia y vigilancia de comportamiento en VIH/SIDA en: Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, hombres trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables. México: CENSIDA, 2005.
29. Gayet C, Magis-Rodriguez C, Sacknoff D, Fernandez A, Guli L, Ramírez-Aranda J, et al. High Prevalence of HIV and limited use of condoms among

MSM: results from a biological and behavioral surveillance in Mexican urban contexts. XVI Int Conf on HIV/SIDA. Abstract: A-011-0128-06468. Toronto, Julio 2006.

30. Gayet C, Magis-Rodriguez C, Fernández-CA, Donna S, Ramírez-Aranda J, Méndez-Sánchez ML, et al. Viruel Castillo F. Men who sell sex in urban Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use - Results from a biological and behavioral surveillance. XVI Int Conf on HIV/SIDA. Abstract: A-011-0128-16227. Toronto, Julio 2006.
31. Frost S, Brouwer KC, Firestone-Cruz M, Ramos R, Ramos ME, Lozada R, et al. Respondent driven sampling of injection drug users in two U.S.-Mexico border cities: recruitment dynamics and impact on estimates of HIV and syphilis prevalence. XVI Int Conf on HIV/SIDA. CDC0178 ID: 4384. Toronto, Julio 2006.
32. Patterson T, Fraga M, Staines H, Bucardo J, De la Torre A, Salazar J, et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico-U.S. border cities. XVI Int Conf on HIV/SIDA. TUPE0283 ID: 4332. Toronto, Julio 2006.
33. Estrada M JH. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioeth enero 2006, 12(1).
34. Magis Rodríguez C, Bravo-García E, Ortiz K, Rivera Reyes P. Grupos vulnerables al VIH/SIDA: alcances y estrategias para su protección. Documento interno de trabajo, México: CENSIDA, octubre 2006.
35. Giffin K. Beyond empowerment: Heterosexualities and prevention of AIDS. Soc Sci Med 1998; 46: 151-6.
36. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Publ Mex 2002; 44: 554-64.
37. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, et al. Migration and AIDS in Mexico. An Overview Based on Recent Evidence. J Acquir Immune Defic Syndr, 2004, 37(S4): S215-S226.
38. Bronfman, M. El SIDA en México: Evolución y tendencias recientes. En: Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 3, 1990.
39. Sanchez M, Lemp G, Magis-Rodríguez C, et al. The Epidemiology of HIV Among Mexican Migrants and Recent Immigrants in California and Mexico. J Acquir Immune Defic Syndr, 2004, 37(S4): S204-S214.
40. UNAIDS. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and STI: United States of America. 2002 Update. Ginebra: UNAIDS, 2002.
41. Organista KC, Organista PB. Migrants laborers and AIDS in the United States: a review of the literature. AIDS Educ Prev. 1997; 9:83-93.
42. Inciardi, J, Surratt H, Colon H, et al. Drug Use and HIV: Risks Among Migrant Workers on the Del Mar Peninsula. Subst Use Misuse 1999 marzo-abril; 34:653-66.
43. National Commission to Prevent Infant Mortality. HIV/AIDS: A Growing Crisis Among Migrants and Seasonal Farmworker Families, 1993.
44. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RJ, et al. (eds.) SIDA en México. Migración, adolescencia y género. México: Colectivo Sol; 1999: p. 1-90.
45. Hernandez MT, Sanchez MA, Ruiz JD, et al. High STI Rates and Risk Behavior Among Mexican Migrants in California (Abstract M3-B0202). Nacional HIV Prevention Conference, Atlanta, junio 2005.
46. Valdespino JL, García ML, Loo E, et al. Mujer y SIDA en México. Epidemiología. En: Mujer y SIDA. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer. México: COLMEX, 1992: p. 27-40.
47. Jennifer H, et al. The Social constructions of sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease-HIV Risk in a Mexican Migrant Community, Am J Public Health 2002, agosto 92(8).
48. Magis Rodríguez C, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. AIDS 2002, 16 (suppl 3): S34-S41.
49. Secretaría de Salud/Dirección General de Estadísticas-Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2006.
50. Magis-Rodríguez C, Ruiz-Badillo A, Ortiz-Mondragón R, et al. Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas

de la Cd. de Tijuana B.C. Biblioteca Virtual en Salud 2002. Consultado el 16 de junio de 2008 en: http://bvssida.insp.mx/articulos/2382.pdf

51. Bucardo J, Brouwer K, Magis-Rodriguez C, et al. Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections. Drug and Alcohol Dependence, Septiembre 2005 79(3): 281-293.
52. CONADIC/Secretaría de Salud. Datos Epidemiológicos. CONADIC: México, 1999. Consultado el 10 agosto 2004 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm
53. Cravioto P. La magnitud y naturaleza del problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. UNAM: México, 2003.
54. Magis Rodríguez C, Ortiz Mondragón R. Prácticas de comportamiento de riesgo para VIH en usuarios de drogas inyectadas en Ciudad Juárez. VIII Encuentro Nacional de Investigadores en Salud. Trabajo 24. Acapulco, 2003.
55. Güereña-Burgueño F, Benenson AS, Sepúlveda Amor J. HIV-1 prevalence in selected Tijuana sub-populations. Am J Public Health 1991;81(5):623-625.
56. Magis Rodríguez C, Ruiz Badillo A, Ortiz Mondragón R, et al. Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Ciudad de Tijuana, B.C. Journal of Border Health-Revista de Salud Fronteriza, 1997 julio-septiembre II(3): 31-34.
57. Brouwer KC, Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, et al. Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine; doi:10.1007/s, 2006.
58. Magis-Rodríguez C, Brouwer K, Morales S, et al. HIV Prevalence and Correlates of Receptive Needle Sharing Among Injection Drug Users in the Mexican-U.S. Border City of Tijuana. Journal of Psychoactive Drugs 2005 37(3): 333-339.
59. Rivera-Reyes P, Magis-Rodríguez C, Saavedra J. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México. En: Elena Zúñiga Herrera (coord.) México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: CONAPO, 2005: 237-61.
60. Bravo E, Magis C, Rodríguez E. Impacto de la Terapia Antirretroviral (TAR) en la sobrevida de los pacientes con VIH/SIDA en México. Reporte de investigación. México: CENSIDA, Dirección de Investigación Operativa, Mayo 2006.
61. Ponce De León-Rosales S, Ruíz-Palacios GM, Schieders B, Cruz A. Características del SIDA en un hospital de referencia de la ciudad de México. IV Conferencia Internacional Sobre SIDA, Estocolmo 1988.
62. Volkow P, Ponce de León S, Calva J, Ruiz-Palacios G, Mohar A. Transfusion associated AIDS in Mexico. Clinical spectrum, conditional latency distribution, and survival. Rev Invest Clin 1993 marzo-abril; 45(2): 133-8.
63. Ayala Gaytan JJ, Camacho Mezquita BG, Rico Bazaldua G, et al. 20-year follow-up of hemophiliac patients infected with HIV. Rev Invest Clin 1995 Noviembre-Diciembre; 47(6): 473-6.
64. Lavalle C, Aguilar JC, Pena F, Estrada-Aguilar JL, Avina-Zubieta JA, Madrazo M. Reduction in hospitalization costs, morbidity, disability, and mortality in patients with aids treated with protease inhibitors. Arch Med Res 2000 septiembre-octubre; 31(5): 515-9.
65. Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades/CONASIDA. Informe de Labores 1998. México: Secretaría de Salud, 1999.
66. Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades/CONASIDA. Informe de Labores 1999. México: Secretaría de Salud, 2000.
67. OMS/ONUSIDA/CENSIDA. Taller Nacional de Estimaciones sobre VIH/SIDA en México. Ciudad de México, 2006.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. El método de casos acumulados de VIH/SIDA tiene la desventaja de que:

a. No permite conocer cuántas personas tienen VIH entre los HSH.
b. No es útil para saber el estado actual de la epidemia de VIH/SIDA.
c. No toma en cuenta a los UDI.
d. No toma en cuenta el traslape que puede haber entre diferentes posibles vías de transmisión.

2. El método más confiable para calcular el VIH en la población general es:

a. Las vigilancia centinela con mujeres embarazadas.
b. Las encuestas de Segunda Generación.
c. Las encuestas nacionales con serologías.
d. La medición entre donantes de sangre.

3. El término "vulnerabilidad" ha venido a reemplazar los términos:

a. Grupos de riesgo.
b. Riesgos probable de contraer el VIH.
c. Prácticas de riesgo.
d. a y b son correctas.
e. a y c son correctas.

4. ¿Por qué se señala en el texto que los migrantes tienen 5.5 veces más posibilidades de adquirir el VIH en los Estados Unidos aún sin aumentar sus prácticas de riesgo?

a. Porque la diferencia cultural entre México y los Estados Unidos se refleja en prácticas sexuales distintas.
b. Porque pocos migrantes no conocen las formas de prevención del VIH.
c. Porque en los Estados Unidos la tasa de incidencia del VIH es mayor que en México.
d. Porque las y los migrantes tienen una importante vulnerabilidad social.

5. En México, el uso de drogas inyectables como factor de riesgo para adquirir el VIH ha sido:

a. Imposible de medir.
b. Muy grande.
c. Considerable y en aumento.
d. De importancia menor frente a otras formas de transmisión.

Respuestas

1. b
2. c
3. e
4. c
5. d

Capítulo 2

Nuestra epidemia
El SIDA en México 1983-2002

Carlos Magis Rodríguez[*]
Rodrigo Parrini Roses

Objetivo general

Conocer los detalles más sobresalientes de los programas y acciones que han conformado las políticas públicas puestas en marcha en México en materia de VIH/SIDA, desde el inicio de la epidemia en este país en 1983, hasta el año 2002.

Objetivo específico

Identificar los tres aspectos centrales para enfrentar la epidemia: a) atención integral, b) protección de los derechos humanos, y c) colaboración entre sociedad y gobierno.

1983-1987: los orígenes

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se conoció por vez primera en la ciudad de Los Ángeles en junio de 1981. El primer reporte epidemiológico, que se basó en la presencia anormal de neumonía por *Pneumocystis carinii,* mencionaba que los cinco casos descubiertos eran de pacientes homosexuales y sugería una posible asociación de la enfermedad con el estilo de vida homosexual o con la adquisición de *P. carinii* por contacto sexual.

Hacia 1985, el SIDA ya era una preocupación para las autoridades mexicanas de la Secretaría de Salud (SSA). Para septiembre de 1983, se habían visto 14 pacientes con SIDA,[1] uno de los Institutos Nacionales había diagnosticado a cuatro pacientes que lo padecían y lo mismo había ocurrido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).[2] En este mismo año, médicos del Instituto Nacional de Nutrición identificaron el efecto del Síndrome sobre las células T4, y enviaron un artículo a dos de las revistas médicas más importantes de ese momento sin que fuera publicado. Dos años más tarde, el texto fue aceptado por una revista norteamericana, pero en 1984 otro equipo ya había publicado el primer artículo sobre el tema.

En 1985, la Dirección General de Epidemiología realizó encuestas serológicas aprovechando la disponibilidad en ese año de las primeras pruebas de laboratorio.[3] En 1986, el IMSS instrumentó módulos de detección de VIH en todas sus delegaciones y en 1989 abrieron clínicas de atención en todas las delegaciones regionales.[4] El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), inició la organización de clínicas de SIDA en 1984 en sus hospitales generales y regionales.

---

[*] Este trabajo tiene como antecedente una primera versión publicada en 2003 en un libro sobre SIDA editado por Donato Alarcón y Samuel Ponce de León para el Colegio Nacional. En dicho capítulo tuve a mi cargo su concepción, edición y revisión final. En esa obra también participaron como coautores Patricia Uribe Zúñiga, Guillermo Egremy Mendívil, Luis Manuel Arellano Delgado y Griselda Hernández Tepichín.

El monitoreo de la epidemia comenzó con la realización de encuestas serológicas en poblaciones especiales en 1985 y con el registro de casos de SIDA en 1986. Se creó una red nacional de notificación de casos que abarcó al Sistema Nacional de Salud, ya que el VIH/SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria.

Ante el crecimiento de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para establecer comités de lucha contra el SIDA en todos los países. En febrero de 1986, México creó el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA. En esta etapa inicial, el Comité logró establecer la realización obligatoria de pruebas de detección del VIH en la sangre y hemoderivados en todo el país, instalar la vigilancia epidemiológica y la producción de los primeros materiales educativos.

En 1986, la frecuencia de asociación de los casos de SIDA con la transfusión sanguínea era de 4.8%, por lo que CONASIDA estableció una campaña de donación altruista, cuyo lema era: "Ceder sangre es ceder vida" y preparó una iniciativa de ley que prohibía la comercialización de la sangre y hemoderivados, la cual fue aprobada en 1987. Entre 1987 y 1993, se establecieron los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea responsables de vigilar el cumplimiento de la ley en los bancos de sangre.

En 1987, se elaboraron mensajes preventivos dirigidos a toda la población y se pusieron en marcha servicios de apoyo a la comunidad, se promovieron servicios de detección y consejería tales como: una red nacional de laboratorios de detección del VIH y el primer centro de información para atender al público en la ciudad de México. Este año inició actividades TELSIDA, un espacio telefónico que ofrece orientación respecto al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de información y referencias a otras instituciones. También en 1987, se llevó a cabo el Primer Congreso Nacional sobre SIDA, se lanzó la primera campaña de información masiva bajo el lema: "Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad" y se realizó la primera campaña del Sector Salud con íconos de la cultura *gay*.[5] Asimismo, se realizaron las primeras encuestas de comportamientos, actitudes y prácticas, y el monitoreo e investigación epidemiológica de las trabajadoras sexuales, mismo que se extendió a otras ITS en 1992.

1988-1994: del Comité al Consejo

En agosto de 1988 se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y con el objetivo fundamental de "promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan".

En este año, México fue sede del Primer Simposio Internacional de Educación y Comunicación en SIDA, al que asistieron representantes de 65 países. Asimismo, fue instituido el Día Mundial del SIDA a partir de una resolución de las Naciones Unidas y CONASIDA publicó la Norma Técnica para la Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, con el fin de establecer las bases para el control y la prevención de la infección por este virus. También en 1988, se obtuvo el primer apoyo financiero internacional que permitió la formación de un grupo multidisciplinario de expertos que abordaron los principales aspectos de la epidemia. Se inauguró el segundo centro de información en la Ciudad de México y se logró la creación del Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre SIDA (CRIDIS) con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 1989, se realizaron tres campañas en medios masivos: una señalando datos epidemiológicos relevantes, otra invitando a la sociedad a unirse a los esfuerzos comunes y la tercera utilizando el juego de la lotería en los mensajes preventivos. Esta última campaña se difundió en televisión, radio y en el sistema de transporte colectivo Metro de la Ciudad de México. En 1990, la campaña estuvo dirigida a la mujer y el SIDA.

Entre 1989 y 1990, se consolidaron los centros de información TELSIDA y el CRIDIS. El modelo de atención de éstos se instaló en diez entidades federativas. En esta época, la mayor parte de los servicios y acciones se realizaban en el Distrito Federal, Guadalajara, Jalisco, Tijuana, Baja California, Monterrey y Nuevo León.

Como era fundamental ampliar las acciones al resto del país, se creó un área especial en CONASIDA para coordinar la regionalización de los programas, mediante la creación de Consejos Estatales (COESIDAS). Para 1990, 21 estados contaban con estas estructuras.

En 1990, se creó el Centro Nacional de Capacitación en VIH/SIDA. En 1991, se formó la Dirección de Investigación y, en 1992, el Departamento de Apoyo Social y Derechos Humanos. También en 1992, se realizó un diagnóstico de los COESIDAS, se elaboró y difundió una guía para estas instancias y se realizó una reunión con jefes estatales de salud en la que se expuso la situación de los COESIDAS y recomendaciones para mejorarlos. En esta etapa se realizó la automatización de TELSIDA y la publicación de guías dirigidas a diversos profesionistas (médicos, odontólogos, enfermeras, psicólogos). Se realizaron estrategias y materiales dirigidos a poblaciones con mayor vulnerabilidad como son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales, niños de la calle, migrantes, adolescentes y mujeres.

Durante este periodo, CONASIDA trabajó en colaboración con otros organismos de gobierno para impulsar acciones diversas. En 1990, junto con la SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP) capacitó a profesores de educación primaria y secundaria. Entre 1990 y 1993, en coordinación con el Consulado General de México en Los Ángeles, se creó una oficina que atendió a cerca de 450 migrantes mexicanos al año. A partir de 1994, la colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores se descentralizó y amplió. A finales de 1996, se realizó un curso de capacitación sobre migrantes en la ciudad de Morelia con el Programa de Jornaleros Agrícolas de la Secretaría de Desarrollo Social.

En 1992, CONASIDA organizó un seminario cuyas sugerencias sirvieron para desarrollar un plan de medios que se puso en marcha entre 1992 y 1994. El plan combinó campañas en medios masivos para la población general, con mensajes dirigidos a las poblaciones con mayor riesgo como son las y los adolescentes.[6]

Hacia 1993, se publicó la Norma Oficial Mexicana de Sangre (NOM-003-SSA2-1993), con el fin de "uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos."[7] De 1988 a 1992, se realizó una investigación para identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH entre HSH y evaluar estrategias preventivas.[8] A partir de esta investigación, se promovieron talleres de sexo seguro para HSH y, en 1992, se elaboró el video *Sexo seguro*, que fue replicado y distribuido a todos los programas estatales y a organizaciones civiles que trabajaban con esta población. En 1993, se elaboró el video *De chile, de dulce y de manteca*, dirigido a población homo y bisexual. De 1994 a 1996, la principal estrategia utilizada por CONASIDA para esta población fue la distribución de condones, carteles y trípticos.

En 1994, la SSA solicitó a la OPS una revisión externa del Programa de SIDA mexicano con el fin de conocer sus alcances, limitaciones y obstáculos. El grupo revisor reconoció algunos logros, pero registró una respuesta tibia que debía ser redefinida. De esta evaluación surgieron recomendaciones tales como: fortalecer las acciones de coordinación y liderazgo establecidas en el decreto de creación, delegar la ejecución de actividades de prestación de servicios a las instituciones responsables y fortalecer las estrategias de prevención de la transmisión sexual.[9]

Durante 1994 y 1995, se diseñó el Plan de Medios de Comunicación 1996-2000, que previó la elaboración de campañas multimedia dirigidas a jóvenes, madres y padres, maestras y maestros que fomentaran las dinámicas de comunicación interpersonal e intergrupal. En 1995, se transmitieron 12 diferentes *spots* de radio y televisión. También en este año, se robusteció la coordinación con la SEP, que se integró al Consejo del CONASIDA. En coordinación con esta instancia, se elaboraron los contenidos sobre SIDA en los libros de texto gratuitos de sexto grado de primaria[10] y materiales de secundaria, así como la *Guía para el Servicio Militar*, y el *Manual de Capacitación en Educación Sexual para Maestros*.

En 1995, se publicó la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH, que fue modificada cinco años después. Esta modificación se hizo a través de un proceso de consulta amplio, con el propósito de incorporar los avances científicos, los cambios en las leyes y la opinión de dependencias gubernamentales, académicas y sociales.

En 1996, en el marco de la XI Conferencia Internacional de SIDA, llevada a cabo en Vancouver, Canadá, se dieron a conocer nuevos esquemas de tratamiento que mejoraron la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA. Ante esta situación, surgieron organizaciones de personas afectadas que comenzaron a demandar el acceso a medicamentos y a una atención integral y de calidad. En México surgió el Frente de Personas Afectadas por el VIH/SIDA (FRENPAVIH) que fortaleció la movilización social ya existente y planteó demandas nuevas, lo que exigió el fortalecimiento de las acciones.

En 1990, se diseñaron materiales de prevención impresos dirigidos a las trabajadoras sexuales. Posteriormente, se promovieron talleres basados en las experiencias de líderes de la comunidad para adquirir habilidades de negociación y uso de medidas preventivas. Para replicar esta estrategia, se elaboró un diaporama en coordinación con MUSA, el cual fue distribuido entre organizaciones civiles.

En 1994, se estableció la estrategia de atención de ITS con enfoque sindromático recomendada por la OMS y se integró al Proyecto de Norma Oficial para la Vigilancia Epidemiológica al Condiloma Acuminado y la Uretritis, además de la vacunación antihepatitis B en el Proyecto de *Norma Oficial para la Prevención, Eliminación y Erradicación de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación*. También se iniciaron los trabajos para evaluar la aceptabilidad del condón femenino en el país, con la participación activa de las trabajadoras sexuales.

1997-2000: la descentralización

En 1997, se planteó la necesidad de una reforma del Sector Salud que respondiera a las nuevas condiciones del país. Parte central de ésta fue la descentralización de los servicios de salud, así como el replanteamiento de las funciones y estructura de la SSA a nivel federal. Como resultado de ello, CONASIDA consolidó su función normativa, de asesoría y coordinación, modificó su estructura y se integró oficialmente a la SSA como órgano desconcentrado y dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Entre 1997 y 2000, los estados adoptaron un programa con presupuesto específico sobre VIH/SIDA, aunque con diferentes grados de avance en su operación. Asimismo, se fortaleció la capacidad técnica y de gestión de los programas en el nivel estatal y jurisdicciones sanitarias de los estados por medio de talleres de gestión y planeación estratégica.

En 1997, inició el proyecto *Políticas* en México, cuyo objetivo fue mejorar los ambientes de políticas públicas en el tema de VIH/SIDA, fortaleciendo la coordinación entre organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil en estados seleccionados de la República Mexicana. En cada entidad participante, se estimuló la creación de un Grupo Multisectorial de trabajo con actores claves. También se formó una coordinación programática con la Alianza Internacional para el VIH/SIDA mediante un programa de asistencia técnica a favor de organizaciones civiles del Sureste mexicano. Se fortaleció la coordinación interinstitucional, sectorial y extrasectorial. Algunas de las instituciones con las que se estableció coordinación permanente fueron: agencias de Naciones Unidas, universidades, comisiones de derechos humanos, e instancias gubernamentales como Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud, así como asociaciones religiosas y la Cámara de la Industria de la Radio y la Televisión.

También en 1997, CONASIDA participó en la Consulta Regional sobre Programas de VIH/SIDA para HSH donde se elaboraron recomendaciones para los gobiernos sobre políticas y estrategias dentro de un marco de respeto a las orientaciones sexuales. En 1998, se hizo una campaña para "cuartos oscuros" en la Ciudad de México, la cual consistió en una evaluación diagnóstica y la elaboración de un video con mensajes de prevención. Se impulsó la realización de un concurso de carteles alusivos a mensajes de prevención para HSH, así como un concurso de historietas.

Con el fin de trabajar proyectos conjuntos con la sociedad civil, en 1999 se apoyó la apertura de una línea telefónica llamada DIVERSITEL para dar orientación gratuita y confidencial sobre diversidad sexual, VIH/SIDA, ITS y derechos humanos. Ave de México, una organización civil con más de 12 años de trabajo en

sexualidad, resultó ganadora del concurso y puso en funcionamiento la línea en el 2000.

En el Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras ITS 1997-2000, aparece por primera vez la meta de disminuir en 50% los casos de niños infectados por el VIH durante el embarazo, parto o lactancia, ya que los resultados de los protocolos de 1994 (ACTG076) demostraron que la administración antirretrovirales (ARV) a mujeres embarazadas con VIH disminuía la probabilidad de transmisión perinatal de 30% a menos de 10%. Desde 1996, México cuenta con una política nacional de tratamiento antirretroviral gratuito para prevenir la transmisión perinatal.[11] En 1998, la distribución gratuita de antirretrovirales se complementó con el aseguramiento del tratamiento postparto y la suspensión de la lactancia materna.

De 1996 a 1998, se realizó investigación sobre estrategias educativas para la prevención del VIH/SIDA en población migrante-rural de Guanajuato y Morelos. Resultado de ello, fue el video *La vida sigue* y la historieta *Más vale prevenir*. El video se distribuyó en todo el país y la historieta se convirtió igualmente en un video que se distribuyó también en todas las entidades federativas y se tradujo al náhuatl. Debido al éxito de la historieta, en 1999 se hizo una reimpresión por parte del Consulado Mexicano en Miami y el IMSS-Solidaridad se sumó a su distribución.

A principios de 1997, se integró un comité para la realización de campañas de prevención que estuvo formado por organizaciones no gubernamentales (ONG) y especialistas en VIH/SIDA. Se realizó una campaña de prevención en adolescentes con el objetivo de sensibilizarlos y concientizarlos sobre su responsabilidad para prevenir el VIH/SIDA y la importancia de sus madres, padres, maestras y maestros, como fuente de orientación y educación. En 1998, nuevamente la campaña preventiva centró sus esfuerzos en las y los adolescentes.

En 1997, se publicaron los primeros resultados de un estudio en usuarios de drogas inyectables (UDI) en la ciudad de Tijuana y CENSIDA creó una estrategia de prevención y reducción del riesgo que incluyó la elaboración de un cartel, un tríptico y una historieta para este grupo. También se publicó un manual y se llevaron a cabo talleres para el personal de salud y de ONG que trabajan con UDI. La estrategia de prevención permitió desarrollar un modelo educativo en prisiones en Baja California y Chihuahua entre 1996 y 2001. En 1997, el Programa para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS se definió como uno de los 12 programas sustantivos en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y se fusionó con la prevención y control de otras ITS, medida que fue decisiva para favorecer la descentralización de los programas de prevención y control.

Hacia 1998, la Dirección General de Epidemiología realizó una investigación especial de 121 casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea y hemoderivados para revisar la idoneidad del registro de la forma prevista de transmisión, ya que en muchos casos se registraba como antecedente la transfusión sin ninguna confirmación epidemiológica. En este año, se crearon los Comités de Seguimiento para Control de Sangre a nivel nacional y estatal, y CONASIDA publicó la primera *Guía de Prevención y Tratamiento para la Exposición Ocupacional al VIH*. En ese momento existían 13 líneas telefónicas en diferentes estados de la república que ofrecían orientación sobre VIH/SIDA e ITS, así como 55 centros de información y 47 de detección y consejería.

En octubre de 1998, inició el programa Lazo Rojo, que pretendía convertir los salones de belleza, estéticas, peluquerías y farmacias en centros de información sobre VIH/SIDA. Con el fin de reforzar este programa, se realizó una campaña en medios masivos en 2003, la cual buscaba atacar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA. En 1999, se iniciaron los talleres sobre manejo sindromático de las ITS dirigidos al personal del primer nivel de atención y se difundió el *Manual para el manejo sindromático de las ITS para el personal operativo del primer nivel de atención*. De 1996 a 1999, se realizó una estrategia educativa con trabajadoras sexuales en Tuxtla Gutiérrez y Chiapas que permitió la elaboración de materiales impresos y el diseño de talleres. Las trabajadoras sexuales han sido, al igual que los HSH, uno de los grupos prioritarios para la distribución de condones por parte de CONASIDA.

2001-2005: Fortalecimiento del CONASIDA y creación de CENSIDA

En 2001, se hizo un balance de lo realizado por CONASIDA y se estimó necesario fortalecerlo como órgano colegiado, tanto en sus atribuciones como en su integración. Se creó así el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y la denominación de CONASIDA permaneció para el órgano que antes se conocía como Consejo, con reuniones bianuales y diferentes grupos de trabajo, todos con carácter multisectorial.

En estos años, México ha sido impulsor y coordinador de la cooperación horizontal en Latinoamérica y el Caribe. Actualmente, existe un proyecto regional para poblaciones móviles que es apoyado por todos los países centroamericanos y agencias internacionales como OIM, ONUSIDA, PASCA y AID.

En el 2002, se desarrollaron las primeras ocho estrategias educativas implementadas por ONG, con el apoyo financiero de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud y la asesoría técnica del CENSIDA. En este periodo, se concluyeron cuatro proyectos de investigación en Chiapas para la adopción de medidas preventivas en contextos de gran movilidad poblacional en la frontera Sur. Se elaboraron estrategias dirigidas a trabajadoras sexuales, clientes, autoridades, traileros y se publicó el libro *Migración y SIDA en México y América Central*. La aparición de casos de SIDA en el área rural indicó la necesidad de reforzar estrategias para estas zonas. Se realizó una estrategia educativa con adolescentes de áreas rurales e indígenas de Puebla, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, San Luis Potosí y Veracruz con apoyo de UNICEF. También se ha trabajado a través de 24,000 tiendas de SEDESOL en localidades de 1,000 habitantes. Con el Instituto Nacional Indigenista se han capacitado brigadistas para incorporar el tema del SIDA en sus actividades y se diseñó un manual para jóvenes campesinos en colaboración con Afluentes.[12]

La quinta fase de la campaña de prevención de VIH/SIDA en adolescentes inició a fines de 2001 y concluyó en el 2002. Los objetivos fueron: informar y persuadir a las y los adolescentes, y a sus madres y padres, de que el SIDA no hace distinciones y, por lo tanto, involucra a todos. El Plan de Comunicación 2002-2006 buscó dar continuidad al anterior y destacar aspectos como los problemas para adoptar el uso del condón y el derecho a tener servicios de salud de buena calidad.

Tres aspectos centrales para enfrentar la epidemia

A. Atención integral

De 1983 a 1996, la atención a enfermos de SIDA se concentró en hospitales de tercer nivel dentro de la Secretaría de Salud. Entre 1987 y 1990, el tratamiento de los pacientes se limitaba al manejo de las infecciones oportunistas y neoplasias. El primer medicamento útil para el tratamiento del SIDA, conocido como zidovudina o AZT, surgió en 1987, pero hasta 1991 estuvo disponible en México con acceso limitado a los pacientes que ingresaban a protocolos clínicos.[13] De 1992 a 1996, las instituciones de salud adquirieron ARV, aunque para entonces estos medicamentos no modificaban sustancialmente la evolución de la enfermedad y, en ocasiones, los efectos indeseables eran mayores que el efecto terapéutico.

En 1996, se demostró que al combinar un nuevo grupo de ARV, conocidos como inhibidores de proteasa, se lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y permitir que el paciente pudiera desarrollar una vida prácticamente normal.[14] Las comunidades afectadas por el VIH se movilizaron para exigir a los gobiernos estos medicamentos cuyo costo era muy elevado. El nuevo tratamiento antirretroviral logró disminuir las infecciones oportunistas en 40% y el número de hospitalizaciones. Este nuevo esquema hizo necesario el diseño de estrategias para aumentar el número de médicos capacitados en el manejo de antirretrovirales. La disponibilidad de estos medicamentos sólo dentro de las instituciones de seguridad social marcó una gran desigualdad para el 48% de las personas con VIH/SIDA sin acceso a servicios médicos.

Con el objeto de atender esta situación, se apoyó la iniciativa de creación de un fideicomiso que costeara los antirretrovirales para enfermos sin recursos y sin seguridad social o privada. En 1998, con una primera aportación de 30 millones de pesos de la SSA federal, inició la operación de FONSIDA. Se planeaba aumentar

gradualmente la cobertura de los pacientes de acuerdo con los recursos financieros existentes, por lo que inicialmente se ofreció el tratamiento a menores de 18 años y embarazadas infectadas. Dado que el principal donante de FONSIDA era la SSA, se calculó el monto requerido para asegurar la continuidad del tratamiento de los que ya lo recibían y ampliar este beneficio a 1,000 nuevos pacientes, lo que representaba una erogación anual de 40 millones. Los tratamientos se distribuyeron en las 32 entidades federativas de forma proporcional al número de casos reportados; los estados a los que se dio un mayor número de tratamientos fueron: Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Puebla y Veracruz. Los Servicios Estatales de Salud que ya habían cumplido los estándares de calidad mínimos para la atención pudieron acceder a algunos tratamientos a través de FONSIDA, lo que influyó para que los que aún no contaban con esos servicios los organizaran rápidamente.

En 2001, desapareció FONSIDA y la Secretaría de Salud asumió directamente la compra de los antiretrovirales y su distribución de acuerdo con las necesidades de los estados. Actualmente, existen 100 servicios especializados en las 32 entidades federativas y se han certificado laboratorios básicos de apoyo en 31 estados. Se estima que en 2005 México tenía una cobertura de 100% de las personas registradas vivas con SIDA a través del Programa de Distribución Gratuita de ARV para población no asegurada, aunado a la cobertura de las instituciones de seguridad social.

A pesar de estos esfuerzos, no se ha logrado ofrecer servicios de atención integral de calidad homogénea. Es preciso contar con servicios accesibles de información, consejería y detección oportuna para contener la diseminación de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Con el fin de optimizar los recursos y ampliar el acceso a los servicios, las estrategias recomendadas son: la regionalización de los recursos médicos y de laboratorio, y el establecimiento de acuerdos interinstitucionales de colaboración. Para garantizar la distribución oportuna de medicamentos y mejorar su control, se han diseñado diferentes alternativas. Una de las primeras fue el Sistema de Control de Medicamentos para Pacientes VIH/SIDA (SICOME), pero no demostró su utilidad en la práctica. Por otro lado, algunos estados han desarrollado su propio sistema electrónico de manejo de pacientes. El CENSIDA cuenta con una base nacional de pacientes que reciben atención con recursos federales.

B. Protección a los derechos humanos

El Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos surgió en 1992 como respuesta al aumento creciente y sostenido de demandas de apoyo social para personas que vivían con VIH/SIDA, así como de quejas y denuncias de violaciones de derechos humanos que provenían de diversas instituciones del sector salud de manera directa o por medio de grupos civiles. La mayoría de las demandas estaban relacionadas con la necesidad de apoyo económico para pruebas de laboratorio y tratamiento, atención médica, domiciliaria y asesoría legal. Las principales quejas por violación de derechos humanos se relacionaban con la exigencia de pruebas obligatorias de VIH, la negación de atención médica o atención inadecuada, el despido por seropositividad y la violación de la confidencialidad.

Algunas acciones del departamento de derechos humanos fueron: sistematizar un modelo de atención social y derechos humanos, promover la *Cartilla de los Derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA*, ordenar un modelo de atención domiciliaria en coordinación con personal de CONASIDA y crear un área específica en la Comisión Nacional de Derechos Humanos para la atención de quejas relacionadas con el VIH/SIDA.

En 1995, el área de Derechos Humanos se fortaleció con la creación del Departamento de Gestión de Normas y Desarrollo Jurídico, entre cuyas metas está: revisar la legislación sanitaria, laboral, penal y civil, y valorar los problemas legales a que se enfrenta la población afectada. Se ha iniciado el trabajo en la lucha contra el estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA, con las siguientes líneas estratégicas: difundir los derechos de las personas con VIH o SIDA, promover la revisión de la legislación federal y estatal, documentar los casos de estigma y discriminación (sector salud y laboral), promover la investigación en materia de estigma y discriminación para construir indicadores y proponer estrategias efectivas; fomentar la denuncia y apoyar la

defensa de los casos de discriminación laboral a causa del VIH/SIDA, promover que las instituciones gubernamentales y privadas incorporen programas educativos y campañas específicas dirigidos a disminuir el estigma y la discriminación.

C. Colaboración entre sociedad y gobierno

La relación del CENSIDA con las ONG ha tenido diversas etapas, algunas caracterizadas por diferencias de objetivos y métodos entre estas organizaciones, que incluso han llegado a la confrontación y disputa por el liderazgo. Los intentos por integrar redes de coordinación civil han continuado hasta la fecha y constituyen la fórmula de operatividad regional. En este momento, existen casi 20 redes de organizaciones dedicadas de tiempo completo o parcial al VIH/SIDA.

Los acercamientos de la Secretaría de Salud con activistas del movimiento de liberación homosexual —el primero en movilizarse frente al VIH/SIDA— se registraron en 1985.[15] A partir de ahí, se abrió una puerta de comunicación no exenta de dificultades en cuanto a la identificación de prioridades. En 1986, CONASIDA recomendó promover intervenciones educativas con grupos que desarrollaban prácticas de riesgo, sobre todo con homosexuales y bisexuales, y se trabajó mediante el contacto con sus organizaciones. La creación del Centro Nacional de Información de SIDA abrió otro espacio de comunicación y coordinación con las ONG. A partir de 1987, surgieron nuevas organizaciones civiles con diversos objetivos, demandas, actitudes y compromisos. Al crearse el CONASIDA, se incorporó como vocal la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA. Dos años después, CONASIDA dispuso una oficina de enlace comunitario que suministró condones, folletos, carteles y manuales, así como recursos gubernamentales y de agencias internacionales.

En México existen alrededor de 400 organizaciones con trabajo en VIH/SIDA. Actualmente, hay espacios de coordinación e interlocución con los diferentes representantes de la sociedad civil a nivel federal y estatal, lo que ha favorecido el trabajo conjunto, el consenso y una mayor participación de la comunidad. Con la reforma de CONASIDA en 2001, la presencia de las ONG dentro de ese órgano ha crecido considerablemente, pues ellas ocupan ocho vocalías, lo que refleja la mayor participación de la sociedad civil en el diseño y manejo de la epidemia.

Conclusión

Las estrategias para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA han ido cambiando con el tiempo. Hemos tenido la oportunidad de aprender de las experiencias propias y de otros países para ir adaptando la respuesta a esta enfermedad con base en el conocimiento existente y nuestra capacidad para acceder a los avances médicos y tecnológicos generados para combatir el VIH/SIDA. Un ejemplo de esto, son los diversos cambios de estructura que ha experimentado la principal instancia encargada de vigilar y prevenir la diseminación de la epidemia del VIH/SIDA, así como los centros de atención estatales que están en contacto directo con las poblaciones afectadas de todo el país. Un ejemplo más son las campañas preventivas en los medios de comunicación masiva, las cuales se dirigieron a diferentes poblaciones y utilizaron diversos enfoques de acuerdo con la información y los recursos disponibles, las recomendaciones y las lecciones aprendidas en el país y en el mundo. Inicialmente, la mayor parte de las estrategias preventivas se dirigían a tratar de cambiar el comportamiento de las personas; luego se constató que era fundamental diseñar estrategias para tratar de cambiar los contextos de riesgo o vulnerabilidad que dificultan la prevención, es decir, promover cambios de normas sociales y jurídicas, mejorar el acceso a los servicios de salud o disminuir la violencia y violaciones de derechos humanos asociados a la infección por VIH/SIDA.

En la actualidad, la epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados de SIDA. La epidemia se concentra fundamentalmente en los HSH, con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual, lo que subraya la necesidad de reforzar la prevención tanto con el grupo de HSH como en el resto de la población. La colaboración con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales ha sido central para llevar a cabo acciones a nivel federal al interior de

grupos específicos cuyo contexto social los coloca en especial riesgo de adquirir el VIH. El apoyo financiero internacional ha sido clave para la implementación de proyectos de investigación que han derivado en estrategias exitosas de prevención con diversos grupos. Todo esto demuestra que la sociedad en su conjunto ha sido capaz de movilizar recursos de todo tipo para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA y, aunque ha sido bastante amplio el alcance de este esfuerzo, aún hace falta hacer mucho más.

Referencias bilbliográficas

1. Alarcón D. Primeras descripciones e investigaciones sobre el SIDA en México. En: El SIDA en México. Veinte años de la epidemia. México: El Colegio Nacional; 2003, p. 13-17.
2. Ruíz-Argüelles G, Ponce de León S, Ruiz-Palacios G. El síndrome de imnunodeficiencia adquirida en México. Revista de Investigación Clínica, 1983; 35:265-266.
3. Valdespino JL, García ML, Del Río A, Loo E, Magis C, Salcedo RA. Epidemiología del SIDA/VIH en México de 1983 marzo de 1995. Salud Publ Mex, 1995; 37:556-71.
4. Muñoz O, Zárate A, Garduño J, Zúñiga J, Hermida C. La atención de pacientes con SIDA en el IMSS", Gaceta Médica de México, 1996 (132)Supl 1: 63-72.
5. Rico B, Bronfman M, Del Río C. Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?, Salud Publ Mex, 1995;7:643-53.
6. CONASIDA. Plan de medios 1992-1994. SSA: México, 1992.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México: SSA; 1993.
8. Hernández AM, Uribe P, Avila C, de Caso LE, Gortmaker S, Mueller N, et al. Sexual Behavioral and VIH-1 status among homosexual and bisexual males in Mexico city. Am J Epidemiol, 1992; 135: 883-894.
9. OPS. Reporte de la revisión externa de las actividades de Prevención y control del VIH/SIDA en México. México: OPS; 1994.
10. SEP. Cultura para la prevención en el libro de texto gratuito de Ciencias Naturales y Desarrollo Humano. Sexto grado. En: Uribe P y Magis C (eds). La respuesta Mexicana al SIDA: Mejores prácticas. México: CONASIDA. Colección Ángulos del SIDA; 2000.
11. CDC. Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the Use of Zidoduvine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994; Vol 43; no RR-11; p. 1-20.
12. CONASIDA. Estrategias Educativas Específicas dirigidas Área rural e indígena, Boletín Informativo No. 20. México: SSA; octubre de 1998.
13. Río Chiriboga C. Tratamiento para el SIDA y padecimientos asociados: costo y efectividad. Gaceta Médica de México, 1996; (132) Supl 1: 77-82.
14. Kempf DJ, Rode RA, Xu Y, et al. The duration of viral suppression during protease inhibitor therapy for HIV 1 infection is predicted by plasma HIV-RNA at the Nadir, AIDS 1998; vol. 12: 9-14.
15. Hernández J, Manrique R, Rivas M. Sida, lo personal es político. En: Galván F. (ed.) El SIDA en México: Los efectos sociales. México: UAM; 1988.

Actividades complementarias

Investigar en los servicios de salud locales cuándo se iniciaron ahí las labores preventivas sobre VIH/SIDA. Asimismo, investigar en la Comisión de Derechos Humanos de su entidad cuántas denuncias por discriminación contra personas con VIH han habido en los últimos tres años.

Autoevaluación

Subraye la respuesta o respuestas correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que aparecen al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido de este capítulo.

1. ¿Qué estrategia se utilizó para comenzar el monitoreo de la epidemia del VIH en México?

a. Utilizar las pruebas disponibles.
b. Realizar exámenes de sangre obligatorios.
c. Invitar a la población a hacerse pruebas voluntarias.
d. La realización de encuestas serológicas en poblaciones especiales.

2. TELSIDA fue creado con el fin de:

a. Ofrecer información respecto al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
b. Informar sobre los lugares para comprar pruebas de VIH.
c. Informar acerca de las instituciones que dan atención sobre VIH.
d. Brindar información sobre qué médicos dan tratamiento para el SIDA.

3. La principal función de los COESIDAS es:

a. Ayudar a distribuir condones en los centros educativos.
b. Manejar los presupuestos de VIH a nivel local.
c. Coordinar la regionalización de los programas de VIH/SIDA.
d. Capacitar a grupos vulnerables como HSH y UDI.

4. ¿Qué sucedió en México cuando se dieron a conocer los nuevos esquemas de tratamiento que mejoraron la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA?

a. Hubo manifestaciones de personas con VIH en distintas partes del país.
b. Surgieron organizaciones de personas afectadas que comenzaron a demandar el acceso a medicamentos y a una atención integral y de calidad.
c. El gobierno pidió ayuda al Banco Mundial para comprar medicamentos.
d. Ninguna de las anteriores.

5. La relación entre la Secretaría de Salud y los grupos de homosexuales se ha caracterizado por:

a. La presencia de dificultades en cuanto a la identificación de prioridades.
b. La armonía y el acuerdo en cuanto a la toma de decisiones.
c. La indiferencia de ambas partes.
d. Acusaciones mutuas y falta de consensos.

Repuestas

1. d
2. a, c
3. c
4. b
5. a

Capítulo 3

Modelación matemática en el estudio y control del VIH

Ismael Velázquez Ramírez
Brenda Jiménez
Jorge X. Velasco-Hernández

Objetivo general

Conocer algunos modelos matemáticos sencillos de la interacción VIH-sistema inmune y su aplicación al estudio de enfermedades infecciosas.

Objetivos específicos

- Conocer algunas hipótesis primarias que de manera simplificada le mostrarán la aplicación de las matemáticas en el estudio y modelación del VIH.
- Conocer el modelo propuesto para modelar matemáticamente la transmisión del VIH.
- Aprender cómo aplicar un modelo epidemiológico, tomando como ejemplo el caso de las trabajadoras sexuales de la ciudad de Tijuana.

Introducción

La modelación matemática constituye una forma de resolver problemas, formular hipótesis y especificar variables y parámetros relevantes. Como toda metodología, la modelación matemática responde a objetivos precisos: no podemos hablar de un modelo en abstracto, ya que un modelo se elabora siempre para un fin en particular. Para los matemáticos de la academia, aplicar matemáticas significa hacer matemática sobre ecuaciones que describan algún fenómeno físico, pero para el epidemiólogo o inmunólogo, por ejemplo, aplicar matemáticas significa usar las matemáticas para resolver problemas y contestar preguntas concretas de importancia epidemiológica o inmunológica sin importar si se usaron matemáticas de frontera o simplemente programación lineal o aritmética.

En este trabajo veremos a la matemática como una herramienta sin que ello signifique que la consideremos sólo eso. Por el contrario, en nuestra opinión la matemática es una metodología o familia de metodologías que atraviesa a las ciencias y tiene un gran poder que no se limita a resolver problemas, sino que se vuelve un lenguaje y una forma de pensar que trasciende la matemática misma.

En inmunología y en epidemiología nos interesa verla —al menos en la limitada extensión de estas notas—, como una herramienta predictiva, descriptiva o de generación de hipótesis; una herramienta que nos permite formular ideas y conceptos en forma precisa y no ambigua y que, por lo mismo, hace más sencilla la identificación de problemas conceptuales, imprecisiones en las definiciones de variables y parámetros y permite formular hipótesis acerca de mecanismos responsables de fenómenos y propiedades observadas.

Este capítulo está constituido por dos partes. La primera trata sobre modelos sencillos de la interacción VIH-sistema inmune y la segunda es una ejemplifica-

ción de la aplicación de modelos matemáticos al estudio de enfermedades infecciosas.

Queremos advertir que los fenómenos que aquí modelamos no pretenden estar representados en toda su complejidad. Al contrario; presentamos una caricatura, una simplificación exagerada de esos fenómenos para ilustrar la aplicación de las matemáticas en su estudio y modelación. La modelación de estos mismos fenómenos en toda su complejidad involucra necesariamente un equipo multidisciplinario de investigadores y técnicos. Sin embargo, la esencia de la matemática aplicada será la misma. Estas notas tienen un fin meramente didáctico.

Modelos matemáticos del VIH en interacción con el sistema inmune

No es necesario dar una semblanza amplia de la importancia del VIH/SIDA en la salud pública mundial: la televisión, la radio, los periódicos y la plática cotidiana nos informan continuamente acerca de los niveles que la pandemia tiene, de los estragos que ha causado en la economía de muchos países y de la forma en que se contrae. En esta sección nos centraremos en la interacción del VIH con el sistema inmune.

La carga viral es un factor importante resultante de la interacción con el sistema inmune en muchos tipos de virus, pues en esos casos está correlacionada con la patogenicidad, el estadio de la infección y la progresión o evolución de la enfermedad. Los anticuerpos, las citocinas, las células asesinas naturales (células NK por sus siglas en inglés) y las células *T* son componentes normales e imprescindibles de la respuesta inmune antiviral. Sin embargo, en la mayoría de las infecciones virales los linfocitos citotóxicos (o CTLs en inglés) juegan un papel sumamente importante en la destrucción viral, pues atacan a las células que se encuentran infectadas por el virus. A la fecha, se considera que estas células constituyen el componente de la respuesta inmune específica que limita definitivamente la tasa de replicación del virus y la carga viral.

Dinámica poblacional del VIH

Desde la perspectiva inmunológica, el VIH tiene características particulares que lo hacen muy interesante: el tiempo promedio entre una infección primaria y la aparición del SIDA es de alrededor de 10 años. Este lapso de tiempo no ha sido, a la fecha, satisfactoriamente explicado, aunque es muy probable que se encuentre relacionado con el número de linfocitos *T* presentes en el torrente sanguíneo. Estos linfocitos *T* CD4 + son uno de los principales blancos del VIH. Este tipo de glóbulos blancos secretan factores de crecimiento y diferenciación que necesitan otras células del sistema inmune. Por ello, a estos linfocitos CD4 + se les denomina "células *T* cooperadoras o inductoras". La carga normal de células *T* CD4 + es de 1000mm^{-3}. En un paciente infectado con VIH, esta concentración puede disminuir hasta 200mm^{-3} o menos. De hecho, una persona cuyo conteo de linfocitos *T* CD4 + llegue a esta concentración, es diagnosticada clínicamente como enferma de SIDA. Los linfocitos *T* cooperadores juegan un papel regulatorio tan importante en la respuesta inmune, que su disminución genera efectos perniciosos muy amplios en el funcionamiento de la respuesta inmune que conlleva a la inmunodeficiencia que caracteriza al SIDA.

Primeras hipótesis

Consideremos un modelo clásico:

$$\frac{dV}{dT} = \text{tasa de producción} - \text{tasa de pérdida}$$

$$= P - cV(t),$$

donde c denota la tasa de eliminación, P la tasa de producción viral y V la carga viral en partículas de virus por milímetro cúbico. Suponiendo la existencia de un medicamento que puede suprimir la producción de virus, que haría $P = 0$, la dinámica del virus estaría descrita por la ecuación

$$\frac{dV}{dt} = -cV,$$

con condición inicial V_0 que representa la concentración del virus al momento en que el medicamento (que por el momento supondremos que actúa instantáneamente) suprime la producción viral.

Este modelo necesita ser mejorado. Para hacerlo, debemos incorporar la producción viral y, para ello, ne-

cesitamos modelar la interacción entre las células que el virus ataca y gracias a las cuales el virus mismo puede reproducirse. Como hemos mencionado, las células blancas del VIH son los linfocitos *T* CD4 +.

Una vez identificadas, el virus usa a esta proteína para anclarse y penetrar la membrana de la célula. Se reproduce dentro de ella mediante mecanismos que estudiaremos en otra sección y, finalmente, mata a la célula hospedera. Todos los nuevos virus son liberados y cada uno repite el ciclo. Podemos entonces reconocer dos tipos diferentes de células *T*: aquéllas no infectadas, que denotaremos por *T* y aquellas infectadas que producen virus denotados por *T**. En ausencia de virus, todas las células *T* son normales y su tasa de cambio es un balance entre su producción y su eliminación natural:

$$\frac{dT}{dt} = \text{Producción - muerte.}$$

En este caso, el término de producción es el resultado de los procesos de maduración en el timo *s* (de ahí el nombre de linfocitos *T*; los otros linfocitos son de tipo *B*, que provienen de la médula ósea. Se denominan linfocitos pues, en las aves, maduran en la llamada bolsa de Fabricio). Además, los linfocitos *T* pueden proliferar a partir de los linfocitos ya existentes autorregulándose de acuerdo con un crecimiento logístico. Por otro lado, la tasa de muerte o pérdida de linfocitos *T* en ausencia de virus supondremos que es exponencial:

$$\text{Producción} = s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}});$$

$$\text{Muerte} = d_T T.$$

Por consiguiente, la ecuación que describe los cambios en la concentración de linfocitos *T* en una persona sana es:

$$\frac{dT}{dt} = s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) - d_T T.$$

La dinámica de esta ecuación puede ser estudiada cualitativamente como ilustramos anteriormente. Para ello, consideremos los estados estacionarios correspondientes que están dados como aquellos valores de *T* que satisfacen

$$s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) = d_T T.$$

En este caso, uno puede despejar *T* de la igualdad anterior y obtener que el punto de equilibrio está dado por:

$$T_{eq} = \frac{T_{\max}}{2p} \quad p - d_T + \sqrt{(p - d_T)^2 + \frac{4sp}{T_{\max}}} \quad .$$

Nos queda ahora incorporar el virus a la ecuación anterior. Esto requiere de la modelación de la interacción entre virus y linfocitos, además de la formulación de otra ecuación que represente la tasa de cambio de los linfocitos infectados que están produciendo virus. La interacción entre virus y linfocitos *T* será modelada según una ley de acción de masas de forma similar a como se hace en bioquímica enzimática. La siguiente sección tiene como objetivo introducir al lector a este tipo de ideas.

Interacción linfocito *T* - virus

Para una explicación más detallada del material que se presenta en esta parte, el lector puede consultar la sección de *Brotes epidémicos* que se presenta más adelante.

La reacción química más sencilla en la que una sustancia *A* es transformada en la sustancia *B* es un proceso no reversible, es decir, no se puede regresar de *B* a *A*, se puede expresar como

$$A \rightarrow B$$

con la reacción ocurriendo a una tasa *k*. La *ley de acción de masas* establece que la tasa a la que una reacción química ocurre es proporcional al producto de las concentraciones de las substancias reactivas. En el caso de nuestro ejemplo, existe únicamente una sola sustancia reactiva, *A* y la velocidad de reacción es proporcional al remanente de *A* (aquella parte que todavía no se ha convertido en *B*). Esta llamada reacción de *primer orden* puede representarse usando ecuaciones diferenciales de la siguiente forma: sea *a(t)* la concentración molar

de la sustancia A al tiempo t, bt la concentración molar de la sustancia B al tiempo t y k la tasa constante de reacción de primer orden (con dimensiones t^{-1}). Por consiguiente

$$a'(t) = -ka(t).$$

Dado que $a + b = a_0$, la concentración molar inicial de la sustancia a, entonces la ecuación para b es

$$b'(t) = k(a_0 - b),$$

cuya solución general es

$$b(t) = a_0(1 - e^{-kt}),$$

llamada la *curva monomolecular*.

Las reacciones químicas se pueden clasificar por el orden de su molecularidad. El *orden* de una reacción está dado por el número de concentraciones molares que se multiplican para obtener la tasa de la reacción. De aquí que la reacción del ejemplo anterior sea de primer orden. La molecularidad de una reacción es el número de moléculas que son alteradas durante la reacción. El tipo más usual de reacción bimolecular de segundo orden tiene la forma

$$A + B \rightarrow C + D,$$

con concentraciones molares respectivas a,b,c,d y donde la tasa de producción de la sustancia C está dada por

$$c'(t) = ka(t)b(t),$$

donde k es ahora una constante de *segundo orden*. Ahora bien, por cada molécula de A y B que reaccionan, una molécula de C y D es producida, por lo tanto

$$a' = b' = -c' = -d'.$$

Estas igualdades nos permiten obtener nuestro modelo de reacción con una sola de las concentraciones molares. Sin embargo, muchas reacciones son reversibles, es decir

$$A + B \leftarrow C + D.$$

Denotemos por k_+ a la tasa de reacción que va de izquierda a derecha, y por k_- a la tasa de reacción que va de derecha a izquierda

$$A + B \leftrightarrow C + D.$$

En este caso, las tasa de producción de A y C se ven afectadas por reacciones activas y retroactivas y, por lo tanto,

$$c' = k_+ab - k_-cd,$$
$$a' = -k_+ab + k_-cd$$

Este sistema de ecuaciones es un sistema no lineal de primer orden.

Ampliando el modelo

Después de la digresión anterior, es tiempo ahora de regresar a nuestro modelo de la interacción linfocito T con el VIH. En la presencia de VIH las células T pueden ser infectadas. El proceso de infección lo modelaremos suponiendo que la tasa a la que el VIH infecta células T es proporcional al número de encuentros entre partículas virales y linfocitos, es decir, la ley de acción de masas revisada en la sección anterior. Denotemos por kVT a la tasa total de infección. Denotemos por T^* a la concentración de linfocitos T infectados. La dinámica de esta población de células es también un balance entre producción y eliminación:

$$\frac{dT^*}{dt} = \text{Producción} - \text{muerte},$$

donde la producción de células infectadas está dada por el término kVT según se ha explicado antes. Supondremos que la tasa de mortalidad de los linfocitos infectados es δ y, por consiguiente, tendremos

$$\frac{dT^*}{dt} = kVT - \delta T^*.$$

Ahora debemos escribir la ecuación para la dinámica viral. La ecuación básica que usaremos es

$$\frac{dV}{dt} = P - cV,$$

donde tenemos que especificar la forma funcional de P, la tasa de producción de virus. Obviamente esta tasa está directamente relacionada con la infección de linfocitos. Es más, dado que los nuevos virus se liberan cuando matan a la célula infectada, podemos suponer que P es proporcional δT^*. Si suponemos que cada cé-

lula infectada produce a su muerte N virus, entonces la tasa total de producción de virus es $N\delta T^*$, quedando la ecuación

$$\frac{dV}{dt} = N\delta T^* - cV.$$

Tenemos entonces nuestro modelo completo que reescribiremos a continuación para futura referencia

$$\begin{aligned} \frac{dT}{dt} &= s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) - d_T T, \\ \frac{dT^*}{dt} &= kVT - \delta T^*, \qquad (1.1) \\ \frac{dV}{dt} &= N\delta T^* - cV. \end{aligned}$$

En lo que sigue, haremos una serie de suposiciones que nos permitirán simplificar las ecuaciones anteriores sin comprometer su interpretabilidad biológica. Usaremos el modelo para estudiar los efectos que algún tipo de terapia tiene en la dinámica poblacional del virus del SIDA. Imaginémonos entonces la situación en la que una persona se contagia de VIH. La dinámica de la interacción respuesta inmune-virus estará dada por el modelo anterior. Supongamos que su carga viral ha alcanzado ya su *set-point*. Este estado es un estado cuasi-estacionario para el virus y, por lo tanto, podemos aproximarlo suponiendo que $dV / dt \approx 0$, o equivalentemente que

$$N\delta T_0^* = cV_0, \qquad (1.2)$$

donde T_0^* y V_0 representan la concentración de linfocitos y virus en el *set-point*, ambos valores constantes. Esta suposición sobre el estado cuasi-estacionario de la población viral implica la misma hipótesis para la población de linfocitos infectados, es decir implica suponer que $dT^* / dt \approx 0$, de donde necesariamente

$$kV_0T_0 = \delta T_0^*, \qquad (1.3)$$

de donde se desprende que la población de linfocitos no infectados T también está en un estado cuasi-estacionario de valor T_0. Esto es razonable porque las observaciones clínicas han demostrado que la concentración de linfocitos no infectados en enfermos de SIDA disminuye, pero en una escala de varios años. Por consiguiente, en cualquier ventana de tiempo en la que el virus se encuentre en el nivel de *set-point*, la población de linfocitos no infectados T se encuentra en estado cuasi-estacionario.

Despejando V_0 de la relación (1.2) y sustituyéndola en (1.3) obtenemos

$$kNT_0 = c.$$

Estudiaremos ahora el sistema que se obtiene al considerar que únicamente la población de linfocitos no infectados se encuentra en estado cuasi-estacionario; es decir,

$$\begin{aligned} \frac{dT^*}{dt} &= kT_0V - \delta T^*, \\ \frac{dV}{dt} &= N\delta T^* - cV, \end{aligned} \qquad 1.4$$

con $T = T_0$ constante. El sistema resultante es un sistema lineal de ecuaciones diferenciales cuya solución podemos encontrar explícitamente. Primeramente, podemos encontrar los valores propios de nuestro sistema de ecuaciones cuya matriz es

$$A = \begin{pmatrix} -\delta & kT_0 \\ N\delta & -c \end{pmatrix}.$$

El polinomio característico correspondiente está dado por

$$\det(A - \lambda I) = 0,$$

donde I es una matriz identidad de orden 2. Explícitamente tenemos entonces

$$p(\lambda) = \lambda^2 + (\delta + c)\lambda - kT_0N\delta + \delta c,$$

y, en consecuencia, los valores propios de A son

$$\lambda_{1,2} = -\frac{1}{2}(\delta + c) \pm \frac{1}{2}\sqrt{(c - \delta)^2 + 4kT_0N\delta}.$$

Dado que los valores propios son siempre reales, las soluciones de nuestro sistema de ecuaciones tienen la forma

$$\begin{pmatrix} V(t) \\ T^*(t) \end{pmatrix} = C_1$$

donde C_1 y C_2 son constantes que dependen de las condiciones iniciales V_0 y V_0^* que proporcionemos a nuestro sistema. Observe el lector que si el determinante de A es cero tendríamos $\delta c - kT_0 N\delta = 0$ que es equivalente a requerir que

$$kNT_0 = c,$$

es decir, al suponer que todos los componentes de nuestro sistema se encuentran en estado cuasi-estacionario. Podemos dar una interpretación interesante del caso representado por esta igualdad. Si consideramos que la tasa de eliminación del virus c es inherente al virus y no cambia de paciente a paciente, y que los parámetros k (tasa de infección), N (número de virus producido por célula infectada) y T_0 (concentración de linfocitos T no infectados en estado cuasi-estacionario) sí varían entre individuos, entonces podríamos determinar cuándo en pacientes diferentes en cuanto a su respuesta inmune, la tasa de eliminación del virus sería la misma. La respuesta inmune de cada individuo estaría representada por los parámetros k, N y T_0. Éstos pueden variar de paciente a paciente, pero de tal forma que su producto iguale el valor de c. Claramente, esta explicación es sólo válida para el caso en que todos los componentes de la respuesta inmune (linfocitos no infectados e infectados) y el virus, se encuentran en estado cuasi-estacionario, es decir cuando (1.4) se cumpla exactamente. En el caso de que esta condición no se satisfaga, que será la regla, es necesario trabajar con el sistema completo (1.1).

Volviendo al sistema (1.1) vemos que, dado que los valores propios son ambos reales, solamente puede haber dos posibilidades: o ambos son negativos o uno es positivo y el otro es negativo. En el primer caso, el origen $(V_0, T_0^*) = (0, 0)$, siendo el único punto de equilibrio del sistema, sería asintóticamente estable; en el otro caso sería un punto silla.

Breve digresión sobre resistencia viral

El virus del SIDA es un virus cuyo código genético está cifrado con ácido ribonucléico (ARN) en vez de ácido desoxiribonucléico (ADN). Los virus, como ya hemos dicho, usan la maquinaria genética de la célula que infectan para producir copias de sí mismos. El virus del SIDA es una cápsula de proteína que contiene en su interior su cadena de ARN y otras proteínas que le son útiles para replicarse una vez dentro de la célula hospedera. Las células humanas, sin embargo, tienen su código genético escrito con ADN. El problema del virus es, entonces, traducir la información de su ARN para que el ADN de la célula infectada lo entienda.

Este proceso tiene varias etapas importantes en donde actúan varios tipos de enzimas. Obviamente las terapias para el control del virus están enfocadas en inhibir el funcionamiento de esas enzimas para que el virus sea incapaz de replicarse. Hay dos etapas críticas que han sido el blanco de los medicamentos desarrollados hasta ahora. La primera tiene que ver con las enzimas que permiten que, una vez infectada la célula, el virus no pueda traducir su información de ARN a ADN. Este proceso de traducción es fundamentalmente realizado por una enzima llamada retrotranscriptasa (RT). Inhibir el funcionamiento de esta enzima equivale a evitar que el virus pueda producir más virus. Si la RT viral es exitosa, entonces la maquinaria genética de la célula se convierte en una fábrica de virus.

No obstante, antes de que los virus producidos por la célula puedan ser infecciosos, es decir, capaces de infectar otras células una vez liberados en el plasma, es necesario que ciertas proteínas sean incorporadas a la cápsula de proteínas que contiene su ARN. Para ello, se requiere que existan otro tipo de enzimas llamadas proteasas (P). Si estas proteasas son inhibidas, los virus serán producidos y liberados al plasma una vez que la célula hospedera muera, pero no serán infecciosos: serán incapaces de invadir otras células.

Podemos resumir entonces la discusión anterior diciendo que los medicamentos inhibidores de la RT evitan la infección de nuevas células y, por lo tanto, eliminan el virus, mientras que los inhibidores de P producen virus, pero éstos son incapaces de infectar nuevas células.

Inhibidores de retrotranscriptasa

Queremos ahora utilizar nuestro modelo básico para estudiar el efecto que ambos tipos de medicamentos tendrán en la respuesta inmune contra el SIDA. El modelo es el siguiente

$$\frac{dT}{dt} = s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) - d_T T,$$

$$\frac{dT^*}{dt} = kVT - \delta T^*,$$

$$\frac{dV}{dt} = N\delta T^* - cV.$$

Consideraremos primeramente el inhibidor de RT. En este caso, su efecto es evitar la infección viral eliminando el virus, es decir, hacer $k = 0$. El sistema se reduce a

$$\frac{dT}{dt} = s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) - d_T T,$$

$$\frac{dT^*}{dt} = -\delta T^*,$$

$$\frac{dV}{dt} = N\delta T^* - cV.$$

Dado que entonces $T^*(t) = T_0^* e^{-\delta t}$, la ecuación para V resulta

$$\frac{dV}{dt} = N\delta T_0 e^{-\delta t} - cV,$$

que podemos resolver usando factor de integración como sigue. Reescribiéndola tenemos

$$\frac{dV}{dt} + cV = N\delta T_0 e^{-\delta t},$$

El factor de integración es exp (ct), y entonces

$$\frac{d}{dt}\left(e^{ct} V(t)\right) = N\delta T_0 e^{-(\delta - C)t}.$$

Integrando ambos lados resulta

$$e^{ct}V(t) - V_0 = N\delta T_0 \int_0^t e^{-(\delta - c)s} ds,$$

obteniendo la solución

$$V(t) = e^{-ct}V_0 + \frac{N\delta T_0}{c - \delta}(e^{-\delta t} - e^{-ct}).$$

Inhibidores de proteasa

Después de suministrar un medicamento inhibidor de proteasa a cinco pacientes infectados con VIH, se midieron las concentraciones de ácido ribonucléico del VIH en el plasma a intervalos de dos horas hasta la sexta hora, y cada seis horas hasta el segundo día, y después cada día hasta el séptimo. Las características mostradas por todos los pacientes fueron las mismas: un retardo después de la aplicación del medicamento, seguido de un decaimiento aproximadamente exponencial del ARN viral en el plasma.

El retardo se explica porque el fármaco administrado no actúa instantáneamente sino que debe absorberse, distribuirse y penetrar las células blancas (en este caso células T CD4+). Si suponemos que el VIH infecta las células T a una tasa constante k y que nuevas células infectadas con virus T^* se producen por contacto entre células T no infectadas y virus, tenemos que *antes* de la aplicación del medicamento, la dinámica de la infección celular y de producción de viriones está dada por

$$\frac{dT}{dt} = s + pT(1 - \frac{T}{T_{\max}}) - d_T T,$$

$$\frac{dT^*}{dt} = kVT - \delta T^*,$$

$$\frac{dV}{dt} = N\delta T^* - cV.$$

donde V es la concentración de partículas virales en el plasma, δ es la tasa de pérdida de células infectadas productoras de virus, N es el número de nuevos viriones producidos por célula infectada y c es la tasa constante de pérdida de viriones.

Una vez que se aplica el fármaco tenemos un sistema distinto de ecuaciones puesto que ahora podemos dividir la población viral entre aquella parte que no es infecciosa, generada después de que el fármaco actúa, y aquella que es infecciosa, preexistente antes de la aplicación del medicamento y que todavía no desaparece del plasma. El sistema es

$$\frac{dT^*}{dt} = kVT - \delta T^*,$$

$$\frac{dV_I}{dt} = -cV_I,$$

$$\frac{dV_{NI}}{dt} = N\delta T^* - cV_{NI},$$

donde V_1 es la concentración de viriones en el plasma producidos antes de que el medicamento hiciera efecto.

Supondremos ahora que $V_1(0)=V_0$, es decir, al momento de la terapia todos los virus son infecciosos; V_{NI} es la concentración de viriones producidos después de que el medicamento hizo efecto, por lo tanto, $V_{NI}(0) = 0$, y $t = 0$ es el momento en que la droga comienza a tener efecto. Este submodelo depende de las siguientes suposiciones sobre el medicamento: a) que éste no afecta la sobre vivencia o la tasa de producción de virus en aquellas células infectadas; b) después del retardo mencionado anteriormente, todos los viriones producidos no son infecciosos; c) obviamente los viriones presentes antes de que el medicamento empezara a actuar son infecciosos.

Por un periodo de tiempo corto, inmediatamente posterior al tratamiento, podemos suponer que la concentración de linfocitos no infectados T es constante e igual a T_0. La ecuación par los linfocitos infecciosos es

$$\frac{dT^*}{dt} = kVT_0 - \delta T^*,$$

y la solución de la ecuación para V_1 es $V_1(t) = V_0 \exp(-ct)$. Resolviendo la ecuación para T^* y sustituyendo $V_1(t)$ en la solución obtenemos

$$T^*(t) = T^*(0)e^{-\delta t} + \frac{kT_0V_0(e^{-ct} - e^{-\delta t})}{\delta - c}.$$

Si T^* la suponemos en estado cuasi-estacionario antes de iniciar la terapia, podemos determinar la condición inicial correspondiente *al momento de la aplicación del inhibidor de proteasa*

$$T^*(0) = \frac{kT_0V_0}{\delta},$$

y, en consecuencia

$$T^*(t) = kT_0V_0\left[\frac{ce^{-\delta t} - \delta e^{-ct}}{\delta(\delta - c)}\right].$$

Ahora, de las ecuaciones diferenciales para antes del tratamiento se deduce, a partir de la condición de estado cuasi-estacionario, que $NkT_0 = c$. Sustituyendo (3.8) y este valor en la ecuación para V_{NI} y resolviéndola se tiene que:

$$V_{NI}(t) = \frac{cV_0}{c-\delta}\left(\frac{c}{c-\delta}(e^{-\delta t} - e^{-ct}) - \delta te^{-ct}\right),$$

de donde concluimos

$$V(t) = V_1 + V_{NI},$$

$$V(t) = V_0e^{-ct} + \frac{cV_0}{c-\delta}\left(\frac{c}{c-\delta}(e^{-\delta t} - e^{-ct}) - \delta te^{-ct}\right).$$

El problema consiste ahora en estimar los parámetros c y δ a partir de los datos experimentales disponibles. ¿Cómo hacerlo? La variable V es fácilmente medible usando protocolos experimentales conocidos. Lo que procede hacer es tratar de ajustar la curva teórica predicha por la última fórmula a los datos disponibles de los cinco pacientes. Observe el lector que los parámetros de interés aparecen en forma no lineal y además que se desea estimar dos parámetros a partir de los mismos datos experimentales. Los resultados obtenidos en la estimación de estos parámetros los presentamos en la tabla siguiente resumida del trabajo de David Ho y Alan Perelson publicado en la revista *Science* en 1996. Primeramente se muestran los datos base para cada uno de los cinco pacientes antes de que el inhibidor de proteasa fuera aplicado.

Paciente #	**CD4 (mm^{-3})**	**Virus (10^3/ml)**
102	16	294
103	408	12
104	2	52
105	11	643
107	412	77
promedio	170	216
desv. est.	196	235

Los parámetros estimados para las poblaciones de virus son los siguientes

Paciente #	***c* (1/ día)**	$t_{1/2}$ **(días)**
102	3.8	0.2
103	2.7	0.3
104	3.7	0.2
105	2.1	0.3
107	3.1	0.2
promedio	3.1	0.2
desv. est.	0.6	0.1

Los parámetros correspondientes para las poblaciones de linfocitos *T* en cada paciente son

Paciente #	**δ (1/ día)**	$t_{1/2}$ **(días)**	**Prod. Total virus (10^9/ día)**
102	0.3	2.7	12.9
103	0.7	1.0	0.4
104	0.5	1.4	2.9
105	0.5	1.3	32.1
107	0.5	1.4	3.0
promedio	0.5	1.6	10.3
desv. est.	0.1	0.6	11.7

Este modelo matemático entonces indica, a partir de datos experimentales, que los linfocitos *T* infectados productores de virus tienen una esperanza de vida de aproximadamente 2.2. días ($t_{1/2}$ = 1,6 días) y que, por su lado, los virus tienen una esperanza de vida de 0.3 ($t_{1/2}$ = 0,24 días). Con estas estimaciones y usando el modelo es posible calcular entonces que la tasa total estimada de producción de virus es enorme: 10,3 x 10^9 virus por día. Observe el lector que $t_{1/2}$ = 0,24 para el virus indica que aproximadamente la mitad de toda una población de virus es eliminada cada seis horas. Más aún, dado que la esperanza de vida del virus es de alrededor de 2.1 días, entonces en un año se producen en un individuo con SIDA más o menos 170 generaciones de virus. Las implicaciones de estos datos son muy impresionantes. Por ejemplo, es sabido que la tasa de mutación del virus del SIDA (medida por par de bases nitrogenadas por ciclo de replicación) es de alrededor 3,4 x 10^{-5}, y que el tamaño del genoma viral es de 10^4 pares de bases nitrogenadas. Por consiguiente, la tasa de mutación por genoma viral es

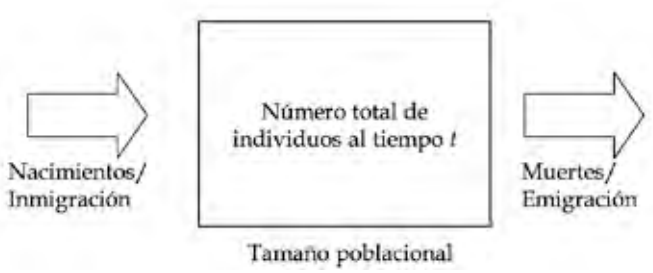
$$(3{,}4 \times 10^{-5})\,(10^4) = 0{,}34 \text{ / ciclo de replicación.}$$

Dado que se producen 170 generaciones en un año, entonces cada año una sola línea generacional de virus puede dar lugar a aproximadamente 60 cepas distintas de virus. Por otro lado, como la tasa total de producción de virus es de 10,3 x 10^9 virus por día, el lector imaginará fácilmente la inmensa diversidad de cepas del VIH que están circulando al mismo tiempo en la población humana en este momento.

Brotes epidémicos

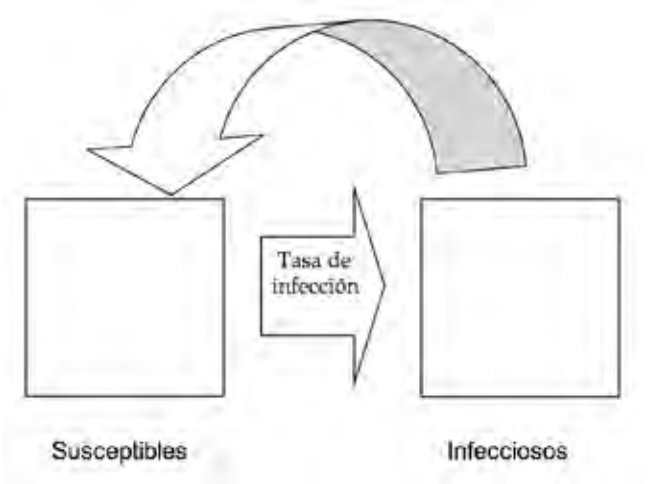
Para entrar en materia, consideremos el siguiente ejemplo de abstracción matemática. Consideremos a una población humana en una ciudad, o mejor, en una colonia o barrio cualquiera. El número de vecinos en ese barrio es resultado, por un lado, de los nacimientos y de los inmigrantes que se mudan a la población, y por el otro, de las muertes y emigraciones de vecinos de esa comunidad (ver Figura 1). Note el lector que si la población aumenta es debido a que el número de vecinos que nacen o inmigran al barrio excede a aquellos que mueren o emigran; lo contrario ocurre si la población decrece. Si la población permanece constante es debido a que nacimientos e inmigraciones se balancean exactamente con muertes y emigraciones. Note el lector también que, si la población no cambia en número en el tiempo, sus habitantes pueden no ser los mismos pues, por ejemplo, un viejo enfermo muerto es reemplazado por un bebé gritón y lozano.

Figura 1: Abstracción matemática de una población



Si usamos el diagrama anterior pero, en vez de fijarnos en la población total centramos nuestra atención en una enfermedad infecciosa, tenemos que dividir a la población en dos o más clases o subconjuntos de individuos. Por ejemplo, en el catarro común tenemos a los individuos sanos, que son susceptibles a enfermarse y aquellos que están enfermos. El catarro común no induce inmunidad, así que los individuos que sanan vuelven a ser susceptibles. Un diagrama análogo al anterior, para el caso de esta enfermedad está representado en la Figura 2.

Figura 2: Abstracción de una enfermedad infecciosa en una población

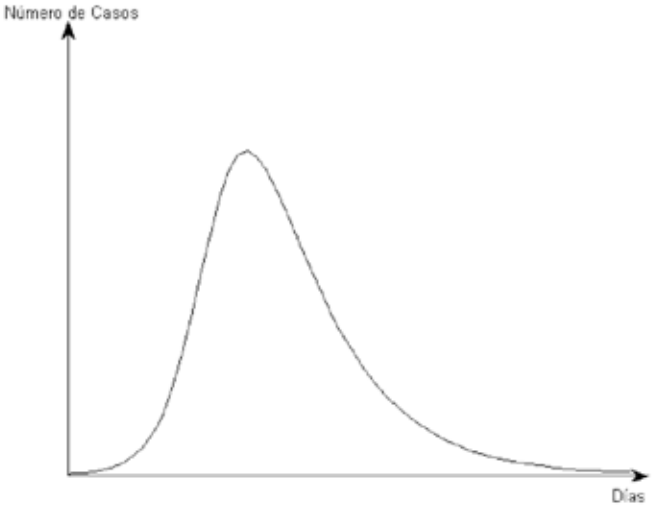


En el caso de esta enfermedad vamos a suponer que no es mortal y que su duración es lo suficientemente breve como para que durante el tiempo que la epidemia está presente en la población no hay nacimientos, muertes ni eventos migratorios. Con estas hipótesis podemos omitir las flechas correspondientes que sí colocamos en la Figura 1.

Denotemos por I al número de individuos infectados en un momento cualquiera de tiempo. Este número, entonces, cambia conforme transcurre la enfermedad. El proceso normal es, como el lector sabe, un incremento paulatino de I, la llegada a un máximo número de casos y luego el declive de I hasta llegar a cero.

En la Figura 3 se representa una curva epidémica típica. Una de las preguntas importantes que podemos plantearnos al respecto de esta figura, es bajo qué condiciones se va a desarrollar una epidemia, es decir, qué factores tanto demográficos de la población humana o propios del patógeno que causa la enfermedad, determinan la aparición de un brote epidémico.

Figura 3: Curva epidémica típica



En cálculo la derivada representa una tasa de cambio. Por ejemplo, si como hemos mencionado, $I(t)$ es el número de casos de la enfermedad al tiempo t, entonces su derivada es la tasa de cambio del número de individuos en el transcurso del tiempo, es decir,

$$\frac{d}{dt}I(t) = \text{ tasa de cambio total del número de casos.}$$

Escrito en el lenguaje matemático, conocer las condiciones que determinan la aparición de un brote epidémico equivale a preguntarse las condiciones que la derivada de I sea positiva cuando el número de gente enferma es sumamente pequeño, es decir, cuándo ocurre que

$$\frac{d}{dt}I(t) > 0.$$

La tasa de cambio del número de enfermos es resultado del balance entre aquellos nuevos casos de la enfermedad que ocurren por unidad de tiempo y el número de casos que se curan por unidad de tiempo, es decir

$$\frac{d}{dt}I = E - S \ ,$$

Donde E representa el número de nuevos casos y S el número de curaciones por unidad de tiempo. Lo que ahora tenemos que especificar es la forma que tienen estas entradas y estas salidas, es decir, tenemos que definir el modelo de infección y de curación. Las enfermedades infecciosas se transmiten por contacto entre individuos enfermos e individuos sanos; por consiguiente el término E debe ser de la forma

$$E = \beta TI,$$

Donde T representa el número de individuos susceptibles, I representa el número de individuos enfermos e infecciosos y β es la tasa de infección y representa el número de contactos infecciosos, es decir que transmite la enfermedad, promedio *per cápita*. El término S simplemente depende de la tasa natural de duración de la enfermedad y, por lo tanto, debe tener la forma

$$S = cl$$

Lo que nos lleva a definir nuestro modelo de infección de la siguiente manera

$$\frac{d}{dt} I = \beta TI - cI.$$

Si observamos la Figura 3, podremos apreciar que la derivada cerca de cero, es decir, al principio de la curva, es positiva, lo que significa que a lo largo del tiempo el número de casos se incrementa. Ahora bien, supongamos que en una población sana llega un solo enfermo, llamémosle a este enfermo el enfermo I_0. ¿Cuándo ocurrirá que este enfermo desencadene una epidemia? Usando nuestro modelo matemático, esto ocurrirá cuando $\beta TI - cl > 0$, es decir cuando

$$\frac{\beta TI}{cI} > 1.$$

Dado que, al inicio de la epidemia $I = I_0 = 1$ tenemos que un brote epidémico se desarrollará en la población cuando el número

$$R_0 = \frac{\beta T_0}{c} \qquad (1.5)$$

sea mayor que uno. Para interpretar este número observemos que el numerador representa el número de nuevos casos o infecciones que un solo individuo infeccioso produce. El denominador tiene una interpretación un poco menos directa, pero igual de clara. El término de curación, cl, representa una pérdida exponencial en el número de casos porque la ecuación diferencial

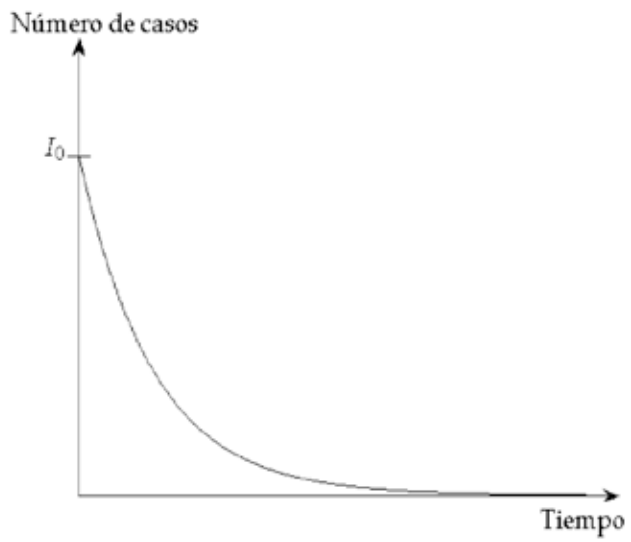
$$\frac{d}{dt} I = -cI,\ I(0) = I_0$$

tiene como solución

$$I(t) = I_0,\ e^{-ct},$$

cuya gráfica está representada en la Figura 4.

Figura 4: Número de enfermos respecto del tiempo, *I*(*t*)



El decaimiento en el número de casos es exponencial y esto significa que el tiempo medio de residencia en estado infeccioso, es decir, el promedio de la duración de la enfermedad es exactamente igual a $^1/_c$. Por lo consiguiente, podemos completar la interpretación del número R_0 como el *número de nuevos casos infecciosos que un solo individuo enfermo generará en una población susceptible guante el tiempo de duración de la enfermedad*. Esta es la definición del llamado **número reproductivo básico.**

En el caso de que el número reproductivo básico sea menor que uno, entonces la derivada

$$\frac{d}{dt} I < 0,$$

y el número de nuevos casos no incrementará sino decrecerá y no se producirá el brote epidémico.

Podemos apreciar que el número reproductivo básico es una herramienta conceptual útil para determinar el rumbo de una epidemia, pues define un criterio muy sencillo para la ocurrencia de una epidemia y, además, tiene una interpretación muy clara en términos de parámetros epidemiológicos bien definidos y medibles.

Antes de concluir con la presente sección analicemos un poco más al número reproductivo básico. Empecemos por β. Dijimos que era la tasa de infección pero tienen dos componentes básicos y podemos escribirla de la siguiente manera:

$$\beta = k\phi, \qquad (1.6)$$

donde k es el número de contactos que un individuo de la población tiene con otros. Por supuesto hablamos de contactos que permiten la transmisión de la enfermedad; ϕ es la probabilidad de que un contacto infeccioso resulte realmente en infección o transmisión de la enfermedad. Es decir que (1.6) representa el número promedio *per cápita* de contactos que efectivamente transmiten la enfermedad. Si $1/c$ es el tiempo del que dispone un enfermo para transmitir la enfermedad, entonces la interpretación de la fórmula

$$R_0 = \frac{\beta T_0}{c} = k\phi \times T_0 \times \frac{1}{c}$$

es clara.

Modelo de SIDA

Pasaremos ahora a centrarnos en modelar matemáticamente la transmisión del VIH. El lector quizás haya observado que en la sección anterior, para poder construir nuestro modelo, primero tuvimos que definir el tipo de enfermedad que queríamos modelar. En aquel caso, ésta resultó ser una enfermedad donde los individuos susceptibles se infectaban, pasaban a ser infecciosos y después se curaban sin adquirir inmunidad y volvían a convertirse en susceptibles. Dado que este esquema, susceptible-infectado-susceptible, es común a varias enfermedades, para efectos de su modelación matemática se denominan enfermedades tipo SIS.

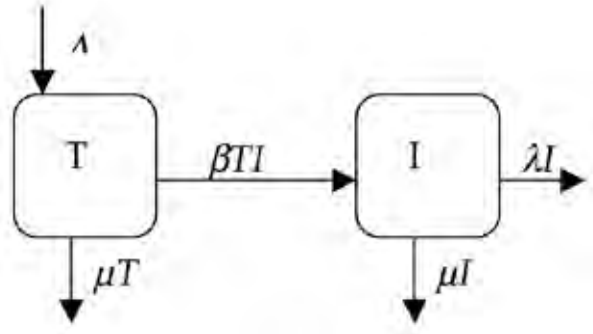
Hay muchos tipos más, por ejemplo aquéllas tipo SIR donde de susceptibles se pasa a infeccioso y cuando se curan se queda inmune; si el periodo de incubación previo a la conversión de un individuo en transmisor de la enfermedad es importante, entonces tendremos enfermedades tipo SEIS o SEIR, etcétera.

Nos concentraremos en la transmisión sexual del VIH y únicamente en poblaciones homosexuales para efectos de simplificación del modelo. Considerar la transmisión entre hombres y mujeres trae consigo complicaciones que serán someramente ilustradas más adelante. Ahora nos concentraremos en presentar un modelo simple, algo esquemático pero interesante sobre la transmisión del VIH.

Estudiaremos pues la enfermedad en una población homosexual. De esta forma simplificaremos el problema al no tener que dividir la población en géneros. La incorporación de nuevos individuos a la población en la que el virus se transmite serán las entradas al sistema y mortalidad/emigración lo veremos como dejar de tener relaciones homosexuales y salirse, por lo tanto, del grupo que activamente interviene en la transmisión además de la mortalidad natural y a causa del SIDA.

Denotemos la tasa en que los homosexuales se integran a la comunidad sexualmente activa como L, al tiempo promedio en que un homosexual busca nuevas parejas sexuales como $\frac{1}{\mu}$, al tiempo promedio de vida una vez infectados como $\frac{1}{\lambda}$ y a la probabilidad de infección por promedio de parejas por unidad de tiempo como b (ver Figura 5).

Figura 5: Representación esquemática de una comunidad homosexual sexualmente activa



Siguiendo el mismo tipo de razonamientos que ilustramos en la sección anterior, tendremos que nuestro modelo es ahora descrito por el siguiente sistema de ecuaciones diferenciales

$$\frac{dT}{dt} = \Lambda - \beta TI - \mu T$$
$$\frac{dI}{dt} = \beta TI - (\mu + \lambda)I$$

y nuestro número reproductivo básico estará dado ahora por

$$R_0 = \frac{\beta T_0}{\mu + \lambda}$$

El lector recordará de sus cursos de cálculo que cuando una tasa de cambio o derivada es cero, implica que la variable sobre la cual se calcula la derivada es una constante, es decir una función que no cambia en el tiempo. Este principio lo aplicamos ahora a nuestras ecuaciones para encontrar los llamados puntos de equilibrio o soluciones estacionarias de nuestras ecuaciones. En nuestro modelo, cuando la tasa de cambio del número de enfermos y de los susceptibles es cero, entonces tenemos un equilibrio que se puede determinar resolviendo el siguiente sistema de ecuaciones no lineales

$$\Lambda - \beta TI - \mu T = 0$$
$$\beta TI - (\mu + \lambda)I = 0$$

En este caso, existen dos soluciones (puntos críticos): el punto crítico libre de la enfermedad

$$\left(T^*, I^*\right) = \left(\frac{\Lambda}{\mu}, 0\right),$$

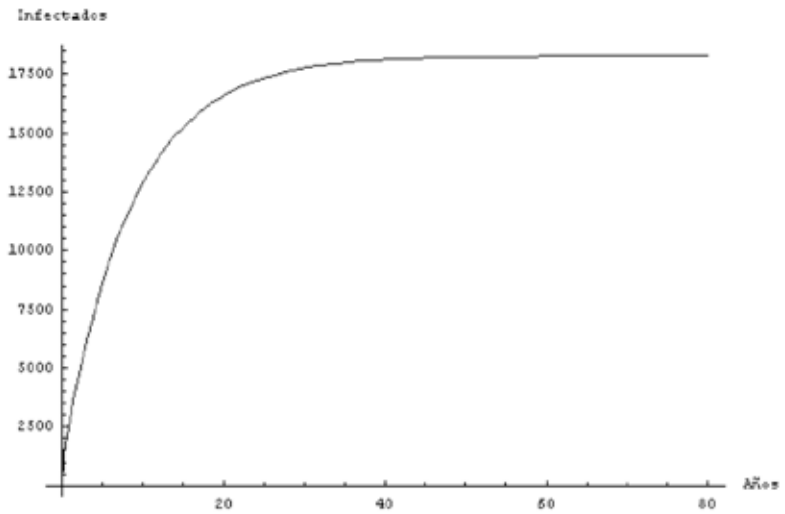
y el punto crítico donde la enfermedad es persistente o endémica y que está dado por la fórmula

$$\left(T_*, I_*\right) = \left(\frac{\mu + \lambda}{\beta}, \frac{\Lambda}{\mu + \lambda} - \frac{\mu}{\beta}\right).$$

Este punto de equilibrio es interesante, pues nos permite determinar cuándo la enfermedad se volverá endémica y cuando, simplemente, será erradicada de la población. Para que la enfermedad se vuelva endémica es necesario que el número reproductivo básico tenga un valor que satisfaga $R_0 > 1$.

En la figura 6 se muestra los parámetros de San Francisco, S. Blower (2000), en este caso existe un punto crítico donde la enfermedad es persistente.

Figura 6: Persistencia de la enfermedad en San Francisco (S. Blower, 2000)



Aplicación

Como se mencionó, los modelos matemáticos consisten en una serie de ecuaciones formuladas bajo supuestos epidemiológicos específicos. Como ejemplo, podríamos aplicar un modelo epidemiológico al caso de las trabajadoras sexuales (TS) de la ciudad de Tijuana. Esta población es de gran importancia para el estudio del VIH/SIDA, ya que no ha reportado incrementos significativos durante casi 10 años, es decir, parece haberse estabilizado. Ante tal situación, se vuelve deseable estudiar los patrones de prevalencia dentro de esta población.

Un acercamiento a nuestro objetivo es modelar el comportamiento de los individuos y poder pronosticar los posibles contagios del VIH/SIDA. En nuestra población, estos contagios se pueden producir de dos maneras, contacto entre una TS infectada con un cliente sano o viceversa, un cliente infectado con una TS sana.

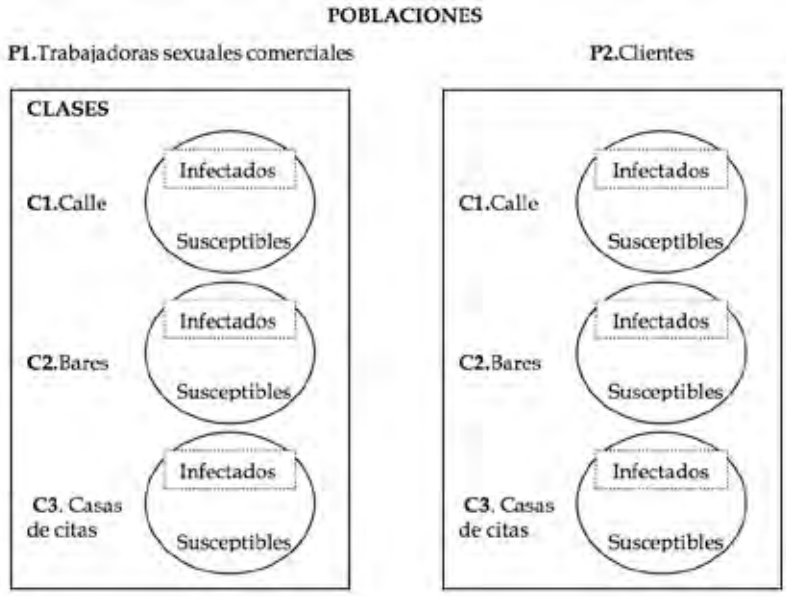
En la ciudad de Tijuana, el trabajo sexual femenino es básicamente de tres tipos: TS que ofrecen su trabajo en las calles, mujeres que trabajan en bares o restaurantes de regiones con bajos ingresos y, por último, quienes trabajan en bares y restaurantes exclusivos o casas de citas. Debido a esta clara heterogeneidad de la población que oferta trabajo sexual y, en consecuencia, la heterogeneidad de sus clientes, optamos por categorizar a la población dentro de los mencionados subgrupos o clases.

Nótese que dentro de cada una de estas tres clases, se tienen dos clasificaciones más: infectados y susceptibles. Tomemos una clase k-cualquiera de las tres, entonces tenemos la siguiente división de infectados (I_k^p, I_k^c) y susceptibles (S_k^p, S_k^c), donde *p* indica a las TS y *c* a sus clientes. La Figura 7 nos deja más clara esta división de la población objetivo.

El cambio del número de personas enfermas en cada clase k, dI_k/dt, depende en gran medida de la tasa de contagio, que se supone mayor en una TS que en un cliente. Así pues, dI_k/dt depende de si se es cliente o trabajadora sexual.

Dado que la ciudad de Tijuana presenta gran movilidad de personas, es acertado incluir dentro del modelo parámetros de migración para cada subgrupo de la población.

Figura 7: Representación de la división de la población objeto en distintas clases



Los infectados

Para la población infectada de clientes y TS, dI_k^c/dt y dI_k^p/dt es resultado de las personas que ya están infectadas, más los clientes o trabajadoras sexuales sanas que se relacionan con alguna persona infectada y los inmigrantes infectados; descontando las muertes naturales, las producidas por la enfermedad y los emigrantes infectados.

Los sanos

El número de personas sanas está dado por las personas sanas residentes más las personas sanas que inmigran y restando las muertes naturales, las emigraciones de personas sanas y las personas que se infectan. Lo que determina dS_k^c/dt y dS_k^p/dt.

Dentro de las dos poblaciones existen tres clases, para cada clase se tienen dos ecuaciones: dS_k/dt y dI_k/dt. Esto implica que el modelo queda constituido por 12 ecuaciones.

Definido ya el modelo, es el momento de utilizar la teoría matemática. La complejidad que implican las 12 ecuaciones del modelo, involucra la existencia de un alto grado de incertidumbre al estimar los valores de los parámetros. Por esto necesitamos herramientas que nos permitan estimar ese grado de imprecisión en las variables de salida: enfermos y sanos; así también nos ayudarían a decidir qué parámetros o datos iniciales (tasa de contacto, migración, etc.) contribuyen y en qué grado a esta imprecisión. Estas herramientas son, en particular, técnicas llamadas análisis de incertidumbre y sensibilidad.

El análisis de incertidumbre trata de explorar todo, o la mayor parte del espacio parametral; es decir, trata de probar el mayor número de valores para cada parámetro. Con este proceso se generan posibles valores de las variables de salida.

Dentro del análisis de sensibilidad, el objetivo es determinar qué parámetros o datos del modelo son los que más afectan las variables de salida y determinar cuánta de esa variación es explicada por dichos parámetros.

La estimación de los parámetros de un modelo como éste ayudaría a la determinación del grado de importancia de los factores de riesgo que inciden en la epidemia del VIH/SIDA en la ciudad de Tijuana. También puede modelarse, bajo distintos escenarios, el comportamiento a largo plazo de la epidemia; y más aún, bajo qué escenario encontraríamos el menor número de infectados, además de fungir como precedente en casos de estudio de estados con una situación similar en el ámbito del trabajo sexual y proporcionar pautas para la aplicación de medidas en materia de salud pública.

Conclusiones

En este ensayo hemos presentado las ideas básicas para la modelación dinámica de la transmisión de VIH/SIDA usando ecuaciones diferenciales. Este tipo de enfoque se denomina determinístico y no introduce en sí mismo los factores de incertidumbre que son característicos de los fenómenos poblacionales. Sin embargo, como se describió en la sección anterior, es posible controlar en alguna medida esta incertidumbre a través de análisis de sensibilidad, que nos permite atacar un fenómeno tan complejo como el de la transmisión del VIH/SIDA en una población de trabajadoras sexuales y sus clientes. El modelo de la sección anterior es muy simple y no captura la complejidad real del problema. Sin embargo, quisimos presentarlo como un ejemplo no tan trivial que ilustrara la aplicación de herramientas matemáticas a la epidemiología.

Bibliografía

1. Blower SM. y Dowlatabadi H. Sensitivity and uncertainty analysis of complex models of disease transmission: an HIV model, as example. Int Stat Rev 1994;62: 229-243.
2. Blower SM, Gershengorn HB, y Grant RM. A tale of two futures: HIV and antiretroviral therapy in San Francisco. Science 2000;287**:** 650-654.
3. Brown D. y Rothery P. Models in Biology: Mathematics, statistics and computing, Chichester: John Wiley & Sons; 1993.
4. Daley DJ, y Gani J. Epidemic modelling. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
5. Hernández G. y Velasco Hernández JX. El manantial escondido: un acercamiento a la biología teórica y matemática. México: FCE; 1999.
6. Iman RL, Helton JC y Campbell JE. An approach to sensitivity analysis of computer models: Part I. J Qual Technol 1981a;13:174-183.
7. Iman, R. L., Helton, J. C. y Campbell, J. E. An approach to sensitivity analysis of computer models: Part II. J Qual Technol 1981a;13**,** 232-240.
8. Keener J, y J. Sneyd. Mathematical physiology. Nueva York: Springer Verlag; 1998.
9. Mazumdar J. An introduction to mathematical physiology and biology. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
10. Murray JD. Mathematical Biology. Segunda edición, Nueva York: Springer-Verlag; 1980.
11. Othmer H, Adler FR, Lewis MA y Dallon JC. Case studies in mathematical modeling: ecology, physiology and cell biology. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1997
12. Velasco Hernández JX. Sobre enfermedades infecciosas. Miscelánea Matemática 1999;29:51-72.
13. Velasco Hernández JX. El gene, la forma, el virus y la idea: una perspectiva personal de la biología matemática. Miscelánea Matemática 2000;32:5-38.
14. Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, y Blower SM. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics? The Lancet Infectious Diseases 2002;2:487-493.

Actividades complementarias

Investigue en su área de trabajo o en las instancias de salud a su alcance, los antirretrovirales suministrados típicamente a las personas con VIH y clasifíquelos en términos del modelo descrito en el texto (destrucción de virus o inactivación de virus).

Describa las modificaciones que habrían de hacerse al modelo para que incorpore tanto antirretrovirales de un tipo como del otro. *Sugerencia:* estudie los modelos para inhibidores de RT y de proteasa y genere un solo modelo que incorpore ambos efectos.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las respuestas que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. ¿Cómo se utilizan las matemáticas dentro de la epidemiología?

a. Como una serie de ecuaciones y modelos que ayudan a saber con exactitud cuándo y cómo ocurrirán los eventos epidemiológicos.
b. Como una herramienta descriptiva, predictiva o de generación de hipótesis.
c. Como una herramienta para poder estudiar las enfermedades infecciosas que han ocurrido en el pasado.
d. Como un método para conocer los factores que intervienen en cualquier evento epidemiológico.
e. Como una herramienta de prevención que ha probado ser muy eficaz.

2. La reacción química más sencilla en la que una sustancia A es transformada en la sustancia B es un proceso:

a. No reversible.
b. De división relativa.
c. De suma relativa.
d. De separación de opuestos.
e. Reversible.

3. El análisis de incertidumbre trata de explorar:

a. Qué factores cuantitativos conllevan a un fenómeno determinado.
b. Cuántas personas pueden adquirir una infección en un momento dado.
c. El número de personas infectadas y su potencial para infectar a otras.
d. La mayor parte del espacio parametral, o el mayor número de valores para cada parámetro.
e. Las tasas de infección por cada 100,000 habitantes en un lugar y tiempo determinado.

4. El objetivo del análisis de sensibilidad es:

a. Explicar a detalle todos cada uno de los parámetros que intervienen en una ecuación.
b. Encontrar y corregir las imprecisiones del modelo.
c. Corregir posibles errores y los parámetros no contemplados dentro del modelo.
d. Determinar qué datos del modelo afectan más las variables de salida y cuánta variación se explica por esos parámetros.
e. Determinar las variables que son susceptibles de mayores cambios con el paso del tiempo.

5. Con el tipo de análisis matemático presentado en este capítulo, también podría modelarse:

a. Las tasas de mortalidad en adultos por edad y sexo.
b. Las probabilidades de infección por VIH por grupos de edad y sexo.
c. El comportamiento a largo plazo de la epidemia y el escenario en que podrían darse menos infecciones.
d. La trayectoria de una epidemia que acaba de ocurrir recientemente.
e. El déficit de recursos para enfrentar una epidemia.

Respuestas

1. b
2. a
3. d
4. d
5. c

Capítulo 4

Impacto del comercio de la sangre y el plasma en la diseminación del VIH/SIDA

Patricia Volkow

Objetivo general

Identificar la transfusión, el comercio de la sangre y el plasma humano, así como el uso de jeringas reutilizadas no estériles como mecanismos subestimados de diseminación del VIH en las poblaciones.

Objetivos específicos

- Identificar a la transfusión de sangre y hemoderivados como un eficiente vector para la transmisión de agentes infecciosos, entre ellos el VIH.
- Identificar otros factores que intervienen en la diseminación del VIH, como son: la donación pagada de plasma y la venta de sangre y plasma en los países de ingresos medios y bajos.
- Conocer el impacto de la donación pagada de sangre/plasma en la diseminación del VIH en México.

Introducción

Han transcurrido más de dos décadas y media desde que se identificó el primer caso de SIDA, y desde entonces no ha dejado de incrementarse el número de personas afectadas por esta epidemia. En los últimos años, el número de infectados por VIH se cuenta por millones, con una tendencia a concentrarse en las poblaciones más pobres del planeta.

Durante este tiempo también se han logrado enormes avances en el entendimiento de la enfermedad y se han desarrollado medicamentos y combinaciones de medicamentos muy activas para impedir la replicación viral en los pacientes afectados. Sin embargo, todo esto no ha logrado frenar la epidemia, ni ha impedido que se profundice el abismo que hay entre los pacientes de los países pobres, que son cada vez más, y los de los países ricos. Esta epidemia se propaga sin freno en las poblaciones de los países más pobres del planeta y hacia áreas del mundo que casi no habían sido afectadas por el VIH, mostrando patrones de crecimiento explosivo difíciles de explicar por la sola transmisión sexual, como ha sucedido con China y Sudáfrica en la última mitad de la década de los noventa.[1]

Las campañas de educación sexual y de uso del condón han mostrado ser insuficientes para contener la diseminación del VIH, lo que obliga a pensar en otros mecanismos de diseminación que han sido subestimados y que deben ayudar a explicar la enorme disparidad entre el gran número de casos de los países de ingresos medios y bajos, comparados con el menor número de casos de los países desarrollados.

Explicar la epidemia sólo a través de la transmisión sexual frente a la enorme disparidad que existe entre las áreas desarrolladas del planeta y los países pobres, resulta discriminatorio e incriminatorio, ya que en el fondo le imputa una carga de promiscuidad y desorden a

las sociedades pobres y la responsabilidad de la epidemia queda sólo como resultado de un acto individual.

Esta visión resulta injusta a todas luces, ya que no toma en cuenta las enormes diferencias en los sistemas y gastos en salud, y en las infraestructuras hospitalarias entre estos países, donde la transfusión y el uso de jeringas reutilizadas no estériles juegan un papel que ha sido grandemente subestimado como mecanismo de diseminación del VIH en estas poblaciones.[2,3]

Medicina transfusional: un vector eficiente para la transmisión de agentes infecciosos

La medicina transfusional se desarrolló aceleradamente a partir de la Segunda Guerra Mundial, lo que permitió enormes avances en la medicina y ayudar a miles de personas enfermas. Sin embargo, la medicina transfusional trajo consigo un fantasma que se cernió sobre la humanidad: la transmisión de enfermedades a través de la transfusión de sangre y hemoderivados.[4]

Durante la Segunda Guerra Mundial, se logró almacenar la sangre con el uso de anticoagulantes y separar la albúmina de los otros componentes del plasma humano, secarlo y enviarlo al frente de batalla. Estos avances permitieron el traslado de grandes cantidades de sangre y albúmina de un continente a otro y, con ello, agentes patógenos que podrían estar confinados a un área geográfica fueron diseminándose por diferentes regiones del planeta.

Muchos de estos agentes, enteramente desconocidos en esa época, se transmitían además a través del contacto sexual, durante el embarazo o por reutilizar equipo médico no esterilizado como, por ejemplo, rehusar jeringas únicamente hervidas. Esto último fue una práctica común en las décadas posteriores a la segunda Guerra Mundial, hasta que se descubrieron los agentes transmitidos por la sangre. El primero de ellos fue el virus de la hepatitis B, identificado en 1967.[5]

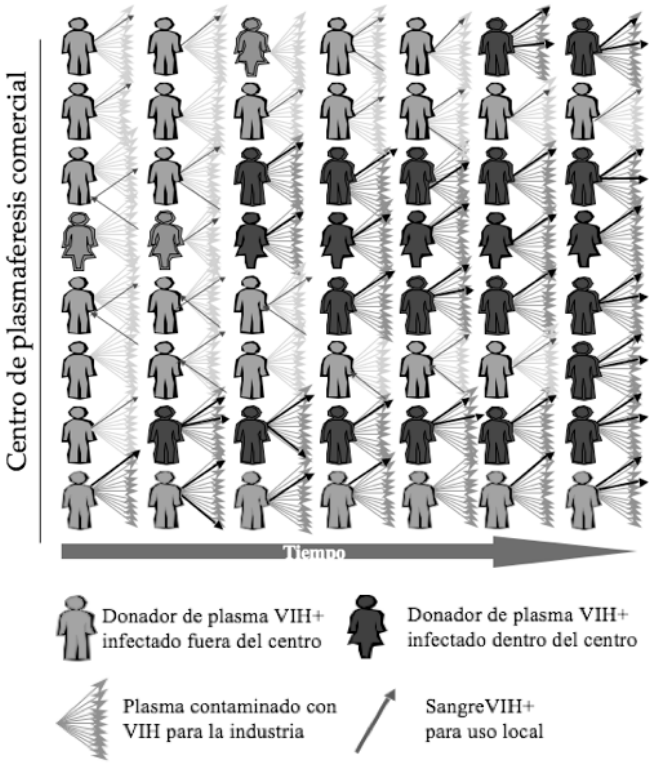
Los heridos de guerra fueron transfundidos con sangre que podía provenir de diferentes continentes. Algunos adquirieron infecciones virales y al terminar la guerra las llevaron a sus casas, donde trasmitieron la infección a sus parejas (muchas veces por vía sexual) y éstas a sus hijos. De esta forma, la transfusión de sangre jugó el papel diseminador de infecciones,[6,7,8,9,10,11,12,13,14] pero los productos derivados del plasma, particularmente los comerciales, hicieron que este potencial creciera explosivamente.[15,16,17]

La industria fraccionadora separa, a semejanza del petróleo, los diferentes componentes del plasma humano como: albúmina, factores procoagulantes (Factor VIII liofilizado, Factor IX) y gammaglobulinas etc., para distribuirlos comercialmente. Esta industria surgió con gran fuerza durante la Segunda Guerra Mundial y creció aceleradamente a partir de la década de los setenta, cuando se logró liofilizar el Factor VIII, lo que permitió el manejo preventivo de los pacientes con hemofilia, quienes no sólo recibían tratamiento terapéutico con Factor VIII liofilizado, sino también profiláctico. Estos pacientes se inyectaban el Factor VIII en casa para evitar episodios de hemorragia e inclusive poder practicar deportes violentos como el Rugby.[18] El potencial diseminador de enfermedades transmitidas por la sangre se incrementó exponencialmente debido principalmente a tres factores:

1. El uso de plasma proveniente de donantes pagados por parte de la industria fraccionadora, que es la división más rentable de la industria farmacéutica desde los años setenta.[18] Desde hace más de dos décadas se ha reconocido que existe mayor riesgo de infección de agentes infecciosos transmitidos por medio de la sangre en los donantes pagados si se compara con los donadores voluntarios.[19,20,21]
2. La diseminación de productos de plasma por todo el mundo. Para elaborar sus productos, la industria reúne el plasma de varios miles de donantes: hasta 20,000 donadores por lote,[22] y este plasma se separa en diferentes componentes que se comercializan y distribuyen por todo el mundo.[23,24]
3. Las malas prácticas al interior de los centros de plasma. Los donantes de plasma pagados acuden a los llamados centros de plasmaféresis comercial o centros de plasma. Estos sitios se han constituido en verdaderos nichos para la transmisión de epidemias transmitidas por la sangre.[25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39] Las prácticas que ahí privan han sido descritas y consisten en: inyectar a los donantes

con sangre humana, compartir jeringas y equipos de venoclisis entre diferentes donadores, así como reinfusión equivocada o compartida de glóbulos rojos entre donantes.[40] De esta forma, basta con que llegue un donante infectado para contaminar a los demás donadores debido a las malas prácticas descritas. Esto ha sido documentado en infecciones de hepatitis B, VIH, malaria y hepatitis C (ver Figura 1).

Figura 1. Infección de donadores pagados en un centro de plasmaféresis



Nota: Este modelo reproduce el fenómeno de infección de donadores pagados en un centro de plasmaféresis. El plasma se exporta a la industria fraccionadora, la sangre se utiliza para transfusión local.

Y por increíble que parezca, estas prácticas prevalecieron y aún siguen prevaleciendo en muchos países. Los brotes de infecciones en donantes de plasma pagados han sido descritos en decenas de países en las tres últimas décadas. Hubo brotes de hepatitis B y hepatitis C en donantes americanos en los años setenta, y recientemente tuvo lugar una tragedia en las comunidades campesinas más pobres de China, donde se estima que más de 250,000 personas fueron infectadas con VIH por esta vía.[41, 42, 43, 44, 45]

En los años setenta, la fuente de plasma de la industria fraccionadora fue infectada por el virus de hepatitis B,[46] pero en los ochenta se trató del VIH[47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57] y de hepatitis C.[58,59] Los pacientes hemofílicos han sido testigos y víctimas de todo esto, ya que son los principales consumidores de estos productos y esto ha quedado documentado en los países desarrollados. Algunos estudios demuestran que el riesgo de infección con estos agentes está directamente relacionado con el uso de productos elaborados con plasma de donadores pagados.

Las diferentes presentaciones de las inmunoglobulinas comerciales (anticuerpos que se producen contra un agente infeccioso o un antígeno específico) son testimonio imborrable de la infección, ya que contienen anticuerpos específicos contra estos virus en niveles extraordinariamente elevados, lo que pone de manifiesto la alta tasa de infección de los donantes de plasma, que han provisto la materia prima para producir estos medicamentos.[60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70]

Las inmunoglobulinas comerciales son responsables también de haber diseminado otros agentes, como sucedió en los setenta con la hepatitis B[71] y en los noventa con los grandes brotes de hepatitis C y A[72] entre receptores de productos de inmunoglobulinas en los países desarrollados.[73,74,75,76,77,78,79,80] En esta ocasión, quedó plenamente demostrado que las gammaglobulinas producidas con plasma comercial contenían el RNA del virus de la hepatitis C.[81,82] No obstante, el punto más lamentable fue que aún sabiendo que las gammaglobulinas contenían el virus de la hepatitis C, estos productos fueron comercializados. Cuando los resultados se hicieron públicos en un artículo científico publicado en la revista *Transfusión* en 1994,[81] se inició el brote de hepatitis C asociado a la administración de Gammagard, una inmunoglobulina IV de la compañía Baxter, que fue retirada del mercado cuando ya se habían contaminado cientos de pacientes en los Estados Unidos y Europa.

Por otro lado, la globalización es otro factor que incrementa el potencial diseminador de los derivados de plasma comercial, ya que ha permitido ampliar no sólo

el mercado de estos productos, sino también el número de afectados por las epidemias.[15,24] Por si fuera poco, estas epidemias son silenciosas al inicio, debido a los largos periodos de incubación de muchas de estas enfermedades y las consecuencias se ven hasta años después, lo que vuelve muy difícil trazar el origen de las infecciones. Lo que queda claro es que la cadena de infección está formada tanto por los donantes de plasma de los países más pobres, como por los consumidores de productos hemoderivados, que generalmente provienen de los países de ingreso medios y altos.

La epidemia de VIH/SIDA se inició a finales de los setenta, precisamente cuando la industria fraccionadora estaba en auge y la demanda de plasma crecía en todo el mundo.[1,4,18] La población afectada inicialmente en el hemisferio Norte estaba constituida por hemofílicos y homosexuales.[83] Estos hombres tuvieron en común el haber sido expuestos en un mismo periodo de tiempo a productos derivados del plasma humano y haberse infectado con el mismo VIH-1 subtipo B.

Los hemofílicos recibieron el factor antihemofílico, que favoreció la adquisición del VIH en pacientes hemofílicos en los Estados Unidos, Canadá, Europa y más tarde en Japón y México. Los homosexuales por otra parte, fueron expuestos a través de la vacuna contra la hepatitis B, producida con plasma humano de portadores de ese virus.

Figura 2. Distribución de casos de SIDA en donde se hicieron pruebas de la vacuna de hepatitis B

Porcentaje de casos de SIDA notificados en los estados donde se llevó a cabo el ensayo de vacuna de hepatitis B.

1982 - 77%
1983 - 76%
1984 - 76%
1985 - 67%
1986 - 64%

Nota: Distribución de casos de SIDA en los Estados Unidos por sitio de residencia en los estados donde se realizaron pruebas de la vacuna de hepatitis B producida con suero humano, el primero en 1978 en Nueva York, seguido en 1981 en San Francisco, Los Ángeles, Denver, Chicago, San Luis Missouri.

Esta vacuna se desarrolló a mediados de los setenta en los Estados Unidos y Francia, y en ella se usó plasma de portadores de hepatitis B debido a que este virus no se ha podido cultivar. El grupo de homosexuales había sido reconocido por su actividad sexual como un grupo de alto riesgo para la adquisición de la hepatitis B. Si bien la vacuna se probó inicialmente a pequeña escala en pacientes de unidades de hemodiálisis en 1975, fue a partir de 1978 que se hizo el primer ensayo en homosexuales en Nueva York y, más tarde, hubo un segundo estudio en San Francisco, Los Ángeles, Chicago, San Luis Missouri y Denver, ciudades donde se notificaron los primeros casos de SIDA en homosexuales[84,85,86] (ver Figura 2). ¿Es posible que esta localización geográfica de los primeros casos se haya dado sólo por azar?

Los primeros hombres afectados por el VIH en el mundo occidental fueron infectados a partir de 1978, como lo muestran los estudios de seguimiento serológico en estos dos grupos en los Estados Unidos y en países europeos. La vacuna de la hepatitis B fue comercializada en julio de 1982 y sólo en la Unión Americana se vendieron casi 4 millones y medio de dosis que fueron aplicadas a poco más de un millón de personas en cinco años.[87] ¿Es también una coincidencia que los títulos de anticuerpos contra el VIH comenzaran a incrementarse explosivamente en gammaglobulinas comerciales norteamericanas de 1982 a 1985, donde hubieron lotes con títulos positivos contra el VIH, a una dilución de uno en un cuarto de millón?[61]

Estos títulos reflejan un altísimo porcentaje de infección de los donantes de quienes fue extraído el plasma. Si a esto se suma el bajo porcentaje de portadores del antígeno de superficie de la hepatitis B en donadores americanos[88] (menos de 1% comparado con el 30% de los donadores de África Central),[89] todo apunta a que la fuente del plasma utilizado en esta época provenía de donadores de esta región del planeta, donde se sitúa el origen del VIH y donde se ubicaban los centros de plasmaféresis más importantes

en el mundo durante el auge de la industria a finales de los setenta e inicios de los ochenta.[90]

Esta situación explicaría los títulos tan altos contra VIH de las gammaglobulinas comerciales, la alta prevalencia en donadores de África Central al inicio de la década de los ochenta[91] y la tasa tan alta de infección en los pacientes hemofílicos que recibieron factor antihemofílico comercial en este periodo.[15,53,54,55,56,57]

Donadores pagados y venta de sangre y plasma en los países de ingresos medios y bajos

Otro factor que favoreció la diseminación de diversos agentes infecciosos a través de la transfusión, es que los donantes de plasma pagados suelen vender su sangre para proveer sangre al mercado local. Y precisamente en muchos países de ingresos bajos y medios, donde no existe la infraestructura suficiente para proveer de sangre segura a su población,[91,92,93,94] es donde los donantes pagados siguen siendo un factor muy eficiente para diseminar el VIH a la población joven heterosexual.

A diferencia de los países de ingresos altos, donde la mayor parte de la transfusiones se hacen en pacientes de más de sesenta años por enfermedades crónico degenerativas, en los países pobres las principales causas de transfusión son la anemia secundaria, la malaria, las urgencias obstétricas y los heridos por conflictos bélicos.[95] Por todo ello, la población transfundida es mucho más joven, incluye niños y un alto porcentaje de quienes reciben transfusiones está en edad reproductiva. En África Central, la prevalencia del VIH a mediados de los ochenta era de entre 7 y 12% en donadores pagados, la práctica de recurrir a donadores pagados en estos países era muy frecuente,[8] e inclusive existían puestos de sangrado comerciales.

Impacto de la donación pagada en la diseminación del VIH en México

Debido a circunstancias históricas particulares, en México se pudo visualizar el impacto que tuvo la donación pagada en la diseminación del VIH. El poder valorar el problema en donadores pagados y el flujo de información a los tomadores de decisiones y al poder legislativo permitió tomar medidas preventivas para disminuir su extensión y evitar que el fenómeno creciera. Los factores que jugaron un papel importante en esta dinámica fueron:

1. La documentación de los brotes de la infección por VIH en donadores de plasma en varias ciudades del país en 1986.[33,96]
2. El inicio temprano del programa de vigilancia de los casos de SIDA por el órgano de vigilancia (CONASIDA).[97]
3. La clasificación del grupo de riesgo formado por donadores pagados por parte de CONASIDA, lo que permitió cuantificar el problema incluso por regiones.

Estos elementos permitieron vislumbrar el impacto que podría tener la donación y transfusión de sangre en la salud pública. Por un lado, se agruparon los casos de SIDA de donadores pagados y, por otro, se registró la epidemia de SIDA por transfusión. Adicionalmente, el gobierno mexicano prohibió tempranamente, en mayo de 1987, el comercio de sangre y plasma,[98] lo que permitió observar cómo la epidemia fue contendida con esta medida.[99,100]

La epidemia de VIH en los donadores pagados de los centros de plasmaféresis en México, tuvo consecuencias profundas en la diseminación de VIH/SIDA, algunas de ellas fueron:

1. Una epidemia de VIH por transfusión.[12]

2. La regionalización de la epidemia de VIH en los Estados donde se encontraban ubicados los centros de plasmaféresis.[101]

3. La rápida feminización de la epidemia en la primera década debido a que la principal causa de transfusión en México son las emergencias obstétricas. En 1986, la relación hombre-mujer era de 31:1 y bajó en tan sólo tres años a 5:1 (1989).[102] Esta rápida feminización se desaceleró bruscamente, coincidiendo con el decremento y casi desaparición de casos de SIDA por transfusión como resultado de la prohibición del comercio de sangre y plasma en México.

4. Por otro lado, el SIDA perinatal en los hijos de las mujeres que habían sido transfundidas estuvo igualmente regionalizado en los estados donde se encontraban los centros de plasmaféresis en México. Aunado a esto, se dio una epidemia heterosexual en las parejas

de estos pacientes transfundidos. La epidemia heterosexual fue, de inicio, más tardía que la epidemia en los hombres que tienen sexo con hombres, y que en México se inició en 1983 con individuos que habían estado en los Estados Unidos y habían mantenido relaciones con hombres de ese país.

En el África Subsahariana, donde a finales de los setenta y principios de los ochenta se encontraban los centros de plasmaféresis más grandes del mundo,[90] la transfusión de sangre podría haber jugado un papel fundamental en la rápida diseminación de VIH/SIDA.

Esto coincide además en tiempo y espacio, ya que la demanda de plasma de portadores del antígeno de superficie de la hepatitis B se incrementó sustancialmente y resultaba indispensable para producir millones de dosis de vacunas de hepatitis B. En este periodo, las compañías fraccionadoras de los países desarrollados funcionaban prácticamente sin control gubernamental[22,103] y la triangulación de plasma de los países de centro de África, vía Montreal o Ginebra, era una práctica frecuente.[104]

En abril de 1986, las compañías y los centros de transfusión sanguínea más importantes del mundo se reunieron en Ginebra para analizar la seguridad de la sangre y de los derivados comerciales.[105] La vacuna de la hepatitis B fue retirada del mercado americano y fue sustituida por la vacuna recombinante desarrollada por Chiron, pero comercializada hasta 1987 por la misma compañía que había distribuido la vacuna derivada del plasma humano.

Conclusiones

A más de dos décadas de que se inició la epidemia de VIH/SIDA, el aumento explosivo de los agentes transmitidos por sangre y hemoderivados ha sido muy subestimado. Por un lado, esta vía de transmisión de VIH es la más eficiente y, por otro, es la que puede prevenirse más fácilmente cuando se cuenta con el prepuesto y la infraestructura humana, como lo demuestran los programas de sangre segura de los países desarrollados, así como con la tecnología para la inactivación viral de los hemoderivados desarrollados por la industria. A pesar de los avances en prevención del VIH, se ha dejado de lado a los miles de donantes pagados que han sido y siguen siendo infectados en los centros de plasmaféresis de los países más pobres del planeta, así como a los miles de pacientes que son trasfundidos en muchos países donde contar con sangre segura no es más que una utopía. La transmisión de VIH a partir de transfusiones y el uso de hemoderivados explica mejor la enorme disparidad en la propagación de la epidemia en los países más pobres del planeta que la sola transmisión sexual, como se ha planteado hasta ahora.

En este escenario se celebrará el Día Mundial de Lucha Contra el SIDA con un enorme condón, lo que resulta ser una batalla parcial. Algunas de las preguntas que surgen son ¿de qué sirve repartir condones en todos estos países, mientras miles de personas son contaminadas a través de transfusiones no tamizadas, o por el uso de equipo médico no estéril, incluyendo jeringas? ¿De qué sirven los condones cuando los donantes pagados son infectados en los centros de plasmaféresis para proveer los más de 28 millones de litros de plasma que fracciona la industria anualmente?[1] ¿Dónde está el compromiso y la solidaridad de las sociedades, de los países y de las organizaciones internacionales para hacer del Programa de Sangre Segura una realidad universal? Ésta es un área para la cual ya existe la tecnología necesaria, pero ha faltado la voluntad de reconocer el problema y asignar los fondos necesarios.

Algunos ejemplos exitosos de Sangre Segura existen en Uganda, México y Tailandia. El primero de ellos se hizo con fondos de la Comunidad Económica Europea, lo que demuestra que es una batalla que puede ganarse para frenar la epidemia. Además, quedan otras tareas pendientes, como el aprovisionamiento de jeringas estériles y la promoción y educación en los procesos de esterilización en estos países, para hacer efectiva la prevención de la transmisión parenteral.

Hoy se pone frente a la comunidad médica y científica internacional el reto del acceso a los tratamientos antirretrovirales para los pacientes de los países afectados. Dejar pendiente la asignatura de proveer sangre segura universal y la prevención de la infección en los donantes pagados no nos permitirá avanzar en la lucha contra esta epidemia y seguirá ampliando la brecha entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo.

Referencias bibliográficas

1. Volkow P, Del Rio C. Paid donation and plasma trade: unrecognized forces that drive the AIDS epidemic in developing countries. Int J STD AIDS 2005 enero 16(1): 5-8.
2. Gisselquist D, Upham G, Potterat JJ. Efficiency of human immunodeficiency virus transmission through injections and other medical procedures: evidence, estimates, and unfinished business. Infect Control Hosp Epidemiol 2006 septiembre 27(9):944-52.
3. Wake DJ, Cutting WA. Blood transfusion in developing countries: problems, priorities and practicalities. Trop Doct 1998 enero 28(1):4-8.
4. Starr DP Blood. An Epic History of Medicine and Commerce. Nueva York: Alfred A. Knopf; 1998.
5. Drucker E, Alcabes PG, Marx PA. The injection century: massive unsterile injections and the emergence of human pathogens. Lancet 2001 diciembre 8; 358(9297): 1989-92.
6. Mann JM, Francis H, Quinn TC, Bila K, Asila PK, Bosenge, et al. HIV seroprevalence among hospital workers in Kinshasa, Zaire. Lack of association with occupational exposure. JAMA. 1986 diciembre 12;256(22): 3099-102.
7. Lackritz EM. Prevention of HIV transmission by blood transfusion in the developing world: achievements and continuing challenges. AIDS 1998; 12 Suppl A: S81-6.
8. Gibbs WN, Corcoran P. Blood safety in developing countries. Vox Sang 1994; 67(4):377-81.
9. Cruz JR, Perez-Rosales MD. Availability, safety and quality of blood for transfusion in the Americas. World Hosp Health Serv. 2005; 41(1): 25, 27-31.
10. N'tita I, Mulanga K, Dulat C, Lusamba D, Rehle T, Korte R, Jager H. Risk of transfusion-associated HIV transmission in Kinshasa, Zaire. AIDS 1991 abril 5(4):437-9.
11. Talib VH, Verma SK, Pandey J, Khurana SK. Blood safety. Indian J Pathol Microbiol 1993 abril 36(2): 170-5.
12. Volkow P, Velasco SR, Mueller N, Ponce de Leon S, Sierra-Madero JG, Sada E, et al. Transfusion-associated HIV infection in Mexico related to paid blood donors; HIV epidemic. J STD AIDS 2004 mayo 15(5): 337-42.
13. Wake DJ, Cutting WA. Blood transfusion in developing countries: problems, priorities and practicalities. Trop Doct 1998 enero 28(1): 4-8.
14. Wang L, Zheng XW, Qian HZ, Lu F, Xing H. Epidemiologic study on human immunodeficiency virus infection among children in a former paid plasma donating community in China. Chin Med J 2005 mayo 5; 118(9): 720- 4.
15. Smith DK and Curran JW. The international epidemiology of HIV infection. En: Madhok R, Forbes CD y Evatt BL. Blood. Blood Products and HIV. Segunda edición. Londres: Chapman & Hall Medical; 1994: p. 1-37.
16. John TJ, Ninan GT, Rajagopalan MS, John F, Flewett TH, Francis DP, et al. Epidemic hepatitis B caused by commercial human immunoglobulin. Lancet 1979 mayo 19; 1(8125): 1074.
17. Weinberg PD, Hounshell J, Sherman LA, et al. Legal, Financial, and Public Heath Consequences of HIV Contamination of Blood and Blood Products in the 1980's and 1990's. Ann Intern Med 2002; 136: 312-319.
18. Hagen P J. Blood: Gift or Merchandise: towards an international blood policy. Nueva York: Alan R. Liss; 1982.
19. S/A. Post-transfusion hepatitis. Br Med J (Clin Res Ed) 1981 julio 4; 283(6283): 1-2.
20. Van der Poel CL, Seifried E, Schaasberg WP. Paying for blood donations: still a risk? Vox Sang 2002 noviembre 83(4):285-93.
21. Coney M M. Who Needs Plasma? Plasma Quarterly 1980; 68-69.
22. Leveton L, Sox HC, Stoto MA. The U.S. Blood Supply System in HIV and Blood Supply. (An analysis of crisis decision making). Washington D.C: Institute of Medicine National Academy Press; 1995: p. 25-55.
23. Smith DK, Curran JW. The international epidemiology of HIV infection. En: Madhok R, Forbes CD y Evatt BL. Blood. Blood Products and HIV. Segunda edición. Londres: Chapman & Hall Medical; 1994: p. 1-37.

24. Volkow P, Marin Lopez A, Torres I. Plasma trade and the HIV epidemic. Lancet 1997 febrero 1; 349(9048):327-8.
25. CDC. Plasmapheresis-associated hepatitis. Morbidity Mortality weekly Report Rep 23: 275, 1974.
26. Guyer B, Bradley DW, Bryan JA, Maynard JE. Non-A Non-B hepatitis among participants in a Plasmapheresis Stimulation Program. JID 1979; 139: 634-640.
27. Banerjee K, Rodrigues J, Kulkarni S, Israel Z, Thakar M. Outbreak of HIV seropositivity among commercial plasma donors in Pune, India. Lancet 1989; 2:166.
28. CDC. Plasmapheresis-associated hepatitis. Morbidity Mortality weekly Report Rep 23: 13, 1974.
29. Navarro V, Roig P, Nieto A, Jimenez J, Tuset C, Tuset L, et al. A. Small outbreak of HIV infection among commercial plasma donors. Lancet 1988; 2: 42.
30. Rivero RA, Santos G, Velasco A, Jiménez-Prada M, Dueñas A. Donantes retribuidos de plasma e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. ¿Un nuevo grupo de riesgo para SIDA? Rev Clin Española 1990; 186:310-11.
31 Viana-Martins FS. Malaria induzida no estado do Rio de Janeiro. MSc thesis. Universidad Federal de Río de Janeiro, 1986.
32. Alvarez Suárez Y, Marín-López A, Lobato-Mendizabal E, Galindo-Rodríguez G. Donadores sanguíneos remunerados: un nuevo grupo de riesgo para el desarrollar SIDA en México. Salud Publ Mex 1989;31: 642-644.
33. Avila C, Stetler H, Sepúlveda J, Kenneth GC, Ward JW, Romero G, Valdespino JL. The epidemiology of HIV transmission among paid donors, Mexico City, Mexico. AIDS 1989; 3: 631-3.
34. Wu Z, Liu Z, Detels R. HIV-infection in commercial plasma donors in China. Lancet 1995; 346: 61-2.
35. Muss N, Frösner G, Sandhofer. Epidemic outbreak of a non-A, non-B hepatitis in a plasmaphresis center. Epidemiological observation. Infection 1985; 2:57-80.
36. Laskus T, Ciancciara J, Slusarczyk. Follow-Up of NANB Hepatitis Outbreak in Plasmapheresis unit. Lancet 1989 febrero 18: 391.87.
37. Wehrfitz G. China,The Blood Market. Newsweek 1996, noviembre 11, pp. 24-27.
38. Volkow P. Paid plasma donation and risk of blood-borne diseases in blood-products recipients. Lancet 2001: 358; 2001-1.
39. Wu Z, Rou K, Detels R. Prevalence of HIV infection among former commercial plasma donors in rural eastern China. Health Policy Plan 2001 marzo; 16(1): 41-6.
40. Volkow P. Plasma paid donors, a risk group for HIV transmission not fully recognized. JAIDS 1990; 5: 949.
41. Wehrfitz G. China: The blood market. Newsweek 1996; 128(20): 24-8.
42. Reinoso J. La tragedia de China. El País Semanal, 2004: p. 46-55.
43. Rosenthal E. Scientist warn of inaction as AIDS spreads in China. The New York Times, agosto 2, 2000.
44. Michael L. Selling of tainted blood spreads disease in China. Washington Post, febrero 18,1999.
45. Yan J, Zheng X, Zhang X, Liu S, Zhang Y, Wang C, Liu S. The survey of prevalence of HIV infection among paid blood donors in one county in China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2000 febrero; 21(1): 10-3.
46. Craske J, Kirk P, Cohen B, Vandervelde EM. Commercial factor VIII associated hepatitis, 1974-1975, in the United Kingdom. A retrospective survey. J Hyg Camb 1978; 80: 327-336.
47. Ragni MV, Tegtmeier GE, Levy JA, Kaminsky LS, Lewis JH, Spero JA, et al. AIDS retrovirus antibodies in hemophiliacs treated with factor VIII or factor IX concentrates, cryoprecipitate, or fresh frozen plasma: prevalence, seroconversion rate, and clinical correlations. Blood 1986 marzo 67(3):592-5.
48. Goldsmith JC, Dewhurst S, Hedenskog M, Casareale D, Volsky DJ. High prevalence and high titers of LAV/HTLV-III antibodies in healthy hemophiliacs in the midwestern United States. Am J Med. 1986, octubre; 81(4): 579-83.
49. Mathez D, Leibovitch J, Sultan Y, Maisonneuve P. LAV/HTLV-III seroconversion and disease in he-

mophiliacs treated in France. N Engl J Med. 1986 enero 9; 314(2): 118-9.

50. Verani P, Mariani G, Mannucci PM, De Rossi G, Nicoletti L, Titti F, et al. Prevalence of HTLV-III/LAV antibodies in Italian asymptomatic hemophiliacs given commercial concentrates of factors VIII and IX. J Med Virol 1986, junio; 19(2): 143-9.
51. Goedert JJ, Sarngadharan MG, Eyster ME, Weiss SH, Bodner AJ, Gallo RC, et al. Antibodies reactive with human T cell leukemia viruses in the serum of hemophiliacs receiving factor VIII concentrate. Blood 1985, febrero 65(2):492-5.
52. Melbye M, Froebel KS, Madhok R, Biggar RJ, Sarin PS, Stenbjerg S, et al. HTLV-III seropositivity in European haemophiliacs exposed to Factor VIII concentrate imported from the USA. Lancet 1984, diciembre 22; 2(8417-18): 1444-6.
53. Koerper MA, Kaminsky LS, Levy JA. Differential prevalence of antibody to AIDS-associated retrovirus in haemophiliacs treated with Factor VIII concentrate versus cryoprecipitate: recovery of infectious virus. Lancet 1985, febrero 2; 1(8423): 275.
54. Madhok R, Melbye M, Lowe GD, Forbes CD, Froebel KS, Bodner AJ, Biggar RJ. HTLV-III antibody in sequential plasma samples: from haemophiliacs 1974-84. Lancet 1985, marzo 2; 1(8427): 524-5.
55. Machin SJ, McVerry BA, Cheingsong-Popov R, Tedder RS. Seroconversion for HTLV-III since 1980 in British haemophiliacs. Lancet 1985, febrero 9;1(8424):336.
56. Gurtler LG, Wernicke D, Eberle J, Zoulek G, Deinhardt F, Schramm W. Increase in prevalence of anti-HTLV-III in haemophiliacs. Lancet 1984, diciembre 1; 2(8414): 1275-6.
57. Yasuda Y. Japanese Hemophiliacs Suffering from HIV Infection. Reporte presentado al IOM el 9 de diciembre de 1994. Consultado el 15 de enero de 2005 en: http://.nmia.com/-mdibble/japan2.html.
58. Brettler DB, Alter HJ, Dienstag JL, Forsberg AD, Levine PH. Prevalence of hepatitis C virus antibody in a cohort of hemophilia patients. Blood 1900; 76:254-6.
59. Blanchette VS, Vorstman E, Shore A, Wang E, Petric M, Jett BW, Alter HJ. Hepatitis C infection in children with hemophilia A and B. Blood 1991; 78:285-9.
60. Hoofnagle JH, Gerety RJ, Barker LF. Antibody to the hepatitis B surface Antigen in Immune Serum Globulin. Transfusion 1975; 15:407-13.
61. Zuck TF, Preston MS. Evidence suggesting that immune globulin preparations do not transmit AIDS. In AIDS the Safety of Blood and Blood Products. Ed Petricciani JC, Gust ID, Hoppe PA, Krinjen HW. John Wiley and Sons Ltd; 1987: 93-101.
62. Gocke DJ, Rska K, Pollack W, Schwartzer. HTLV-III antibody in commercial immunoglobiulin. Lancet 1986; i: 37-8.
63. Wood CC, Williams AE, McNamara JG, Annunziata JA, Feorino PM, Conway CO. Antibody against the human immunodeficiency virus in commercial intravenous gammaglobulin preparations. Ann Intern Med 1986 octubre; 105(4): 536-8.
64. Tedder RS, Uttley A, Cheingsong-Popov R. Safety of immunoglobulin preparation containing anti-HTLV-III. Lancet 1985;i:815.
65. Jones P, Hamilton PJ, Oxley A, Codd A, Tedder R. Anti-HTLV-III positive laboratory reagents. Lancet. 1985 junio 22;1(8443):1458-9.
66. Steele DR. HTLV-III antibodies in human immune gamma-globulin. JAMA 1986 febrero 7; 255(5):609.
67. Hausler WJ Jr, Swack NS, Ramirez MT. Additional commercial gammaglobulin preparations found with antibody to human immunodeficiency virus. J Infect Dis 1990 enero; 161(1):153.
68. Abacioglu H, Okuyan M. Antibody to the human immunodeficiency virus in a commercial gammaglobulin preparation. J Infect Dis 1989 julio; 160(1): 161-2.
69. Kaeser A. HTLV-III/LAV antibodies in gamma globulin preparations for intravenous use. Dtsch Med Wochenschr. 1986 agosto 15; 111(33): 1263.
70. Scheiermann N, Gesemann M, Riffelmann HD. Detection of anti-HTLV-III antibodies in gammaglobulin preparations for intramuscular injection. Dtsch Med Wochenschr. 1985 diciembre 6; 110(49): 1912-3.

71. Petrilli FL, Crovari P, De Flora S. Hepatitis B in subjects treated with a drug containing immunoglobulins. J Infect Dis 1977 febrero; 135(2): 252-8.
72. Normann A, Graff J, Gerritzen A, Brackmann HH, Flehmig B. Detection of hepatitis A virus RNA in commercially available factor VIII preparation. Lancet 1992 noviembre 14; 340(8829): 1232-3.
73. Bresee JS, Mast EE, Coleman PJ, Baron MJ, Schonberger LB, Alter MJ, et al. Hepatitis C virus infection associated with administration of intravenous immune globulin. A cohort study. JAMA 1996 noviembre 20; 276(19): 1563-7.
74. Yu MW, Mason BL, Guo ZP, Tankersley DL, Nedjar S, Mitchell FD, et al. Hepatitis C transmission associated with intravenous immunoglobulins. Lancet. 1995, mayo 6; 345(8958): 1173-4.
75. Healey CJ, Sabharwal NK, Daub J, et al. Outbreak of acute hepatitis C following the use of anti-C viursscreened intravenous immunologulin therapy. Gastroenterology 1996; 110:1120-6.
76. Echeverria JM, Leon P, Domingo CJ, et al. Laboratory diagnosis and molecular epidemiology of an outbreak of hepatitis C virus infection among recipients of human intravenous immunoglobulin in Spain. Transfusion 1996; 36: 725-30.
77. Smith DB, Lawlor E, Power J et al. A second outbreak of hepatitis C virus infection from anti-D immunoglobulin in Ireland. Vox San 1999; 76: 175-80.
78. Lefrere JJ, Loiseau P, Martinot-Peignoux M, et al. Infection by hepatitis C virus through contaminated intravenous immune globulin: results of a prospective national inquiry in France. Transfusion 1996;36: 4-7.
79. S/A. Outbreak of hepatitis C associated with intravenous immunoglobulin administration-United States, octubre 1993-1994. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994, 43:505-9.
80. Lawlor E, Power J, Garson J, et al. Transmission rates of hepatitis C virus by different batches of a contaminated anti-D immunoglobulin preparation. Vox San 1999; 76: 138-43.
81. Yu MYW, Mason BL, Tankersley DL. Detection and characterization of hepatitis C virus RNA in immune globulins. Transfusion 1994; 34: 596-602.
82. Garson JA, Preston FE, Makris M, Tuke P, Ring C, Machin SJ, Tedder RS. Detection by PCR of hepatitis C virus in factor VIII concentrates. Lancet 1990 junio 16; 335(8703): 1473.
83. Jason J, Lui KJ, Ragni MV, Hessol NA, Darrow WW. Risk of developing AIDS in HIV-infected cohorts of hemophilic and homosexual men. JAMA 1989 febrero 3; 261(5):725-7.
84. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Oleszko WR, William DC, et al. Hepatitis B vaccine: demonstration of efficacy in a controlled clinical trial in a high-risk population in the United States. N Engl J Med 1980 octubre 9; 303(15): 833-41.
85. Szmuness W, Stevens CE, Zang EA, Harley EJ, Kellner A. A controlled clinical trial of the efficacy of the hepatitis B vaccine (Heptavax B): a final report. Hepatology 1981 septiembre-octubre 1(5): 377-85.
86. Francis DP, Hadler SC, Thompson SE, Maynard JE, Ostrow DG, Altman N, et al. The prevention of hepatitis B with vaccine. Report of the centers for disease control multi-center efficacy trial among homosexual men. Ann Intern Med 1982 septiembre 97(3):362-6.
87. S/A. Recommendations of Immunization Practices Advisory Committee Update on hepatitis B Prevention. MMWR junio 19, 1987/36(23); 353-366.
88. Szmuness W, Hirsch RL, Prince AM, Levine RW, Harley EJ, Ikram H. Hepatitis B surface antigen in blood donors: further observations. J Infect Dis 1975 febrero; 131: 111-8.
89. Maupas P. Melnick JL. Hepatitis B infection and primary liver cancer. Prog Med Virol 1981; 271-5.
90. Jones P. AIDS: the African connection? Br Med J (Clin Res Ed). 1985 marzo 23;290(6472):932.
91. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. The HIV Pandemic Status and Trends. En: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the World. A global report. Cambridge: Harvard University Press; 1992: 11-108.
92. Beal R, Britten A FH, Gust I. Blood safety and Blood Products. En: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the World. A global report. Cambridge: Harvard University Press; 1992: 421-437.
93. Moore A, Nyamoongo J, Herrera G, Lackritz E, Granade T, Phillips S, et al. Evaluation of HIV testing of

blood supply in Kenya. XI International Conference on AIDS; 1996 julio 7-12, Canadá (Mo.C.121).
94. Cruz JR. Medicina Tranfusional en Hispanoamérica. Programa de medicamentos escenciales y tecnología. División de Desarrollo de Sistemas y servicios de Salud. OPS. Annual PAHO Conference, Puerto Rico.
95. Britten AF. Worldwide supply of blood and blood products. World J Surg 1987; 11: 82-85.
96. Sepulveda AJ, García LG, Domínguez TJ, Valdespino JG. Prevención de la Transmisión sanguínea del VIH. La experiencia mexicana. En: SIDA Perfil de una epidemia. OPS, México; 1989: p. 163-72.
97. Sepúlveda JA, García, LG, Dominguez-Torix JL, Valdespino JL. Prevention of HIV transmission through blood and blood products: experience in Mexico. Bull Pan AMM Health Organ 1989; 23: 108-14.
98. Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, mayo 27, 1987; 1:28-36.
99. Sepúlveda JA, del Rio AZ, Valdespino JL, García, LG, Velazquez-Velazquez L, Volkow P. La estrategia de prevensión de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. Salud Publ Mex 1995; 37:624-35.
100. Volkow P. The Mexican experience with the impact of banning the blood-plasma trade in preventing HIV transmission: "what history ignores is meant to be repeated". AIDS 2003, mayo 23; 7(8): 1263-4.
101. Volkow P, Perez-Padilla R, del-Rio C, Mohar A. The role of commercial plasmapheresis banks on the AIDS epidemic in Mexico. Rev Invest Clin 1998 mayo-junio; 50(3):2 21-6.
102. Uribe P, Sloand E, Volkow P. Acquired immunodeficiency syndrome. Rev Invest Clin 1997 mayo 49 Suppl 1:108-13.
103. Van Aken WR. The collection and use of Human blood and plasma in Europe. Report for the Council of Europe and the Commission of the European Communities. CEC-CE-FD(92).
104. Picard A. The Gift of Death, Confronting Canada´s Tainted Blood Tragedy. Harper Collins: Montreal; 1995: p. 195-207.
105. Gust ID, DEinhart F, Hollan SR, Rey F. The safety of blood products. En: Petricciani JC, Gust ID, Hoppe PA, Krinjen HW (eds.) AIDS the Safety of Blood and Blood Products. Chichester: John Wiley and Sons; 1987: p. 69-90.

Actividades complementarias

Investigar el número de transfusiones sanguíneas que se realizan al año en la población de entre 18 y 59 años de edad, por causa y género, en la entidad en que vive. Asimismo, averiguar la prevalencia de VIH, hepatitis B y C en su entidad debido a transfusión sanguínea, por edad y género.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. Los siguientes son factores que han contribuido en la diseminación de enfermedades transmitidas por transfusión:

a. Los programas de donación voluntaria.
b. La industria fraccionadora que utilizó como materia prima el plasma de donantes pagados.
c. La industria que reúne hasta 20,000 donadores por lote de plasma y distribuye sus productos en todo el mundo.
d. Las malas prácticas dentro de los centros de plasma.
e. Todas las anteriores son correctas.

2. ¿Por qué afirma la autora que es incriminatorio y discriminatorio explicar la epidemia del VIH sólo a través de la transmisión sexual?

a. Porque equivale a discriminar a las personas que adquieren el VIH por transfusión sanguínea.
b. La autora no hace esa afirmación.
c. Porque significa atribuir una carga de promiscuidad a los países pobres.
d. Porque no hay forma de demostrar cómo es que ha adquirido el VIH una persona.

e. Porque se ha demostrado que la transmisión sexual causa una minoría de las infecciones por VIH y esa minoría sufre discriminación.

3. ¿Qué factor adicional ha potenciado la diseminación de los derivados del plasma comercial y se ha constituido como el gran amplificador de la epidemia?

a. La globalización del mercado.
b. El Tratado de Libre Comercio con Norteamérica.
c. El cambio de las monedas europeas a euros.
d. La políticas de libre donación.
e. Los programas nacionales de sangre segura.

4. Para la autora, la puesta en marcha de programas de sangre segura debe ser:

a. Lo más prioritario, sobre todo para evitar el VIH entre las mujeres embarazadas.
b. Una estrategia tan eficaz como los programas de sexo seguro.
c. Una medida que ha sido ignorada por los tomadores de decisiones en México.
d. Una medida entre muchas otras que se deben tomar.
e. Una prioridad para disminuir las infecciones por VIH.

3. ¿Cuál es la postura de la autora respecto a la promoción del uso de condones?

a. Que no sirven en lo absoluto para prevenir el VIH porque el mayor número de infecciones se da por medio de la transfusión sanguínea.
b. Que deben seguir usándose a pesar de la oposición de algunas personas.
c. Que los condones no han probado su eficacia para prevenir el VIH.
d. Que tienen una utilidad limitada, sobre todo en los países donde las personas se siguen infectando a través de transfusiones sanguíneas.
e. Que el uso de condones resulta muy caro, sobre todo para los habitantes de los países de ingresos medios y bajos.

Respuestas

1. b, c, d,
2. c
3. a
4. e
5. d

Capítulo 5

Transmisión vertical del VIH

Griselda Hernández Tepichín
E. Antonio León Juárez
M. Carmen Varela Trejo

Objetivo general

Conocer el comportamiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres embarazadas y las estrategias para su prevención y control.

Objetivos específicos

- Describir el panorama epidemiológico de transmisión vertical de VIH en México.
- Conocer la fisiopatología de la transmisión del VIH en las mujeres embarazadas.
- Conocer los métodos de diagnóstico de la infección por VIH durante el embarazo, así como los estudios de evaluación y seguimiento durante la gestación.
- Conocer las estrategias para disminuir la transmisión vertical.
- Conocer las medidas existentes para evitar la transmisión vertical en México.

Introducción

Cada año mueren medio millón de niños en todo el mundo por enfermedades vinculadas al SIDA. La mayor parte de ellos adquirieron el VIH por transmisión vertical, es decir, de madre a hijo, durante el embarazo, el parto o la leche materna. Estas muertes podrían evitarse con información y ampliando el acceso a los servicios de salud, ya que en la actualidad apenas 10% de las mujeres pueden beneficiarse de ellos.

La UNICEF se propuso como meta para el año 2010 que 80% de las mujeres que lo necesiten pueda acceder a servicios de salud para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos, pero en este momento menos de 10% de las mujeres puede beneficiarse de esta clase de servicios.[1] Las mujeres con VIH que se embarazan tienen de 20 a 45% de posibilidades de transmitir el virus a su hijo, si no reciben alguna intervención comprobada que permita disminuir este riesgo a menos de 2%.

Actualmente, se estima que hay en el mundo 2.3 millones de menores de 15 años con VIH y más de 90% de ellos adquirieron el virus por transmisión vertical, a pesar de que desde hace más de 10 años existe suficiente evidencia científica sobre el paquete de intervenciones eficaces para reducir en más de 98% el riesgo de transmisión del VIH madre-hijo. No obstante, en la mayor parte de los países de ingresos medios y bajos no se ha avanzado de manera significativa en la prevención de este tipo de transmisión.

En México, la transmisión perinatal constituye la principal vía de transmisión del VIH en menores de 15 años, por lo que es necesario difundir la información sobre las alternativas disponibles, aumentar la detección oportuna en mujeres embarazadas y asegurar la atención especializada de la madre y el niño.

Epidemiología

Actualmente, cerca de 33,2 millones de personas en todo el mundo viven con el VIH. De ellas, 30.8 millones son adultos y 2.5 son menores de 15 años.

En cuanto a la distribución territorial, dos tercios de los nuevos casos de SIDA se concentran en el África Subsahariana. Casi 22.5 millones de personas viven en el continente africano con el virus, lo que representa el 68% de la población mundial afectada. En Asia hay 4.9 millones de personas infectadas y 440,000 de ellas contrajeron el virus en el último año. La región del Caribe es la segunda en el mundo más afectada por la enfermedad con 1% de los adultos infectados por el virus. En los últimos 12 meses, hubo 11,000 muertes a causa del SIDA en esta región, así como 17,000 nuevos infectados y un total de 230,000 personas viviendo con el virus.[2]

El incremento en el número de casos de mujeres con VIH obedece a una creciente transmisión por la vía sexual con parejas estables que tienen prácticas de riesgo, principalmente prácticas bisexuales sin protección.

En México, la transmisión sexual es responsable de 95.8% de los casos acumulados de SIDA entre 1983 y 2007. De éstos, 57,905 se han presentado en hombres y 11,155 en mujeres. En la transmisión vertical se ha notificado un acumulado de 845 hombres y 853 mujeres con VIH. Se estima que más de la mitad de estos menores están vivos, lo que corresponde a 2.3% de los casos menores de 15 años de edad.

Tabla1. VIH pediátrico en 2007

Categoría de Transmisión	Hombres (casos diagnosticados 2007)		Mujeres (casos acumulados 2007)	
	Número	*Porcentaje*	*Número*	*Porcentaje*
Perinatal	42	97.7	49	96.1
Transmisión sanguínea	0	0.0	0	0.0
Transmisión sexual	1	2.3	2	3.9
Se desconoce*	3	6.5	1	1.9
Total	**46**	**100.0**	**52**	**100**

Fuente: DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre 2007.

Tabla 2: Nuevos casos nuevos y casos acumulados de SIDA pediátrico

Perinatal	Segundo semestre 2007	Casos acumulados (1983-2007)
Hombres	42	845
Mujeres	49	853

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2007.

Patogénesis

Existen características propias de las mujeres (genéticas, tipo de virus, evolución de la infección CD4 y carga viral) que determinan el riesgo de infectar a su producto; así como situaciones obstétricas (ruptura prematura de membrana, corioamnioitis) que aumentan el riesgo de transmisión al producto. Además, hay diferentes momentos del embarazo y la lactancia en que puede ocurrir la transmisión del virus hacia el niño, como son los siguientes:

- *In útero*. A partir de la octava semana de embarazo pueden existir partículas virales del VIH en el tejido fetal, como consecuencia del contacto de la sangre materna y la sangre fetal durante el crecimiento de la placenta.
- *Durante el trabajo de parto*. Esta forma de transmisión ocurre por el estrecho contacto de la sangre materna con la del niño, el líquido amniótico y otros tejidos que contengan virus.
- *Posparto*. En este momento, la infección ocurre por la alimentación con leche materna, la cual puede incrementar hasta en 30% las posibilidades de infección. Por esta razón, la lactancia materna en mujeres con VIH no se recomienda en lugares donde existe la posibilidad de alimentar al niño con leche industrializada.

La transmisión vertical del VIH puede ocurrir desde el primer trimestre del embarazo y las posibilidades de infección pueden aumen-

tar dependiendo del estadio de la enfermedad. Si la madre presenta manifestaciones clínicas de SIDA, el riesgo de adquirir el virus se puede acrecentar cuando existen otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis.

Algunos análisis efectuados con otros virus han demostrado que los monocitos y los macrófagos juegan un papel crítico en la patogénesis, ya que estas células actúan como un reservorio para la persistencia viral, o bien actúan como medios de transporte en la diseminación de la infección a otros sitios.

Hasta el momento, se desconoce el papel exacto que desempeñan las células de Hofbauer en la transmisión vertical del VIH. Es posible que los macrófagos infectados con VIH-1 puedan proteger al feto o, alternativamente, puedan actuar como un reservorio para el virus para posteriormente transmitirlo a la circulación fetal infectando los linfocitos fetales.[3,4]

En cuanto a la infección postparto, que ocurre a través de la alimentación con leche materna, se ha encontrado el virus VIH-1 en 73% de muestras de leche de mujeres positivas al VIH con ayuda de técnicas de cultivo celulares y de biología molecular. El riesgo de esta forma de transmisión puede variar dependiendo del tiempo de duración de la lactancia, la carga viral de la madre, las lesiones orales del lactante, la presencia de lesiones en la glándula mamaria, entre otras circunstancias. La recomendación general es evitar la lactancia materna cuando se sabe que la madre tiene VIH, siempre y cuando existan fórmulas lácteas disponibles para alimentar al bebé.[5]

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por VIH durante el embarazo se realiza utilizando los mismas pruebas que se aplican a otros adultos. Se trata de estudios que detectan anticuerpos para el VIH, como son las pruebas inmunoenzimáticas (EIA) y la prueba de inmunoelectrotransferencia (Western blot). Para mejorar la oportunidad del diagnóstico, se han desarrollado además las llamadas "pruebas rápidas", cuyos resultados se obtienen a los 15 o 20 minutos después de obtenida la muestra. Estas pruebas son de especial utilidad en la prevención de la transmisión perinatal, ya que el tiempo en que se realice el diagnóstico y se brinde el TARV es crucial para disminuir el riesgo de la transmisión.[6,7]

Para el diagnóstico de niños, los métodos anteriores no son del todo eficientes pues la transmisión de los anticuerpos de la madre al producto puede generar falsos positivos. Por esta razón, se deben utilizar herramientas como: el cultivo viral, el DNA del VIH y la carga viral, la cual detecta RNA viral.

Tratamiento

En México el acceso al tratamiento para disminuir la transmisión vertical está disponible desde 1998, con lo que se garantiza el tratamiento a la madre y a su hijo. Esta estrategia ha reducido el número de casos de niños infectados por esta vía.

El tratamiento recomendado para la mujer embarazada con VIH incorpora las recomendaciones internacionales e integra los beneficios observados con el uso de la terapia antirretroviral altamente activa. Se ha mostrado que brindar el tratamiento óptimo a la madre evitará la transmisión al niño y el riesgo de futuras resistencias a los antirretrovirales.[8]

La Guía para el manejo antirretroviral de las personas con VIH/SIDA,[10] establece el tratamiento para las mujeres embarazadas de acuerdo con el momento en que se realice el diagnóstico:

Tabla 3. Atención a mujeres con VIH

Situación clínica	Conducta a seguir
Primeras semanas de gestación	Evaluar estadio clínico, Dc4 y Carga Viral Profilaxis o tratamiento ARV Profilaxis al recién nacido
Más de 36 semanas de gestación	Evaluar estadio clínico Tratamiento ARV Profilaxis al recién nacido
Diagnóstico en el momento de trabajo de parto	Tratamiento ARV Profilaxis al recién nacido
Mujer con diagnóstico de VIH que se embaraza	Evaluar estadio clínico Evaluar seguridad del tratamiento ARV y modificarlo si es necesario

Profilaxis en el recién nacido

Diversos estudios han mostrado una disminución en las tasas de transmisión materno-fetal y la reducción en la transmisión de cepas resistentes con el uso de terapia combinada (TARAA), por lo que, en la actualidad, la monoterapia no está recomendada. El manejo del recién nacido (RN) de madres con VIH incluye:

- En todos los casos, tomar carga viral (CV) para establecer el diagnóstico de infección por VIH.
- Si la madre recibió TARAA por un periodo de más de cuatro semanas, el RN debe recibir doble terapia con ZDV + 3TC V.O. a partir de la sexta hora de vida durante siete días. En caso de intolerancia a la vía oral se recomienda: ZDV intravenosa cada seis horas.
- Si la madre recibió un esquema menor de cuatro semanas se recomienda terapia triple con ZDV-3TC-saquinavir durante cuatro semanas para el RN, ya que en estos casos existe mayor posibilidad de transmisión.

En los casos en que la madre recibió TARAA y su CV al nacimiento es < 50 copias, se considera que el tratamiento en el niño pudiera NO ser necesario, pero se recomienda ofrecer profilaxis al RN con biterapia ZDV-3TC durante siete días.

Beneficio de la cesárea electiva

Diversos estudios clínicos han mostrado el beneficio de la cesárea electiva para reducir hasta en 50% el riesgo de transmisión madre-hijo del VIH en aquellas mujeres que no recibieron un tratamiento antirretroviral adecuado.

En las mujeres que reciben TARAA se han encontrado niveles de transmisión menores de 1.2% cuando la CV es indetectable o < 1000 copias y la cesárea electiva no reporta beneficios adicionales. Cuando no se cumple este objetivo, se recomienda la cesárea electiva.[11]

Lactancia

La lactancia materna para los hijos de las mujeres con VIH es una importante fuente de transmisión del virus. Entre 15 y 25% de los hijos de mujeres con el virus se infectaron durante el embarazo o el parto, y entre 5 y 20% tienen el riesgo de ser infectados durante la lactancia.[5]

Hasta ahora, se sabe que los factores que facilitan la transmisión del VIH durante la lactancia materna son:

- Mastitis.
- Candidiasis bucal en el lactante.
- Periodo prolongado de lactancia, superior a los seis meses y hasta dos años.
- Alimentación mixta. La cual favorece la inflamación intestinal, diarrea y facilita la transmisión del VIH.

Las recomendaciones para la lactancia materna en mujeres con VIH son:

- Evitar la lactancia materna y usar fórmula. Las instituciones deben asegurar la provisión de fórmula láctea desde el posparto inmediato y durante los primeros seis meses de vida.
- Evitar la lactancia mixta.

En situaciones de emergencia, cuando no se dispone de fórmula láctea para alimentar al bebé, se recomienda extraer la leche materna y hervirla durante al menos cinco minutos para administrarla sólo por tiempos cortos con un máximo de 48 horas.

Conclusiones

Es prioritario disminuir el número de lactantes infectados con VIH. Para lograrlo, se requiere que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de salud antes del parto y reciban información y asesoramiento.

Algunas medidas para mejorar la calidad de vida de las mujeres con VIH y sus hijos son: aumentar la disponibilidad de tratamientos eficaces para las mujeres y los recién nacidos con VIH; llevar a cabo intervenciones efectivas como el asesoramiento y los ensayos clínicos voluntarios y confidenciales, acceso a tratamientos, especialmente a terapia antirretroviral y, si corresponde, proporcionar sustitutos de leche materna y ofrecer una amplia gama de servicios. Las estrategias para lograrlo son:

- La detección oportuna del VIH en las embarazadas en etapas tempranas de la gestación o antes del parto.
- Asesoría y consejería para las mujeres embarazadas.

- Detección de otras ITS, como la sífilis.
- Ofrecer tratamiento antirretroviral.
- Parto por cesárea.
- Sustitución de la leche materna.

Debe considerarse que la salud de las madres determina en gran medida la futura salud de sus hijos, lo que afecta de manera directa la formación de capital humano. Asimismo, debe tomarse en cuenta que la enfermedad o muerte de la madre tiene implicaciones graves no sólo para los hijos que deja, sino también para el funcionamiento de la comunidad en que habita. Las madres saludables tienen más tiempo para la interacción social, la ayuda mutua y la creación de las redes, que son prerrequisito para la formación de capital social.

Algunas intervenciones relativamente pequeñas en la salud materna pueden traducirse en ahorros sustantivos en el futuro, pues eliminan la necesidad de incurrir en los gastos del tratamiento de enfermedades que los niños no desarrollarán en la edad adulta como resultado de una infancia saludable, además de que evitan mucho sufrimiento humano innecesario.

Es necesario trabajar de cerca dentro del núcleo de la familia para identificar los factores individuales de riesgo, especialmente modificando nociones preconcebidas de los roles de género. En muchos ámbitos no existen condiciones para practicar el sexo seguro, sobre todo porque las mujeres ocupan posiciones sociales subalternas; tanto si se encuentran en relaciones estables, como si son trabajadoras sexuales.

La cultura mexicana y, en general la cultura latina, no está acostumbrada a que las mujeres establezcan las normas del juego dentro de las relaciones de pareja, lo que dificulta el uso de medidas de protección como el condón. Esto se traduce en una relación completamente asimétrica entre hombres y mujeres, en lo que se refiere a la toma de decisiones sobre las prácticas sexuales. Esta asimetría de poder en términos sexuales se evidencia en la iniciación sexual temprana en las niñas y jóvenes, en la violencia sexual y doméstica, así como en la falta de poder de muchas mujeres para exigirle a sus parejas el uso del condón.

Bibliografía

1. WHO. Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children. WHO: Ginebra; 2007.
2. ONUSIDA/OMS. Situación de la Epidemia del SIDA. ONUSIDA/OMS: Ginebra, 2005.
3. Villegas Castrejón H, Gorbea-Robles MC. Estudio comparativo de la placenta de madres seropositivas a VIH. Análisis ultraestructural. Ginecología y Obstetricia de México, 1996. Volumen 64 (4): 167-176.
4. Gorbea-Robles MC. Diagnóstico de la infección por el VIH/ SIDA. En: Manejo integral del binomio madre-hijo con VIH/SIDA. México: Manual Moderno; 2003: p. 95-108.
5. OPS. Transmisión del VIH a través de la lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. OPS: Washington; 2004
6. CDC. Revised recommendations for HIV testing of 5. adults, adolescents, and pregnant women in healthcare settings. MMWR 2006;55 (RR-14):1-17.
7. CDC. Quality Assurance guidelines for testing for testing using the Oraquick rapid HIV-1, 2003.
8. Nielsen K. Pediatric HIV infection. HIV Clinical Management, vol. 12. Medscape, 1999.
9. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabito C et al. Intrapartum and neonatal single -dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999; 354: 795-802.
10. CENSIDA. Guía de Manejo ARV de las personas que viven con VIH/SIDA. 3ª edición, México: CENSIDA; 2007.
11. Thorne C. The European Collaborative Study. Antiretroviral therapy and cesarean section to reduce vertical transmission of HIV in Europe. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; julio 9-14, 2000; Durban, Sudáfrica. Abstract MoOrC240.

Recursos recomendados

La Biblioteca Virtual en Salud (www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm) permite acceder a bases de datos como: Medline, LILACS, PAHO, DESASTRES, ADOLEC, y WHOLIS. Otras direcciones que ofrecen información actualizada sobre temas de la salud son:

- Free Medical Journals: www.freemedicaljournals.com
- Libros de Medicina: www.freebooks4doctors.com
- New England Journals: http://content.nejm.org
- BioMed Central: www.biomedcentral.com
- Centros para Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos: www.cdc.gov

Actividades complementarias

Se sugiere consultar la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH 2007, disponible en: www.salud.gob.mx/conasida

Autoevaluación

Instrucciones: Lea el sigiente caso clínico y conteste las preguntas eligiendo la opción u opciones que considere correctas. Verifique sus respuestas con las que aparecen al final del texto. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente este capítulo.

Caso clínico: Una mujer de 22 años de edad acude a consulta médica con los siguientes antecedentes: originaria y residente del Distrito Federal, escolaridad secundaria, dedicada al hogar, en unión libre. Su pareja sexual es un hombre de 30 años, aparentemente sano. Él es Ingeniero Agrónomo y viaja frecuentemente.

G II, P I, A 0, C 0, FUR hace ocho semanas. La exploración física reveló: hábito exterior de acuerdo con su edad, tórax sin compromiso, buena coloración de tegumentos, glándulas mamarias turgentes, hiper pigmentación de areola, en abdomen duro +, no doloroso, ruidos peristálticos normales, a la exploración ginecológica se aprecia flujo amarillento mal oliente ++, cérvix blando sin alteraciones resto de la exploración física sin datos patológicos.

1. Con los datos presentados ¿qué pruebas realizaría?

a. PCR para VIH.
b. Determinación de antígeno P24.
c. Confirmación de embarazo, VDRL.
d. Prueba de ELISA para VIH.
e. Confirmación del embarazo, VDRL y ofrecer Consejería para prueba de VIH.

2. Si la usuaria acepta la prueba de VIH, ésta resulta positiva (EIA y Wb) y además el VDRL y FTA son positivos, ¿qué conducta es la más apropiada?

a. Prescribir tratamiento inmediato con penicilina.
b. Prescribir tratamiento inmediato tratamiento antirretroviral.
c. Recomendarle que es mejor abortar.
d. Canalizarla a un servicio especializado.
e. Citar a su pareja para realizar un diagnóstico oportuno.

3. La paciente presenta una determinación de carga viral de 70,000 copias y CD4 de 300, por lo que usted:

a. Le recomienda iniciar tratamiento ARV.
b. No le recomendaría iniciar tratamiento ARV.
c. Iniciaría profilaxis para infecciones oportunistas.
d. Recomendaría medidas higiénicas-dietéticas.
e. Notificación epidemiológica.

4. La paciente decide continuar con su embarazo, por lo que usted:

a. Recomienda que se le debe practicar cesárea.
b. Refiere que practicar la lactancia al seno materno es perjudicial para el bebé.
c. Refiere que es mejor que interrumpa el embarazo.
d. La trasfiere a un servicio especializado.
e. Le refiere que es un embarazo de alto riesgo.

Respuestas

1. e
2. d, e
3. a, e
4. d, e

Capítulo 6

Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) en México

Juan G. Sierra Madero

Objetivo general

Conocer la evolución del tratamiento antirretroviral en México.

Objetivos específicos

- Identificar las acciones que han tomado las diferentes instituciones de salud y otras organizaciones sociales en relación al tratamiento antirretroviral.
- Identificar los retos que actualmente se presentan con respecto a los costos, disponibilidad y otros aspectos del tratamiento antirretroviral.

Introducción

Desde su inicio, la epidemia de VIH/SIDA en México ha representado un verdadero reto para el sistema de salud del país. Cuando todavía no existía un tratamiento eficaz, las políticas se enfocaron a la prevención y diagnóstico oportunos. Sin embargo, cuando empezaron a surgir tratamientos antirretrovirales efectivos, el enfoque cambió para lograr que la población infectada tuviera acceso al tratamiento. En la actualidad, se han dado grandes avances para lograr el abasto de medicamentos a la población con VIH, pero sigue habiendo diversos factores que limitan su efectividad y la atención integral de los pacientes.

El primer caso de SIDA en México fue reportado en 1983. En 1986, surgió la primera respuesta gubernamental a la epidemia, con la creación del Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), cuyas actividades consistían en la coordinación de esfuerzos en la lucha contra el SIDA. En 1988, por decreto presidencial, CONASIDA cambió de categoría a Consejo Nacional. Entonces, las funciones de dicho Consejo consistían en formular y difundir las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH/SIDA. En 2001, se creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), que constituía el Secretariado Técnico del CONASIDA y asumió las funciones normativas y de monitoreo de la epidemia.

Las instituciones de salud de México han tenido diferentes respuestas para el manejo de esta enfermedad. Los primeros enfermos de SIDA fueron diagnosticados y atendidos en la Secretaría de Salud. Desde 1983 hasta 1996, la atención se concentró en hospitales de tercer nivel. A partir de 1986, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se instalaron módulos de detección de VIH. Por su parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) abrió clínicas de SIDA en 1984 en hospitales regionales y generales.

En 1987, surgió el primer fármaco contra VIH: la zidovudina o AZT, sin embargo, no estuvo disponible en México hasta 1991. Por esta razón, hasta 1990, el tratamiento para los pacientes con VIH se dirigía a tratar las infecciones oportunistas y las neoplasias que se presentaban como complicación de la enfermedad. De 1992 a 1996 surgieron nuevos fármacos antirretrovirales (zalcitabina, didanosina, estavudina), que gradualmente estuvieron disponibles en todo el país. Los tratamientos combinados de dos nucleósidos fueron una mejoría en comparación con la monoterapia, pero el beneficio obtenido fue transitorio.

Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA)

Entre 1996 y 1997 se introdujo el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), el cual mejoró de manera importante el pronóstico de la enfermedad, reduciendo la incidencia de las infecciones oportunistas, la mortalidad y la frecuencia de hospitalizaciones. Dicho tratamiento consiste en el uso de por lo menos tres fármacos: dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, combinados ya sea con un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa o un inhibidor de proteasa.

Aunque el TARAA representó un gran avance en el tratamiento contra la enfermedad, su elevado costo limitó durante mucho tiempo el acceso amplio a este tratamiento en México. Muchas de las personas infectadas por el virus en los países de ingresos medios y bajos (dentro de los cuales se encuentra México) no podían pagar los altos costos del tratamiento.

Acceso al tratamiento

Desde 1992, las instituciones de seguridad social en México han ofrecido atención y tratamiento gratuitos a las personas que viven con VIH. Sin embargo, las personas no aseguradas, que representan más de 50% de las personas infectadas por el virus, y que reciben atención en hospitales de la Secretaría de Salud, no tenían acceso a tratamiento antirretroviral.

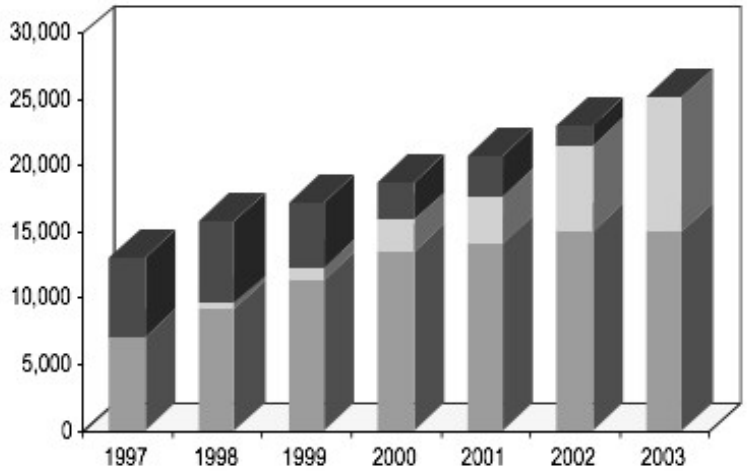
El papel de las ONG en esa época fue muy importante, ya que ejercieron presión para lograr obtener financiamiento gubernamental de los programas de antirretrovirales y para acelerar la inclusión de nuevos fármacos al cuadro básico.

En 1996, CONASIDA empezó a entregar antirretrovirales de manera gratuita a una pequeña parte de la población que no estaba asegurada. Un año más tarde, el gobierno mexicano le pidió al Consejo que volviera a cumplir sus labores de agencia de coordinación y que ya no entregara los medicamentos. A partir de esto, se creó en 1997 un fideicomiso llamado FONSIDA, el cual contó con la participación de la Secretaría de Salud, CONASIDA, los Servicios Estatales de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la industria farmacéutica y donadores privados. FONSIDA tenía como finalidad recaudar fondos y distribuir antirretrovirales a los hospitales de la Secretaría de Salud para los pacientes sin recursos económicos y sin seguridad social o privada. Para finales de 1998, FONSIDA otorgaba medicamentos a todos los pacientes menores de 18 años y a todas las mujeres embarazadas, tanto para la prevención de la transmisión antes del parto, como para continuar el tratamiento de la madre después de éste. Sin embargo, aunque sólo 15% de las personas infectadas por el VIH podrían haber hecho uso de FONSIDA debido al presupuesto que tenía, este programa no fue totalmente aprovechado. Finalmente, en el año 2000 dejó de operar, cuando se decidió incorporar la terapia antirretroviral al presupuesto de la Secretaría de Salud.

En 2000, el gobierno mexicano se comprometió a que para 2006 entregaría tratamiento antirretroviral de manera gratuita a todo aquél que lo necesitara por medio de un programa gubernamental. El presupuesto asignado a los gastos relacionados con el VIH/SIDA ha aumentado de manera considerable. Además, mientras en el pasado un porcentaje importante de dicho presupuesto se basaba en la prevención, ahora ha aumentado el porcentaje relacionado con el tratamiento. A pesar de esto, la cobertura de la atención integral para las personas con VIH (incluyendo consultas, otros medicamentos, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones, etc.) continúa siendo muy limitada (ver Gráfica 1).

Pero a pesar de estas limitaciones, se han logrado avances en cuestiones de precios y disponibilidad de

Gráfica 1: Acceso a antirretrovirales gratuitos en México



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

medicamentos. En 2001 y 2002, las secretarías de salud de distintos países de Latinoamérica y el Caribe realizaron negociaciones con diversas compañías farmacéuticas, con lo que se logró la reducción en el costo de los tratamientos y actualmente algunas de las terapias cuestan 1/12 de lo que valían en 2001. México también ha conseguido acelerar el proceso de aprobación de los fármacos relacionados con el VIH. Este proceso podía tomar hasta cuatro años y actualmente se puede llevar a cabo de dos a cuatro semanas, lo que ha provocado que la mayoría de los antirretrovirales disponibles en los Estados Unidos también lo estén en México.

Situación actual

Diferentes estudios realizados recientemente muestran que, con la introducción del TARAA, la disminución en la mortalidad por VIH puede ser similar en países con recursos limitados (como México) y en países desarrollados, sobre todo después de los primeros cuatro o seis meses. En general, se ha visto que los pacientes en países en vías de desarrollo inician tratamiento con una inmunodeficiencia considerablemente más avanzada que los pacientes en países industrializados, lo que implica un peor pronóstico y una mortalidad más alta en los primeros meses de tratamiento. Sin embargo, las respuestas inmunológicas y virológicas al TARAA han demostrado ser similares tanto en lugares que cuentan con elevados recursos económicos como en los que no los tienen.

En cuanto a los estudios realizados en México, se han analizado diversos grupos desde la introducción del TARAA. Bautista y sus colegas demostraron cómo se ha dado la evolución hacia la terapia triple. En 1997, 69.4% de los pacientes que estudiaron estaban siendo tratados con biterapia y sólo 26.4% con tres medicamentos. Por otro lado, en 2001, la proporción de pacientes que ya seguía un esquema TARAA era de 88.1%. En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), se analizó una cohorte de 155 pacientes que recibieron TARAA entre 1997 y 2000. En este grupo, 50% de los pacientes presentaron una supresión virológica en forma sostenida durante más de un año de seguimiento. Otro hallazgo importante fue que los pacientes que recibieron tratamiento a través de una institución de seguridad social tuvieron una peor respuesta que los que lo recibían por otros medios. En esa misma institución, se analizó la cohorte de pacientes que inició TARAA de 2001 a 2005 (cuando ya había acceso al tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud). La mediana de seguimiento fue de 20.6 meses. El estudio encontró que más de la mitad de los pacientes que iniciaron TARAA lo hicieron en fases avanzadas de la enfermedad, la probabilidad de falla virológica a cuatro años fue del 20% y el porcentaje de pacientes con una carga viral menor a 50 copias en su última consulta fue de 78%.

Actualmente, el tratamiento antirretroviral es cada vez más accesible a la población a través del programa de distribución gratuita de antirretrovirales para población no asegurada y la cobertura de instituciones de seguridad social. Se estima que en 2005 México ya había alcanzado una cobertura de 100% de las personas registradas vivas con SIDA, lo que equivale a unas 30,000 personas recibiendo tratamiento.

Al introducirse el TARAA, las cifras de mortalidad empezaron a disminuir, al igual que ha sucedido en otros países del mundo. Por ejemplo, la tasa de mortali-

dad en población de 25 a 34 años, que creció de 1.8 por 100,000 habitantes en 1990 a 4.6 en 1996, se redujo en 1997 hasta alcanzar el 4.4 en 2003. Sin embargo, sigue habiendo muchos factores que limitan la efectividad del tratamiento.

Se ha encontrado, por ejemplo, que un alto porcentaje de los esquemas prescritos en México no tienen relación con lo estipulado por las guías de tratamiento, tanto nacionales como internacionales. En la actualidad, todavía hay pacientes que reciben mono o biterapia. Además, se ha documentado que muchos pacientes experimentaban un gran número de cambios en sus esquemas de tratamiento y a esto hay que sumar un importante problema de desabasto de medicamentos en distintas instituciones del Sector Salud.

Pero además de los problemas existentes en las instituciones de salud, hay otros factores que representan un obstáculo al éxito terapéutico del TARAA. En primer lugar, se encuentran aspectos relacionados con la calidad de vida. Muchos pacientes presentan intolerancia a los efectos adversos de los medicamentos y, además, existen interacciones con otros fármacos. Aunque se intenta simplificar cada vez más los esquemas, sigue habiendo algunos que consisten en un gran número de pastillas que se deben tomar en diferentes momentos del día.

Otro aspecto muy importante a tomar en cuenta es el apego adecuado al tratamiento. Se ha establecido que para que el tratamiento sea exitoso, el apego debe ser mayor a 90%. Junto con la implementación de programas universales de tratamiento antirretroviral, ha surgido la preocupación de que la falta de apego lleve al desarrollo de resistencia. El argumento es que puede haber disminución en el apego como resultado de la falta de sistemas sustentables de entrega de medicamentos (tomando en cuenta tanto a los laboratorios como a las instituciones de salud) y de atención en general. Esto podría llevar al surgimiento de cepas resistentes al tratamiento, lo que constituye un problema creciente en la actualidad. Por todo eso, es fundamental que el abasto de medicamentos sea adecuado y que existan sólidos programas de educación para fomentar el apego entre los pacientes.

La especialización de los médicos tratantes también es un factor de peso en el éxito del tratamiento. Se ha visto que, en el caso del VIH, existe una mayor sobrevida en aquellos centros con médicos tratantes con mayor exposición a pacientes y mayor experiencia en el tratamiento antirretroviral. Existe controversia respecto al grado de especialidad que deben de tener los médicos que atiendan a pacientes con VIH, sin embargo, se sugiere que si los médicos encargados de la atención de pacientes con VIH no son especialistas, puedan tener contacto y consultar a médicos especialistas fácilmente.

Las diversas instituciones de salud de México han respondido de manera diferente a la epidemia. El IMSS ha mostrado tener sistemas rígidos, que son poco adaptables a las nuevas necesidades que plantea la epidemia. En muchas ocasiones, la prescripción de antirretrovirales en hospitales de segundo nivel está a cargo de médicos no especializados, mientras que sólo los casos complicados son atendidos en tercer nivel por especialistas.

Por otro lado, la Secretaría de Salud estuvo ausente en el abasto de medicamentos y en muchos aspectos del tratamiento, hasta 2001. Fue hasta después del año 2000 que se crearon las primeras clínicas de SIDA y programas de antirretrovirales.

Un problema fundamental para el manejo de la epidemia como tal es la nula integración entre los distintos sistemas de salud, ya que la epidemia cruza a varios de ellos. Si se contara con una atención coordinada centralmente, con acuerdos interinstitucionales de colaboración, se podrían obtener ventajas con respecto al sistema actual. En primer lugar, sería posible uniformar los criterios de atención y así se evitarían problemas al migrar individuos entre los distintos sistemas de salud. Se contaría con sistemas de información confiables de la epidemia y el tratamiento en las instituciones del sector salud. Además, se lograría un seguimiento integral de los pacientes y podrían optimizarse los recursos al poder negociar mejores precios de antirretrovirales, mejorar la distribución y el abasto. Otra ventaja es que se facilitaría la asociación de la atención medica con la investigación, lo cual además de apoyar la obtención de nuevos conocimientos, por sí mismo se asocia con una mejor calidad de la atención.

Costos

En el estudio realizado por Bautista y sus compañeros en distintas instituciones mexicanas entre 1997 y 2001, se demuestra el papel fundamental que implica la terapia antirretroviral en el costo de la atención de los pacientes con VIH/SIDA.

El costo anual promedio por paciente aumenta de manera sustancial al iniciar el TARAA. Antes de que hubiera este tratamiento, los antirretrovirales representaban entre el 35 y 59% de los costos totales, mientras que después de su introducción, esta terapia llegó a constituir hasta 78.3% de los gastos. En ese mismo estudio se observó que el tratamiento no reducía los costos totales. Aún cuando hay una disminución en los días de hospitalización después de iniciar el TARAA, dicha disminución no es lo suficientemente importante como para compensar los costos de los medicamentos.

Estos resultados no coinciden con estudios realizados en Brasil y Barbados, donde sí se encontró que la introducción de TARAA podría ocasionar una disminución global de los costos. Por ejemplo, en Brasil, la provisión de antirretrovirales a toda la población ha causado una disminución de 75% del tiempo promedio de hospitalización. Además, en ese país se han evitado aproximadamente 234,000 hospitalizaciones. Esto se traduce en beneficios económicos que eventualmente podrían aumentar si aumenta el número de pacientes recibiendo antirretrovirales y los precios de los medicamentos se mantienen constantes. Hay que tomar en cuenta que el estudio realizado en México se llevó a cabo antes de que existiera la cobertura universal de medicamentos, lo cual podría explicar las diferencias que se encontraron con el programa brasileño.

Otra situación importante con respecto a los costos, son las necesidades prioritarias en el país (desarrollo, educación, salud, etc.), ya que dentro del mismo sector salud, los recursos destinados a la prevención compiten con los dirigidos hacia el tratamiento. Se deben realizar diferentes estrategias para que los precios de los antirretrovirales disminuyan lo más posible y puedan seguir siendo financiados por el gobierno. En primer lugar, se encuentra el "precio preferencial", en el que las compañías farmacéuticas ajustan el precio de los medicamentos al poder adquisitivo del país. También existen los acuerdos regionales y subregionales, en los que grupos de países colaboran para adquirir volúmenes más grandes de medicamentos a menores precios. Además, también se pueden identificar nuevas fuentes de financiamiento, tanto públicas como privadas, que contribuyan a adquirir los medicamentos.

Retos

Las limitaciones que enfrenta el sistema de salud para atender la epidemia del VIH/SIDA plantean muchos retos. En primer lugar, es fundamental que el diagnóstico de la enfermedad se realice de manera oportuna, ya que un gran número de pacientes son diagnosticados en etapas muy avanzadas, lo que implica un inicio tardío del tratamiento y un pronóstico poco alentador para los pacientes. En cuanto al apego, existen diversas estrategias que pueden realizarse para explicar su importancia a los pacientes e incrementar el apego de cada uno a su tratamiento. También es importante consolidar a los grupos relacionados con el tratamiento, lo que se puede lograr fortaleciendo a los grupos ya existentes (mejorando la infraestructura, educando al personal) y favoreciendo el trabajo multicéntrico.

En cuanto a las instituciones de salud, se deben integrar y reorganizar, siguiendo guías de tratamiento claramente establecidas y creando bases de datos que reflejen los distintos aspectos de la epidemia en el país. Debe haber una mejor interacción entre personal médico, de enfermería y trabajadores sociales, así como mayor participación de la sociedad civil y las ONG. Además, es indispensable realizar investigación para conocer mejor las características particulares de la epidemia de VIH/SIDA en México y cómo actuar ante ella de manera adecuada.

Otro aspecto básico es lograr un adecuado abasto de medicamentos, ya que éste es fundamental para lograr un buen apego, limitar el surgimiento de cepas resistentes y limitar el número de cambios que se le deben hacer a un esquema. Es importante tomar en cuenta que el número de pacientes que necesiten antirretrovirales irá aumentando en los próximos años, no sólo porque habrá nuevas personas que cumplan con criterios de

inicio de tratamiento, sino también porque es probable que más personas se realicen pruebas diagnósticas al saber que el tratamiento es gratuito. Es por esto que se debe hacer un pronóstico lo más preciso posible de la cantidad de medicamentos que se necesitarán en el futuro próximo. Así, diferentes instituciones como el gobierno y las compañías farmacéuticas podrán planear y movilizar los recursos para continuar con un adecuado abasto de medicamentos.

Conclusión

En los últimos años se han dado grandes avances en el tratamiento del SIDA en México y el mundo. No obstante, aún existen muchos obstáculos que deben ser superados para que las personas que padecen esta enfermedad reciban el máximo beneficio posible. Es importante tomar en cuenta que, para que el programa de acceso a antirretrovirales sea exitoso en nuestro país, no sólo debe haber disponibilidad de medicamentos, sino también un sistema de salud bien estructurado, integrado, o al menos coordinado, con estrategias viables y bien definidas, que ayuden en el combate de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Gutiérrez J, López-Zaragoza J, Valencia-Mendoza A, Pesqueira E, Ponce-de-León S, Bertozzi S. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? Rev Invest Clin 2004; 56(2): 242-252.
2. Del Rio C, Sepúlveda J. AIDS in Mexico: lessons learned and implications for developing countries. AIDS 2002; 16: 1445-1447.
3. Bautista S, Dmytraczenko T, Kombe G, Bertozzi S. Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. Versión revisada Octubre de 2003. Reporte técnico Nº 020. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.
4. Bautista-Arredondo S, Mane A, Bertozzi S. Economic impact of antiretroviral therapy prescriptions decisions in the context of rapid scaling-up of access to treatment: lessons from Mexico. AIDS 2006; 20: 101-109.
5. Sabin C, Smith C, et al. Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy: uptake and responses to antiretroviral therapy. AIDS 2004; 18: 2145-2151.
6. Jáuregui L, Ruiz-Palacios G, Guerrero-Almeida L, Niño-Oberto S, Peasey A, Sierra-Madero J. Evaluación de la terapia antirretroviral muy activa (TARMA) en una cohorte de pacientes con infección por VIH en México. Rev Invest Clin. 2003; 55(1): 10-17
7. Crabtree B. Efectividad del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) en pacientes con infección por VIH, vírgenes a tratamiento que pertenecen al Programa Gubernamental para Acceso Gratuito a Antirretrovirales: cohorte del 2001 al 2005. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México; 2006
8. Zewdie D, De Cock K, Piot P. Sustaining treatment costs: who will pay? AIDS 2007; 21(suppl 4): S1-S4.
9. Dunne, M. Antiretroviral drug development: the challenge of cost and access. AIDS 2007; 21(suppl 4): S73-S79
10. Galárraga O, O'Brien M, et al. Forecast of demand for antiretroviral drugs in low and middle-income countries: 2007-2008. AIDS 2007; 21(suppl 4): S97-S103
11. The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration, ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. The Lancet 2006; 367 (9513): 817-824.
12. Chequer O, Cuchí P, Mazin R, Calleja J. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. AIDS. 2002; 16(Suppl 3): S50-S57.
13. Sistema Nacional de Información de VIH/SIDA. Programa Nacional de SIDA de la Secretaría de Salud de Brasil.
14. Chequer P. World Bank Misión Report. Barbados-Multi-Country HIV/AIDS Prevention and Control Project. Report No. PID10562. World Bank 2002.
15. Volkow P, Villasis A, Cornejo P, Sierra-Madero J. Rapid scaling-up of access to antiretroviral therapy in Mexico: Is it better not to treat? AIDS. 2007; 21(2):261-2.

Actividades complementarias

El alumno investigará cuántos medicamentos antirretrovirales se utilizan en México, y cuáles son los esquemas de tratamiento inicial y de rescate propuestos según la última Guía de CENSIDA para el Manejo ARV de las personas que viven con VIH/SIDA. Es posible consultar el portal de CENSIDA en: http://www.salud.gob.mx/conasida

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. Algunos avances para incrementar la disponibilidad de los antirretrovirales en México son:

a. La creación de distintos fondos especiales que financien este tratamiento.
b. Acelerar los procesos de aprobación de los fármacos.
c. Reducir el costo de los tratamientos.
d. La solicitud de préstamos para la compra de medicamentos.
e. Capacitar al personal de salud para que den tratamiento para el VIH.

2. ¿La introducción del TARAA en México ha disminuido la mortalidad de forma similar a los países desarrollados?

a. Cierto.
b. Falso.

3. ¿Qué factores limitan la efectividad del TARAA en México?

a. Que gran parte de los esquemas que se prescriben no se apegan a las guías de tratamiento nacionales e internacionales.
b. La falta de apoyos gubernamentales.
c. El desabasto de medicamentos.
d. Los intereses de los laboratorios que venden el tratamiento.
e. La falta de apego al tratamiento por parte de los pacientes.

4. Algunas de las ventajas que podrían obtenerse con la integración de los sistemas de salud mexicanos serían:

a. La unificación de un sólo tratamiento para todos los pacientes.
b. La compra de medicamentos para varios años y el ahorro que eso significaría.
c. Mejorar los sistemas de información sobre la epidemia.
d. Facilitaría el seguimiento integral a los pacientes.
e. Mejoraría la asociación entre atención e investigación.

5. El precio preferencial de medicamentos que se menciona en el texto hace referencia a:

a. El precio que dan las farmacéuticas ajustado a la capacidad de compra de cada país.
b. El precio que se da a los países que hacen compras anticipadas.
c. El precio de mayoreo.
d. El precio que obtienen los países al sumar esfuerzos para comprar medicamentos.
e. El precio que se negocia a través de las agencias internacionales.

Respuestas

1. b, c
2. a
3. a, c, e
4. c, d, e
5. a

Capítulo 7

Apego al tratamiento antirretroviral

Juan G. Sierra Madero
Ana Barrera Vargas

Objetivo general

Conocer la importancia del apego a la terapia antirretroviral para lograr resultados exitosos en el tratamiento del VIH/SIDA

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo más importantes para presentar mal apego al tratamiento.
- Conocer distintas estrategias para mejorar el apego.

Introducción

El apego a un tratamiento médico se define como el grado en que el paciente toma sus medicamentos de acuerdo con lo indicado por el médico. El apego (a veces también llamado "adherencia") generalmente se reporta como el porcentaje de las dosis prescritas del medicamento que el paciente realmente tomó durante un periodo específico. El apego subóptimo es frecuente en distintos tipos de enfermedades y en diversos grupos poblacionales. Se ha estimado que la proporción de pacientes que no toma sus medicamentos de manera adecuada es de entre 20 y 80%, con 50% como promedio. El grado de apego es típicamente mayor en las personas que sufren algún problema agudo, al compararlo con las que presentan un problema crónico, como es la infección por VIH, en donde el apego al tratamiento juega un papel fundamental.

VIH y apego

Desde la introducción del Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (TARAA), en 1996 y 1997, el pronóstico de los pacientes infectados con VIH ha mejorado sustancialmente. Dicho tratamiento consiste en la combinación de por lo menos tres medicamentos. Generalmente incluye un inhibidor de proteasa o un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa junto con dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. Con el TARAA ha disminuido la incidencia de enfermedades oportunistas definitorias de SIDA, así como la mortalidad por este síndrome.

Sin embargo, un factor clave en el éxito del TARAA es la habilidad y disposición de los pacientes con VIH para apegarse a su esquema de tratamiento. El objetivo de la terapia antirretroviral es suprimir de manera profunda y duradera la replicación viral. No obstante, se ha observado que si el virus continúa replicándose en la presencia de medicamentos, hay una selección de las cepas que presentan mutaciones que confieren resistencia. De esta forma, los virus "silvestres" se van reemplazando por virus resistentes. Tanto los regímenes poco activos (por ejemplo, en el tratamiento con uno o dos nucleósidos) como en el apego inadecuado a los tratamientos altamente activos permiten que el VIH continúe replicándose, creando una presión selectiva que aumenta la posibilidad de que surjan vi-

rus resistentes y, eventualmente, falle el esquema de tratamiento.

Todos estos factores hacen que la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral sea un importante problema de salud pública. Adicionalmente, existe otra dificultad por la posibilidad de transmisión de virus resistentes ya que, al presentar mal apego, un individuo puede no sólo reducir sus propias opciones de tratamiento, sino que, si transmite la cepa resistente a alguien más, la persona recién infectada también tendrá un número menor de opciones terapéuticas.

Además del desarrollo de resistencia como consecuencia de mal apego, se han documentado otras posibles consecuencias sobre mortalidad en pacientes tratados. En estudios de cohorte se ha demostrado que la falta de apego es el factor predictivo más importante para que no se alcance una supresión viral adecuada. Algunos estudios reportan que se debe tomar entre 90 y 95% de las dosis para lograr una supresión adecuada. Paterson y sus colaboradores encontraron que una baja adherencia se correlacionaba con la falla clínica y virológica después de tres meses de seguimiento.

Aún cuando todos estos datos indican que tomar adecuadamente los medicamentos es esencial para lograr el control de la enfermedad, los y las pacientes infectados con VIH tienen una fuerte tendencia a no apegarse adecuadamente a su tratamiento. Diversos estudios han encontrado que la falta de adherencia puede llegar hasta 40 o 50% a lo largo del tiempo, considerando que el mal apego equivale a menos de 80% de los medicamentos tomados. Otro factor que es importante considerar, es que el tratamiento del VIH se debe tomar de por vida, ya que se ha visto que las interrupciones de los antirretrovirales, aún con pacientes que presentaban cuentas elevadas de linfocitos CD4+, están asociadas con una mayor morbilidad y mortalidad. No obstante, como sucede en otras enfermedades crónicas, esto provoca que mantener un buen apego a largo plazo sea más difícil. Por todas estas razones, el apego inadecuado al tratamiento sigue siendo considerado el "talón de Aquiles" del TARAA.

Factores que afectan el apego

Diversos factores influyen en el apego al tratamiento antirretroviral. Éstos se pueden agrupar en cuatro categorías principales: 1) las características propias del paciente, 2) el régimen de tratamiento, 3) la relación médico-paciente y 4) el sistema de salud.

En relación con las características de los pacientes, se han encontrado resultados contradictorios en variables como edad, sexo, escolaridad, estado laboral y estado socioeconómico. Se ha reportado que las personas más jóvenes, de sexo masculino, desempleados y con escolaridad más baja podrían tener un mayor riesgo de presentar un apego inadecuado, pero existen otros estudios en los que estos factores no tienen influencia en la adherencia al tratamiento.

También hay otros elementos que han mostrado consistentemente una relación con el apego tales como: la percepción que tengan los pacientes de su enfermedad, la importancia que le den a la salud y su nivel de creencia en la efectividad del medicamento. Un individuo puede elegir entre tomar y no tomar el medicamento dependiendo de lo que entienda acerca de sus riesgos y beneficios. En general, es más probable que los individuos que entienden el propósito y los beneficios del tratamiento tomen sus medicamentos de manera adecuada. También se ha visto que las personas que han padecido infecciones oportunistas muestran mejor apego, probablemente porque tienen una mayor percepción de la gravedad de su enfermedad.

El uso activo de drogas o alcohol predice un apego inadecuado, al igual que las enfermedades mentales, especialmente la depresión. Otro aspecto relevante, más que la escolaridad, es la educación del paciente con respecto a su enfermedad y la habilidad para identificar sus diferentes medicamentos. Además, un estudio realizado en México por Franco y sus colegas demostró que el factor de riesgo más significativo para tener mal apego era la falta de percepción de apoyo social. Tener dicho apoyo, incluyendo a personas que entiendan la importancia del tratamiento y ayuden al paciente a organizarse y a tomarlo de manera adecuada, puede ser de gran ayuda para que el paciente se motive y siga su tratamiento correctamente.

Por otro lado, las características del régimen de tratamiento constituyen un factor que afecta el nivel de apego. La posibilidad de tener un buen apego disminuye con el aumento en el número de pastillas, la frecuencia de las dosis, la frecuencia y severidad de los efectos adversos, y la complejidad y duración anticipada del régimen. Entre más simple sea el régimen antirretroviral, el cumplimiento será mayor.

Los regímenes TARAA usados más recientemente que tienen alta efectividad en el control del VIH se caracterizan por su gran simplicidad. Además, debido al prejuicio social que existe en torno a esta enfermedad, hay pacientes que no se sienten cómodos tomando sus pastillas enfrente de otras personas, lo que dificulta que las tomen en las horas debidas. A esto hay que sumar que algunos medicamentos demandan condiciones especiales. Por ejemplo, el ritonavir, que es usado para reforzar a los inhibidores de proteasa, debe ser refrigerado, lo cual puede ocasionar dificultades en su almacenamiento y transporte. Por último, los efectos adversos que presentan los distintos antirretrovirales pueden ocasionar que haya fallas en el apego, sobre todo al inicio de los distintos esquemas.

Los últimos factores que se deben tomar en cuenta son la relación médico-paciente y el sistema de salud en general. Los pacientes que se sienten satisfechos con el estilo de su médico tienen una mayor probabilidad de apegarse al tratamiento. Asimismo, es igualmente importante que el médico crea realmente en el éxito del tratamiento y le transmita esta certeza al paciente. Para que la relación entre ambos sea óptima, debe haber confianza, continuidad e, idealmente, disponibilidad mutua. Se ha visto que si los médicos demuestran que son competentes, tienen una buena comunicación con sus pacientes y los incluyen en las decisiones con respecto a su tratamiento, la relación entre ambos mejora de manera importante.

Por otro lado, el personal de salud puede estereotipar a los pacientes o presentar actitudes enjuiciadoras y homofobia, lo que puede ocasionar que las personas infectadas por el VIH eviten el sistema de salud. Se ha demostrado lo difícil que es para el personal de salud predecir qué pacientes presentarán buena adherencia y cuáles no, por lo que no se deben hacer juicios subjetivos sobre el apego. Otro aspecto importante en relación al sistema de salud es la no disponibilidad y el desabasto de medicamentos, lo que puede interferir de manera importante con el apego.

Los niños y adolescentes infectados por VIH representan un caso aparte en materia de apego. Los niños más pequeños dependen de los adultos para tomar sus medicinas, por lo que su apego depende principalmente de las personas mayores y de muchos de los factores antes mencionados con respecto a los adultos (información y opiniones acerca del tratamiento, estrés psicológico, abuso de sustancias, etc.). Se ha visto que si sólo una persona sabe que el niño está infectado por el VIH y, por lo tanto, es el único responsable de que tome sus dosis, es más probable que existan fallas en el apego. Otro problema es que, desafortunadamente, las presentaciones líquidas de antirretrovirales no tienen muy buen sabor, además de que los requerimientos relacionados con los alimentos que tienen algunos de los fármacos hacen que sea difícil administrárselos a bebés que requieran alimentación frecuente. Esto puede provocar que el cuidador no esté dispuesto a darle los medicamentos al niño o que el niño no quiera tomárselos.

Un problema más en estos casos es que muchas veces la familia busca mantener en secreto la condición del niño. Por ejemplo, puede ser que los papás no quieran que en la escuela del niño se enteren de la enfermedad y, por lo tanto, no manden los medicamentos para que el hijo los tome. En el caso de los adolescentes, es difícil que mantengan el apego porque entran a una etapa en la que les importa mucho la opinión de los demás, quieren pertenecer a un grupo y no quieren ser diferentes a sus compañeros.

Evaluación del apego

Hay diferentes técnicas para medir el apego al tratamiento, sin embargo, éstas distan de ser perfectas y no siempre siguen los estándares establecidos internacionalmente. La estimación que realiza el profesional de la salud ha demostrado ser poco exacta.

Los cuestionarios para evaluar el apego constituyen un método relativamente sencillo, que requiere de pocos recursos y es adaptable a las características de

cada centro. Las principales limitaciones de este método derivan justamente de su sencillez, ya que los cuestionarios por sí mismos son subjetivos. Además, aunque en algunas ocasiones se ha demostrado una correlación entre el apego que los pacientes refieren y la efectividad antirretroviral, también ha sido evidente la baja sensibilidad, muy variable según los estudios, al comparar este método con otros más objetivos. Sin embargo, también se ha encontrado que los cuestionarios tienen una especificidad aceptable, por lo que si un paciente reporta un apego subóptimo, esto cobra mucho más valor y debe ser considerado. Se le debe dar atención específica a las circunstancias relacionadas con las dosis perdidas, así como proporcionar consejos y medidas para evitar que esto se vuelva a presentar.

Existe una gran variedad de cuestionarios, pero muchos de éstos no han sido validados adecuadamente. Dos cuestionarios validados en español son el SMAQ y el ACTG. El primero fue desarrollado en España y consiste en seis preguntas. El segundo fue desarrollado por el AIDS Clinical Trials Group, e incluye un cuestionario que se realiza de manera basal y otro de seguimiento. En un estudio realizado en México por Pérez y sus colegas, se compararon ambos cuestionarios. Así, se encontró que la sensibilidad y valor predictivo positivo eran mayores con el SMAQ, mientras que el ACTG tenía mayor especificidad y valor predictivo negativo.

Además, existen otros métodos que ayudan a medir el apego. Entre éstos se encuentran el conteo de pastillas, surtidos de las recetas en farmacia, la medición de niveles de fármacos en sangre y los envases "inteligentes", con chips de computadora que registran cada vez que se abre su tapa (tapas MEMS o sistemas de monitoreo para los eventos de medicación, por sus siglas en inglés). Todos pueden ser útiles, aunque requieren ser comparados con el reporte de los pacientes. Además, ninguna de estas técnicas es muy exacta. Al contar las pastillas, se puede medir la cantidad de medicamento tomado, pero no la frecuencia de las dosis. Medir los niveles de fármacos en sangre no es algo práctico para realizar de manera rutinaria, además de que la vida media de los medicamentos muchas veces no lo permite. Las MEMS, que miden tanto la cantidad como la frecuencia de las tomas, son demasiado complejas y caras para usarse habitualmente, por lo que su utilidad se reduce a estudios donde se evalúa la adherencia.

Estrategias para mejorar el apego

Dada la importancia del buen apego en el tratamiento de la infección por VIH, es importante realizar estrategias e intervenciones que lo optimicen. En primer lugar, se encuentran las estrategias relacionadas con el paciente. Lo más importante es diseñar un plan de tratamiento que el paciente entienda y con el cual se comprometa. La educación del paciente es un aspecto básico, pues se debe explicar perfectamente en qué consiste la enfermedad, los objetivos del tratamiento basados en la cuenta de linfocitos CD4+ y carga viral, las razones por las cuales es importante el apego, las consecuencias de la falla virológica e inmunológica y el plan que debe seguir el paciente para lograr un buen apego.

Los pacientes deben entender la importancia del primer esquema de TARAA y que éste es el que más posibilidades tiene de ser exitoso por un largo periodo de tiempo. Se debe explicar con claridad a los pacientes los horarios en que deben tomar las pastillas, las restricciones de los diferentes medicamentos, las dosis perdidas, etc. Asimismo, es fundamental que los médicos expliquen a los pacientes cuáles son los efectos adversos más comunes de los medicamentos, cómo actuar ante ellos y cuándo deberán contactar al personal de salud. Con esta información, los pacientes se sentirán más seguros y es menos probable que suspendan los antirretrovirales de manera errónea si ciertos efectos se llegan a presentar. También se debe informar sobre las interacciones medicamentosas que existen con los antirretrovirales. Se puede proveer material educativo al paciente para que entienda mejor todos estos aspectos.

Cuando se inicia un nuevo esquema terapéutico, el médico debe evaluar si el paciente está dispuesto a llevarlo. Hay casos en los que se puede posponer el inicio de la terapia antirretroviral de manera temporal por riesgo de mala adherencia como, por ejemplo, en pacientes que no estén convencidos de iniciar el TARAA,

que presenten abuso activo de sustancias o alguna enfermedad mental. Estos pacientes pueden recibir únicamente profilaxis para infecciones oportunistas, durante uno o dos meses, en caso de ser necesario. En caso de tener algún problema subyacente, éste debe ser tratado (antidepresivos, rehabilitación en caso de adicciones). Además, en este periodo se debe informar y educar a los pacientes acerca de los planes futuros de tratamiento, de las causas por las cuales se debe iniciar y por qué se decidió retrasar el inicio del mismo. En caso de que se detecten situaciones como abuso de sustancias, estrés psicológico o síntomas depresivos, se debe referir a los pacientes con el personal especializado tan pronto como sea posible.

Para favorecer un buen apego al tratamiento, es posible también acudir a ciertos dispositivos como los pastilleros, despertadores, alarmas, etc. Igualmente, se le puede proponer a los pacientes que lleven un diario donde registren todas sus tomas. La educación de los familiares y amigos del paciente también puede ser muy útil, ya que el paciente sentirá más apoyo y habrá más personas que le ayuden a organizarse y a recordar que debe tomar las dosis. Incluso, es posible llevar a cabo intervenciones a nivel de la comunidad, con grupos de apoyo para pacientes con VIH, que pueden incluir aspectos de apego.

Como se mencionó antes, en cuanto a las estrategias relacionadas con el equipo de salud, lo más importante es mantener una buena relación entre el paciente, el médico y el equipo de salud. La atención y orientación en estos casos debe ser multidisciplinaria. Los médicos deben comprometerse a mantenerse en comunicación, de ser necesario, entre las consultas y a responder de manera adecuada en caso de que se presente algún efecto adverso u otra enfermedad. El personal de salud debe estar bien entrenado con respecto a la importancia del apego y debe fomentarlo y evaluarlo en cada visita del paciente. Si se ve que un paciente está disminuyendo el apego, se pueden tomar acciones como reducir el tiempo entre las consultas para llevar a cabo un seguimiento más intensivo. Pueden realizarse talleres informativos y vivenciales en los que participen distintos miembros del equipo de salud y la comunidad: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otras personas infectadas por el VIH.

En relación al régimen de tratamiento, éste debe ser simplificado lo más posible, reduciendo el número de pastillas y la frecuencia de las dosis, y minimizando los efectos adversos. Actualmente, existen nuevos esquemas de tratamiento que son más fáciles de seguir e involucran menos pastillas. Se debe intentar que el régimen se acople al estilo de vida del paciente y se pueden crear asociaciones entre ciertas actividades de su vida diaria con la toma de medicamentos, para que así los olvide con menor frecuencia. Otro aspecto a tomar en cuenta son los efectos adversos y cuáles podrían afectar más la calidad de vida del paciente según sus características.

Otras intervenciones que se han evaluado para mejorar la adherencia, son el tratamiento directamente observado modificado. Éste es una variante de la estrategia utilizada en el tratamiento de la tuberculosis, la cual consiste en observar todas las dosis administradas al enfermo. Ha demostrado ser una intervención exitosa en dicha enfermedad, reduciendo su prevalencia, su mortalidad y el desarrollo de cepas resistentes.

En el caso del tratamiento directamente observado modificado, se observan de manera regular sólo algunas de las dosis administradas. Varios estudios han demostrado efectividad al mejorar la adherencia en pacientes con VIH, aunque sólo por algunos meses. Por otro lado, permite otorgar algo de apoyo social. Sin embargo, estas estrategias terapéuticas cuentan con algunas limitaciones metodológicas, tales como la cantidad de pacientes que dejan el programa al poco tiempo de haberlo iniciado y el gran número de personas infectadas por el VIH, lo cual imposibilita la aplicación de este tipo de intervenciones a toda la población.

Algunas desventajas importantes de estas intervenciones en VIH/SIDA con respecto a la tuberculosis es que el tratamiento antirretroviral consiste en un mayor número de dosis al día y se debe dar de por vida. Sin embargo, este tipo de intervención puede ser útil al aplicarse a grupos selectos de pacientes durante determinados periodos de tiempo.

Conclusiones

El apego juega un papel fundamental en el tratamiento del VIH/SIDA. Debido a la cronicidad de la enfermedad y a lo complejos que pueden ser algunos esquemas de tratamiento, muchas veces es difícil que los pacientes logren un apego óptimo. Por esta razón, es imprescindible reconocer a los pacientes que tienen factores de riesgo que predicen mal apego y llevar a cabo distintas estrategias para mejorarlo lo más posible. De esta manera, el tratamiento de la enfermedad tendrá más posibilidades de ser exitoso. Así, no sólo habrá beneficios individuales para el paciente, sino que también habrá mejoras a nivel de salud pública, ya que al existir un apego adecuado disminuyen las probabilidades de que aparezcan y se transmitan cepas resistentes.

Bibliografía

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487-497.
2. Williams A, Friedland G. Adherence, compliance, and HAART. AIDS Clin Care 1997; 9(7):51- 58.
3. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1998; 338:853-860.
4. Sterne JA, Hernán MA, Ledergerber B, et al. Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. The Lancet 2005;366: 378-384
5. Wainberg MA, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. JAMA 1998; 279 (24): 1977-1983.
6. Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. October 2004.
7. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000. 133(1): 21-30.
8. Bennett M, Indyk D, Golub S. Adherence re-framed in the BIG picture: a qualitative ecological perspective on HIV+ patients and protease inhibitors (abstract 32365). En: Programs and abstracts of the 12th World AIDS Conference. Ginebra: Marathon Multimedia, 1998.
9. Gir E, Pratt R, Bunch EH, Holzemer WL. Adherence to antiretroviral therapy: a four country comparison (abstract 60129). En: Programs and abstracts of the 12th World AIDS Conference. Ginebra: Marathon Multimedia, 1998.
10. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, Gordin F, Abrams D, Arduino RC, Babiker A, Burman W, Clumeck N, Cohen CJ, Cohn D, Cooper D, Darbyshire J, Emery S, Fatkenheuer G, Gazzard B, Grund B, Hoy J, Klingman K, Losso M, Markowitz N, Neuhaus J, Phillips A, Rappoport C. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. N Engl J Med 2006 Nov 30;355(22):2283-96.
11. Benson CA. Structured treatment interruptions-new findings. Top HIV Med 2006 Aug-Sep;14(3):107-11.
12. Chesney M. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000; 30 (Suppl 2): S171-6.
13. Singh N, Squier C, et al. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus. Prospective assessment with implications for enhancing compliance. AIDS Care 1996; 8(3): 261-269.
14. Franco D, Pérez-Patrigeon S, Villasis-Keever A, Sierra-Madero J, Soto-Ramírez L, Pérez-Saleme L. Apego al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (TARAA) en individuos mexicanos con infección por VIH. En prensa.
15. Nabukeera-Barungi N, Kalyesubula I, Kekitiinwa A, Byakika-Tusiime J, Musoke P. Adherence to antiretroviral therapy in children attending Mulago Hospital, Kampala. Ann Trop Paediatr. 2007 Jun;27(2):123-31.
16. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, Wu AW. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instrument. AIDS Care 2000; 12(3):255-266.

17. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS 2002;16(4):605-13.
18. Pérez-Patrigeon S, Franco-San Sebastian D, Soto-Ramirez L E, Villasis-Keever A, Sierra-Madero J. Use of two Spanish translated instruments (SMAQ and AACTG questionnaires) to evaluate prevalence of non-adherence to antiretroviral treatment in HIV infected subjects in Mexico City. XV International AIDS Conference 2004.
19. Behfourouz HL, Farmer PE, et al. From Directly Observed Therapy to accompagnateurs: Enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston. Clin Infect Dis 2004; 38 (Suppl 5) S429-436.
20. Mitty JA, Macalino GE, Bazerman LB, et al. The use of community-based modified directly observed therapy for the treatment of HIV-infected persons. J Acquir Immune Defic Syndr 2005; 39(5):545-50.
21. Directly observed therapy. April 16-17, 2001.

Actividades complementarias

El alumno revisará el texto de Cristina Herrera, Lourdes Campero, Marta Caballero y Tamil Kendall "Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida" (disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6277.pdf) y escribirá una reflexión de una cuartilla sobre el papel que juegan los médicos en la mejora del apego al tratamiento del VIH.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta que considere correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que aparecen al final del capítulo. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido del mismo.

1. El mal apego al tratamiento:

a. No tiene una relación muy clara con la falla virológica.
b. Es un problema mucho más fuerte en los países pobres.
c. Favorece el desarrollo de cepas de VIH resistentes a los antirretrovirales.
d. Es más frecuente en enfermedades agudas que en crónicas.
e. No tiene relación con las características del esquema prescrito al paciente.

2. En el caso de los menores de edad, todos los siguientes son factores que representan riesgo para mal apego, excepto:

a. El mal sabor de los medicamentos.
b. Que más de una persona sepa acerca de la enfermedad del niño.
c. La dependencia de los menores para tomar sus medicamentos.
d. La necesidad que tienen los adolescentes de pertenecer a un grupo.
e. Que los padres no quieran que en la escuela del niño sepan que está infectado.

3. Dentro de las estrategias para medir el apego, es cierto que:

a. Los cuestionarios que llenan los pacientes son sencillos, pero subjetivos.
b. Medir los niveles de fármacos en sangre es un método práctico y común en la práctica clínica.
c. El conteo de pastillas permite conocer la cantidad de medicamento tomado y la frecuencia de las dosis.
d. Los envases con tapas MEMS son el método más confiable y accesible para medir el apego.
e. La estimación del apego que realiza el personal de salud suele ser precisa.

4. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo claramente establecido para presentar mal apego?

a. Abuso activo de drogas o alcohol.
b. Mala relación médico-paciente.
c. Percepción de pobre apoyo social.
d. Depresión y otras enfermedades mentales.
e. Haber iniciado de forma tardía el tratamiento.

5. El tratamiento directamente observado modificado tiene todas las siguientes características, excepto:

a. Está basado en una estrategia usada en la tuberculosis.
b. Puede incluir aspectos como apoyo social.
c. Es factible aplicar esta estrategia a todos los pacientes con VIH que requieran tratamiento.
d. En algunos estudios ha mostrado resultados favorables, como disminución de la carga viral y del número de hospitalizaciones.
e. Una de sus limitaciones es la cronicidad de la infección por VIH.

Respuestas

1. c
2. b
3. a
4. e
5. c

Capítulo 8

Resistencia viral del VIH a los antirretrovirales

Luis Enrique Soto Ramírez

Objetivo general

Conocer, de manera general, el desarrollo de la resistencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a los medicamentos antirretrovirales (ARV), así como la evolución de los ensayos utilizados para detectar dicha resistencia.

Objetivos específicos

- Identificar los determinantes de resistencia del VIH a los antirretrovirales.
- Conocer los conceptos básicos de resistencia, así como las cifras mundiales de resistencia primaria y secundaria.
- Determinar las indicaciones clínicas específicas para la realización de ensayos de resistencia.
- Identificar los ensayos usados para la detección de resistencia y su aplicación en la clínica.

Introducción

El presente documento es una revisión concisa de los mecanismos de generación de resistencia del VIH a los antirretrovirales, la frecuencia de la misma, los ensayos para detectarla y su repercusión clínica, con el fin de optimizar el manejo de los tratamientos ARV.

La resistencia del VIH a los antirretrovirales (ARV)

Generalidades y definiciones

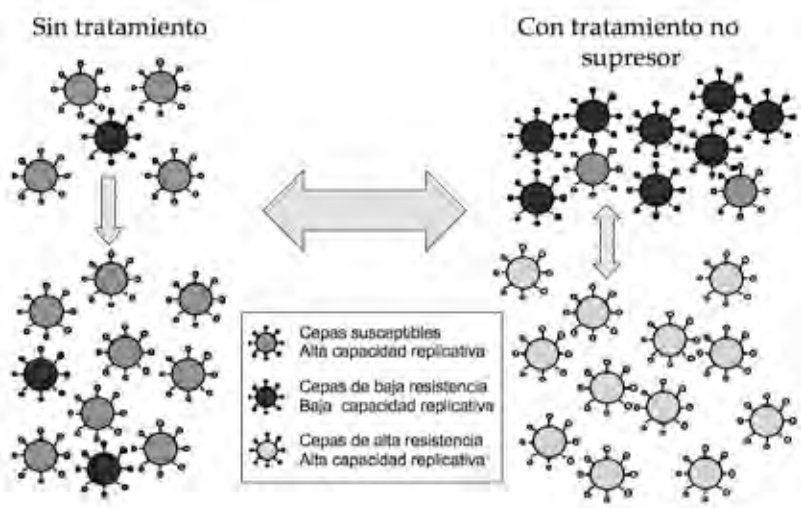
La resistencia del VIH a los antivirales se define como el aumento en la capacidad de replicación viral en presencia de uno o varios medicamentos, o la perdida de susceptibilidad a uno o varios de ellos. Como todas las características biológicas, la resistencia a los antirretrovirales (ARV) tiene su origen genotípico y su traducción fenotípica.

La resistencia genotípica se refiere a las mutaciones en la secuencia del gene blanco de los ARV (transcriptasa reversa, proteasa, envoltura e integrasa) que se asocian a una mayor capacidad de replicación viral. La resistencia fenotípica, por su parte, es la pérdida de susceptibilidad frente a un medicamento, medida como un incremento en la concentración inhibitoria de 50% o 90% con respecto a una cepa no resistente y que se refiere como el aumento de veces (x) de dicha concentración de referencia.

La resistencia a los ARV se origina por la gran replicación viral existente (cerca de 10 billones de virones producidos por día) en presencia de una enzima transcriptasa reversa defectuosa que comete un error de copia del genoma viral cada vez que hace una nueva copia. Esto origina mutaciones al azar, algunas con características fenotípicas bien determinadas, lo que se

traduce en la presencia de variantes virales diferentes llamadas *cuasi especies*. La predominancia de una u otra depende de la presencia de presiones selectivas de tipo Darwiniano, una de las cuales es la presencia de medicamentos. Se calcula que cada día se genera al azar al menos una cepa con una mutación asociada a la resistencia a los ARV.

Figura 1. Selección de cepas resistentes durante TAR



Antes del inicio de tratamiento con ARV las cepas predominantes en un individuo son las susceptibles, aunque existen algunas con resistencia baja presentes, pero con menor capacidad de replicación. Esto explica por qué se han podido detectar mutaciones asociadas a resistencia incluso antes del uso de cualquier antirretroviral o antes de la existencia o uso clínico de dichos medicamentos.

Al utilizar un tratamiento que no suprima en 100% la replicación viral, predominarán entonces las cepas resistentes, pero de baja capacidad replicativa, lo que se traduce en un control parcial viral (es decir, en una carga viral baja, pero no indetectable) e incremento de CD4. Si se persiste en esta situación, se acumularán más mutaciones y los virus tenderán a replicarse mejor y a recuperar su capacidad replicativa previa, con lo que se origina la falla virológica.

Entre más se mantenga el efecto de presión selectiva y replicación viral residual, es decir, mientras más se perpetúe la falla al tratamiento sin cambiarlo, se acumularán más mutaciones, existirán más posibilidades de resistencia cruzada y menor será la respuesta a otros medicamentos. Este hecho sugiere que en presencia de falla virológica, debe haber un cambio temprano de ARV, recomendación que, sin embargo, debe adaptarse a la situación específica de cada paciente (ver Figura 1).

A las mutaciones seleccionadas específicamente por cada medicamento se les llaman *mutaciones primarias*, las cuales generalmente están presentes al momento del rebote de carga viral, si éste se encuentra relacionado con el medicamento al que esta mutación se asocia. Las *mutaciones secundarias* son en general compensatorias a las primarias, pero son las responsables de aumentar la capacidad replicativa y la resistencia cruzada.

Es importante tener en cuenta que cada medicamento tiene una barrera genética diferente. Así, los medicamentos como la lamivudina o los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN) que tienen una baja barrera genética, desarrollan gran resistencia con una sola mutación, mientras que otros como indinavir, con una barrera genética mediana, desarrollan resistencia con tres o más mutaciones que deben acumularse en la misma partícula viral. Finalmente, los inhibidores de proteasa reforzados con ritonavir, que son los de más alta barrera genética, requerirán de hasta 11 mutaciones para disminuir su actividad.

Resistencia cruzada e hipersusceptibilidad

La resistencia cruzada entre los grupos de antirretrovirales es diferente y se asocia a la presencia de mutaciones comunes y a la existencia de multirresistencia, relacionándose directamente con la posibilidad de secuenciar elementos del mismo grupo. La resistencia cruzada es completa para efavirenz y nevirapina, sin posibilidades de secuenciación, mientras que es variable entre los análogos nucleósidos, lo que permite diversas posibilidades de secuenciación tal y como

ocurre para los inhibidores de proteasa. En el caso de los inhibidores de integrasa, la información reciente permite afirmar que el fenómeno es semejante al de los ITRNN y que las posibilidades de secuenciar serán muy limitadas.

Finalmente, es importante mencionar otro fenómeno de descripción reciente que es el de la hipersusceptibilidad. En esta situación, la presencia de ciertas mutaciones asociadas a la resistencia a un medicamento se relacionan con una mayor susceptibilidad a otro. Este es el caso de la mutación V82F para saquinavir, la N88S para amprenavir, donde varias mutaciones de nucleósidos aumentan la susceptibilidad a no nucleósidos. Quizá la más mencionada es la mutación M184V asociada a resistencia a 3TC, que mantiene la susceptibilidad a AZT o incluso la aumenta. Esta mutación tan mencionada es responsable del mantenimiento de la respuesta antiviral en esquemas dobles de AZT y 3TC, y más aún, después de un lapso de este esquema doble (12 semanas) al añadir indinavir (AVANTI 2), o nelfinavir (AVANTI 3) o abacavir (CNA3003 y 3009) la respuesta es prácticamente igual que si se hubiera iniciado con el triple esquema.

Sin embargo, es importante ubicar este efecto en la dimensión adecuada, ya que se ha mencionado como estrategia el mantener siempre el 3TC en todos los esquemas que recibe un individuo a través de su vida. Esto es claramente inadecuado para aquellos casos con posibilidades de supresión completa de la replicación viral y tendrá que ser evaluado para aquellos en que ésta no se logre.

Factores del huésped asociados a la resistencia

La cadena de generación de resistencia del VIH a los ARV se inicia tal y como se mencionó: con la no supresión viral completa. Ésta puede deberse a que el medicamento no es lo suficientemente eficaz o a diversos factores del huésped. El más importante de ellos es la adherencia o apego. Se ha demostrado que cuando el paciente tiene un apego incompleto a su tratamiento la posibilidad de resistencia puede incrementarse hasta en ocho veces. Otros factores del huésped han sido poco estudiados, pero seguramente algunas variantes genéticas podrían estar relacionadas con la pobre absorción del medicamento o el incremento de su metabolismo.

Resistencia primaria y secundaria

Se denomina *resistencia primaria* a aquella que se encuentra antes de utilizar el tratamiento ARV y se asocia en la mayor parte de los casos a la transmisión de cepas resistentes en el momento de la adquisición de la infección. Existen algunas mutaciones de resistencia que se pueden generar espontáneamente en un individuo infectado, pero que son de pobre relevancia clínica. Por otra parte, la *resistencia secundaria* es aquella generada como consecuencia del uso de ARV y que sucede gracias a la presión selectiva del medicamento sobre el virus.

a) Resistencia primaria

La resistencia primaria o transmitida es un fenómeno conocido hasta hace poco. Implica una falla en la adecuada prevención en pacientes seropositivos en tratamiento, a la que se le ha llamado *prevención secundaria*. Es claro que la indetectabilidad en plasma no necesariamente se relaciona con la indetectabilidad en secreciones genitales, favoreciendo la transmisión de cepas resistentes en individuos en tratamiento que tienen relaciones sexuales sin protección.

Este fenómeno es muy variable a nivel mundial, con una prevalencia promedio de 15%, pero con variaciones importantes. Mientras que en Europa parece ir disminuyendo (con excepción del Reino Unido) en los Estados Unidos se incrementa con cifras de hasta 25% en California, en especial a no nucleósidos por su amplio uso y baja barrera genética. En los países en desarrollo el incremento es sostenido y en relación al tiempo de uso de ARV y al inadecuado apego multicausal.

En México, un estudio de 2004 reveló una prevalencia de 7.2%, lo que muestra niveles similares a otros países latinoamericanos, con algunos reportes en Brasil de hasta 30%. Al interpretar estos datos, es importante considerar que se debe de evaluar la repercusión clínica de este fenómeno, ya que mientras una muta-

ción causa resistencia a todos los No nucleósidos, una sola tiene poco efecto para los inhibidores de proteasa, aunque ambas tienen un valor igual para las cifras de prevalencia. Si las mutaciones transmitidas son suficientes para causar resistencia, cuando se utilice alguno de los medicamentos resistentes la respuesta clínica será subóptima, impactando el costo-beneficio del tratamiento ARV.

b) Resistencia secundaria

Posterior al uso de ARV y al ocurrir la falla se genera una resistencia paulatina y creciente frente a cada uno de los miembros de un esquema dado de ARV. Primero, será aquella de más baja barrera genética, como lamivudina o emtricitabina y efavirenz o nevirapina y, posteriormente, ocurrirá con el resto. Mientras que la resistencia a las primeras se puede generar en semanas o meses, la resistencia a los ARV de más alta barrera genética puede tardar más de seis meses.

Como se dijo antes, algunos medicamentos se hacen resistentes con una sola mutación, pero algunos otros requieren de una combinación incluso de más de 10 mutaciones para que disminuya claramente su actividad. Es por ello que ha sido necesario generar algoritmos de interpretación de acuerdo con la experiencia acumulada.

Mutaciones específicas asociadas a la resistencia

Transcriptasa reversa. Las mutaciones asociadas a la resistencia en la transcriptasa reversa son diversas y, en general, específicas de cada medicamento. No obstante, recientemente se han descrito dos fenómenos de gran importancia en relación a la resistencia de los análogos nucleósidos.

- El primero, es el de multiresistencia entre análogos nucleósidos, el cual está relacionado con la presencia de mutaciones específicas como la mutación Q151M y la inserción en la posición 69.
- Por otro lado, se han descrito las denominadas TAMs, NAMs o ZAMs, o mutaciones asociadas a análogos timidínicos, a nucleósidos o a zidovudina, respectivamente, entre las que destacan M41L, D67N, K70R, L210W, T215 Y/F y K219Q/E, cuyo efecto es acumulativo y causan resistencia cruzada en especial entre d4T y AZT pero también entre todos los nucleósidos cuando tres o más están presentes, e incluso resistencia a tenofovir cuando M41L se suma a otras tres (no la L210W).

La resistencia a los ITRNN se desarrolla rápidamente dada su baja barrera genética, pero lo más importante es que implica el desarrollo de mutaciones comunes a los tres miembros de este grupo, por lo que la resistencia cruzada es un fenómeno frecuente y evita secuenciar medicamentos de este grupo. Entre las mutaciones secundarias más frecuentes encontradas al uso de los ITRNN destacan: K103N, G190A y Y181C.

Proteasa: En el caso de los inhibidores de proteasa, existen mutaciones primarias particulares para cada uno de ellos, con algunas excepciones, como aquellas en las posiciones 82 y 84 que son comunes a varios de los miembros de este grupo. Hay que subrayar que un número importante de mutaciones secundarias o compensatorias son comunes a todos los IP, lo que se ha asociado con resistencia cruzada tal y como lo han demostrado diversos trabajos. El número de mutaciones primarias y secundarias mínimas para desarrollar resistencia se han descrito específicamente para cada IP, siendo 4/5 para atazanavir y s aquinavir, 6 para lopinavir, 7 para tipranavir y hasta 11 para darunavir.

Ensayos de resistencia a los ARV

A) Características generales

En vista de la importancia de la resistencia a los ARV tanto como fenómeno cardinal de la falla virológica a Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), como por su relevancia en la selección de tratamientos subsecuentes o de rescate, la existencia de resistencia cruzada, así como la cada vez más frecuente transmisión de cepas resistentes, se han implementado ensayos que detectan resistencia, cuyo uso se ha diseminado rápidamente. Sin embargo, es muy importante establecer sus bondades y deficiencias, dado que desde el año 2000 estos ensayos son recomendados por las guías norteamericanas y europeas para su uso clínico.

En la actualidad podemos decir que estos ensayos generalmente tienen una forma de reporte complicada y un costo elevado, pero además tienen otras muchas limitantes que se enumeran a continuación:

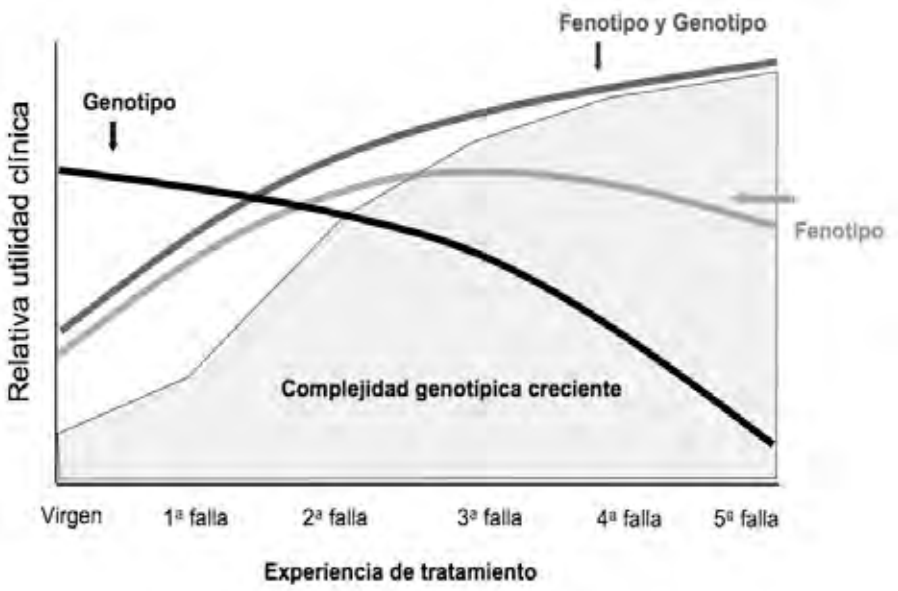
1. Ofrecen información sólo de variantes virales predominantes. En vista de la gran cantidad de variantes circulantes, tanto el análisis fenotípico como genotípico ofrecen sólo información de las variantes predominantes, es decir, entre el 75 y el 80% de todas las existentes. Esto significa que no detectan mutantes minoritarias en circulación o escondidas (en santuarios) seleccionadas pobremente por el tratamiento actual o aquellas que fueron seleccionadas por un tratamiento previo. Por esta razón, los resultados deben ser analizados de la siguiente manera:
   a) Si se reporta resistencia, este hallazgo es un buen predictor de falla si se usa ese medicamento; sin embargo, debe tomarse en cuenta que la resistencia *in vitro* puede diferir de la presente *in vivo*, y que este resultado no define el efecto de incrementar las concentraciones de medicamento como cuando se adiciona ritonavir.
   b) Si se reporta susceptibilidad, este hallazgo definitivamente no garantiza que el medicamento vaya a funcionar en vista de variantes minoritarias y, en especial, cuando ese medicamento o alguno de los no nucleósidos ha sido usado previamente (no en el esquema actual).
2. Los ensayos actuales tienen una baja sensibilidad, ya que sólo son útiles cuando la carga viral se encuentra por arriba de 1,000-2,000 copias/ml, lo cual limita la detección temprana de resistencia.
3. Los ensayos de resistencia deben realizarse cuando el tratamiento antirretroviral está siendo administrado, ya que si éste se ha suspendido, las variantes susceptibles tienden a ocupar paulatinamente la población mayoritaria, ya que por definición son más aptas para replicarse que cualquiera de las resistentes, haciendo más difícil la detección de mutantes y, por lo tanto, limitando su valor predictivo. Este hecho ejemplifica la incapacidad relativa de los ensayos para determinar resistencia a medicamentos de esquemas previos, dada la desaparición de la presión selectiva específica a dichos medicamentos. Por esta razón, cuando un paciente ha fallado en varios tratamientos y tiene varios ensayos de resistencia, la recomendación acerca de qué tratamiento ARV debe usarse debe de provenir de una suma de todos los resultados obtenidos.

B) Variantes de ensayos de resistencia

Como ya se mencionó, la resistencia se puede medir tanto en forma genotípica como en forma fenotípica, y hay ensayos que miden ambas.

Los ensayos genotípicos existen ampliamente en forma comercial y su costo es de aproximadamente 300 USD. Tienen la ventaja de ser más rápidos y requieren menor experiencia para su realización. En general, este tipo de ensayos parecen ser de igual o mayor utilidad que los fenotípicos, en especial, cuando no han existido múltiples fallas. Para su interpretación es necesario usar algoritmos, particularmente cuando están presentes múltiples mutaciones. Como parte de sus limitaciones, los ensayos genotípicos no permiten determinar si todas las mutaciones están presentes en una o varias

Figura 2. Cuándo se recomiendan las pruebas de resistencia a ARV



partículas virales y no se conocen todas las mutaciones asociadas a resistencia.

Por su parte, los ensayos fenotípicos sólo se pueden realizar en sitios especiales, lo que amerita el envío de muestras y tienen un costo aproximado de 1,000 USD. Estos ensayos son laboriosos y tardan en promedio cuatro semanas para realizarse. Aunque pueden ofrecer ciertas ventajas en fallas múltiples, la información que proporcionan es generalmente de menor utilidad que los genotípicos. Una de sus limitantes es que no se han establecido con exactitud los puntos de corte para determinar la susceptibilidad y la resistencia. El momento de mayor utilidad de cada uno de estos ensayos se muestra en la Figura 2.

Para ambos ensayos se ha demostrado que la participación de un experto en la interpretación mejora de forma importante la utilidad de los mismos. Por otra parte, es evidente que el fenómeno de resistencia a los ARV es un continuo entre susceptibilidad y resistencia, por lo que es de esperarse que no siempre exista una completa correlación clínica entre lo encontrado en estos ensayos y la respuesta al tratamiento.

Indicaciones de los ensayos de resistencia a los ARV

En forma específica y consensuada, los ensayos de resistencia se recomiendan en las siguientes situaciones:

1. Inicio del tratamiento

a) *Infección primaria:* Se ha encontrado que 15% de las nuevas infecciones se relacionan con la transmisión de cepas resistentes. Asimismo, se ha encontrado que es más frecuente la transmisión en forma reciente de cepas con alta resistencia o con resistencia múltiple. Por esto, un ensayo de resistencia durante la infección primaria puede ayudar a decidir qué esquema de tratamiento debe comenzarse, aún cuando esta maniobra no se realice hasta años después.

b) *Infección crónica:* Con el paso del tiempo, algunas de las mutaciones transmitidas en el momento de la adquisición de la infección pueden desaparecer, dependiendo si eran o no población única. A pesar de esto, cuando se estudia la prevalencia de resistencia antes del inicio del tratamiento ésta es sólo 4% menor en total que en la infección primaria, por lo que un ensayo de resistencia puede ser de gran utilidad, dependiendo de la posibilidad de costearlo y de la prevalencia encontrada en estudios epidemiológicos de vigilancia. En general, se recomienda que cuando la prevalencia de resistencia transmitida es mayor a 5% siempre se deben realizar ensayos de resistencia antes de iniciar el tratamiento.

c) *Embarazo y profilaxis postexposición:* En ambos casos, un ensayo de resistencia en la madre y en la posible fuente de infección es de gran utilidad para optimizar el tratamiento en la madre, el neonato y el individuo expuesto. El ensayo en el recién nacido equivale al de infección primaria, y es de especial interés considerando que no todas las variantes virales (incluyendo las resistentes) son transmitidas uniformemente de madre a hijo.

2. Cambio de tratamiento durante falla

a) *Determinar esquema ante falla virológica:* Ésta es quizá la indicación más clara de los ensayos de resistencia. Debe mencionarse expresamente su toma durante el tratamiento en falla y no después de suspenderlo. Probablemente el ensayo genotípico sea de mayor utilidad en una falla al primer esquema de ARV y uno fenotípico ante fallas múltiples. En casos especiales no es necesario el uso de pruebas de resistencia en falla al primer esquema, porque existen suficientes opciones para el cambio de todo el esquema. Esto es recomendable especialmente cuando la falla es temprana, es decir, que se ha detectado oportunamente y se ha cambiado el esquema de la misma manera.

Conclusiones

La resistencia a los ARV es un fenómeno de gran relevancia, ya que constituye la consecuencia natural de la falla virológica a un esquema antiviral y determna en gran medida la secuenciación de tratamientos con ARV. La detección de resistencia requiere de técnicas costosas y que ameritan una interpretación experta,

por lo que es un recurso que debe usarse cuidadosamente en países con presupuesto limitado. Es claro que estas pruebas son necesarias en la mayoría de los casos con falla virológica, pero también es evidente que la transmisión de cepas resistentes hace que la detección en sujetos sin tratamiento sea una necesidad cada vez más significativa, que debe cubrirse en un periodo muy corto de tiempo.

Bibliografía

1. Baxter JD, Mayers DL, Wentworth DN, et al. A randomized study of antiretroviral management based on plasma genotypic antiretroviral resistance testing in patients failing therapy. CPCRA 046 Study Team for the Terry Beirn Community Programs for Clinical Research on AIDS. AIDS 2000. 14(9):F83-93.
2. Cohen CJ, Hunt S, Sension M, et al. A randomized trial assessing the impact of phenotypic resistance testing on antiretroviral therapy. AIDS 2002. 16(4):579-88.
3. Descamps D, Flandre P, Calvez V, et al. Mechanisms of virologic failure in previously untreated HIV-infected patients from a trial of induction maintenance therapy. Trilege (Agence Nationale de Recherches sur le SIDA 072 Study Team). JAMA 2000. 283(2):205-211.
4. Durant J, Clevenbergh P, Halfon P, et al. Drugresistance genotyping in HIV-1 therapy: The VIRADAPT randomised controlled trial. The Lancet 1999. 353(9171):2195-9
5. Havlir DV, Hellmann NS, Petropoulos CJ, et al. Drug susceptibility in HIV infection after viral rebound in patients receiving indinavir-containing regimens. JAMA 2000. 283(2):229-34.
6. Kempf DJ, Isaacson JD, King MS, et al. Analysis of the virological response with respect to baseline viral phenotype and genotype in protease inhibitor experienced HIV-1-infected patients receiving lopinavir/ritonavir therapy. Antivir Ther 2002 7(3):165-74.
7. Lanier ER, Ait-Khaled M, Scott J, et al. Antiviral efficacy of abacavir in antiretroviral therapy experienced adults harbouring HIV-1 with specific patterns of resistance to nucleoside reverse transcriptase inhibitors. Antivir Ther 2004. 9(1):37-45.
8. Little SJ, Holte S, Routy JP, et al. Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. N Engl J Med 2002 347(6):385-94.
9. Meynard JL, Vray M, Morand-Joubert L. et al. Phenotypic or genotypic resistance testing for choosing antiretroviral therapy after treatment failure: a randomized trial. AIDS 2002 16(5):727-36.
10. Miller MD, Margot N, Lu B, et al. Genotypic and phenotypic predictors of the magnitude of response to tenofovir disoproxil fumarate treatment in antiretroviral experienced patients. J Infect Dis 2004 189(5):837-46.
11. Ravela J, Betts BJ, Brun-Vezinet F, et al. HIV-1 protease and reverse transcriptase mutation patterns responsible for discordances between genotypic drug resistance interpretation algorithms. J Acquir Immune Defic Syndr 2003 33(1):8-14.
12. Roge BT, Katzenstein TL, Nielsen HL, Gerstoft J. Drug resistance mutations and outcome of second line treatment in patients with first-line protease inhibitor failure on nelfinavir-containing HAART. HIV Med 2003 4(1):38-47.
13. Tural C, Ruiz L, Holtzer C, et al. Clinical utility of HIV-1 genotyping and expert advice: the Havana trial. AIDS 2002 16(2):209-18.
14. Vray M, Meynard JL, Dalban C, et al. Predictors of the virological response to a change in the antiretroviral treatment regimen in HIV-1-infected patients enrolled in a randomized trial comparing genotyping, phenotyping and standard of care (Narval trial, ANRS 088). Antivir Ther 2003 8(5):427-34.
15. Wegner SA, Wallace MR, Aronson NE, et al. Long term efficacy of routine access to antiretroviral resistance testing in HIV type 1-infected patients: results of the clinical efficacy of resistance testing trial. Clin Infect Dis 2004 38(5):723-30.
16. Weinstein MC, Goldie SJ, Losina E, et al. Use of genotypic resistance testing to guide HIV therapy: clinical impact and cost-effectiveness. Ann Intern Med 2001 134(6):440-50.

Actividades complementarias

El alumno indagará en qué casos se recomienda la realización de ensayos de resistencia dentro de los servicios de salud de su entidad, jurisdicción o unidad administrativa.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que aparecen al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido de este capítulo.

1. La resistencia viral se define como:

a. La capacidad del virus para hacer frente al medio en que se desenvuelve.
b. La resistencia de los virus a las vacunas.
c. El periodo de vida de cada virus.
d. El incremento en la capacidad de replicación viral en presencia de medicamentos.
e. La pérdida de susceptibilidad del virus frente a los medicamentos.

2. Todas las siguientes son causas de generación de resistencia del VIH a los ARV, excepto:

a. Elevada replicación viral.
b. Error de la transcriptasa reversa al copiar el genoma.
c. Plasticidad de las proteínas virales para sufrir mutaciones.
d. Poca tolerancia del virus a los medicamentos.
e. Presión selectiva del medicamento.

3. ¿Cuál de los siguientes es el factor del paciente más relevante para generar resistencia?

a. Las condiciones en que contrajo el virus.
b. El tipo de tratamiento que está tomando.
c. La presencia de otras ITS.
d. La herencia genética de sus antepasados.
e. El nivel de apego al tratamiento.

4. Algunas características de la resistencia primaria son:

a. Es un fenómeno conocido apenas recientemente.
b. Es un fenómeno estable a nivel mundial.
c. Se asocia a la transmisión de cepas resistentes al momento de la infección.
d. Se desconoce por completo su origen.
e. Es un fenómeno localizado en México y Brasil.

5. Entre las limitantes de los ensayos de resistencia están:

a. Su baja sensibilidad.
b. Su alto costo.
c. Que tienen una forma de reporte complicada.
d. No pueden realizarse cuando los pacientes están en tratamiento con ARV.
e. Sólo ofrecen información de las variantes virales predominantes.

Respuestas

1. e
2. d
3. e
4. a, c
5. a, b, c, e

Capítulo 9

Vacunas contra el VIH

Luis Enrique Soto Ramírez

Objetivo general

Obtener conocimientos generales tanto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como de los tipos de vacunas existentes contra otras enfermedades, para entender mejor el estado actual del desarrollo de vacunas contra el VIH.

Objetivos específicos

- Conocer la situación actual del VIH/SIDA como grave problema de salud pública, ubicando la necesidad de contar con una vacuna contra el VIH.
- Identificar las dificultades en la elaboración de una vacuna preventiva para el VIH, tanto desde el punto de vista virológico y molecular, como desde el punto de vista ético, económico y político.
- Describir los esfuerzos realizados para el desarrollo de vacunas preventivas del VIH y los resultados obtenidos en ellos.

Introducción

El presente documento es una revisión concisa de la historia, dificultades, fracasos y éxitos, así como de los avances recientes para la elaboración de una vacuna contra el VIH.

Situación epidemiológica

A pesar de todos los descubrimientos y avances ocurridos en los últimos 25 años, la epidemia de VIH/SIDA continúa avanzando a gran velocidad, en particular en los países en vías de desarrollo. Cada año tienen lugar más de 2.5 millones de nuevas infecciones por VIH, de las cuales más de 50% ocurren en jóvenes de entre 10 y 24 años y un número similar en mujeres. Con más de 25 millones de muertes por SIDA acumuladas hasta la fecha, esta enfermedad se ha constituido como una de las cinco principales causas de mortalidad mundial.[1]

Aunque la prevalencia del VIH en México no es tan alta como en otros países, sí resulta significativa. Se calcula que existen cerca de 200,000 personas infectadas con VIH, la mayoría de las cuales no lo saben. Anualmente se reportan en promedio entre 11 y 16 nuevos casos de SIDA y más de 1,000 personas fallecen a consecuencia de este padecimiento cada año.

Ante estas cifras, una vacuna preventiva se presenta como la mejor esperanza para controlar esta pandemia, en especial en vista de que los resultados de las campañas educativas son pobres e irregulares, los tratamientos con antirretrovirales son costosos, tienen una eficacia variable a largo plazo y cubren sólo a 25% de quienes los necesitan a nivel mundial y, por si fuera poco, persiste

una diseminación incontrolada de la infección, predominantemente en los países en vías de desarrollo.

Pero a pesar de todos los esfuerzos y recursos dedicados a la investigación en los últimos 20 años, todavía no contamos con ninguna vacuna capaz de proteger contra la infección por el VIH-1. Esto se debe principalmente a las ventajas adaptativas del virus y a las limitaciones del conocimiento científico sobre respuestas inmunes capaces de conferir protección. Además, existen consideraciones éticas y factores económicos y políticos que dificultan el desarrollo de dicha vacuna.

Si revisamos la historia de las vacunas con las que contamos hasta la fecha (ver Cuadro 1), veremos que probablemente estamos exigiendo demasiada premura para 25 los años que tenemos de conocer el virus, ya que la elaboración de varias de las vacunas existentes ha tomado en promedio más de 20 años, esto teniendo en cuenta que se tratan de agentes mucho menos variables genéticamente que el VIH y que además no se integran al genoma celular.

Cuadro 1. Años transcurridos entre el descubrimiento del agente causal y la creación de una vacuna en diversos padecimientos virales

	Descubrimiento	Vacuna	Años transcurridos
Pertussis	1906	1926	20
Polio	1908	1955	47
Sarampión	1953	1983	30
Hepatitis A	1973	1995	22
Hepatitis B	1965	1981	16
VIH	1983	????	> 24

Factores virales, éticos y económicos en el desarrollo de una vacuna para el VIH

Factores virales

A diferencia del VIH, las enfermedades virales prevenibles mediante vacunas presentan algunas características que les son comunes, tales como:

- transmisión mediante un virus libre,
- ciclo viral que no incluye integración en el material genético celular,
- virus con limitada variación antigénica,
- infecciones que no se asocian a la destrucción del sistema inmune,
- su desenlace normal es la recuperación espontánea,
- la eficacia de las vacunas se debe a la inducción de anticuerpos neutralizantes y, en ocasiones, por citotoxicidad mediada por linfocitos T.[2]

A diferencia de estas enfermedades, la infección por VIH presenta las siguientes características:

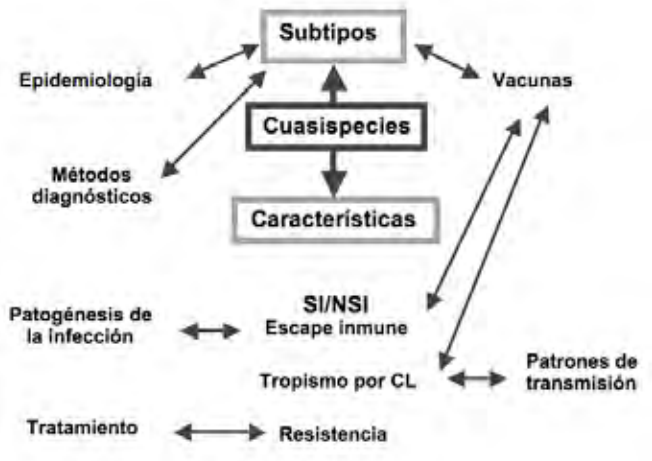
- la transmisión se realiza tanto por virus libres como por virus asociados a células,
- la integración genética es parte fundamental del ciclo viral,
- el VIH presenta una enorme variación antigénica,
- la infección por VIH se asocia a destrucción del sistema inmune,
- su desenlace final, hasta el momento, es la muerte,
- no se ha podido encontrar el marcador inmunológico que pueda definir la eficacia de una vacuna.

Es probable que debido a estas grandes diferencias entre los modelos "tradicionales" de infección viral y el del VIH se haya retrasado el desarrollo de una vacuna eficaz contra el VIH. Los resultados de los estudios presentados hasta la fecha no señalan eficacia en la prevención de la infección de ninguno de los candidatos probados, y esto es algo que algunos científicos presentían desde antes de la implementación de estos ensayos. Sin embargo, no podemos decir que estos estudios hayan sido totalmente en vano. Por el contrario, han permitido entender mejor el mecanismo fisiopatológico del virus y, consecuentemente, de la enfermedad.[3]

Un aspecto de suma importancia para el desarrollo de esta vacuna son las características propias del VIH, así como la gran diversidad genómica dentro de las mismas poblaciones virales, la alta tasa de mutaciones que se producen en cada evento replicativo, y las recombinaciones genéticas que generan nuevas poblaciones virales, etc.[4] (Ver la Figura 1).

Toda esta diversidad se va entendiendo mejor en la medida en que se desarrollan nuevos estudios sobre biología molecular, cinética viral, fármacos con distintos blancos, transmisibilidad de las diferentes cepas, predominancia de unas sobre otras en las distintas poblaciones humanas, variabilidad en la capacidad de respuesta del sistema inmunitario, respuestas específicas de CD8, etc.

Figura 1. Implicaciones de la diversidad genómica del VIH



Más aún, algunas situaciones que ocurren espontáneamente, como los casos de superinfección y los de progresión lenta o no progresión, pueden ofrecer una oportunidad única para investigar el tipo y nivel de inmunidad requerido para conferir protección contra el virus.[5]

Frente a un escenario tan complejo, la pregunta que surge de forma inevitable es ¿cómo podemos hablar de una vacuna contra un virus tan particular como el VIH? Tendríamos que enlazar el concepto tradicional de vacuna con alguna adaptación o modificación para finalmente poder aplicarla a este lentivirus que presenta tanta variabilidad genética.

Factores éticos

Otros inconvenientes por los que atraviesan los ensayos de eficacia de las vacunas contra el VIH son los relacionados con los problemas éticos que se pueden presentar para llevar a cabo este tipo de ensayos.

Con todas las posibles puertas de entrada para el VIH, es difícil imaginar que podamos crear una vacuna que confiera una inmunidad esterilizante. Si consideramos, como en los modelos virales que hoy tenemos, que la protección de la vacuna sería contra la enfermedad y no contra la infección, un ensayo de un candidato a vacuna implicaría que, una vez vacunado, este individuo debería exponerse naturalmente al virus y luego de la infección seguirlo para ver si desarrolla enfermedad. Esto tomaría un tiempo de seguimiento de más de 15 años a menos que pudiéramos usar un marcador subrogado como la magnitud de la meseta viral desarrollada. Como no sabemos si este marcador subrogado sea útil, de cualquier forma tendríamos que seguir a los afectados por el lapso mencionado. En resumen, si para demostrar eficacia en un ensayo clínico los individuos deben infectarse, entonces surgen una serie de cuestionamientos éticos tales como ¿deben los investigadores hacer lo posible por evitar la infección?, y si así fuera, ¿hasta qué punto?

Además de esto, existen otros cuestionamientos éticos, ya que el hecho de incluir a los pacientes en los ensayos de vacunas genera en ellos una falsa sensación de protección, lo que podría conducir a una mayor transmisión del virus y, aunado a esto, pareciera ser que en algunos subgrupos de estudio la entrada del virus parece estar facilitada por la vacunación.[3,6,7] Más aún, es necesario garantizar que todas las personas incluidas en los ensayos clínicos de eficacia de vacunas tengan acceso a fármacos antirretrovirales, en caso de requerirlo.[8]

Finalmente, quedaría por definir qué sucedería con todos los individuos incluidos en los ensayos de eficacia de vacunas que no fueron útiles y qué impacto potencial tendría en la salud de los mismos, en especial, si se infectaran posteriormente con VIH.[9]

Factores económicos

Entre las consideraciones económicas que atañen a la creación de una vacuna para prevenir el VIH, cabe mencionar que para los laboratorios son más costeables los tratamientos con antirretrovirales, ya que los costos de las distintas fases en los ensayos de vacunas alcanzan cientos de millones de dólares, lo que finalmente hará más difícil su amplia comercialización. Sólo hay que imaginar qué podría pasar con los países más pobres si se descubriera una vacuna eficaz y éstos no pudieran pagarla. A menos de que la vacuna se ofreciera sin costo, podría haber graves problemas, incluyendo la posibilidad de levantamientos sociales.

Retos para la creación de una vacuna para el VIH

La vacuna preventiva ideal sería aquella capaz de controlar al VIH una vez que entre en contacto con el individuo, que no permita una caída de células CD4 y

que, al mismo tiempo, tenga la capacidad de controlar la replicación viral, no sólo en el plasma, sino también en aquellos sitios en donde quedan las formas latentes. No obstante, hoy por hoy no sabemos cuál es la respuesta que tendría que inducir esta vacuna, si la producción de anticuerpos, la inmunidad celular o ambas, o tal vez ninguna de éstas.

En la producción de algunos candidatos a vacunas se han utilizado cepas provenientes de laboratorios y los anticuerpos que neutralizan a estas cepas no neutralizan a los aislados primarios, que son más virulentos. La mayoría de los virus transmitidos utilizan el CCR5 como correceptor para ingresar a la célula CD4+ y, por el contrario, las nuevas cepas de VIH-1 cuando se propagan en líneas celulares de laboratorio que no expresan CCR5, adoptan el CXCR4 como correceptor.[3]

A manera de resumen, entre los retos para el desarrollo de una vacuna preventiva de VIH destacan los siguientes:

- No se conocen totalmente los factores de protección inmune.
- Existe variación viral entre poblaciones e individuos.
- Ocurre persistencia del DNA proviral, invisible al sistema inmune pero con capacidad de replicación.
- La inmunidad de las mucosas probablemente sea requerida para prevenir la transmisión sexual.
- Existe un gran limitación en los modelos con animales.

Y es precisamente ante la dificultad de generar una vacuna que proteja contra la infección del VIH, que una opción más es encaminar los esfuerzos hacia una vacuna que proteja contra la enfermedad, es decir, que tenga la capacidad de disminuir la replicación viral, disminuir la meseta viral, facilitar la respuesta inmune, prolongar el estado de portador y que, al mismo tiempo, pueda evitar la transmisión.

Tipos de vacunas preventivas para el VIH

Basándose en estrategias tradicionales así como en ideas novedosas, se han creado numerosos acercamientos y estrategias para crear vacunas preventivas del VIH entre los que destacan los siguientes:

a) *Virus completos inactivados*. Esta estrategia es atractiva ya que puede ofrecer una variedad de virus como antígenos, semejantes a la variedad *in vivo*, sin embargo, se precisa que todo el virus esté inactivado, ya que de otra forma constituiría un riesgo potencial para causar una infección. Por esta razón NO se planea realizar ensayos en humanos hasta el momento.

b) *Virus vivos atenuados*. Aparte de las ventajas de los virus inactivados, los virus vivos atenuados son el mejor modelo de infección natural. La protección en animales es aparentemente buena, sin embargo, se ha visto que pueden volver a ganar virulencia y provocar la enfermedad, razón por la cual tampoco se planean estudios en humanos.

c) *Subunidades proteicas recombinantes*. Éste es el primer modelo de candidato a vacuna. Implica el uso de proteínas virales elaboradas genéticamente in vitro. Se trata de proteínas recombinantes, predominantemente de antígenos de la envoltura (gp 120), que podrían desencadenar la producción de anticuerpos neutralizantes y que han sido llevados hasta ensayos clínicos fase 3. Desafortunadamente, los resultados no lograron alcanzar la eficacia necesaria para prevenir la infección. Los grupos analizados (con diversidad étnica y diversas prácticas de riesgo) han sido muy distintos y han presentado algunas respuestas en los subgrupos con ciertas tendencias, lo que nuevamente alude a un componente genético, racial o inmunológico que entra en juego en la respuesta frente al virus.[3,6,9]

- d) *DNA desnudo.* En este caso se introducen en el cuerpo secuencias específicas de materiales genéticos para que se integren a las células (sin infectarlas por VIH) y producir proteínas que son inmunogénicas. Los resultados de estos estudios han mostrado una inmunogenicidad muy pobre en los seres humanos. Actualmente se encuentran en fase 1 una variedad que utiliza plásmidos para la liberación de los antígenos con genes provenientes de diversos subtipos: gag-pol-nef de B y env de A, B y C, habiéndose obtenido respuestas favorables de células T para env de los 3 subtipos, sobre todo para A, con una mayor producción de

anticuerpos a mayor dosis, pero con una actividad neutralizante que desafortunadamente no fue significativa.[10]

e) *Vectores bacterianos o virales para el transporte del DNA viral*. Como en el inciso anterior, se usa material genético de VIH con el fin de aumentar la respuesta inmune, pero insertado en vectores bacterianos o virales que son inocuos para los individuos afectados. La respuesta inmune generada es más amplia con anticuerpos CD4 y CD8. Estos modelos se encuentran en fase 2 de los ensayos clínicos, usando vectores como el adenovirus serotipo 5 (rAd5), un vector viral recombinante con replicación defectuosa, así como el virus canarypox. Una de las limitaciones de estos modelos es la inmunidad preexistente a la infección por cualquiera de los vectores usados, ya que impide su adecuada replicación reduciendo significativamente la respuesta inmune obtenida.[11,12]

f) *Combinaciones o complejos de vacunas*. En vista de que ninguno de los modelos ha generado una inmunogenicidad óptima, se han combinado dos tipos de candidatos a vacunas, especialmente subunidades recombinantes y vectores virales, en ensayos actuales de fase 3 cuyos resultados hasta el momento no han sido alentadores.

Así, cada una de estas estrategias en el diseño de vacunas para el VIH presenta limitaciones, ya sea por la patogenicidad, por la limitada respuesta de anticuerpos y de citotoxicidad mediada por linfocitos T, por la escasa inmunogenicidad, o bien por la poca experiencia con estos modelos.

Vacunas terapéuticas

Es sabido que los tratamientos antirretrovirales no llegan a erradicar al virus y, una vez que se descontinúa el tratamiento, reaparecen las partículas virales en plasma. De ahí que otra modalidad de vacuna la constituyan las llamadas vacunas terapéuticas, que son en realidad terapia inmunogénica. El objetivo principal de esta terapia consiste en apoyar el tratamiento antirretroviral, ya sea durante un tratamiento que pudiera no ser completamente supresito por resistencia o, una vez suspendido éste, favoreciendo las interrupciones de tratamiento, especialmente cuando son por toxicidad. A pesar de las mejoras realizadas en este tipo de vacunas, éstas no han demostrado eficacia en el objetivo primario de mantener cargas virales bajas después de la interrupción.[13]

Conclusiones

Dada la diseminación global de la infección por VIH y el enorme número de víctimas que ha alcanzado en algunas regiones del mundo, hoy más que nunca es necesaria una vacuna preventiva eficaz.

Hasta el momento no existe una vacuna capaz de prevenir el VIH y esto se debe a las características propias del virus (especialmente a su gran variabilidad genética), a las diferentes puertas de entrada que tiene al organismo y a su capacidad de integración en el material genético del huésped. Además de esto, existen consideraciones éticas importantes para los ensayos de candidatos a vacunas, a lo que se suma el hecho de que económicamente el perseguir una vacuna NO ha demostrado ser una alternativa para inversión financiera.

Aunque existen muchos prospectos de vacunas, no se ha podido definir el prospecto ideal ya que no conocemos los factores reales relacionados con la protección para una vacuna contra el VIH.

Ante este panorama desalentador, es importante cuestionarse si deberían dirigirse más esfuerzos a otras estrategias preventivas en lugar de tratar de perseverar en una que parece lejana y difícil de lograr.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. The world health report 2006-working together for health. WHO, 2006, Ginebra, Suiza.
2. Hilleman M. Impediments, imponderables and alternatives in the attempt to develop an effective vaccine against AIDS. Vaccine 1992; 10: 1053-58.
3. Graham B, Mascola J. Lessons from failure-preparing for future HIV-1 vaccine efficacy trials. J Infect Dis 2005; 191: 647-49.

4. Anderson R., Hanson M. Potential public health impact of imperfect HIV type 1 vaccine. J Infect Dis 2005; 191: S85-96.
5. Smith D, Richman D, Little S. HIV superinfection. J Infect Dis 2005; 192: 438-44.
6. Flynn N, Forthal D, Harro C, Judson F, Mayer K, Para M, et al. The rgp120 HIV Vaccine Study Group. Placebo-controlled phase 3 trial of a recombinant glycoprotein 120 vaccine to prevent HIV-1 infection. J Infect Dis 2005; 191: 654-65.
7. Gilbert PB, Peterson ML, Follmann D, Hudgens M, Francis D, Gurwith M, et al. Correlation between immunologic response to a recombinant glycoprotein 120 vaccine and incidence of HIV-1 infection in a phase 3 HIV-1 preventive vaccine trial. J Infect Dis 2005; 191: 666-77.
8. Gilbert PB, Ackers ML, Berman PW, Francis D, Popovic V, Hu D, et al. HIV-1 virologic and immunologic progression and initiation of antiretroviral therapy among HIV-1-infected subjects in a trial of the efficacy of recombinant glycoprotein 120 vaccine. J Infect Dis 2005; 192: 974-83.
9. Pitisuttithum P, Gilbert P, Gurwith M, Heyward W, Martin M, van Griensven F, et al. Ramdomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial of a bivalent recombinant glycoprotein 120 HIV-1 vaccine among injection drug users in Bangkok, Thailand. J Infect Dis 2006; 194: 1661-71.
10. Graham BS, Koup RA, Roederer M, Bailer R, Enama M, Moodie Z, et al. Phase 1 safety and immunogenicity evaluation of a multiclade HIV-1 DNA candidate vaccine. J Infect Dis 2006; 194: 1650-60.
11. Catanzaro AT, Koup RA, Roederer M, Bailer R, Enama M, Moodie Z, et al. Phase 1 safety and immunogenicity evaluation of a multiclade HIV-1 candidate vaccine delivered by a replication-defective recombinant adenovirus vector. J Infect Dis 2006; 194: 1638-49.
12. Robinson HL, Weinhold KJ. Phase 1 Clinical Trials of the Nacional Institutes of Health Vaccine Research Center HIV/AIDS Candidate Vaccines. J Infect Dis 2006; 194: 1625-7.
13. Kinloch-de Loes S, Hoen B, Smith D, Autran B, Lampe F, Phillips A, et al. Impact of therapeutic immunization on HIV-1 viremia after discontinuation of antiretroviral therapy initiating during acute infection. J Infect Dis 2005; 192: 607-17.

Bibliografía recomendada

1. Rerks-Ngarm S, Brown AE, Khamboonruang C, Thongcharoen P, Kunasol P. HIV/AIDS Preventive Vaccine 'Prime-Boost' Phase III Trial: Foundations and Initial Lessons Learned From Thailand. AIDS. 2006;20(11):1471-1479.
2. Sahloff EG. Current Issues in the Development of a Vaccine to Prevent Human Immunodeficiency Virus. Pharmacotherapy. 2005;25(5):741-747.

Actividades complementarias

Se recomienda que se investigue en cada país y región sitios pilotos actuales y potenciales para vacunas y la información preparatoria que se ha generado.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. ¿Qué razones da el autor para explicar la falta de una vacuna contra el VIH?

a. Las ventajas adaptativas del virus.
b. La falta de voluntarios que quieran participar en los ensayos de vacunas.
c. Las limitaciones del conocimiento científico.
d. Diversas consideraciones éticas.
e. Factores económicos y políticos.

2. Las enfermedades virales prevenibles por vacunas presentan las siguientes características comunes, excepto:

a. La transmisión se realiza mediante virus libre.
b. La integración genética forma parte del ciclo viral.
c. Son virus con limitada variación antigénica.

d. Son infecciones que no se asocian a destrucción del sistema inmune.
e. El desenlace normal es la recuperación espontánea.

3. Los aspectos más relevantes que se deben tener en cuenta para desarrollar una vacuna contra el VIH son los siguientes, excepto:

a. La enorme diversidad antigénica dentro de las poblaciones virales de VIH.
b. La alta tasa de mutaciones que ocurre en cada evento replicativo.
c. Las recombinaciones genéticas que generan nuevas poblaciones virales.
d. Los casos de superinfección y progresión lenta.
e. El tipo de material genético del VIH (ARN).

4. Algunas consideraciones éticas que intervienen en la creación de vacunas contra el VIH son:

a. Los individuos vacunados tendrían que exponerse al virus.
b. Es injusto que unas personas reciban vacunas y otras no.
c. La evolución de la infección abarcaría años para ver si se desarrolla la enfermedad.
d. Los ensayos de vacunas generan en los pacientes una falsa sensación de protección y esto podría aumentar el número de infecciones.
e. Los comités de ética se oponen a los ensayos de vacunas contra el VIH.

5. ¿Por qué concluye el autor que sería mejor crear una vacuna contra la enfermedad y no contra la infección por VIH?

a. El autor no llega a esa conclusión.
b. Por los enormes costos que implica la investigación en vacunas.
c. Porque se ha visto que el VIH es inmune a cualquier vacuna.
d. Por todas las dificultades que plantea generar una vacuna contra la infección.
e. Porque no es posible probar las vacunas con seres humanos.

Respuestas

1. a, c, d, e
2. b
3. d, e
4. a, c, d
5. d

Capítulo 10

Consejería básica para personas que viven con VIH o SIDA

Anette Morales Carcaño
Tiberio Moreno Monroy
Laura Elena de Caso González

Objetivo general

Conocer las características de la consejería que se ofrece a las personas con VIH o SIDA, con el fin de destacar las técnicas que favorecen una práctica adecuada.

Objetivo específico

Identificar las diferentes modalidades de la consejería, específicamente en VIH/SIDA, dirigida a la prevención sexual para personas que viven con VIH.

Introducción

La consejería, entendida como un servicio de información y guía para la conducta humana, surge desde un marco educativo y social hace más de 60 años. Desde entonces, se le denomina *consejero* a aquél que se dedica a dar asesoría, orientación e información sobre aspectos específicos de la vida humana. La consejería es vista como una profesión de ayuda, cuyo objetivo es abrir un espacio de trabajo para facilitar que las personas logren el bienestar o tomen conciencia de los problemas y retos que deben o deberán enfrentar en su vida cotidiana.

Generalmente la consejería se ofrece cuando las personas necesitan ayuda para tomar decisiones y resolver problemas que dificultan su vida diaria. El consejero actúa como un facilitador de las capacidades humanas, asesorando al usuario para lograr los cambios que le permitan superar el conflicto y, sobre todo, alcanzar el desarrollo armónico de su persona.

El presente trabajo tiene como finalidad brindar un panorama amplio de lo que es la consejería y de cómo es y ha sido una de las herramientas más útiles en la prevención y el control de la epidemia de VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Un consejero debe ser muy consciente de que el tipo de información que proporcione al usuario definirá en buena medida si la consejería estará enfocada hacia la prevención primaria o secundaria, incluyendo la prevención sexual.

La *prevención primaria* se refiere a las estrategias dirigidas a evitar que las personas se infecten por el VIH. Puede dirigirse a población en general o a poblaciones vulnerables. Dentro de este marco se ubican las entrevistas de primera vez para valorar la posibilidad de riesgo de haberse infectado por el VIH, así como la segunda entrevista para entrega de los resultados de pruebas para saber si se tiene o no el virus. En caso de que el resultado sea positivo, la consejería que se dé estará ya dentro del contexto de la prevención secundaria.

Se denomina *prevención secundaria* a todas aquellas estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH o que tienen SIDA. Más adelante se describirá la llamada "prevención sexual" en el contexto de la prevención secundaria.

Consejería en VIH/SIDA

Las diferentes implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que tiene vivir con VIH, han generado la necesidad de contar con espacios de orientación, asesoramiento, escucha, comprensión, donde la persona o personas que acudan a este servicio puedan expresar sus inquietudes con total confidencialidad, y puedan acceder a diferentes estrategias de intervención, dependiendo de su situación particular.

De esta forma, la consejería se convierte en un "proceso en el cual el consejero cuestiona al usuario para que éste tome sus propias decisiones desde el mayor nivel de conciencia posible".[1] En el contexto del VIH/SIDA, se ha definido a la consejería como "el conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas con riesgo que lo exponen a la infección del VIH/SIDA."[2]

Así, la consejería no consiste sólo en dar consejos, o dar información a la gente para que haga lo que nosotros consideramos que *debe hacer*. Tampoco se debe confundir con una entrevista en donde sólo se proporciona información. Se trata más bien de un encuentro entre seres humanos en donde podemos confrontar puntos de vista de forma cálida y con absoluto respeto al otro, *poniéndonos a su servicio*, sin anteponer nuestros deseos, de forma que el usuario logre plantear sus necesidades y encuentre formas realistas de resolverlas.

Objetivos de la consejería

Desde el punto de vista de los usuarios, los objetivos de la consejería pueden ser variados y muy específicos dependiendo de sus necesidades, pero en el marco de la prevención y apoyo con respecto al VIH los principales objetivos de la consejería son:

- Promover la educación para la prevención, a través de la generación de cambios respecto a las prácticas que ponen a las personas en riesgo de infectarse de VIH y, sobre todo, promoviendo la adopción de medidas preventivas y de autocuidado.
- Ofrecer un espacio de escucha ante la problemática vivida. El consejero ayuda a las personas afectadas por el virus a clarificar sus pensamientos y a explorar varias opciones o soluciones posibles ante su problemática, así como ofrecer un soporte emocional.

¿Cómo se presentan las personas que acuden a recibir consejería?

Los usuarios que se presentan a la consejería respecto al VIH acuden con diferentes estados de ánimo y, por lo general, están nerviosos, tensos, preocupados o temerosos. Cuando un usuario está muy angustiado, difícilmente puede reconocer su problemática y desarrollar sus capacidades para enfrentar la situación por la que está pasando. Por esta razón, el primer propósito de la consejería es escuchar a las personas, darles la información pertinente de acuerdo con sus demandas y necesidades, y acompañarlas para que puedan compartir su problemática. Este proceso de acompañamiento puede favorecer aprendizajes significativos y válidos para toda la vida.

Es importante que los usuarios logren identificar sus propios sentimientos, ya que éstos pueden ser la principal causa del problema del usuario y pueden encubrir su problemática principal. Por otra parte, el consejero debe procurar separar sus propios conflictos, temores y ansiedades, y es altamente recomendable que quien haga consejería trabaje sus conflictos personales de manera independiente en terapia, con algún supervisor o en grupos de trabajo.

Características de la consejería

La consejería debe darse cara a cara, debe ser focalizada, confidencial y brindar información completa, clara y suficiente que permita aclarar ideas erróneas, mitos, tabúes y prejuicios. El consejero no tiene permitido juzgar, regañar, condenar o manipular a las personas que acuden a la consejería. Las sesiones de consejería no deben durar más de 60 minutos.

El consejero debe tener presente que es un educador y que el usuario es una persona que acude con él esperando que lo escuche, oriente e informe sobre aquello que no sabe, por lo que es indispensable que el consejero esté capacitado en los diferentes temas que se suelen tocar en el trabajo con VIH/SIDA. Además, el consejero debe contar con distintas metodologías y habilidades especiales que le permitan realizar su trabajo eficazmente.

Más adelante hablaremos de estas habilidades y metodologías.

Debemos tener presente que hacerse la prueba del VIH es un paso crucial en la vida de muchas personas. Igualmente, en el caso de quienes ya tienen el virus, aceptar que vivirán con la infección es un tema central, por lo que el consejero debe desarrollar una "escucha activa", en donde se respeten los valores, creencias, actitudes y la orientación sexual de las personas. Además, a lo largo de la consejería es necesario utilizar un lenguaje simple y claro, y brindar respuestas técnicamente válidas, pero ajustadas a la situación personal del usuario y verificar si la información que se dio fue clara.

Asimismo, el consejero debe ser cuidadoso con su lenguaje corporal ya que los mensajes no verbales tienen una importancia especial. Un comportamiento tenso e inseguro puede contribuir al desasosiego del usuario. En cambio, una actitud física serena y abierta facilita la comunicación y el diálogo. De igual importancia resulta tener la habilidad de leer el lenguaje de la persona que tenemos enfrente, es decir, atender no solamente a su lenguaje verbal sino observar y analizar la expresión corporal, ya que ésta proporcionan al consejero más información sobre el estado del usuario o usuaria.

El trabajo del consejero es facilitar que las personas expresen sus inquietudes. Por ello, debe realizar preguntas abiertas que permitan explorar y profundizar las demandas de los usuarios, y preguntar sobre cuestiones específicas cuando algo no se entiende, lo que permitir valorar si la persona ha estado expuesta a una posible infección de VIH, o si le inquieta estarlo.

La consejería no consiste en que el consejero dé respuesta los problemas de los que acuden con él. Por el contrario, se trata de hacerles notar que cada persona tiene las herramientas necesarias, el potencial y la habilidad de decidir lo que más les conviene para sus vidas, ya que ésta es la mejor forma de tomar decisiones responsables.

Las cualidades de un consejero

Las personas que se proponen dar consejería en temas relacionados con el VIH/SIDA y las ITS deben desarrollar ciertas características para poder ofrecer una consejería eficaz. Entre ellas destacan las siguientes:

- *Ser honesto y sincero:* No mentir, ni restarle importancia a lo que se diga durante la consejería. Frente a la realidad muchas veces apremiante del usuario, el consejero puede sentir la necesidad de ocultar, simplificar los hechos o generar falsas expectativas, pero esto no debe hacerse bajo ninguna circunstancia.
- *Ser congruente y auténtico:* Ser congruente significa vivir y manifestar nuestros sentimientos sin engañarnos a nosotros mismos ni pretender engañar a los demás. Esto no supone la obligatoriedad de manifestar al usuario todo lo que sentimos, pero si un usuario nos perturba, debemos compartir esto con un especialista para saber qué está pasando. Se puede llegar a ser amable, cordial y hasta cálido con el usuario *sin necesidad de convertirnos en cómplice de sus riesgos.* Por otro lado, una persona auténtica aparece tal como es y no se oculta tras la máscara de la profesionalidad o de la sabiduría. Lo que se espera de alguien congruente es que sus ideas, sus emociones y sentimientos, sus acciones y palabras vayan en la misma línea, y que no haya discrepancias entre éstas.
- *Ser tolerante:* En este trabajo es fundamental que el consejero maneje sus emociones y el discurso que da al usuario de forma asertiva. Se espera que el consejero esté en la mejor disposición de comprender, aceptar y entender que muchas personas son diferentes, que piensan y sienten de formas diversas, y que el trabajo de consejería consiste, sobre todo, en ofrecer apoyo y comprensión. Suele suceder que algunos usuarios llegan a desesperar al consejero, más aún cuando se les da la información sobre el VIH/SIDA y algunas ITS, porque a muchos les resulta complicado entender los mecanismos de transmisión, o porque el consejero no ha sido claro en la explicación. Aquí cabe recordar que para muchas personas ésta es la primera vez que escuchan hablar de estos temas, o bien tienen una serie de ideas, creencias, mitos o información errónea sobre temas sexuales, por lo que llevará

tiempo lograr una comprensión plena entre consejero y usuario.

- *Ser sensible:* En la consejería es importante tener presente que se establece un contacto íntimo, pero a pesar de ello, cada quien interpreta de forma diferente los eventos de la vida, y el reconocimiento de las necesidades del otro depende de la sensibilidad y percepción de cada persona. A veces puede parecer obvio lo que una persona necesita, pero en muchos casos es realmente difícil saberlo.
- *Ser empático*: Esto significa estar dispuesto a escuchar y percibir los sentimientos de la otra persona y tratar de entender lo que motiva sus acciones. Es importante tratar de ponerse en la posición de la otra persona y ser capaz de transmitirle que lo comprendemos. Cuando realmente somos empáticos se consigue lo siguiente:
  - » La confianza de la persona para que exprese verdaderamente su problemática.
  - » Comprender mejor la situación por la cual está pasando y tener una adecuada intervención.
  - » Seguridad de que el usuario escuche y empiece a aceptar.
  - » Que la persona se dé cuenta y descubra que hay alternativas.
  - » Que surja el interés al cambio.
- *Ser creativo:* El contacto con los demás puede estimular las cualidades personales, hacer aflorar talentos dormidos e impulsar la imaginación. Para quien sabe movilizar la creatividad personal no existen límites en las posibilidades humanas.

¿Quiénes pueden dar consejería?

Como puede verse en las cualidades enumeradas antes, no se necesitan grandes calificaciones académicas para proveer consejería, si no que lo que se requiere es una actitud particular. Por esto, quienes pueden proveer consejería son:

- Profesionales entrenados en consejería, con información suficiente sobre el VIH/SIDA y que estén comprometidos con el tema.
- Personas de organizaciones que trabajan en el tema, así como miembros de la comunidad que hayan sido debidamente capacitados. No es suficiente con que tengan ganas de dar consejería sino que se requiere un enorme compromiso de ayudar y servir.

Es importante que las personas que pretendan dar consejería estén dispuestas a recibir entrenamiento, y mantenerse en capacitación y evaluación constante, ya que esto sirve para mejorar la consejería y el trabajo humano que se realiza.

Algunas herramientas que nos ayudan a hacer consejería

En la consejería es de suma importancia la actitud y disponibilidad para atender y entender al usuario. Por ello, acudimos a ciertas técnicas que sirven para que el usuario comprenda la situación por la que está pasando. No todas las técnicas funcionan con todas las personas. El uso de cada técnica se vale de la sensibilidad y el discernimiento para saber qué corresponde hacer, cómo y en qué momento.

A continuación se describen algunas técnicas que resultan de gran utilidad en la consejería sin olvidar que para poder llevarlas a cabo es necesario entenderlas y luego practicarlas con la debida supervisión e integrarlas al trabajo cotidiano de consejería.

- *ESPEJEAR:* El consejero refleja elementos que el usuario está comunicando para que focalice su atención en ellos. Ejemplos:
  Consejero: Cuando hablas de tu salud, bajas la voz…
  Consejero: Cuando dices que estás muy enojado, aprietas las manos…
  Consejero: Dices estar triste y te sonríes…

- *PARAFRASEAR:* El consejero realiza una reformulación de la información que recibe del usuario con el fin de clarificarla. Ejemplos:
  Consejero: Entiendo qué me estás diciendo…
  Consejero: En otras palabras…
  Consejero: Déjame ver si entiendo…

- *HACER ECO O RESONAR:* Repetir en forma de pregunta algunas frases que el usuario diga duran-

te la sesión; esto sirve para que la persona se escuche y se dé cuenta de lo que sucede. Ejemplos:
Usuario: Tuve relaciones sexuales sin protección y aunque estoy segura de que mi pareja no puede infectarme, quiero hacerme la prueba.
Consejero: ¿Estás segura de que tu pareja no puede infectarte?
Usuario: Soy muy responsable, pero esta vez no usé condón.
Consejero: ¿Eres muy responsable?
Usuario: ºEstoy aquí…, pero muy enojado!
Consejero: ¿Enojado….?

REFORMULACIÓN PROPIA DEL USUARIO: Esta técnica es importante para que al consejero le quede claro si lo que le dice el usuario es lo mismo que él entiende y percibe. De no ser así, le pediremos que exprese de nuevo la parte que no quedó clara. Ejemplos:
Consejero: Por lo que entendí, también tienes la necesidad de hablar sobre esto…
Consejero: Por lo que me has dicho hasta ahora, lo que más te preocupa es que se enteren en tu trabajo…

- *NORMALIZACIÓN:* Consiste en avalar o reconocer las emociones que siente el usuario en el momento, "aquí y ahora". La persona puede manifestar sentimientos y emociones como ansiedad, temor, angustia, coraje o tristeza, por la situación que enfrenta. El consejero debe permitir la expresión de los mismos. Ejemplo:
Usuario: El sólo pensar que pudiera estar infectado me produce mucho miedo por no saber qué me va a pasar.
Consejero: Es normal que te sientas así.

- *CONFRONTACIÓN:* Con los elementos proporcionados por el consultante, el consejero puede enfrentarlo en una situación específica para que se dé cuenta de que sus actos no son del todo congruentes o se contradicen. Ejemplos:
Usuario: Tuve relaciones sexuales sin protección y no me preocupa.
Consejero: ¿Si no te preocupa por qué estás aquí?
Usuario: Estoy seguro que no tengo VIH, por eso no me quiero hacer la prueba de ELISA.
Consejero: ¿Sí estás tan seguro de que no tienes VIH, por qué no quieres hacerte la prueba?

- *FOCALIZAR*: Encaminar el diálogo del usuario a centrarse en un solo asunto. No permitir que se desvíe del tema, evitar que cambie su discurso a cada momento. Ejemplos:
Consejero: Me doy cuenta de que me quieres hablar de muchas cosas, te pediría que te enfoques en lo que más te preocupa…
Consejero: Si me hablas de muchas cosas a la vez, no te voy a entender…
Consejero: Por favor, háblame de lo que en este momento, aquí y ahora, te molesta, preocupa o angustia…

- *SINTETIZA*R: Es resumir todo lo que se comentó durante la sesión. Sirve para aclarar el sentido de lo que escuchamos del usuario. Ejemplo:
Consejero: Me dices que tienes múltiples parejas sexuales y que no te atreves a pedirles que usen protección en sus prácticas con penetración, porque no quieres que piensen que "tienes SIDA", pero que te gustaría convencerlos para que usen el condón. ¿Es así?

- *SONDEAR:* Tratar de conocer la información del usuario a través de preguntas dirigidas. Ejemplos:
Consejero: ¿Cómo es eso...?
Consejero: Platícame más acerca de...
Consejero: ¿Qué consideras que pueda pasar, si...?

- *SINTONIZARSE:* Esto ocurre cuando el consejero entrevé y respeta lo que el otro comparte. Es dejar al otro como protagonista del encuentro y saber entrar en su mundo y aprender a mirar las cosas desde su propia perspectiva.

Prevención secundaria para personas que viven con VIH

La *prevención secundaria* se refiere a todas aquellas estrategias que se ponen en marcha para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Con base en la experiencia desarrollada por el equipo de psicólogas de CENSIDA, se ha desarrollado una metodología de prevención secundaria en la que se ofrece a las personas que viven con VIH talleres mensuales con temas dirigidos a mejorar su calidad de vida. Algunos temas sugeridos para trabajar en esta forma de prevención son:

- Historia Natural del VIH/SIDA
- Importancia de las revisiones médicas y de laboratorio.
- Importancia de la consejería, terapia psicológica y grupos de auto-apoyo.
- Estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA e ITS.
- Nutrición.
- Ejercicio y técnicas de relajación.
- Organización del tiempo libre.
- Redes sociales.
- Antirretrovirales (complemento del Programa Nacional de Adherencia).
- Autoestima y amor.
- Derechos humanos, civiles, sexuales y laborales.
- Adicciones, VIH/SIDA e ITS.
- Socialización del resultado serológico al círculo más cercano (no a la pareja).

Prevención sexual para personas que viven con VIH

La consejería para personas que viven con VIH se conoce también como *prevención sexual*. En este tipo de prevención se trabajan específicamente los temas relacionados con la sexualidad para lograr una cultura de autocuidado, de cuidado de la pareja y se analiza la pertinencia de comunicar un resultado seropositivo con la pareja o las parejas sexuales.

La prevención sexual se puede manejar de forma grupal (a través de talleres) o individual, donde exclusivamente se hablará de los temas relacionados con la sexualidad, previo acuerdo con el usuario o usuaria. La propuesta de las psicólogas de CENSIDA de temas de Consejería en Prevención Sexual para Personas que Viven con VIH son:

- Diversidad sexual.
- Talleres de sexo seguro y sexo protegido (uso de condón y su negociación).
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Importancia de comunicar el estado serológico con la pareja sexual.
- La sexualidad y el abuso de alcohol o drogas.
- Situaciones de vulnerabilidad y riesgo para reinfectarse de VIH y otras ITS.
- Cualquier otro tema de sexualidad que favorezca la prevención en personas que viven con VIH, para evitar la reinfección con VIH o la adquisición de otras ITS.

Conclusiones

En diversos foros se ha subrayado la importancia de desarrollar estrategias para prevenir y controlar el VIH/SIDA. Entre ellas destacan siempre los servicios de consejería y la capacitación al personal de salud para proveer este servicio.

La consejería ha demostrado ser un recurso eficaz que contribuye a mitigar el impacto psicosocial que provoca la presencia del VIH en las personas y las comunidades. No obstante, para contar con programas efectivos de consejería, es necesario incrementar la capacitación y los procesos de sensibilización para las personas que de una u otra forma ya ofrecen consejería, así como para los futuros consejeros. Entre las necesidades que se han detectado se encuentra una adecuada selección de los aspirantes, para que tengan las características deseadas y maximizar la posibilidad de que lleven a cabo un trabajo de calidad, con un alto compromiso hacia sí mismos y hacia los demás.

En el caso específico de la prevención sexual, es importante que el consejero encargado sea una persona con amplia experiencia en el área, que tenga los conocimientos de sexualidad necesarios para tocar los temas con las personas que viven con VIH.

No hay que olvidar que una adecuada consejería incide directamente en los usuarios y usuarias, y una

buena consejería favorece cambios de comportamiento saludables, evitando nuevas infecciones o reinfecciones, además de ser un espacio de contención emocional más que necesario.

Referencias bibliográficas

1. Cachón D, Villalobos B, Adonay O, Guillen B, Menéndez M, Portillo S, et al. Manual de Capacitación para Facilitadores en Consejería y Educación sobre VIH/SIDA. El Salvador, 2003; 61-95.
2. Abrego L, De Caso L, García P, Hernández S, López A, Malagón N, et al. Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con el VIH/SIDA. 2ª Edición, México: CONASIDA, 2000: 15-47.

Bibliografía recomendada

1. Velandia M. Alternativa Vital. Manual de consejería pre y post-prueba en Infección por VIH y en Sida. Santafé de Bogotá, 1999:11-50.
2. Sánchez A. ¿Qué es el counseling? Prevención-Cambio-Desarrollo Personal. Buenos Aires: Lectour, 2003: p. 13-46.
3. Sánchez J, García P, Vargas L, Rosasco A. Guía Nacional de Consejería en ETS y VIH/SIDA. Ministerio de Salud. PROCETSS: Lima, Perú.
4. Cruz G, Hernández R, Moreno T, Morales A, Pelayo N. Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS. México: Secretaría de Salud; 2006.
5. Hernández G, Fernández I, León E, Morales C, Varela T. Guía para la aplicación de la prueba rápida. México: Secretaría de Salud; 2006.
6. De Caso L., Morales A, Hernández G., Hernández R. Consejería en prevención Sexual para personas con VIH. En: Manual para Profesionales de la Salud en el Manejo de la Prevención Positiva. México 2008. En prensa.
7. Weis P. La Prevención de la Transmisión Sexual del VIH: La Contribución del Sector Salud. En: Family and Community Health. México: WHO; 2007: p. 20-21.

Actividades complementarias

Se llevará a cabo una dinámica para reforzar diferentes técnicas.

Material: Tarjetas con el nombre de cada una de las 11 técnicas.

Objetivo: Se preparará una representación teatral en la que una persona jugará el papel de usuario o usuaria y otra actuará como consejero. Previo a la representación, se entregará a los consejeros el nombre de la técnica a representar y el resto del grupo la identificará al concluir la representación.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. La consejería se puede definir como:

a. Una sesión para recibir consejos de un especialista y resolver problemas personales.
b. Acto en que el usuario plantea sus problemas con el fin de recibir apoyo psicológico y emocional.
c. Acto de dar consejos y recomendaciones para mejorar la calidad de vida de las personas.
d. Actividad en la que el consejero asesora al usuario para tomar conciencia de sus problemas y tomar decisiones respecto de ellos.

2. Por lo general, los objetivos de la consejería son:

a. Ayudar ante la problemática planteada.
b. Clarificar lo que el usuario está viviendo.
c. Explorar opciones de solución.
d. Todas las anteriores.

3. Los objetivos de la consejería sobre VIH/SIDA e ITS son:

a. Evitar cualquier ITS y el VIH.
b. Romper la cadena de transmisión y potenciar las relaciones familiares.

c. Proporcionar información sobre ITS y el VIH. Identificar conductas y prácticas del usuario que lo ponen en riesgo de adquirir el VIH y otras ITS.
d. Todas las anteriores.

4. Las características de la consejería son:

a. Que es confidencial y la da un profesional de la salud entrenado en cuestiones de psicología.
b. Que ofrece mucha información y diversas opciones para la solución de un problema.
c. Que es focalizada, no directiva y confidencial. Además, se da cara a cara y en un tiempo determinado.
d. Todas las anteriores.

5. Algunas cualidades del consejero en VIH son:

a. Ser especialista en el tema, tolerante a la frustración, resilente y creativo.
b. Ser honesto, congruente, sensible, claro y tolerante.
c. Ser creativo, saber hablar y haberse capacitado al menos durante dos años.
d. Ser respetuoso de las opiniones ajenas, innovador y hablar sin rodeos.

Respuestas

1. d
2. d
3. c
4. c
5. b

Capítulo 11

Tuberculosis y VIH/SIDA

Javier Romo García

Objetivo general

Obtener conocimientos esenciales en cuanto al binomio tuberculosis (TB) y VIH/SIDA que permitan al lector entender el problema y poder tomar decisiones en materia de salud en lo individual y en lo colectivo.

Objetivo específico

Obtener capacitación relacionada con el binomio tuberculosis-VIH/SIDA en diagnóstico, terapéutica, control de la transmisión de estos pacientes y prevención.

Introducción

Las infecciones por tuberculosis y por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representan graves problemas de salud en todo el mundo por su elevada morbimortalidad. Cuando coexisten en el mismo paciente el pronóstico es muy poco optimista. Lamentablemente, este problema es cada vez más común, ya que ambos agentes pueden coexistir en un mismo paciente y el resultado puede ser letal de no ser diagnosticado y tratado oportunamente.

Si bien el avance de la tecnología nos permite ser más rápidos y efectivos, la limitación de los recursos materiales y humanos favorece una mayor vulnerabilidad ante este tipo de binomios. Adicionalmente, las consecuencias sociales de la diseminación de dichos agentes entre la población general, más el incremento en gastos por la morbimortalidad generada se han convertido en un gran reto en algunas regiones como el África Subsahariana. En América Latina, en cambio, el problema es menos severo, pero persiste la pregunta de si sabremos enfrentar colectivamente esta problemática con sabiduría y de forma operativa, práctica y oportuna.

Algunos datos epidemiológicos

Es conveniente distinguir entre la infección por tuberculosis latente (TBL), con presencia de escasos bacilos no activos en el huésped, y el estado de tuberculosis activa (TBA) en que ya existe enfermedad y donde el desarrollo de las micobacterias es explosivo y el daño al cuerpo humano es enorme.

La TBA es una de las principales causas de muerte y morbilidad en la población con VIH/SIDA. Se estima que un tercio de los más de 39.5 millones de personas viviendo con VIH/SIDA a nivel mundial están coinfectadas por *M. Tuberculosi*s, y en aquellos ya infectados, el riesgo de enfermarse de tuberculosis es del 7 a 10% anual.

En 2004 había en América Latina una tasa de 38 por cada 100,000 enfermos de TBA. En la población general de México, la TBL es de al menos 50%, de acuerdo con encuestas tuberculínicas, con una tasa de TBA estimada

de 50 casos por 100,000 habitantes.[1] De acuerdo con el reporte global de la OMS sobre tuberculosis de 2006, en México existían 40,885 casos anuales de TBA, mientras la prevalencia de VIH es de 0.3 (0.2 a 0.7)[2,3] y se desconoce con exactitud el número de casos de personas con tuberculosis y VIH.

El número real de pacientes infectados por VIH y TB se ha subestimado por la metodología de diagnóstico utilizada.[4,5] El porcentaje de personas con VIH entre pacientes con diagnóstico previo de TB en México es apenas de 1.7% a 3%, dato que contrasta con Brasil, que tiene 17%. Se calcula que al menos el 30% de las muertes por SIDA en México, pueden deberse a la TBA.

A nivel mundial ocurren anualmente cerca de 425,000 nuevos casos de tuberculosis multiresistente a las drogas (TB-MDR, por sus siglas en inglés), lo que representa aproximadamente 5% de todos los casos de TB. Estos pacientes requieren un periodo de tratamiento mucho más largo, usualmente de 24 meses. En México se han reportado 2,453 casos estimados de MDR-TB, con una prevalencia de 2.4% entre nuevos casos de TB, 8.9% entre casos de retratamiento y 6% entre todos los casos de TB.[6] A esto hay que sumar los casos que ya existen de cepas extensamente resistente a drogas (XDR), que son cepas MDR con resistencia adicional a quinolonas y un inyectable AMK, CPM, KAN. En 2006, se reportaron 245 casos de MDR acumulados y probablemente 10% se encontraban infectados con VIH.

Fisiopatología

En la medida en que la infección por VIH progresa, los linfocitos CD4+ declinan en número y función. El aparato inmune es menos capaz de prevenir el crecimiento y diseminación de las infecciones, incluyendo a la TB que pudo haber sido desarrollada a partir de una reinfección o una reactivación. Esta situación, además de afectar negativamente al paciente con VIH, pone en riesgo a la población abierta, al favorecer la transmisión de TB por vía aérea.

En los pacientes infectados por VIH, la TB está presente en los macrófagos alveolares, frena la progresión de los fagosomas, lo que conduce a un impedimento de la fusión de las micobacterias con los lisosomas acidificados y, por lo tanto, se impide la destrucción de las mismas. La respuesta de hipersensibilidad retardada, que causa una reacción inflamatoria retardada en los pulmones en "inmunocompetentes", está disminuida o ausente y la respuesta histopatológica es difusa, necrótica e incapaz de restringir el crecimiento de la tuberculosis.[7,8] Por todo esto, la TB y sus formas extrapulmonares son más frecuentes en los pacientes con VIH y la presentación clínica e histopatológica depende del grado de inmunodepresión del paciente.

El cuadro clínico es menos característico en pacientes con VIH, la frecuencia de positividad de las tinciones de esputo buscando BAAR disminuye por su mayor frecuencia extrapulmonar y la morfología de las radiografías de tórax frecuentemente cambian en el estado temprano y tardío por VIH, desde radiografías casi normales hasta opacidades más o menos típicas o cavernas. También puede presentarse desde la aparición de imágenes de lesiones intersticiales poco uniformes hasta un patrón francamente miliar.

Diagnostico de Tuberculosis Latente (TBL)

Desde hace más de un siglo, el diagnóstico de infección por *M. Tuberculosis* sin enfermedad o TBL se ha efectuado por medio de la intradermorreacción a la tuberculina (PPD), definido como reacción de induración ≥5 mm en la piel en el área de la intradermorreacción, el cual es un método barato, pero con diversas desventajas como: depender de personal entrenado para la aplicación y lectura de la prueba, la necesidad de que el individuo regrese en 48 o 72 horas para hacer la lectura, la baja sensibilidad y especificidad de la prueba, y la incapacidad para discriminar la respuesta inmune a aquellos vacunados contra la tuberculosis con la vacuna BCG o aquellos con micobacterias atípicas.

Por lo anterior, en años recientes se han desarrollado ensayos de interferón gamma (IFN-γ) basados en la memoria de células T periféricas, con la intención de mejorar la detección de la tuberculosis latente a un costo razonable. En este momento, existen dos pruebas comerciales: a) el ensayo de sangre entera para demostrar incremento de IFN-γ (QUANTIFERON-TB Gold, Cellestis Ltd, Victoria, Australia), por medio de una prueba de ELISA, aprobado por la FDA en diciembre del

2004, y b) un ensayo de Inmunospot ligado a enzimas (T SPOT-TB, Oxford Immunotec, Oxford, England), el cual fue aprobado para su uso en Europa.[9] Estas pruebas ofrecen la esperanza de obtener una sensibilidad y especificidad mejoradas para el diagnóstico de la TBL.

La anteriores son pruebas *in vitro* indirectas a través de la medición del incremento en IFN-γ secretado en células T previamente expuestas al *M. tuberculosis*, o bien, para medir la presencia y número de linfocitos productores de IFN-γ para evaluar el estado de infección o no. Se utiliza una mezcla de péptidos estimulantes específicos de *M. tuberculosis*, que son las proteínas ESAT-6 y CFP-10 para estimular células T en la sangre entera heparinizada, previamente extraída del paciente a evaluar.

La detección de IFN-γ o linfocitos productores del mismo por ELISA o ELISPOT es utilizada para identificar respuestas *in vitro* a ESAT-6 y CFP-10, que están asociados a la exposición previa a *M. tuberculosis*. Estas pruebas tienen la ventaja de que no resultan positivas en caso de haber recibido la vacuna BCG y tampoco cruzan con la mayoría de las micobacterias atípicas.

Existe la posibilidad de que estas pruebas contribuyan a descartar tuberculosis en pacientes con SIDA, debido a su alto factor predictivo negativo. Sin embargo, esto supone la necesidad que exista integridad del paciente evaluado en cuanto a su capacidad inmune de producir IFN-γ. Por lo anterior, es poco probable que estas pruebas sean útiles en pacientes con VIH y conteo de CD4 bajo (<100 por mL). Tal vez con un conteo mayor de 200 linfocitos CD4/mL pueda tener un papel relevante para demostrar la infección TBL o bien descartar TBA. En el caso de pacientes con CD4 bajo (<200 por mL), que reciben Tratamiento Antiviral Altamente Activo (TARAA) exitosamente, una vez que se logra el incremento de CD4> 200 por mL deben repetirse estas pruebas.

Diagnóstico de TBA

El diagnóstico de TBA o enfermedad por tuberculosis debe basarse en el cuadro clínico y radiológico sugestivo, tinciones de esputo con técnica de Ziehl-Neelsen o Kinyoun o Auramina Rodamina positivas, y cultivo con Lòwestein-Jensen o Middlebrook para crecimiento de micobacterias (Gold standard de diagnóstico y el método más sensitivo) con tipificación y drogosensibilidad.

También pueden utilizarse procesos automatizados que detectan la producción de CO_2 o el consumo de O_2. Estas pruebas normalmente requieren de dos a ocho semanas, pero con técnicas novedosas de microscopía este proceso puede acelerarse considerablemente. Aunque estos métodos no se realizan en todos los laboratorios y no siempre se obtiene un resultado positivo, en última estancia es el clínico quien debe decidir si su paciente tiene alta probabilidad de TB y si administrará un tratamiento antituberculoso.

Número de baciloscopías adecuado

Es importante asegurar la buena calidad de la microscopía de las tinciones. En un estudio reciente de 425 pacientes con cultivo para MTB positivo, se valoraron las tinciones para demostrar BAAR en 951 especimenes respiratorios. La sensibilidad de las tinciones con una muestra de esputo colectado en 239 individuos VIH negativos fue de 75%, con dos de 79%, y con tres de 80%, comparada con 142 VIH positivos donde fue de 57%, 61%, y 62% respectivamente. En suma, dos *tinciones* fueron adecuadas para el estudio y la tercera aportó poco beneficio diagnóstico,[10] además de que se demostró una menor utilidad de las tinciones en personas con VIH al compararse con los individuos VIH negativos.

TB extrapulmonar

Conforme la inmunidad se afecta, aumenta la frecuencia de TB extrapulmonar, cuyas formas más comunes en pacientes con SIDA son:

- Linfadenopatía (26%)
- Pleural (21%)
- Diseminación miliar (20%)
- Meningitis o SNC (16%)

Los mismos criterios determinan las categorías diagnósticas para pacientes con TB independientemente de su status por VIH. Desde luego estas infecciones por TB activa extrapulmonar dan un pronóstico más grave y frecuentemente mortal.[11,12]

Diagnóstico diferencial y curso de la enfermedad

En la práctica clínica es difícil distinguir entre TBA de otras enfermedades por micobacterias atípicas y frecuentemente también de otros agentes como son: *P. jiroveci*, hongos, virus, y muchos tipos de bacterias. Otras infecciones o situaciones asociadas como la neumonía o la diarrea contribuyen a elevar la morbimortalidad en pacientes VIH positivos tratados para TBA.

Fatalidad en los casos

En las personas VIH positivas con esputo positivo a TB, la mortalidad se incrementa, pero aún más en aquellos con TB y esputo negativo, tal vez reflejando su mayor grado de inmunosupresión. La mortalidad es superior al 20%, especialmente cuando la enfermedad es diseminada y en casos de afectación al SNC.

Profilaxis con co-trimoxazole

El UNAIDS y la OMS han recomendado el uso de co-trimoxasol (sulfametoxasol más trimetropim) en aquellos pacientes coinfectados con VIH y TB como un mínimo paquete de cuidado profiláctico de otras infecciones pero en especial de *P. jiroveci*.

Respuesta al tratamiento antituberculoso

Varios estudios indican que la respuesta de curación a seis meses en tratamientos basados en rifampicina con pacientes diagnosticados con TB activa es la misma tanto en pacientes VIH positivos como negativos. Sin embargo, está claro que los pacientes con presentación extrapulmonar en SNC o hematógena deberán recibir 12 o más meses. Algunos programas en América Latina consideran un tratamiento mínimo de ocho a nueve meses en total.

Tratamiento de TB asociada a VIH

Por lo general, el tratamiento de TB es el mismo para pacientes VIH negativos y positivos.[2] Debe quedar claro que una vez iniciado el tratamiento, debe continuarse hasta completar al menos seis meses, de lo contrario se favorece la aparición de resistencias por cepas MDR y XDR. En los pacientes con VIH relacionada a TB, la prioridad es tratar la TBA en relación a la infección por VIH por su más rápida letalidad, y en aquéllos BAAR positivos en esputo para evitar diseminación a otras personas.

Los medicamentos antituberculosos más utilizados, son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol o estreptomicina, administrados en dos fases: la primera intensiva, de dos meses, y la segunda de cuatro a siete meses. Debe utilizarse en estos pacientes la estrategia TAES. En el caso de que exista VIH, especialmente con menos de <100 CD4, los fármacos antituberculosis deberán administrarse por lo menos tres veces a la semana o diariamente. Está en evaluación el uso concomitante de gatifloxacina o moxifloxacina con resultados alentadores.[13]

Hasta este momento, la decisión de cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral (ARV) en pacientes con TBA es controvertida, porque se favorece la aparición del síndrome de reconstitución inmune (SIRI) y existen interacciones medicamentosas importantes entre la rifampicina y el ARV. Por otro lado retrasar el inicio de ARV puede incrementar el riesgo de complicaciones debidas a la presencia descontrolada del VIH e incluso de mortalidad, especialmente con conteos de CD4 muy bajos. Algunas opciones de cuándo iniciar ARV en pacientes sin experiencia con éstos, con VIH y TBA que lo requieran incluyen:

- Diferir el TARAA al menos entre dos y ocho semanas después del inicio del tratamiento para TB, coincidiendo con el inicio de la fase de sostén del tratamiento para tuberculosis o hasta que se ha completado.
- Tratar simultáneamente TBA con un régimen que contenga rifampicina y utilizar efavirenz más dos ITRANs (azt+3tc o tenofovir+ftc), particularmente en aquellos pacientes graves con <de 50 CD4/mL. Sin embargo, la recomendación de la OMS es más amplia, cuando sea <a 200 CD4/mL. Recordar que el efavirenz no puede utilizarse en mujeres embarazadas. Otra alternativa es la nevirapina combinada.

En el caso de pacientes que ya están recibiendo TARAA, que son diagnosticados con TBA, deberá efectuarse una cuidadosa evaluación y tomar las decisiones de un modo individual.

La razón para separar siempre que se pueda ambos tratamientos para TB y VIH es por el riesgo de desarrollar SIRI, debido al rápido incremento de los linfocitos CD4 en algunos casos y, por tanto, a una capacidad reconstituida de la respuesta a hipersensibilidad tardía observada después de un tratamiento exitoso con antituberculosos y TARAA.[5]

VIH y resistencia a tratamiento antituberculoso por cepas MDR o XDR

El VIH puede influir en la aparición de cepas MDR o XDR por:

- Aumento de casos TB asociados al VIH en la comunidad, e inadecuado manejo de las mismas.
- Transmisión nosocomial.
- Mala absorción de fármacos anti TB debido a afectación gastrointestinal en SIDA.
- Inmunodeficiencia avanzada.
- Profilaxis incompleta de isoniacida.
- Uso de medicamentos de segunda línea (quinolonas, aminoglucósidos) para otras enfermedades simultaneas.

Manejo de casos multirresistentes de TB

Estos casos deberán enviarse a tercer nivel de atención especializada, donde se utilizarán medicamentos más costosos y generalmente más difíciles de conseguir como son: capreomicina ($25.04 USD) cicloserina ($8.42 USD), PAS ($2.50 USD), etionamida ($7.05 USD), amikacina ($16.61USD), kanamicina ($6.38 USD), ciprofloxacina ($8.91 USD), ofloxacina ($8.54 USD).

Profilaxis

De acuerdo con la norma, en México todo paciente infectado con VIH debe recibir isoniacida (con piridoxina), independientemente de su reacción a la prueba cutánea PPD (siglas de derivado proteico purificado en inglés), aunque primero debe descartarse la TBA y, de ser así, recibir el fármaco a dosis de 300 mgs. V.O. c/24 hrs. Lo anterior es factible, seguro y costoefectivo. El tiempo de tratamiento es discutible, pero en general va de seis a nueve meses, y después se requiere asegurar que se inicie y se continúe dicho plan hasta su término. Actualmente se están estudiando nuevos fármacos.

Recurrencia

Entre los pacientes con TB, quienes completaron un curso corto de quimioterapia la frecuencia de recurrencia es más alta en VIH positivos que en VIH negativos.

Profilaxis y prevención

Por lo anterior, se ha evaluado que la profilaxis después del tratamiento, por ejemplo, con isoniacida, puede disminuir el riesgo de recurrencia por TB en las personas VIH positivas, aunque no prolonga la sobrevida. Esto es aceptable en ambientes con una transmisión de TB alta, como África.[14] En ambientes como México, donde la prevalencia es menor, se sugiere más bien una vigilancia sistemática y frecuente para evitar una posible recaída.

La administración de la vacuna BCG puede ser riesgosa debido a que puede provocar reacciones locales e incluso reacciones diseminadas severas en niños VIH positivos. Esta vacuna sólo podrá ser administrada a menores infectados con VIH que tengan un conteo de CD4 superior a 200/mL, y en ocasiones después de un curso de isoniacida.

Uso de tiacetazona

La tiacetazona está asociada con una alto riesgo de reacciones severas en la piel y a veces es fatal en individuos infectados con VIH, por lo que está contraindicada. En pacientes con VIH o sospecha de infección con este virus se debe emplear etambutol en vez de tiacetazona.

Transmisión nosocomial de TB

El personal de salud en las clínicas de día, y en los hospitales donde la prevalencia por VIH es similar a la de la población general, está en riesgo de adquirir TB. Esto también sucede en los pacientes susceptibles como los individuos VIH positivos. Para proteger al personal y otros pacientes de una posible transmisión nosocomial de TB se deben tomar medidas como el aislamiento temporal con cuartos de presión negativa o adecuadamente ventilados y cubre bocas de alta eficiencia N-95, entre otros.[15]

Consejería para pacientes con diagnóstico de tuberculosis

Es importante establecer servicios de consejería y, si es posible, realizar la prueba de ELISA para VIH de forma voluntaria a pacientes con TB, con el fin de lograr las siguientes ventajas:

- Darle la oportunidad al paciente de conocer su estatus y pronóstico del VIH.
- Mejorar el diagnóstico y manejo de otras enfermedades asociadas al VIH.
- Evitar el uso de drogas que podrían generar fuertes efectos secundarios.
- Tomar medidas preventivas para la disminución de la transmisión de VIH.
- Aprovechar la oportunidad de recibir otras drogas para la prevención de otras infecciones (uso de co-trimoxasol).
- Tener la oportunidad de recibir TARAA si es posible acceder a estas drogas.

Interacciones de drogas

La rifampicina estimula la actividad de la enzima hepática citocromo P450 y las enzymas UGT1A1, la cual metaboliza los antirretrovirales de los grupos de inhibidores de proteasa (IP) e ITRNN (efavirenz). Esto conduce a una reducción de los niveles de IP y, a su vez, éstos pueden afectar los niveles séricos de ifampicina. En el caso de los ITRNN (efavirenz y nevirapina) la interacción es discreta y afecta menos la dosis administrada, por lo que pueden administrarse simultáneamente sin ajustes.

En el caso de los IP maraviroc y raltegravir, éstos afectan bidireccionalmente de un modo significativo la efectividad del TARAA y el tratamiento anti TB. A la fecha es muy discutible el uso de rifampicina e IP,[16] aún administrando dosis adicionales de ritonavir, lo que incluso en caso de aceptarse incrementa considerablemente la toxicidad por este fármaco y frecuentemente es inoperante en la práctica. Sin embargo, algunos autores sostienen la posibilidad de administrar saquinavir/ritonavir (400/400 mg dos veces al día) o lopinavir/ritonavir (400/400) o bien azt +3tc+ abc (poco eficiente).

El ajuste de dosis en la administración de rifampicina y tenofovir a dosis normal para el tratamiento simultáneo de tuberculosis y VIH no es requerido.

Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI)

Ocasionalmente, los pacientes con TBA presentan síntomas exacerbados, o signos y manifestaciones radiográficas de TB después de empezar el tratamiento para TB. Esta reacción paradójica se observa con mucha mayor frecuencia en aquellos pacientes con TBA-VIH por la administración simultánea de TARAA y de medicamentos antituberculosos, debido a reconstitución inmune manifestada habitualmente por un rápido incremento del conteo de los linfocitos CD4.[17,18] En estos casos, generalmente se recomienda tratar primero la TB y esperar al menos de dos a ocho semanas para iniciar el TARAA si es indispensable. Los signos y síntomas del SIRI que pueden presentarse son: fiebre alta, linfadenopatía, lesiones en SNC expandidas y empeoramiento de los datos de neumonitis en tele de tórax. El SIRI puede contribuir al incremento en la mortalidad.

Este diagnóstico sólo debe hacerse después de una cuidadosa evaluación que excluya otras etiologías, especialmente falla al tratamiento de TB. Si la reacción es severa, se puede dar prednisona 1-2 mg/kg durante una o dos semanas y después disminuir gradualmente las dosis. Generalmente no se suspenden los antirretrovirales.

Valoración de la OMS del manejo del binomio TB-VIH

La OMS valoró a los 25 países con mayor prevalencia de VIH, utilizando la información nacional reciente de los programas de VIH y TB. El resultado fue que únicamente cuatro de esos 25 países reportaron el logro de las metas de tratamiento con bajos niveles de implementación de prevención y medidas de cuidado del binomio VIH-TB.

En general, hay poco impacto en el control de la coinfección VIH-TB en estos países, lo que demanda una

implementación completa del tratamiento estrictamente supervisado (TAES) para el tratamiento antituberculoso y medidas clave para el caso de VIH. La colaboración estrecha de los programas nacionales de TB y VIH es esencial para la implementación de intervenciones que permitan dicho control, e incluye:

1. Terapia antirretroviral para todos.
2. Detección intensificada de casos activos de TB.
3. Terapias preventivas con isoniacida y cotrimoxasol.

Se ha demostrado que todas estas medidas son efectivas, además de ser factibles de llevar a la práctica y ser costo-efectivas.

Medidas de vigilancia

En los países donde existe una epidemia concentrada, como México, donde hay una prevalencia de infección por VIH consistente mayor a 5% en al menos una subpoblación definida como, por ejemplo, los hombres que tienen sexo con hombres, y menor a 1% en las mujeres embarazadas en zonas urbanas, los datos procedentes de la consejería y la prueba de detección del VIH ofrecida de rutina a todos los pacientes con tuberculosis también deben constituir la base para la vigilancia. Las encuestas centinela son también opciones apropiadas.

Conclusiones

Debido a su inmunosupresión, los pacienten infectados con VIH son altamente vulnerables a desarrollar la tuberculosis como enfermedad. El uso de ensayos para encontrar la tuberculosis latente mediante la producción de interferón gamma en linfocitos previamente expuestos al bacilo se está estableciendo en países desarrollados. El diagnóstico de la forma pulmonar y extrapulmonar de TB es difícil, por lo que con frecuencia se requieren métodos invasivos y a la fecha se utiliza el cultivo como Gold estándar.

El tratamiento de TB es el mismo para individuos VIH negativos o positivos, pero las recaídas son más frecuentes en los VIH positivos. En estos pacientes debe utilizarse la estrategia TAES. Cuando coexisten VIH y TB, se da prioridad al manejo de la tuberculosis sobre el manejo del VIH. Existen problemas de interacción importante entre la rifampicina y el TARAA, por lo que debe evitarse el uso simultáneo con IP.

También, si se administran al mismo tiempo antituberculosos y TARAA, existe el riesgo de que se presente SIRI. Hay una preocupación creciente con la aparición de cepas de *M. Tuberculosis* multirresistentes en estos pacientes, debiendo considerarse la resistencia primaria y secundaria. También puede haber problemas debido a la transmisión nosocomial de la tuberculosis a otros pacientes y el personal de salud. Ante este difícil panorama, la OMS recomienda que los programas de TB y VIH actúen en coordinación para establecer estrategias y lograr metas comunes.[19]

Referencias bibliográficas

1. Valdespino JL, Velasco O, Escobar A (eds). Enfermedades Tropicales en México. Diagnóstico, tratamiento y distribución geográfica. México: Secretaría de Salud, 1994, pp.215–25.
2. WHO. Tuberculosis global report, 2006. WHO/HTM/TB/2006.343. Ginebra: WHO, 2006: 343.
3. UNAIDS. 2006 report on the global AIDS epidemic: Executive summary. A UNAIDS 10th anniversary special edition. UNAIDS/06.20E. Ginebra: UNAIDS, 2006.
4. García-García ML, Valdespino-Gómez JL, García-Sancho C, Mayar-Maya ME, Palacios-Martínez M, Balandrano-Campos S, et. al. Underestimation of Mycobacterium tuberculosis infection in HIV-infected subjects using reactivity to tuberculin and anergy panel. Int J Epidemiol 2000 29:369-375.
5. García-García ML, Valdespino-Gómez JL, Palacios-MartínezM, Mayar-Aya ME, García-Sancho C, Sepúlveda-Amor J. Tuberculosis y SIDA en México. Sal Publ Mex. Nov-dic 1995, Vol. 37, No. 6. PP. 539-548.
6. Wells ChD, Cegielski P, Nelson LJ, Laserson KJ, Holtz TH, Finlay A, et. al. HIV Infection and Multidrug-Resistant Tuberculosis-The Perfect Storm JID 2007:196 (Suppl 1) S86.
7. Wierci*f*ska-Drapa A, Prokopowicz D. Tuberculosis in HIV-infected patients. HIV AIDS Rev, 2003; 2(2).
8. Kang CI, Kim US, Kim NJ, Lee B, Kim HB, Choe KW. Cytokine responses induced by Mycobacterium tu-

berculosis in patients with HIV-1 infection and tuberculosis. Int J Infect Dis. marzo, 2005; 9(2):110-6.
9. Blumberg HM, Leonard MK, Jasmer RM Jr. Update on the Treatment of Tuberculosis and Latent Tuberculosis Infection JAMA junio 8. 2005; Vol. 293 (22)2776-2784.
10. Leonard MK Jr., Osterholt D, Kourbatova EV, Del Rio C, Wang W, Blumberg HM. How many sputum specimens are necessary to diagnose pulmonary tuberculosis? Am J Infect Control 2005, febrero 33(1):58-61.
11. Romo-Garcia J. Risk factors for death in HIV patients with extrapulmonary tuberculosis. Thesis for Master of Science. Post Graduate School of Art and Sciences, Emory University, 2003.
12. Kourbatova EV, Leonard Jr. MK, Romo J, Kraft C, Del Rio C, Blumberg H. Risk factors for mortality among patients with extrapulmonary tuberculosis at an academic inner-city hospital in the US. Eur J Epidemiol 2006. DOI 10.1007/s10654-006-9060-7
13. Nuermberger EL, Yoshimatsu T, Tyagi S, et al. Moxifloxacin-containing regimen greatly reduces time to culture conversion in murine tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med 2004; 169:421–6.
14. Churchyard G, Corbet E. TB and HIV. In: Karim S, Karim Q, (eds). HIV/AIDS in South Africa. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
15. Paul AJ, Lambert LA, Iademarco MF, Ridzon R. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. 2005, diciembre 30, 54(RR17);1-141, MD.
16. WHO. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. 2003 revision. WHO/HTM/HIV2004. Ginebra: WHO, 2004.
17. Schuger NW, Pérez D, Ming-Liu Y. Reconstitution of immune responses to tuberculosis in patients with HIV infection who receive antiretroviral therapy - clinical investigations. CHEST, agosto, 2002.
18. Breen RA, Smith CJ, Bettinson H, Dart S, Bannister B, Johnson MA, Lipman MC. Paradoxical reactions during tuberculosis treatment in patients with and without HIV co-infection. Thorax 2004, agosto; 59(8):704-7.
19. S/A. Tuberculosis and HIV Coinfection. Current State of Knowledge and Research Priorities. J Infect Dis 2007; Vol. 196 15, agosto 2007 Suplemento 1.

Actividades complementarias

El alumno investigará en el área de epidemiología o VIH/SIDA de los servicios de salud de su entidad, jurisdicción o unidad administrativa, el número de casos de personas con VIH/SIDA que además tienen diagnóstico de tuberculosis. Asimismo, identificará el tratamiento proporcionado para tuberculosis y si se está otorgando junto con antirretrovirales.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Posteriormente, verifíquelas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. Las siguientes son algunas características de la prueba de intradermoreacción a la tuberculina (PPD):

a. Es un método poco accesible por su alto costo.
b. Requiere personal capacitado para aplicar y leer la prueba.
c. Es un método para detectar la *M. Tuberculosis* sin enfermedad.
d. Es una prueba de baja sensibilidad y especificidad.
e. Se ha comenzado a utilizar recientemente.

2. El diagnóstico por TBA debe estar basado en:

a. El cuadro clínico y radiológico sugestivo.
b. Tinciones de esputo con técnica de Ziehl-Neelsen o Kinyoun o Auramina Rodamina positivas.
c. Cultivo con Lòwestein-Jensen o Middlebrook para crecimiento de micobacterias (Gold standard de diagnóstico y el método más sensitivo) con tipificación y drogosensibilidad.
d. La prueba de intradermoreacción a la tuberculina (PPD)

e. Ensayos de sangre entera para demostrar el incremento de interferón gamma por medio de una prueba de ELISA.

3. ¿El autor del texto afirma que el tratamiento de la TB en pacientes VIH negativos y positivos es generalmente el mismo?

a. Cierto.
b. Falso.
c. No aborda ese tema.

4. ¿Por qué es controvertida la decisión de iniciar tratamiento ARV en pacientes con TBA?

a. Porque puede favorecer la aparición del síndrome de reconstitución inmune (SIRI).
b. Porque el tratamiento ARV debe tener prioridad frente al tratamiento de la TBA.
c. Porque el tratamiento de ambas afecciones es muy costoso y se debe elegir solo uno.
d. Porque el tratamiento de la TBA hará sentir mejor al paciente, pero el ARV aumentará su sobrevida.
e. Porque existen interacciones medicamentosas entre el ARV y la rifampicina.

5. ¿Qué decisión debe tomarse en el caso de los pacientes que están recibiendo TARAA, y se les diagnostica TBA?

a. Suspender de inmediato el uso de antirretrovirales.
b. Continuar el tratamiento como se venía dando.
c. Realizar una evaluación cuidadosa y tomar decisiones de forma individual.
d. Consultar las guías de la OMS al respecto.
e. Modificar la combinación de los antirretrovirales.

Respuestas

1. b, c, d
2. a, b, c
3. a
4. a, e
5. c

Capítulo 12

Integración de la profesión dental a la detección y tratamiento del VIH/SIDA

Cinthia Diana Sabás Mendieta
Dámaris Sosa de Antuñano
Yadira Olguín Barreto
Alejandro Cruz Sánchez
Leonor Sánchez Pérez
Enrique Acosta Gío

Objetivo general

Analizar los aspectos de educación y los conocimientos sobre VIH/SIDA, control de infecciones (CI), actitudes hacia las personas con VIH/SIDA, conocimiento de la prueba rápida del VIH (PR-VIH), así como la percepción del riesgo de exposición ocupacional al VIH entre alumnos de dos facultades de odontología de universidades públicas, y entre los directores de escuelas y facultades de odontología en México.

Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos, actitudes, experiencias y percepciones que los alumnos expresan sobre el VIH/SIDA.
- Conocer el nivel de prioridad que los directores de escuelas y facultades de odontología otorgan al VIH/SIDA en estos planteles educativos, su disposición para aplicar las PR-VIH y diversos aspectos de la educación sobre CI y medicina bucal.

Introducción

Los profesionales de la salud bucal (PSB) adecuadamente entrenados en medicina oral, pueden identificar las lesiones bucales asociadas con la infección por VIH en sus diversas etapas. Los PSB pueden realizar una contribución significativa a través de la oportuna referencia de los pacientes a evaluación médica y su participación dentro del equipo multidisciplinario de salud puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.

Una persona con VIH puede y debe ser tratada como cualquier otro paciente dentro de una clínica dental. Sin embargo, las encuestas acerca de conocimientos, actitudes y prácticas realizadas en las décadas de los ochenta y noventa revelan que algunos PSB no confían en sus prácticas de CI y tienen una percepción exagerada del riesgo ocupacional de adquirir VIH. Desafortunadamente, estos miedos irracionales e ideas equivocadas llevan al estigma y la discriminación en contra de los individuos con VIH.

La Declaración de Phuket promueve la integración de los PSB en la detección y tratamiento del VIH/SIDA mediante acciones específicas como: el mejoramiento de actitudes, el diagnóstico oportuno del VIH y la integración del PSB al equipo multidisciplinario de atención a la salud.

La reciente disponibilidad de la prueba rápida para detectar anticuerpos contra el VIH en fluido oral, es un instrumento para identificar individuos infectados y proporcionarles acceso a la terapia antirretroviral. Los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) recomiendan que la PR-

VIH se aplique rutinariamente en toda consulta médica. El máximo alcance de esta prueba, como medida de salud pública, puede lograrse con la participación de sitios no tradicionales, incluyendo consultorios dentales que ofrezcan la PR-VIH, seguida de un enlace inmediato a otros servicios médicos.

Materiales y métodos

Se realizaron dos encuestas descriptivas transversales distintas. Una en 2006, con alumnos de dos escuelas de odontología, y otra en 2007 con directores de centros de enseñanza odontológica. El diseño del estudio y los procedimientos cumplieron las normas para realizar un protocolo de investigación ético y proteger la confidencialidad de los sujetos participantes.

Estudiantes de odontología

Se obtuvo una muestra de conveniencia entre alumnos, quienes participaron de manera anónima y voluntaria en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (en adelante nos referiremos a este grupo como FA), y en la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana Región Poza Rica (en adelante FB).

Directores de Facultades y Escuelas de Odontología

Se aplicó el cuestionario a directores durante la reunión 2007 del Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO). En esta reunión los directores discutieron diversos aspectos de la acreditación, certificación y los programas de estudio. Los directores fueron informados sobre el propósito de la investigación y la estructura del cuestionario, y se les dio tiempo para contestar.

Cuestionarios

El cuestionario de alumnos incluyó 32 preguntas cerradas y dos abiertas. La validación del cuestionario se realizó en un grupo de 25 alumnos seleccionados aleatoriamente.

Ninguno de los alumnos entrevistados en la prueba piloto participó en la encuesta final. Dicho instrumento incluyó: género, edad, grado escolar, tiempo de actividad clínica con pacientes y número aproximado de pacientes atendidos durante sus estudios. Se incluyeron preguntas con escalas tipo Likert para evaluar su acuerdo o desacuerdo con las declaraciones del cuestionario. Las variables del estudio incluyeron: haber tratado a individuos VIH positivos; conocimientos sobre la identificación, diagnóstico y tratamiento de lesiones bucales asociadas al VIH/SIDA; así como conocimientos sobre CI, la disposición para brindar atención dental a personas con VIH/SIDA, y el temor a ser expuestos ocupacionalmente al VIH.

El cuestionario de los directores incluyó 80 preguntas cerradas y ocho abiertas. La validación del cuestionario se realizó en un grupo de 120 cirujanos dentistas seleccionados de forma aleatoria. Ningún director participó en la prueba piloto. Dicho instrumento incluyó: género, edad y grado escolar. Se hicieron preguntas con escalas tipo Likert para evaluar el acuerdo o desacuerdo de los participantes. Las variables de este estudio incluyeron: haber identificado en sus clínicas a individuos VIH positivos; su percepción sobre los conocimientos de los alumnos para el diagnóstico y tratamiento de lesiones bucales asociadas al VIH/SIDA, así como sobre CI; la disposición institucional para brindar atención dental a personas con VIH/SIDA, y las acciones a seguir en caso de que un alumno fuese expuesto ocupacionalmente al VIH.

Los formatos de ambos cuestionarios pueden solicitarse en la siguiente dirección electrónica acostag@servidor.unam.mx.

Análisis estadístico

Para identificar posibles diferencias entre las dos escuelas estudiadas según género y año de estudios cursado, se aplicó el análisis de Chi cuadrada y un análisis logístico nominal entre los conocimientos y actitudes. Mediante el programa JMP v5.0.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). No se realizó análisis comparativo para evaluar posibles diferencias en tendencias entre las facultades. El coeficiente de correlación

alfa de Crombach demostró la validez interna de los cuestionarios, los respectivos coeficientes fueron r = 0.7028 para los alumnos y r = 0.8533 para los directores. El valor crítico de $p<0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo. Se presentan los resultados como porcentajes redondeados.

Resultados

Participaron 571 alumnos: 400 de la FA, y 171 de la FB (ver Tabla 1). Contestaron el cuestionario 20 directores (60%) de los 34 que asistieron a la reunión de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO) en mayo de 2007.

De los directores participantes, 85% eran hombres, 44% egresó de licenciatura en los años ochenta, 70% cuenta con una maestría, 30% con una especialidad, y 70% dirige un plantel en universidades públicas. Los planteles están ubicados en todas las regiones del país (ver Figura 1).

Figura. 1. Estados en que se ubican los planteles estudiados (representados en gris)

Tabla 1. Estudiantes de odontología que participaron en la encuesta sobre percepción del riesgo ocupacional de contraer VIH

Facultad	Mujeres/ Hombres Razón	Encuestados Razón	Proporción de participantes por facultad n (p)
FA*	73/27	400/2240	400 (0.18)
FB**	64/36	171/243	171 (0.71)
Total	69/31	571/2483	571 (1.00)

*FA = Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
**FB = Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana Región Poza Rica.

Respuestas de los alumnos

Las respuestas correctas en cuanto a conocimientos y actitudes fueron generalmente bajas. Como era de esperarse, los estudiantes que sólo habían cursado el primer año sabían menos sobre el tema que los que llevaban algunos años más de estudio. Sin embargo, los posibles indicadores de un mejor conocimiento y actitud fueron más elevados en el tercer año y descendieron entre los alumnos de cuarto año.

Conocimientos sobre las lesiones bucales asociadas con el VIH

La mayoría de los alumnos tuvieron una pobre percepción de su habilidad adquirida para identificar las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y estuvieron inconformes con la educación que recibieron en cuanto a proveer tratamiento dental a las personas con VIH. Sólo una minoría de los alumnos (10% en la FA y 11% en la FB) consideró que su preparación sobre VIH/SIDA a nivel licenciatura es "suficiente".

En ambas facultades, la mayoría de los estudiantes no puede nombrar las siete lesiones bucales más comúnmente asociadas con la infección por VIH, y mucho menos diagnosticarlas clínicamente ni darles tratamiento. Como un indicador rudimentario del nivel de conocimientos, se obtuvo una proporción mínima de respuestas correctas: 515 de 2,800 aciertos posibles (7 lesiones x 400 alumnos) o 18% en la FA, y 199 de 1,197 aciertos posibles (7 lesiones x 171 alumnos) o 17% para la FB.

La candidiasis fue la lesión más mencionada en ambas facultades, seguida por el sarcoma de Kaposi (ver Tabla 2). A más de 95% de los alumnos encuestados en las dos facultades, le gustaría actualizar su conocimiento en medicina bucal para poder identificar, diagnosticar y tratar las lesiones bucales asociadas con el VIH/SIDA.

Tabla 2. Aciertos sobre las siete lesiones bucales comúnmente asociadas al VIH/SIDA

	Menciona n (%)		Diagnostica n (%)		Trata n (%)	
	FA*	FB**	FA	FB	FA	FB
Candidiasis	182 (46)	83 (49)	150 (38)	67 (39)	103 (26)	48 (28)
Sarcoma de kaposi	149 (37)	55 (32)	105 (26)	33 (19)	44 (11)	14 (8)
Gingivitis ulcerativa necrosante	63 (16)	12 (7)	56 (14)	5 (3)	53 (13)	5 (3)
Periodontitis ulcerativa necrosante	52 (13)	9 (5)	49 (12)	7 (4)	45 (11)	5 (3)
Leucoplasia vellosa	48 (12)	24 (14)	43 (11)	16 (9)	22 (6)	10 (6)
Linfoma no hodgkin	19 (5)	16 (9)	10 (3)	6 (4)	6 (2)	2 (1)
Eritema lineal gingival	1 (0.25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

* FA n = 400 alumnos
** FB n = 171 alumnos

Conocimientos sobre VIH/SIDA

Pocos alumnos declararon haber atendido a una persona que dijo ser portador del VIH desde la primera cita: 5% en la FA y 13% en la FB. Los alumnos que creyeron "posible" haber atendido a un paciente con VIH, sin percatarse de su condición sistémica, aumentaron hacia el final de la carrera: hasta 58% en la FA ($p<0.0001$), y hasta 43% en la FB ($p<0.001$).

Menos de un tercio de los alumnos encuestados en cada facultad dijo conocer la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993), y sólo una minoría (1% en la FA, y 3% en la FB) afirmó conocer el número de casos de VIH registrados a nivel nacional. En el mejor de los casos, 7% de los alumnos en la segunda mitad de la carrera en la FA y 8% de los alumnos en la FB, afirmó conocer alguna institución que brinde tratamiento dental a los pacientes con VIH/SIDA, aunque no especificaron el nombre de ésta.

Actitudes sobre VIH/SIDA

Conforme aumentó el grado escolar, más alumnos consideraron "muy probable" que en el futuro acuda a su consultorio una persona con VIH en busca de tratamiento dental. Hacia el final de la carrera dicha opción alcanzó 51% entre los alumnos de la FA y 55% en la FB.

En ambas facultades, más de 60% de los alumnos dijo que sí estaría dispuesto a atender lesiones bucales asociadas al VIH en su futura práctica privada. Sin embargo, entre 10 y 18% de los alumnos en la FA y entre 12 y 21% en la FB, consideró que atender personas con VIH provocaría rechazo entre sus demás pacientes. No obstante, los alumnos percibieron la obligación profesional y moral de atender a los pacientes con VIH/SIDA (ver Tabla 3).

Al preguntar a los alumnos de la FA si remitirían a clínicas especializadas a los pacientes VIH positivos que solicitaran tratamiento de operatoria dental y declaran su condición desde la primera cita, la opción "No lo remito" disminuyó conforme avanzó el nivel de estudios (ver Tabla 4).

Si un paciente resultase positivo a la PR-VIH aplicada por ellos, los alumnos que respondieron "continúo atendiéndolo" aumentaron en la primera mitad de la carrera hasta 90% en la FA, y a 75% en la FB, pero hacia el final de la carrera disminuyeron a 62% y 65%, respectivamente (ver Tabla 5).

Tabla 3. Obligación percibida para atender pacientes con VIH/SIDA

	Profesional			*Moral*		
Plantel	Sí n (%)	Tal vez n (%)	No n (%)	Muy fuerte n (%)	Moderada n (%)	Nula n (%)
FA*	327 (85)	46 (12)	10 (3)	179 (46)	201 (53)	3 (1)
FB**	143 (84)	22 (13)	6 (3)	57 (34)	108 (64)	3 (2)

* FA n = 400 alumnos
** FB n = 171 alumnos

Tabla 4. ¿Remitiría a clínicas especializadas a pacientes con VIH/SIDA que soliciten tratamiento dental?

	Sólo atendería sus emergencias n (%)	No lo remitiría n (%)	Sólo si presenta lesiones bucales n (%)	Lo remito sin atenderlo n (%)
FA*	138 (36)	132 (35)	82 (22)	26 (7)
FB**	56 (34)	39 (23)	62 (38)	8 (5)

* FA n = 400 alumnos
** FB n = 171 alumnos

Tabla 5. Reacción de los alumnos si un paciente resulta un "preliminar" positivo en la PR-VIH

	Continúan atendiéndolo n (%)	Lo remiten n (%)
FA*	293 (76)	91 (24)
FB**	117 (71)	47 (29)

* FA n = 400 alumnos
** FB n = 171 alumnos

Conocimientos y percepciones sobre el control de infecciones

Los estudiantes dijeron percibir un riesgo considerable de exposición ocupacional a patógenos en sangre y miedo sustancial a exponerse al VIH en su práctica clínica. El número de alumnos que calificó como "muy fuerte" su temor a ser expuesto al VIH, aumentó progresivamente conforme avanzó el grado escolar, hasta alcanzar 41% hacia el final de la carrera en la FA, y 50% en la FB.

La mayoría de los estudiantes consideró pobre su confianza en el entrenamiento recibido sobre CI para brindar tratamiento dental seguro a los pacientes con VIH. En la FA la proporción de alumnos que confiaba "mucho" en su entrenamiento fue de hasta 30% en la primera mitad de la carrera, pero disminuyó a 19% hacia el final de la licenciatura. En la FB, los alumnos que respondieron que confiaban "mucho" en su entrenamiento sumaron hasta 22%, pero disminuyeron a 18% hacia el final de la carrera. La mayor confianza expresada por los hombres en sus prácticas en CI para atender a un paciente con VIH y estar seguros ocupacionalmente, fue significativa tanto en la FA ($p<0.0021$), como en la FB ($p<0.047$). En ambas facultades, la mayoría de los alumnos (61% en la FA y 77% en la FB) consideró necesario adoptar medidas especiales en cuanto a vestimenta protectora y el manejo del instrumental para atender un paciente con VIH (ver Tabla 6).

Uso de la Prueba Rápida de VIH

Más de 95% de los alumnos en ambas facultades dijo estar dispuesto a aplicar rutinariamente la PR-VIH en fluido oral a todos sus pacientes. En la FA, las mujeres (98%) se mostraron más dispuestas que los varones (89%) para realizar esta prueba ($p<0.0004$). Todos los encuestados en ambas facultades, excepto dos alumnos masculinos en la FB, estarían dispuestos a recibir entrenamiento para la aplicación e interpretación de esta prueba, así como para brindar asesoría previa y posterior.

Alrededor de tres cuartas partes de la muestra total consideró que la PR-VIH "desde luego" debe ser aplicada por los dentistas. Más de 96% de los encuestados en ambas facultades consideró que "todos los dentistas" de ejercicio privado y público deberían aplicar esta prueba en su consulta.

Los estudiantes que utilizarían la PR-VIH apropiadamente para "detectar y reportar nuevos casos" son ≤21% ($p<0.034$) en la FA y ≤26% en la FB. Aquéllos que

Tabla 6. Medidas extraordinarias que adoptarían los alumnos al atender a una persona con VIH

	Las mismas que para todos mis pacientes n (%)	Uso de doble guante, careta y doble cubrebocas n (%)	No conozco las medidas en CI n (%)	Otra n (%)
FA*	218 (57)	118 (31)	21 (5)	24 (7)
FB**	53 (32)	83 (51)	17 (10)	11 (7)

* FA n = 400 alumnos
** FB n = 171 alumnos

la utilizarían para "condicionar su tratamiento dental" son ≤16% en la FA y ≤21% en la FB. En la FA ≤55% de los alumnos y ≤61% en la FB utilizaría la prueba para "prevenir infecciones cruzadas".

Tabla 8. Los directores declaran que en sus respectivos planteles:

	Sí	No	No sé
Los egresados están capacitados para dar tratamiento dental a pacientes VIH positivos.	60*	30	10
Enseñan dónde y como remitir a los pacientes VIH positivos para su tratamiento bucodental.	58	37	5
Carecen de la vinculación necesaria al sector salud para remitir VIH a tratamiento antiviral.	55	40	5

* Porcentaje que respondió

Respuestas de los directores

De entre los directores participantes en la encuesta, 80% opinó "muy fuerte" que como parte de la formación profesional los egresados deben buscar cáncer bucal, pero sólo 55% eligió la respuesta "muy fuerte" para el caso de evaluar de forma rutinaria el riesgo de infección por VIH en los pacientes (ver Tabla 7). Una proporción de 55% de los directores dijo haber identificado pacientes con VIH/SIDA en sus planteles y 15% de los directores no supieron si esto ha sucedido o no.

Los directores reportaron que 60% de los planteles tienen actividad clínica dedicada específicamente a la enseñanza de medicina bucal y 60% tienen profesores posgraduados en patología bucal. También, 60% de los directores declaró que sus egresados están capacitados para dar tratamiento dental a pacientes VIH positivos (ver Tabla 8).

Respecto a la obligación profesional del dentista de atender a los pacientes con VIH, 16% eligió "muy fuerte" para cumplir con dicha obligación y sólo 5% estuvo totalmente de acuerdo (respuesta "muy fuerte") con que se debe permitir que los alumnos declinen ver pacientes con virus en sangre (ver Tabla 9).

La mayoría de los directores opinó que el VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista y que son inevitables las lesiones que los alumnos sufren con el instrumental (ver Tabla 10).

Tabla 7. Opinión de los directores sobre lo que deben hacer los egresados como parte de su formación profesional

	Muy fuerte	Fuerte	Regular	Bajo	Muy bajo	No sé
Buscar cáncer bucal y remitir al paciente con especialistas.	80*	15	5			
Evaluar de rutina a los pacientes sobre su riesgo de tener diabetes.	68	26	5			
Evaluar de rutina al paciente sobre riesgo de infección por VIH.	55	40	5			
Aplicar en las clínicas pruebas diagnósticas para cáncer bucal.	42	37	21			
Aplicar pruebas en fluido bucal para detectar VIH.	30	25	40		5	

* Porcentaje que respondó.

Sobresale el hecho de que casi la mitad de los directores opinó que para los dentistas el VIH representa un riesgo ocupacional mayor que el virus de la hepatitis B (VHB). No obstante, sólo 35% de los directores declaró contar con entrenamiento y un procedimiento por escrito para saber qué hay que hacer en caso de un accidente. Una proporción de 45% dijo que cuando ocurre un accidente se realizan pruebas para descartar la exposición ocupacional a virus transmisibles por la sangre, pero sólo 25% decla-

Tabla 9. Opiniones de directores sobre la atención de pacientes VIH/SIDA (porcentajes)

	Muy fuerte	Fuerte	Regular	Bajo	Muy bajo	No sé
Tenemos la obligación moral de atender dentalmente a los pacientes VIH positivos.	75	20	5			
El tratamiento bucodental de VIH positivos debe ser parte de la formación.	60	35	5			
En su vida profesional los alumnos atenderán a pacientes VIH positivos.	58	32	5			5
Tenemos la obligación profesional de atender dentalmente a personas VIH positivas.	16	10	5			5
Los VIH positivos deben ser tratados en clínicas dentales especializadas.	15	20	25	5	10	25
Debemos permitir que los alumnos declinen ver pacientes con virus en la sangre.	5	15	35	10		35

Tabla 10. Opiniones de los directores sobre control de infecciones (porcentajes)

	Muy fuerte	Fuerte	Regular	Bajo	Muy bajo	No sé
Los profesores deben hacer cumplir el control de infecciones en la clínica.	90	10				
El control de infecciones evita la transmisión de virus presentes en sangre.	60	35				5
El VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista.	55	30	5			10
Para el dentista el VIH es un riesgo ocupacional mayor que el (VHB)*.	25	30	5	10	10	20
Son inevitables las lesiones que los alumnos sufren con el instrumental.	15	20	20	10		35

* Virus de la Hepatitis B

ró tener acceso a antirretrovirales en caso de exposición ocupacional al VIH.

Conclusiones

La mayoría de las personas infectadas con VIH desarrolla lesiones bucales, las cuales pueden ser la primera manifestación clínica que permita un diagnóstico temprano de la infección. La aparición y persistencia de lesiones en la boca puede sugerir un aumento en la inmunodeficiencia y deterioro del paciente hacia el SIDA. En los pacientes que están bajo tratamiento antirretroviral, las lesiones bucales pueden asociarse con la falla del tratamiento o con la falta de apego al mismo. Los equipos multidisciplinarios de salud, incluyendo los PSB, pueden aumentar la expectativa y calidad de vida de los pacientes y apoyarlos para mejorar su apego al tratamiento.

Los pacientes con VIH/SIDA tienen derecho a contar con servicios de salud bucodental provistos por personal capacitado y con buena disposición para darles diagnóstico y tratamiento a la morbilidad bucal asociada. Además, los pacientes VIH positivos requieren tratamiento dental porque la afección de las glándulas salivales conduce a la disminución del flujo de saliva, lo que a su vez puede ocasionar una mayor incidencia de caries, tanto en el esmalte como en el cemento dental.

La Declaración de Phuket ha hecho un llamado a los profesionistas dentales para actuar frente

al VIH/SIDA. Entre los puntos más destacados de esta declaración se encuentran: mejorar las actitudes hacia los pacientes VIH positivos, participar en el diagnóstico temprano del VIH e involucrarse en los equipos multidisciplinarios de salud que atienden a personas con VIH/SIDA. A pesar de esto, los resultados de las encuestas con alumnos revelan profundas fallas en el proceso de capacitación y aprendizaje sobre los temas de medicina bucal, VIH/SIDA y CI dentro de las facultades estudiadas. En este marco poco alentador, una nota positiva es que casi todos los participantes dijeron estar dispuestos a actualizar sus conocimientos en medicina bucal.

Es posible que el VIH/SIDA sea percibido como un problema no inmediato por los profesores y estudiantes de odontología, y que lo mismo ocurra en otros planteles, dado que el modelo de educación profesional es similar para los 30,000 estudiantes de odontología en México, según lo sugieren las respuestas de los directores. Si las escuelas y facultades de odontología descuidan la enseñanza sobre aspectos básicos y clínicos del VIH, los PSB continuarán sin el entrenamiento y ni la actitud positiva que se requiere para cubrir las necesidades de los pacientes con VIH/SIDA.

El interés declarado sobre la PR-VIH en las clínicas dentales puede ser capitalizado en los esfuerzos de salud pública, aunque la ausencia de entrenamiento adecuado puede generar el riesgo de que la PR-VIH sea usada para negar atención dental a las personas con VIH.

Las instituciones de salud pública, las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la respuesta al VIH/SIDA, las agrupaciones de pacientes y otras entidades que vigilan el acceso de las personas con VIH/SIDA a servicios de salud dignos y de calidad, deberán unirse con las escuelas y facultades de odontología para influir sobre la forma en que se entrena a los futuros PSB. Se requerirán esfuerzos educativos importantes para actualizar y capacitar al profesorado de estas escuelas, pues es posible que los profesores que se titularon antes del inicio o durante la primera década de la epidemia, no hayan tenido la información ni las evidencias que existen ahora respecto al VIH/SIDA.

Es importante subrayar que el manejo dental del paciente con VIH/SIDA no requiere medidas de control de infecciones distintas a las que se toman con los demás pacientes. Sin embargo, la falta de formación e información adecuadas, junto con el poco o nulo entrenamiento clínico en seguridad ocupacional, fomenta actitudes negativas y resulta en la discriminación contra los pacientes VIH positivos.

Los recursos y materiales educativos que ya están disponibles incluyen sitios de Internet como: www.osap.org, www.hivdent.org, y www.cdc.gov, los cursos especializados que ofrecen las instituciones del sector salud y las de educación superior, así como las publicaciones periódicas arbitradas de circulación internacional.

Bibliografía recomendada

1. Bednarsh H, Eklund K. Management of occupational exposure to hepatitis B, hepatitis C, and human immunodeficiency virus. Compend Contin Educ Dent. 2002 Jun;23(6):561-6, 568-9.
2. CDC Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Setting - 2003. MMWR 2003, diciembre 19, Vol. 52, No. RR-17.
3. CDC Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in healthcare settings. MMWR Recomm Rep 2006, septiembre 22;55(RR-14):1-17.
4. Irigoyen M, Zepeda M, Lopez-Camara V. Factors associated with Mexico City dentists' willingness to treat AIDS/HIV-positive patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998, agosto 86(2):169-74.
5. Maeve M Coogan, John Greenspan & Stephen J Challacombe. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. Bulletin of the World Health Organization, septiembre 2005, 83(9).
6. Maupome G, E Acosta-Gio, SA Borges-Yañez and FJ Diez-De-Bonilla. Survey on attitudes toward HIV-infected individuals an infection control practices among dentist in Mexico City. AJIC 2000, febrero Vol. 28 No. 1, 21-24.
7. Petersen PE. Strengthening the prevention of HIV/AIDS - related oral disease: a global approach. Community Dent Oral Epidemiol, 2004;32:399-401.

8. Reznik DA. Oral manifestations of HIV Disease. En: Perspective-Oral Manifestations. Top HIV Med, diciembre 2005-enero 2006 13(5):143-8.

Actividades complementarias

1. Identifique aquellas clínicas que, en su comunidad, brinden atención bucodental a los pacientes con VIH/SIDA. Escriba dirección y teléfono.
2. Lea con atención la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
3. Lea el procedimiento paso a paso para la aplicación de la prueba rápida de detección de anticuerpos anti VIH-1/2 OraQuick Advance®.

Autoevaluación

Instrucciones: Responda a las siguientes preguntas. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. Mencione las siete lesiones cardinales en la boca asociadas con la presencia de VIH.

2. ¿Cuál es la principal contribución del odontólogo como parte del equipo básico de atención a la salud de un paciente con VIH?

3. ¿Cuáles son los puntos más destacados de la Declaración de Phuket?

4. Mencione la estrategia propuesta en este capítulo para promover un mejor entrenamiento de los profesionales de salud bucal, con respecto a la atención de pacientes con VIH.

5. ¿Qué recomienda el CDC respecto al uso de las PR-VIH?

Respuestas

1. Candidiasis, Sarcoma de Kaposi, Eritema Gingival Lineal, Gingivitis, Periodontitis, Ulcerativa Necrosante, Leucoplasia Vellosa y Linfoma no Hodgkin.
2. Aumentar la expectativa y calidad de vida del paciente.
3. Mejorar las actitudes hacia pacientes con VIH, participar en el diagnóstico temprano del VIH, e involucrarse en el equipo multidisciplinario de cuidados de salud para apoyar a las personas con VIH/SIDA.
4. Las instituciones de salud pública, las organizaciones no gubernamentales de respuesta al VIH/SIDA, las agrupaciones de pacientes, y otras entidades que velan por el acceso de las personas con VIH/SIDA a servicios de salud dignos y con calidad, deberán unirse con las escuelas y facultades de odontología para influir sobre la forma en la que se entrena a los futuros PSB.
5. Recomiendan que la PR-VIH se aplique rutinariamente en toda consulta médica.

Capítulo 13

El VIH/SIDA en la población infantil: transmisión perinatal y vulnerabilidad

*Frida Quintino Pérez**
*Pilar Rivera Reyes **
Carlos Magis Rodríguez
René Leyva Flores

Objetivo general

Analizar la situación y la respuesta a la epidemia infantil del VIH/SIDA en México.

Objetivos específicos

- Identificar la magnitud estimada de la epidemia infantil.
- Identificar las principales formas de transmisión del VIH en niños y niñas.
- Analizar la condición de vulnerabilidad de infantes que viven con VIH/SIDA.
- Identificar componentes de la respuesta generada desde la sociedad civil y del gobierno.
- Implementar estrategias de prevención para este grupo de edad en el nivel local.

Introducción

En México, el primer caso de SIDA en infantes se registró en 1983 y, desde entonces, no ha dejado de incrementarse el número de personas de entre 0 y 18 años de edad afectadas por el VIH. En estos 25 años, el perfil de transmisión del VIH en niñas, niños y adolescentes mexicanos ha cambiado, pero permanece el aumento de casos de SIDA relacionados con la vía perinatal. Este capítulo ofrece un diagnóstico del VIH/SIDA en infantes y adolescentes; analiza las condiciones sociales que hacen vulnerables a los niños y niñas que adquirieron el VIH por vía perinatal; proporciona estimaciones de orfandad debido al SIDA y caracteriza la respuesta generada en el contexto de la transmisión perinatal del VIH.

Este texto se elaboró con base en la información obtenida en un proyecto de colaboración entre el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo de este proyecto fue documentar la tendencia de la epidemia infantil (en personas menores de 18 años) e identificar fortalezas y debilidades de la respuesta a la epidemia en esta población en México.

El componente cuantitativo del proyecto consistió en analizar los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA y los Registros de Morbilidad del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). El componente cualitativo se desarrolló mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a representantes de organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales de salud ubicadas en la Ciudad de México, y especializadas en el trabajo con infantes que viven con VIH/SIDA. La información obtenida en estas entrevistas se complementó mediante una revisión de la literatura relacionada con este tema.

* Ambas deben ser consideradas primeras autoras.

El VIH/SIDA en infantes y adolescentes mexicanos

Durante los últimos veinticinco años, se ha observado un incremento en la detección de casos de VIH/SIDA en la población infantil y adolescente de México. De 1983 a 2005 se registraron 3,039 casos de SIDA en personas menores de 18 años, lo que representa 3.1% del total de casos acumulados para este periodo. De ellos, 56.8% se dieron en hombres y 43.2% en mujeres. La principal vía de transmisión del VIH en la población menor de 18 años es la perinatal, con 7 de cada 10 casos; seguida de la transmisión sexual, con 2 de cada 10 casos y, finalmente, la transmisión sanguínea, con 1 de cada 10 casos.

Al igual que en los otros grupos de la población, el perfil de transmisión del VIH en infantes y adolescentes ha ido cambiando durante el curso de la epidemia. En el periodo de 1983 a 1992, más de la tercera parte de los casos de SIDA en menores de 18 años, se relacionaron con la transmisión sanguínea, la cual se redujo sustancialmente a partir de la implementación de la política de control y tamizaje obligatorio de la sangre.

Por otra parte, la vía de transmisión sexual aumentó en el periodo de 1998 a 2000, oscilando entre 25% y 30%. Los y las adolescentes de 15-17 años, representan el grupo de edad que concentra el mayor número de casos de SIDA asociados a esta forma de transmisión (el 2000 es el último año en que los datos se consideran definitivos).

Desde principios de la década de los noventa, se observó un incremento en la detección del número de casos de SIDA relacionados con la transmisión perinatal. Algunos estudios epidemiológicos que analizaron los datos registrados en los principales hospitales y clínicas especializadas en la atención de menores con VIH/SIDA reportaron que la transmisión perinatal representaba entre 45.5% y 75% del total de casos analizados en el periodo 1985-1994.[1,2,3,4,5,6]

En la última década, sin embargo, se ha reportado que la transmisión vertical del virus representa hasta 77% del total de los expedientes analizados.[7] El análisis hecho por el Registro Nacional de Casos de SIDA, confirma esta tendencia, ya que de 1983 a 1998, la transmisión perinatal ocupaba entre 27% y 50% del total, y ha ido ascendiendo hasta alcanzar 75% del total de casos en personas menores de 18 años (los datos se consideran definitivos hasta el año 2000). Aún se requiere fortalecer el sistema de evaluación del impacto de los programas de prevención perinatal; pero a pesar de ello, se espera una reducción de esta forma de transmisión y de la prevalencia total del VIH/SIDA en este grupo de edad.

Vulnerabilidad en el contexto de la transmisión perinatal del VIH

La vulnerabilidad frente al VIH se refiere a la suma de las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, biológicas y epidemiológicas que pueden favorecer el riesgo de adquirir el VIH, o que facilitan el deterioro de la salud y pérdida de la calidad de vida en las personas que viven con VIH/SIDA.[8]

La pobreza, la violación a los derechos humanos, las inequidades de género, la orfandad y las dificultades para satisfacer las necesidades de salud y educación, son factores que sitúan a un buen número de infantes y adolescentes de América Latina y el Caribe, como personas vulnerables ante el VIH/SIDA.[9]

En México, los niños y niñas no son uno de los grupos más afectados por la epidemia. A pesar de ello, los infantes que han adquirido el VIH por vía perinatal son un grupo vulnerable debido a la alta probabilidad que tienen de sufrir la enfermedad o muerte de su madre o padre. Esta situación suele incrementar los niveles de pobreza en las niñas y niños, quienes quedan desprotegidos y más expuestos a la violación de sus derechos humanos, sobre todo en contextos donde no se cuenta con la infraestructura social para atenderlos.[9,10]

Si bien la ampliación del acceso al diagnóstico oportuno, la vigilancia médica adecuada y la cobertura gratuita de los tratamientos antirretrovirales (TARV) ha permitido disminuir la morbimortalidad de los infantes y adolescentes con VIH/SIDA,[11,12] su calidad de vida depende casi siempre de los soportes familiares y comunitarios. Algunos profesionales de la salud que prestan servicios en unidades especializadas en la atención de menores que adquirieron el VIH por vía perinatal, han observado que éstos "comienzan a presentar diversos cuadros de infección y desnutrición a una edad temprana, por lo que requieren de la intervención

de personas que estén a cargo del cuidado de su salud, apegándose a las indicaciones médicas y con habilidades para suministrar adecuadamente los TARV" (Clínica de Inmunodeficiencias, 2005).

Esta necesidad de atención sitúa a los menores con VIH en una condición de mayor desprotección, ya que el deterioro en la salud de sus progenitores a causa del SIDA les impide, por lo general, hacerse cargo del cuidado de los niños y, en muchas ocasiones, no existen otros miembros de la familia que puedan asumir el cuidado de estos infantes. La situación se agrava cuando alguno de los padres de los menores fallece y éstos quedan en la orfandad.

Otro factor que hace vulnerable a este grupo de la población, es el enfrentamiento cotidiano al estigma y la discriminación social que implica vivir con el VIH. La información que busca contrarrestar los mitos sobre el VIH/SIDA aún no ha permeado a toda la sociedad, por lo que las personas con VIH siguen padeciendo situaciones de exclusión en el ámbito familiar y comunitario. A decir de un activista que trabaja con menores que tienen VIH: "Algunas veces los parientes de los niños que viven con el virus, son los que discriminan […] también es frecuente en las escuelas y muchas veces los padres no pueden hacer denuncias porque prefieren permanecer en el anonimato, o su condición de salud les impide tener fuerza para hacerlo" (Casa de la Sal, 2005).

La existencia de un número importante de reportes de estigma y discriminación en todo el país, ha requerido la intervención de las instituciones de defensoría de derechos humanos ante eventos relacionados con la negación de servicios educativos, expulsiones y rechazo de infantes afectados por la epidemia. Así, continúa siendo una prioridad el impulsar acciones que garanticen el respeto de los derechos humanos de los menores de edad, ya que por su condición de dependencia "difícilmente pueden protegerse y cuidarse por sí mismos de actos o ataques que atenten contra su desarrollo integral, su dignidad personal, psíquica y social".[13]

Cifras de orfandad materna debido al SIDA

Diversos organismos internacionales señalan que en América Latina y el Caribe se ha dado un incremento importante del número de huérfanos a causa del SIDA, ya que en 1990 se calculaba que habría 54,000 menores en esta condición, pero en 2005 la estimación aumentó a más de 750,000.[9]

En México, aún hace falta conocer mejor la situación de los niveles de orfandad a causa de la epidemia. Por ello, CENSIDA, UNICEF y la OPS desarrollaron una metodología para estimar el número de infantes y adolescentes que podrían estar en situación de orfandad materna a causa del SIDA.

La estimación corresponde al periodo de 1998 a 2004, y se refiere a los niños y niñas menores de 15 años nacidos de mujeres que fallecieron a causa del SIDA. Para estimar la magnitud de este fenómeno, se aplicó una compleja fórmula desarrollada por Landmann y sus colaboradores.[14] Esta metodología permitió estimar que para el periodo mencionado hubo un promedio anual de 517 huérfanos de madre a causa del SIDA, con un total acumulado de 3,999 menores en todo el periodo.

Medidas clave para prevenir la transmisión perinatal del VIH

La tendencia de feminización de la epidemia del SIDA se ha hecho evidente a nivel mundial.[15] La creciente presencia de la epidemia en la población femenina es preocupante por las repercusiones que tiene para la salud de las mujeres y porque la mayoría de las que adquieren el VIH están en edad reproductiva, tienen altas posibilidades de embarazarse y, de no ser detectadas y tratadas oportunamente, presentan un alto riesgo de transmitir el virus a sus hijos.[16,17]

Desafortunadamente, en nuestro país persisten los obstáculos para acceder al diagnóstico oportuno del VIH en mujeres embarazadas y la prevención perinatal es deficiente.[16] Algunos profesionales de instituciones que atienden el VIH en población sin seguridad social han señalado que el diagnóstico retrospectivo es frecuente. Esto significa que hay mujeres que no saben que son portadoras del VIH hasta que su hijo o hija comienza a desarrollar la enfermedad. En palabras de un prestador de servicios, lo que sucede en la mayor parte de los nuevos diagnósticos pediátricos es que "prácticamente las mamás, desconocían su estado serológico.

Continúa esta tendencia de que nosotros confirmemos el diagnóstico de una familia mediante el niño. Es una situación de mucho impacto" (Clínica de Inmunodeficiencias, 2005).

Estas experiencias indican la necesidad de fortalecer los mecanismos que faciliten el acceso y mejoren la calidad de la atención en los servicios de salud para las mujeres embarazadas. Esto supone optimizar y extender los programas de prevención perinatal del VIH,[15,16,18] así como modificar las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud, lo que ayudaría a reducir la vulnerabilidad ante la epidemia en las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas.

El riesgo de transmisión perinatal puede disminuir significativamente si las mujeres embarazadas son diagnosticadas y reciben tratamiento oportuno para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. Se debe facilitar aún más el acceso voluntario, confidencial e informado a las pruebas de detección del VIH para las mujeres embarazadas. La normatividad de salud indica que se debe brindar asesoría sobre el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento a todas las embarazadas que tienen VIH.

En los casos de las mujeres embarazadas con VIH, el esquema de tratamiento antirretroviral, según la norma, debe considerar tres aspectos fundamentales:

a) mantener la salud de la madre;
b) disminuir el riesgo de transmisión perinatal; y
c) debe estar de acuerdo con la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales.[19]

Además, se recomienda dar continuidad a la consejería y el desarrollo de estrategias que promuevan el cambio de comportamientos de las mujeres VIH positivas y sus parejas; y promover el reemplazo de la leche materna.

La implementación de estas medidas ha reportado experiencias positivas. Por ejemplo, los representantes del Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada e Infectada por el VIH del Instituto Nacional de Perinatología, han señalado que, "sólo uno de cada 200 niños o niñas, hijos de mujeres VIH positivas que recibieron atención integral, contrae la infección por vía perinatal".

Reducir la vulnerabilidad de infantes y adolescentes con VIH/SIDA

Distintos organismos internacionales han señalado la necesidad de colocar a la población infantil y adolescente en el centro de la agenda de VIH/SIDA, enfatizando el impacto de la epidemia y el respeto a los derechos de quienes se encuentran en situación de orfandad debido al VIH/SIDA.[9]

Evidentemente, la vulnerabilidad de los niños y niñas afectados por la epidemia se relaciona con las necesidades y problemas de sus familias. Por ello, la generación de cambios estructurales para reducir dicha vulnerabilidad, supone el acceso a servicios integrales de salud para estos menores. Una instancia que ha puesto en marcha una respuesta exitosa es la Clínica de Inmunodeficiencias (CLINDI) del Hospital Infantil Federico Gómez, donde se atendieron los primeros casos de SIDA en menores. El aumento de la población afectada en este centro condujo a crear una clínica de manejo multidisciplinario con el fin mejorar la calidad de vida de sus pacientes, quienes provienen de diferentes puntos de la República Mexicana. Así, desde 1996 a la fecha, la CLINDI garantiza el acceso a TARV y a atención especializada en diversas áreas como psicología, nutrición, cardiología, neurología, odontología y laboratorio para infantes y adolescentes de entre seis meses y 17 años de edad.

Otro ámbito de respuesta con los menores seropositivos debería contemplar un compromiso multilateral para fortalecer y extender la capacidad de aquellos espacios que garantizan la protección de los derechos de los infantes que carecen de soporte familiar, la satisfacción de sus necesidades básicas y el cuidado de su salud.

En México, se han desarrollado proyectos de albergue para niños y niñas huérfanos que viven con VIH/SIDA y carecen de apoyo familiar. Algunas organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan en esta área son la Casa de la Sal y la Fundación Ser Humano, quienes iniciaron actividades a fines de la década de los ochenta e inicios de los noventa. Además de cubrir las necesidades básicas de su población, ambas instituciones ofrecen servicios de medicina general, enfermería, psicología, odontología y nutrición; promueven que los infantes y adolescentes acudan a las escuelas

públicas más cercanas e implementan estrategias de sensibilización sobre el VIH/SIDA entre el personal educativo, contribuyendo a la reducción del estigma y la discriminación.

Los infantes y adolescentes con VIH que viven en estos albergues son atendidos en la CLINDI, donde tienen acceso a tratamiento antirretroviral, lo que ha permitido disminuir la frecuencia de enfermedades y mejorar su calidad de vida. Se han reportado varios casos de menores que adquirieron la infección por vía perinatal y ahora tienen más de 16 años de edad, lo que ha planteado la necesidad de desarrollar estrategias para satisfacer las necesidades particulares de estos adolescentes.

Conclusiones

Los esfuerzos para detener el crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA en México se han concentrado en los grupos que registran las tasas más altas de prevalencia del VIH. Esto ha restringido de cierta forma el desarrollo de acciones integrales dirigidas específicamente a la población infantil y adolescente afectada. No obstante, se han identificado avances en el desarrollo de estrategias para reducir la transmisión perinatal del VIH y se observó que las prácticas cotidianas de los proveedores de servicios de salud son clave para promover la detección oportuna e implementar la prevención de la infección de madre a hijo.

El peso que aún tiene la transmisión perinatal y la alta frecuencia del diagnóstico retrospectivo, son indicadores que expresan condiciones de vulnerabilidad tanto de las madres como de sus hijos, sobre todo, en cuanto a las barreras para acceder oportunamente a servicios de salud de calidad.

La magnitud y distribución de la orfandad asociada al VIH/SIDA es todavía un tema escasamente explorado a nivel local y nacional; pero hasta donde sabemos se trata de un problema que requiere el fortalecimiento y extensión de las estrategias de apoyo social.

Referencias bibliográficas

1. Martínez-Aguilar G, Vásquez-De Kartzow R, Nava-Frías M, Santos-Preciado J. Infección por VIH en niños mexicanos. Salud Publ Mex 1995; 37: 572-580.
2. Navarrete-Navarro S, Ávila-Figueroa C, Vallejo-Aguilar O, Martínez-Aguilar G, Santos-Preciado J. Panorama de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49: 543-547.
3. Pérez-Rodríguez G, Gorbea-Robles M, Torres-González F. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños. Experiencia de 8 años en el Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49:581-584.
4. Desinor-Mompoint O, González-Saldaña N, Palacios-Saucedo G, Gutiérrez-Ortiz B, León-Bojorge B, Vázquez-River M. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños. Experiencia del Instituto Nacional de Pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49:566-572
5. Arredondo-García J, Ortiz-Ibarra F. SIDA de transmisión perinatal. Experiencia del Instituto Nacional de Perinatología. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49: 573-580.
6. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Situación del SIDA. Boletín Mensual SIDA/ETS, 1993; 8.
7. Figueroa-Medrano L, Xochihua-Díaz L, Figueroa-Damián R. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos con infección por VIH/SIDA: informe de 124 pacientes. Bol Med Hosp Infant Mex 2001; 58: 12-20.
8. Delor- F. Hubert-M. Revisiting the concept of "vulnerability". Soc Sci Med 2000; 50 (11): 1557-1570.
9. UNICEF. VIH/SIDA. Infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. UNICEF: Panamá; 2005.
10. Uribe-Zúñiga P. Mujer, maternidad y enfermedades de transmisión sexual. En: Langer A. (ed.) Maternidad sin riesgos en México. México: IMES; 1994.
11. Gaitán-Cepeda L, Borges-Yañez A, Martínez-Saavedra A, Fragoso-Ríos R, Cuairán-Ruidiaz V, Cashat-Cruz M. et al. Lesiones orales en niños VIH+ bajo dos diferentes tipos de terapia antirretrovirales. Bol Med Hosp Infant Mex 2001; 58: 12-20.
12. Cashat-Cruz M. Impacto de la terapia antirretroviral en la morbilidad y mortalidad de una cohorte de

niños infectada por el VIH en el Hospital Infantil de México. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la AMIMC. México 2002.
13. CNDH. Recomendación general no. 8/2004. Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen SIDA. México: CNDH; 17 de septiembre 2004.
14. Landmann, et. al. Estimativa do número de orfaos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. En: Cadernos de Saúde Pública. Vol. 16 suppl. 1. Print ISSSN 0102-311X, 2000.
15. Pérez-Vázquez H, Taracena R, Magis C, Gayet C, Kendall T. Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. México: CENSIDA, Serie Ángulos del SIDA; 2004: p. 5.
16. Volkow P. Prevenir la transmisión perinatal del VIH, una tarea descuidada. La Jornada, Sábado 13 de mayo de 2006: 3ª.
17. Figueroa-Damián R, Villagrana-Zesati R. Factores asociados a la aceptación de la salpingoclacia posparto entre mujeres infectadas por el VIH. Salud Publ Mex 2001; 43: 97-102.
18. Pedrosa L. Saberse infectadas. Repercusiones de la detección de VIH en mujeres diagnosticadas durante el embarazo. Desacatos 2004; 15-16:148-170.
19. Secretaría de Salud. Modificación Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2- 1993. Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. México: Secretaría e Salud; 2000.

Actividades complementarias

Elabore una nota informativa acerca de la situación que prevalece en su unidad de trabajo con respecto a:

- las condiciones que facilitan u obstaculizan el ofrecimiento de la prueba del VIH a las mujeres embarazadas;
- los procedimientos de manejo de casos VIH/SIDA en mujeres e infantes; y
- las condiciones de salud y adherencia a TARV en infantes VIH positivos.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. ¿Por qué la categoría de transmisión perinatal representa el centro de la epidemia infantil de VIH/SIDA en México?

a. La mayoría de los casos de SIDA en infantes se asocia a esta vía de transmisión y ocurre por falta de atención a la madre.
b. Aún no se conoce con precisión cómo evitar la transmisión perinatal.
c. La mayoría de los infantes contraen el virus por vía perinatal y esto podía haberse evitado.
d. Se espera que esta vía de transmisión se incremente significativamente.
e. El 75% de los casos de SIDA se relaciona con esta vía de transmisión e indica altos niveles de negligencia médica.

2. El diagnóstico oportuno del VIH en mujeres embarazadas podría facilitarse a través de las siguientes acciones:

a. Estimando el número de mujeres que no acuden a atención prenatal.
b. Aplicando pruebas rápidas de detección del VIH a todas las mujeres embarazadas, sin excepción.
c. Promoviendo el cambio de comportamientos de riesgo individuales.
d. Ampliando la cobertura y calidad de los programas de prevención perinatal, y facilitando el acceso voluntario y confidencial a la prueba de detección del VIH.
e. Fortaleciendo la información que reciben las mujeres desde la escuela secundaria.

3. ¿Qué estrategias son más importantes para prevenir la transmisión perinatal del VIH?

a. Mejorar el acceso al diagnóstico oportuno de VIH en mujeres embarazadas.

b. Dar pláticas para concientizar al público del riesgo de transmitir el VIH a los hijos.
c. Dar alternativas de tratamiento antirretroviral a las mujeres embarazadas con VIH.
d. Brindar consejería y promover cambios en los hábitos de la madre.
e. Promover el reemplazo de la leche materna entre las madres que tienen VIH.

4. ¿Qué elementos vuelven más vulnerables a los infantes que viven con VIH/SIDA?

a. La probabilidad de sufrir la enfermedad y la muerte de su padre o madre.
b. La desinformación de las familias acerca del VIH.
c. La falta de apoyos psicológicos para los menores.
d. La carencia de apoyo familiar y comunitario,
e. El estigma y la discriminación.

5. ¿Qué acciones son más urgentes para reducir la vulnerabilidad de los niños y niñas que viven con VIH/SIDA?

a. Informar a la toda la población sobre el SIDA y la prevención de la transmisión perinatal.
b. Prevenir la transmisión de madre a hijo y realizar pruebas rápidas a la pareja.
c. Brindar una atención médica integral a los menores con VIH, abordar el tema de la orfandad por el SIDA, y reducir el estigma y la discriminación.
d. Ajustar y difundir la norma técnica de VIH/SIDA.

Respuestas

1. c
2. d
3. a, c, e
4. a, d, e
5. c

Capítulo 14

La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el SIDA

Tamil Kendall

Objetivo general

Conocer las estructuras sociales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA, con énfasis en la situación mexicana.

Objetivos específicos

- Identificar las características y comportamientos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad frente al VIH para promover el diseño de programas de prevención focalizados.
- Conocer la aportación potencial de la integración del VIH con otros programas y servicios de salud sexual y reproductiva, en el marco de la prevención y atención al VIH en mujeres.

Introducción

A escala mundial, la epidemia del VIH/SIDA se ha caracterizado por su proceso de feminización. Las mujeres cargan con el mayor peso de la enfermedad, no sólo como personas que viven con el virus, sino como las cuidadoras, pagadas y no pagadas, de las personas enfermas y huérfanas a raíz del SIDA. Este trabajo provee una introducción a la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH y la progresión al SIDA con enfoque en la situación mexicana.

La epidemia femenina del VIH/SIDA

Una de las tendencias sobresalientes de la epidemia mundial del VIH es la forma como afecta a las mujeres. Actualmente, las mujeres representan la mitad de los 33 millones de personas que viven con VIH o SIDA en el ámbito internacional. En el África subsahariana hay, en promedio, tres mujeres que viven con VIH por cada dos varones y en el grupo de 15 a 24 años esta relación es de tres a uno.[1] De forma similar, en las epidemias generalizadas del Caribe, las mujeres jóvenes se ven más afectadas que sus contrapartes varones. En Trinidad y Tobago las adolescentes de 15 a 19 años tienen una probabilidad seis veces mayor de estar infectadas que los hombres en el mismo rango de edad y, en Jamaica, la relación es 2.5 a 1.[2]

En México el primer caso femenino de SIDA se notificó en 1985. Para 1987, había 23 hombres con SIDA por cada caso femenino.[3] Actualmente, la relación hombre/mujer es de 5 a 1, lo que representa un cambio importante de la epidemia en el país.[4] Si consideramos las infecciones por VIH en lugar de los casos acumulados de SIDA, se estima que de las 200,000 personas que viven con VIH en México, 57,000 son mujeres; es decir, una de cada cuatro.[5] La principal vía de infección en las mujeres es el contacto sexual. Debido a que la población con los niveles más altos de VIH en Méxi-

co son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), se considera que la reciente tendencia a la feminización de la epidemia se debe a que las mujeres adquieren el virus al relacionarse con hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.[6]

Género y vulnerabilidad ante el VIH

Se entiende por "género" una serie de características y funciones que se atribuyen culturalmente a hombres y a mujeres, y que van más allá de su condición biológica. El género constituye una serie de construcciones sociales, que muchas veces se traducen en prescripciones acerca del comportamiento que se considera "aceptable" en una mujer o en un hombre. Estas construcciones se aprenden a través de un intenso proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.

Las construcciones de género no sólo marcan diferencias entre hombres y mujeres y entre diferentes grupos de hombres y mujeres (por clase, raza, educación, orientación sexual, etcétera), sino que generan desigualdad en el acceso y control de recursos, en la participación social y, como consecuencia, en la capacidad de ciertos grupos de personas para tomar decisiones.

La vulnerabilidad hace referencia a la mayor probabilidad que tienen algunas personas de sufrir cierto daño, sobre todo a causa de su condición social. Por ejemplo, la situación social de una persona puede influir negativamente en su capacidad para ejercer control sobre su propia salud.[7] El concepto de vulnerabilidad subraya la importancia de los factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos, y del ciclo de vida que condicionan las decisiones y comportamientos humanos y, por lo tanto, la necesidad de elaborar respuestas que consideren cambios estructurales para apoyar y fortalecer comportamientos preventivos en los individuos.[8,9]

En el caso de las mujeres, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales son más vulnerables que los hombres debido a que la vagina y el cérvix tienen más células que favorecen la entrada del virus, y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. Además, en las mujeres jóvenes la mucosa vaginal es más frágil, lo que aumenta las probabilidades de que un trauma permita la infección. La transmisión del VIH es más probable durante el sexo anal y el sexo violento o forzado.[10,11]

De forma paradójica, en todo el mundo el factor de riesgo más importante para la infección de VIH en las mujeres es mantener sexo con una pareja estable, generalmente dentro del matrimonio. Un estudio hecho en Perú con mujeres embarazadas sugiere que los comportamientos y redes sexuales de las parejas masculinas colocan a sus compañeras en un estado de vulnerabilidad, ya que la mayoría de las mujeres con VIH reportaron ser monógamas, pero 79% de las parejas masculinas con VIH, reportaron tener sexo con trabajadoras sexuales y con otros hombres.[12]

Algunos patrones socioculturales como el noviazgo entre hombres mayores y mujeres jóvenes, contribuyen a incrementar la vulnerabilidad en las mujeres, ya que es mucho más factible que los hombres mayores hayan tenido más parejas sexuales y, por lo tanto, hayan tenido más posibilidades de adquirir el VIH u otra infección de transmisión sexual.[13]

Si bien las condicionantes de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, los hombres también son socialmente vulnerables al virus, sobre todo si mantienen conductas de riesgo ligadas a ciertos patrones dominantes de masculinidad. Estos patrones pueden expresarse en comportamientos como poseer múltiples parejas, no usar condón y combinar relaciones sexuales con el uso de drogas o alcohol.

La expectativa cultural de que los hombres sean agresivos, mantengan el control y establezcan las condiciones sobre las relaciones sexuales puede impedir que hablen con su pareja para expresar sus dudas o la falta de conocimiento sobre sexualidad, ya que eso podría propiciar que su pareja femenina adopte un papel más activo y busque establecer las condiciones del acto sexual. En las mujeres, la moral social desalienta el conocimiento de su propio cuerpo y su sexualidad, e incluso en los casos en que ellas tienen la información adecuada acerca del VIH, sus formas de transmisión y métodos de prevención, las reglas culturales pueden dificultar que hablen sobre

el sexo ya que ninguna desea que se le tache de ser una "mala mujer".

Diversos estudios indican que las mujeres mexicanas heterosexuales tienen poco poder de decisión y tienden a no hablar de sexualidad, anticoncepción ni sexo protegido con sus parejas y que tampoco se consideran con posibilidades de influir en el comportamiento sexual de su pareja, incluso cuando perciben su vulnerabilidad a la infección por el VIH.[14,15]

En este marco, resulta central reconocer que las estrategias para prevenir el VIH, propuestas para mujeres y hombres (la abstinencia sexual, la fidelidad mutua y el uso de condón masculino), no pueden ser practicadas por las mujeres dentro del patrón de conducta sexual dominante. Por esto, es importante incrementar el acceso a métodos controlados por mujeres como el condón femenino, en particular, la nueva generación hecha de nitrilo en lugar de poliuretano, lo cual reduce significativamente el costo y los microbicidas (cuando estos últimos estén disponibles). Esta situación es aún más compleja porque la discusión sobre la infidelidad sexual y la implementación de medidas preventivas en la pareja siguen siendo temas difíciles de abordar, aun cuando la infidelidad masculina sea un secreto a voces.

En este punto cabe mencionar que los hombres enfrentan demandas sociales contradictorias para probar su masculinidad. Por un lado, se espera que sean sexualmente experimentados e independientes, pero en el marco familiar la expectativa es que, por respeto a sus parejas y sus hijos, conserven al menos la apariencia de fidelidad sexual en espacios públicos y heterosociales. En cuanto a las mujeres, distintos estudios realizados en Estados Unidos y en México han identificado que los ideales culturales que ensalzan la fidelidad sexual y la monogamia impiden que ellas reconozcan la probabilidad de que su pareja no esté cumpliendo con estos ideales, a pesar de que cuenten con evidencia de lo contrario. Como consecuencia, muchas no toman medidas de prevención contra el VIH, ya que esto podría evidenciar que sospechan de la fidelidad de su pareja, o peor aún, su pareja podría reclamarles que ellas no están siendo fieles.[16,17]

¿Qué mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH?

En muchos países de América Latina, incluyendo a México, la epidemia del VIH sigue estando concentrada en determinadas poblaciones, que se describirán en seguida. Así, aunque las mujeres tienden a estar en riesgo dentro de su relación estable, es imprescindible diseñar estrategias que respondan a los comportamientos específicos de estas mujeres y de sus parejas, además de promover relaciones más equitativas en todas las esferas sociales y empoderar a las mujeres para reducir su vulnerabilidad frente al VIH y SIDA.

Mujeres con parejas masculinas que tienen sexo con otros hombres

En América Latina, uno de los factores que vulneran más a las mujeres es tener sexo con un hombre que, a su vez, tiene sexo con otros hombres y mujeres. En muchos países de Latinoamérica, incluyendo México, se ha documentado que tener sexo con otros hombres no implica necesariamente la construcción de una identidad homosexual o *gay*.[18,19,20] Por otra parte, los HSH pueden asumir una identidad bisexual o *gay*, y casarse con una mujer, tener hijos y cumplir con otras normas dominantes de masculinidad.[21] Además, algunos hombres perciben el sexo con otros hombres como "socialmente seguro" porque supuestamente ninguno de los dos va a enamorarse, a embarazarse o a decir nada de esta relación a la esposa.[22]

El estigma y la discriminación asociadas con ser identificado como *gay* se suman a la clandestinidad proveniente de la infidelidad sexual, creando contextos en donde las prácticas preventivas son psicológica y materialmente difíciles de implantar, volviendo más vulnerables aún a los hombres que tienen sexo con hombres y a sus parejas, sean hombres o mujeres.

Los HSH que no se identifican como *gays* reciben escasos mensajes relevantes para prevenir la transmisión del VIH.[14] Las historias de hombres y mujeres mexicanos que viven con VIH dan testimonio de la dificultad de reconocer el sexo extraconyugal, sobre todo de hom-

bres con otros hombres, en las parejas heterosexuales estables y, por lo tanto, de las dificultades para incorporar medidas de prevención.

Un estudio retrospectivo con 150 hombres mexicanos VIH positivos y con una pareja femenina estable indicó que 92% tuvo coito anal con al menos otro hombre en su vida, y 70% no usó condón con otros hombres en los tres años anteriores al estudio. De las parejas femeninas de estos hombres, sólo dos sospechaban la posibilidad de prácticas homosexuales de su pareja y ninguna había considerado necesario el condón, a excepción del uso ocasional como un método de planificación familiar.[23] Otro estudio cualitativo con hombres mexicanos que viven con VIH, quienes se autoidentificaron como hombres que tienen sexo con mujeres, encontró que el sexo con hombres era común en sus historias sexuales.[24]

En el corto plazo, es importante desarrollar campañas de prevención basadas en el reconocimiento no discriminatorio de estas prácticas sexuales sin dar por sentada ninguna identidad sexual, implementar programas de prevención en espacios (bares, cantinas, saunas, parques; etcétera) y con hombres en ámbitos o grupos profesionales que son básicamente homosociales y donde el sexo entre hombres es común, como sucede entre hombres privados de su libertad, militares, policías, trabajadores petroleros, trabajadores agrícolas y migrantes, por mencionar algunos. Es importante expandir el acceso a los servicios de salud sexual para hombres, incluyendo el diagnóstico de ITS, las pruebas voluntarias de VIH con consejería y la promoción del uso de preservativos. A largo plazo, es necesario cuestionar las normas sexuales y de género dominantes para crear condiciones de encuentros sexuales más seguros y plenos para hombres y mujeres.[24]

Mujeres que sufren violencia

Los investigadores han señalado al menos tres mecanismos por los cuales la violencia incrementa la vulnerabilidad a la infección por VIH en las mujeres: a) el sexo coercitivo con una pareja infectada, b) la violencia como limitante de la habilidad de la mujer para negociar comportamientos preventivos como el uso del condón, y c) el abuso sexual o físico durante la niñez, que ha sido asociado con comportamientos sexuales de alto riesgo durante la adolescencia y la edad adulta.[25]

Los hombres que reportan actos de violencia hacia su pareja femenina estable tuvieron mayores comportamientos de riesgo para adquirir y transmitir el VIH, como sexo anal y vaginal no protegido, forzar a sus parejas femeninas a tener sexo no deseado, y sexo con múltiples parejas.[26,27] La relación entre violencia y la infección por el VIH se ha demostrado empíricamente en Sudáfrica, donde las mujeres en control prenatal que reportaron sufrir violencia tenían una mayor proporción de casos de VIH que las mujeres que no vivían violencia.[28]

Las concepciones tradicionales de la masculinidad se han relacionado con comportamientos de mayor riesgo para adquirir o transmitir el VIH y mayor violencia contra mujeres.[29] Además, existe evidencia de que promover cambios en estas construcciones de identidad resulta en una disminución de los comportamientos de riesgo y la violencia de género.[30] Es relevante reconocer que la violencia de género es común en el contexto mexicano. Encuestas nacionales con muestras representativas han encontrado que la mayoría de las mujeres sufre violencia de género, pues dos de cada tres mujeres reportan haber padecido violencia alguna vez en su vida y alrededor de 40% han sido blanco de violencia emocional, sexual o física por parte de su pareja en los últimos 12 meses.[31,32]

Mujeres usuarias de drogas o que son pareja de usuarios de drogas

Usar drogas inyectadas es un comportamiento más frecuente en los hombres que en las mujeres. En Tijuana, por ejemplo, 87.6% de 402 usuarios de drogas inyectadas que participaron en un estudio fueron hombres.[33] A pesar de eso, las mujeres que usan otras drogas, o que son compañeras de hombres que usan drogas, parecen ser una población vulnerable al VIH. Un estudio en el Hospital General de Tijuana con mujeres embarazadas encontró una prevalencia de 1%, mientras que la prevalencia estimada en la población general es de 0.3%. En este estudio la infección por el VIH se asoció con

ser usuaria de drogas inyectadas, usar "otras drogas", tener un mayor número de parejas sexuales, no haber recibido atención prenatal, tener una pareja usuaria de drogas inyectadas o una pareja que usaba "otras drogas". En el análisis multivariado, el uso de "otras drogas" fue asociado de forma independiente con la infección por el VIH.[34]

Además, algunos datos sugieren que la prevalencia del VIH entre mujeres usuarias es más alta que entre hombres usuarios. En un estudio con 1056 UDI en Tijuana 86% de los participantes eran hombres, pero la prevalencia de VIH en la muestra de mujeres fue de 8%, a diferencia de 3% en los hombres (p=0.01).[35] Un estudio cualitativo sobre las influencias de género en el uso de drogas en Ciudad Juárez y Tijuana sugiere posibles explicaciones de la mayor prevalencia entre mujeres, ya que las mujeres UDI reportaron compartir jeringas con sus parejas masculinas estables (es frecuente que exista una regla que establece que ellas se inyectan después de sus parejas, y a veces después de sus amigos) y muchas usuarias están involucradas en el trabajo sexual o en el sexo recompensado con drogas.[36]

Mujeres migrantes y parejas de migrantes

Casi la mitad de las mujeres migrantes sufren de violencia durante el viaje, generalmente a manos de los oficiales fronterizos y la policía, y parte de esta violencia es sexual.[37] Más de la mitad de las migrantes indocumentadas de América Central tienen algún tipo de relación sexual durante el trayecto. Las relaciones sexuales pueden ser consensuales, forzadas o intercambiadas por techo y comida, o como soborno a guardias fronterizos o policías para que la mujer y el grupo con el que viaja puedan seguir adelante. Estos actos sexuales casi siempre se realizan en condiciones de subordinación que impiden que la mujer pueda negociar el uso del condón.[38] Al llegar a sus destinos, las mujeres migrantes pueden ser particularmente vulnerables porque por lo general ganan menos que los hombres y se ven forzadas a ingresar a los sectores informales de la economía, donde no tienen acceso a beneficios de la seguridad social o protección de las leyes laborales locales y tienen miedo de buscar ayuda, especialmente si están trabajando ilegalmente o son trabajadoras domésticas que viven en la casa de sus empleadores.[39]

Las mujeres que se quedan en México también pueden estar en riesgo debido al comportamiento sexual de sus parejas migrantes y a su limitada capacidad para proteger su salud sexual, ya que las normas de género dominantes les impiden actuar para prevenir el VIH. Un estudio documentó que mientras casi todas las mujeres parejas de migrantes mexicanos que viven en zonas rurales han oído hablar del SIDA (90%), pero la mayoría (60%) no hace nada para protegerse. Sólo 5% de las mujeres dijo que siempre utilizaba condones.[40]

Diversos estudios etnográficos indican que las compañeras de migrantes despliegan ciertas estrategias para protegerse, por ejemplo, buscando información sobre el comportamiento sexual de la pareja en el "otro lado" —directamente con él o mediante otras fuentes—, yendo a la clínica para verificar si tienen alguna infección de transmisión sexual, alentando a su pareja para que vaya, e incluso en algunos casos solicitándole el uso del condón. No obstante, la inequidad de género y las construcciones sexuales dominantes impiden que las mujeres puedan protegerse de manera efectiva.

Introducir el tema del condón o del diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual expone a las mujeres no sólo a enfrentarse emocional y psicológicamente a la posible infidelidad de su pareja en una cultura que valora la monogamia, pues esto rompe con las construcciones sociales de amor y confianza; además de que las expone a conflictos de pareja y hasta a padecer violencia o abandono.[15,17,41] Bajo estas circunstancias, no sorprende ver que la gran mayoría de las mujeres no hace siquiera el intento de hablar de su salud sexual o abandona la idea de insistir en el uso del condón, aún cuando ellas consideren que podrían estar en riesgo de infectar por VIH u otras ITS como consecuencia del comportamiento sexual de su pareja masculina.

Mujeres que tienen sexo anal no protegido

El sexo anal no protegido es una práctica sexual común en las parejas heterosexuales, pero se trata de un tema tabú. Según estudios realizados en Estados Unidos, Eu-

ropa y África, esta práctica está asociada con un incremento de casi dos veces en la posibilidad de adquirir el VIH. Uno de los pocos estudios latinoamericanos, realizado en Brasil, encontró que entre las parejas femeninas de hombres VIH positivos, el sexo anal fue el factor más fuertemente relacionado con la infección de la pareja femenina,[42] además de que el uso del condón es menos frecuente durante el sexo anal que durante el sexo vaginal.

No se identificaron estudios mexicanos que traten las motivaciones para el sexo anal heterosexual, pero en otras poblaciones se ha identificado que además del placer (que a veces es ambivalente, ya que muchas mujeres perciben el sexo anal como una exigencia o castigo hacia ellas por parte de la pareja masculina), otros motivos para mantener sexo anal incluyen la posibilidad de evitar embarazos, preservar la virginidad (vaginal), y la idea equivocada de que el sexo anal se protege contra las ITS, incluyendo el VIH.[43,44]

Otro dato relevante es que los hombres mexicanos con prácticas bisexuales son más propensos a reportar sexo anal con sus parejas femeninas que los hombres con prácticas exclusivamente heterosexuales.[45] Por todo esto, los programas de prevención del VIH y la promoción de la salud de la mujer deben prestar mayor atención a esta práctica.[46]

Mujeres que tienen otras ITS

En 1999, hubo 340 millones de nuevos casos de chlamydia, gonorrea, sífilis y tricomonas en el mundo. De estos nuevos casos, 38 millones ocurrieron en América Latina y el Caribe, que es la segunda región con la prevalencia más alta de infecciones de transmisión sexual en el mundo (71/1000). La presencia de otras ITS ulcerativas y no ulcerativas se asocia con la infección por VIH, incrementando el riesgo de adquisición y transmisión del virus hasta 10 veces más.[47] En un contexto con baja prevalencia de VIH, pero en aumento, y donde las ITS son comunes, pero los servicios de tratamiento son pobres, el mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS puede disminuir la incidencia del VIH.[48]

Mujeres con VIH

Las mujeres con VIH tienen muchas necesidades, pero entre ellas destacan: la reducción del estigma y la discriminación por ser VIH positivas, un mejor acceso a servicios integrales de salud, apoyo económico y emocional, tanto en un nivel profesional como en sus redes familiares y sociales.[49] Algunas de las prioridades nacionales identificadas en el área de apoyos sociales y mitigación del daño fueron: priorizar las mujeres con VIH y otras mujeres afectadas como poblaciones vulnerables en programas federales y estatales para incrementar el acceso a proyectos productivos, educación, becas para sus hijos y otros apoyos; reconocer el liderazgo de las mujeres con VIH y fortalecer sus habilidades y destrezas para que surjan nuevos liderazgos en todo el país, así como brindar apoyos legales, médicos y emocionales para las personas y sus familias que están en etapa terminal de la enfermedad. En las áreas de prevención y atención se identificó como prioridad contar con campañas y servicios de alta calidad técnica y con perspectiva de género dirigidas a las mujeres, y mejorar el abasto en los insumos necesarios para la prevención y atención.[50]

La integración del VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva: una clave para mejorar la prevención y la atención

Fortalecer la colaboración entre los programas que promueven la salud sexual y reproductiva (SSR), y los programas de prevención y atención al VIH/SIDA podrían conducir a una serie de beneficios importantes para la salud pública como un mejor acceso y utilización de los servicios de VIH y SSR; un mejor acceso de las personas con VIH a servicios de SSR a su medida; reducción del estigma y la discriminación; mejor cobertura para poblaciones insuficientemente atendidas y marginadas; mayor apoyo para la doble protección (uso simultáneo del condón y otro anticonceptivo); mejor calidad de atención y, finalmente, una mayor efectividad programática.

Para lograr estos resultados se requiere llevar a cabo acciones que promuevan el conocimiento del estatus

serológico y el acceso a los servicios de salud, promover el sexo más seguro y saludable, optimizar el vínculo entre los servicios de VIH y otras ITS, e integrar la atención al VIH con la salud materna e infantil en políticas y servicios.[51]

El marco normativo mexicano brinda amplias oportunidades para lograr esta integración. Por ejemplo, el manual operativo para responder a la violencia familiar y sexual plantea como acciones prioritarias el incluir servicios que aborden la violencia de género y proveer consejería, anticoncepción de emergencia y profilaxis post exposición a sobrevivientes de asalto sexual.[52] La carencia de insumos y el desconocimiento de los procedimientos entre proveedores de servicios de salud y el público representan barreras para la implementación amplia de estas medidas.

Para optimizar los vínculos entre los servicios de ITS y VIH se requiere, por un lado, implementar un paquete de servicios para la prevención del VIH en los centros de diagnóstico y atención de las ITS, lo que implica dar información y consejería sobre sexo protegido, ofrecer pruebas del VIH y condones masculinos y femeninos. Por otro lado, es necesario también ofrecer el diagnóstico y tratamiento de ITS en las clínicas de VIH.

En cuanto a la primera acción, un estudio realizado en el año 2000 encontró que aunque 63% de los médicos entrevistados identificaron correctamente las ITS y el tratamiento adecuado, sólo 43% de ellos ofreció referencia o tratamiento para la pareja, 33% promovió el uso del condón y 23% recomendó la prueba de anticuerpos.[53] Quizá esta vinculación es más pertinente aún para las mujeres, dado que las manifestaciones ginecológicas asociadas con el VIH son muy comunes entre ellas.

Diversos estudios de caso indican que es frecuente que las mujeres con VIH presenten síntomas ginecológicos y contacto con los servicios de ITS, sin que se les recomiende hacerse la prueba de VIH y, como consecuencia, sus diagnósticos tardan hasta que tienen un cuadro avanzado de SIDA.[54]

Una consulta nacional realizada en febrero de 2007 con 16 mujeres líderes con VIH, que trabajan con otras mujeres en 11 estados, arrojó que no existen mecanismos efectivos que faciliten el acceso a la prueba del VIH en mujeres que viven en situaciones de riesgo ni se ofrece consejería o canalización para obtener la prueba de anticuerpos en los servicios de ITS.[55] En cuanto a la atención de ITS, las mujeres VIH positivas solicitaron que se les dé prioridad en el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones, en particular para detectar el Virus de Papiloma Humano y el cáncer cervicouterino.[50]

El mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con VIH y sus parejas sigue siendo un reto. Durante la mencionada consulta, la mesa de mujeres solicitó incluir la dotación de condones a personas con VIH dentro de los procedimientos rutinarios de las clínicas de VIH y notaron la falta de acceso de condones femeninos en sus estados.[50]

Muchos proveedores de servicios de salud asumen que las mujeres VIH positivas no tienen vida sexual o se oponen a que la tengan, y ellas han manifestado que en los servicios de salud hay reticencia a brindarles atención ginecológica y obstétrica y, cuando se les da, algunos proveedores del servicio exageran las precauciones y tienen actitudes discriminatorias. La consejería en planificación familiar y la dotación de métodos anticonceptivos es deficiente en muchos casos.[54] Vale la pena mencionar que los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud incluyen consideraciones específicas para mujeres con VIH, y que existen muchas opciones de anticonceptivos adecuados para ellas.[56]

En cuanto a la salud reproductiva de las mujeres con VIH, otra de las acciones clave consiste en integrar al VIH con la salud materno-infantil. El paquete básico comprehensivo debe incluir información, consejería y pruebas voluntarias durante el control prenatal; el diagnóstico de sífilis durante el control prenatal; mejores servicios de salud materna para mujeres con VIH y consejería sobre opciones reproductivas para ellas y sus parejas. Las guías de atención mexicanas establecen pruebas del VIH en el control prenatal, terapia antirretroviral, triple terapia, cesárea programada y sustitución de la leche materna.[57]

Hacia 2006, ONUSIDA estimó que sólo 7% de las mujeres mexicanas con VIH recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical.[1] A pesar de que una atención médica óptima puede preve-

nir la transmisión vertical del VIH en 98% de los casos. La baja percepción de las mujeres sobre la posibilidad de adquirir el VIH y el desconocimiento de las medidas para prevenir la transmisión vertical, así como las omisiones de los proveedores y instituciones de salud en la oferta de prueba del VIH durante el control prenatal ha producido la situación actual.

Si la respuesta del sistema de salud no mejora de forma significativa, se estima que entre 2008 y 2012, más de dos mil niños mexicanos se infectarán con VIH por vía perinatal.[58] En el periodo 2007-2008 la Secretaría de Salud hizo un gran esfuerzo para mejorar la cobertura con la prueba en el control prenatal. Es imprescindible mantener este esfuerzo y expandirlo para alcanzar a mujeres embarazadas atendidas en otras instituciones de salud, en particular el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A todo esto hay que sumar los retos que existen para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres con VIH. Un estudio con proveedores de salud mexicanos indicó que 14% no sabía que el virus se podía transmitir mediante la leche materna y 59% opinó que debería prohibirse a las mujeres VIH positivas tener hijos.[59] Las personas con VIH y sus familiares comparten muchos de estos prejuicios y carecen de información, compartiendo el supuesto equivocado de que los hijos de las mujeres seropositivas nacerán con el virus.[60]

Lamentablemente, las violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres con VIH siguen dándose. Algunos casos documentados entre 2005 y 2007 incluyen abuso verbal al solicitar una prueba de embarazo, ligadura de trompas sin consentimiento informado y discriminación a brindar servicios ginecológicos (insistir en que la mujer trae un espejo desechable y hacerla esperar a que pasen todos los demás pacientes para hacerle el chequeo).[55]

Conclusiones

La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH y el SIDA es muy importante. Nuestros esfuerzos para mejorar la respuesta deben dirigirse a implementar la perspectiva de género y llevar a cabo acciones para llegar a las mujeres altamente vulnerables. En muchos casos, la vulnerabilidad de las mujeres heterosexuales suele estar relacionada con los comportamientos sexuales de su pareja, lo que implica un esfuerzo continuo para promover la equidad de género en todos los ámbitos, y el fortalecimiento de medidas de prevención y diagnóstico del VIH con las mujeres que acuden a servicios de salud y mayor indagación sobre sus posibles comportamientos de riesgo, así como esfuerzos dirigidos hacia parejas y hombres en la población general.

Para alcanzar a las mujeres es imprescindible la integración de las medidas de prevención y diagnóstico del VIH con otros servicios y programas de salud sexual y reproductiva, como los servicios de ITS y de salud materno-infantil. En la mayoría de los países en América Latina, incluido México, la epidemia sigue siendo concentrada, lo que abre una ventana de oportunidad para hacer retroceder el virus. Para evitar que nuestros países repliquen el patrón de las áreas más afectadas del mundo, donde las mujeres y niñas son las poblaciones más afectadas, necesitamos tener en cuenta la realidad social y la vulnerabilidad específica de las mujeres en el diseño e implementación de las intervenciones.

Referencias bibliográficas

1. Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. Ginebra, Suiza: UNAIDS, 2008. Consultado el 18 de noviembre 2008 en: www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.
2. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2006. Ginebra, Suiza: 2006: 8, 42.
3. Uribe-Zúñiga P, Panebianco S. Situación de la mujer mexicana frente a la infección por VIH/SIDA. En: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL, (eds.) Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una agenda de investigación-acción. Cuernavaca: INSP; 1997.
4. Rodríguez-Magis C., Hernández-Avila M. Epidemiología del SIDA en Mexico. En: Córdova-Villalobos J.A., Ponce de León Rosales, S., Valdespino, J.L (eds.) 25 años de SIDA en México, pp. 101-119, Cuernavaca: INSP, 2008.

5. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. (2008). UNAIDS/WHO epidemiological facts sheets on HIV and AIDS, Mexico 2008 Update. Disponible en: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_MX.pdf.
6. Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Uribe-Zúñiga P. Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. CENSIDA: México; 2002.
7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA: análisis de la respuesta. Ginebra: ONUSIDA; 1998: 12-13.
8. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of "vulnerability". Soc Sci Med 2000; 50 (11): 1557-1570.
9. Ross MW, Ferreira-Pinto JB. Towards a public health of situations: the recontextualization of risk. Cad Saude Publica 2000; 16 (1): 59-71.
10. WHO. Women and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 242. Ginebra: WHO-Center for Health and Gender Equity; 2000.
11. Women at Risk: Why are STIs and HIV different for women? Takoma Park: Center for Health and Gender Equity; 1999.
12. Johnson KM, Alarcón J, Watts DM, Rodríguez C, Velásquez C, Sánchez J., et al. Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. AIDS 2003; 17(4): 605-612.
13. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Publ Mex 2002; 44: 554-564.
14. Ligouri AL, González-Block M, Aggleton P. Bisexuality and HIV/AIDS in México. En: Aggleton P, ed. Bisexuality and AIDS: International Perspectives. Taylor and Francis, Londres, 1996: 76-98.
15. Ortiz-Mondragón R, Magis-Rodríguez C, Loya SM, Silva BZ, Uribe-Zúñiga P. Riesgo de VIH/SIDA en mujeres parejas de migrantes temporales a los Estados Unidos (Resumen). II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA y ETS; 2000 noviembre 6-11; Río de Janeiro, Brasil.
16. Sobo E. Choosing Unsafe Sex: AIDS-Risk Denial Among Disadvantaged Women. Filadelfia: University of Pennsylvania, 1995.
17. Hirsch JS, Higgins J, Bentley ME, Nathanson CA. The Social Constructions of Sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease-HIV Risk in a Mexican Migrant Community. Am J Public Health 2002 (92):1227-1237.
18. Cáceres CF. Male Bisexuality in Peru and the Prevention of AIDS. En: Aggleton P, ed. Bisexuality and AIDS: International Perspectives. Londres: Taylor and Francis; 1996:138.
19. Carrillo H. The Night is Young: Sexuality in Mexico in the Time of AIDS. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.
20. Prieur A. Mema's House, Mexico City: On Transvestites, Queens, and Machos. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.
21. De Moya AE, García R. AIDS and Bisexuality in the Dominican Republic. En: Aggleton P, ed. Bisexuality and AIDS: International Perspectives. Londres: Taylor and Francis; 1996: 128-129.
22. Hirsch JS, Meneses S, Thompson B, Negroni M, Plecastre B, Del Rio C. The Inevitability of Infidelity: Sexual Reputation, Social Geographies, and Marital HIV Risk in Rural Mexico. Am J Public Health 2007; 97: 986-996.
23. Mireles-Vieyra MP, López-Aguilera ML, Cruz-Mireles RM. Intrafamily HIV exposure as the major risk to a Mexican women population. XIV International AIDS Conference, julio 7-12, Barcelona; 2002.
24. Kendall T, Herrera C, Caballero M, Campero L. HIV Prevention and men who have sex with women and men in México: Findings from a qualitative study with HIV-positive men, Culture, Health & Sexuality 2007; 9: 459-472.
25. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. Soc Sci Med 2000; 50: 459-478.
26. Raj A, Santana MC, La Marche A, Amaro H, Cranston K, Silverman JG. Perpetration of intimate partner violence associated with sexual risk behaviors among young adult men. Am J Public Health 2006 (96): 1873-1878.

27. Kalichman SC, Simbayi LC, Cain D, Henda N, Cloete A. Sexual assault, sexual risks and gender attitudes in a community sample of South African men. AIDS Care 2007 (19): 20-27.
28. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. The Lancet 2004; 363 (9419);1410-1411.
29. Santana MC, Raj A, Decher MR, La Marche A, Silverman JG. Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. Journal of Urban Health 2006 (83):575-585.
30. Promoting Health Relationships and HIV/STI Prevention for Young Men: Positive Findings from an Intervention Study in Brazil. En: Horizons Research Update, Washington, DC: Population Council, 2004.
31. Olaiz G, Rico B, Del Río A, coords. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Cuernavaca, Morelos, México: INSP; 2003: 67-68.
32. INEGI/INMUJERES/UNIFEM/DGE. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDREH 2006). Junio 2007. Consultado el 13 de julio del 2009. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
33. Magis-Rodriguez C, Brouwer KC, Morales S, Gayet C, Lozada R, Ortiz-Mondragon R., et al. HIV prevalence and correlaties of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. border city of Tijuana. J Psychoactive Drugs 2005; 37 (3):333-339.
34. Viani R, Araneta M, Ruiz-Calderon J, Hubbard P, Lopez G, Chacon E, et al. Rapid Testing of Women of Unknown HIV Status in Labor at Tijuana General Hospital, Baja California, Mexico. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections Feb. 10, 2004, San Francisco, California.
35. Strathdee SA, Lozada R, Pollini RA, Brouwer KC, Mantsios A, Abramovitz DA, et al. Individual, Social and Environmental Influences Associated With HIV Infection Among Injection Drug Users in Tijuana, Mexico. J Acquir Immune Defic Syndr 2008; 47 (3): 369-376.
36. Firestone-Cruz M, Mantsios A, Ramos R, Case P, Brouwer KC, Ramos ME et al. A Qualitative Exploration of Gender in the Context of Injection Drug Use in Two US-Mexico Border Cities. AIDS Behav 2007; 11: 253-262.
37. Sin Fronteras. Sin Fronteras: Violencia y mujeres migrantes en México. DF, México: Sin Fronteras, 2005.
38. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, Gender and Central America and Mexico. Social Science XIV International AIDS Conference. Barcelona: Monduzzi Editore, 2002: 263-267.
39. United Nations Population Fund (UNFPA). (2006). State of the World Population 2006. A passage to hope: Women and international migration. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2006/english/chapter_3/toil_and_tears.html.
40. Salgado de Snyder VN, Díaz Pérez M, Maldonado M. AIDS: risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in the United States. AIDS Educ Prev. 1996; 8(2):134-142.
41. Leyva R, Caballero M, (coords). Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Cuernavaca: INSP, 2009.
42. Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C, Castilho EA. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. Am J Epidemiol 1995 sep 1;142(5):538-47.
43. Houston AV, Fang J, Husman C, Peralta L. More than just vaginal intercourse: Anal intercourse and condom use patters in the context of "main" and "casual" sexual relationships among urban minority adolescent females. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2007, 20, 5: 299-304.
44. Stadler JJ, Delany S, Mntambo M. Sexual coercion and sexual desire: Ambivalent meanings of heterosexual anal sesx in Soweto, South Africa. AIDS Care, 2007, 19(10), 1189-1193.
45. Izazola-Licea JA, Gortmaker SL, De Gruttola V, Tolbert K, Mann J. Sexual behavior patters and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. Salud Publ Mex 2003, 45 (suppl 5), S662-71.

46. Halperin DT. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks. Part I. AIDS Patient Care STDS. 1999; 13(12):717-30.
47. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. WHO: Ginebra, 2001.
48. Sangani P. Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004. Consultado el 6 de diciembre de 2007. Disponible en: http://www.cochrane.org/.
49. ICW. El maletín de supervivencia de la Mujer Positiva. Sin fecha. Consultado el 6 de diciembre de 2007. Disponible en: http://www.icw.org.
50. Resultados: Mesa de Mujeres, Foro de consulta ciudadana del SSA sobre VIH y SIDA, 30 de marzo 2007 en Guadalajara, Jalisco.
51. OMS/UNFPA/ONUSIDA/IPPF. Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Abril, 2006.
52. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. Segunda Edición, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2006.
53. Misión Permanente de México ante las Naciones Unidas. Informe Nacional sobre la aplicación de la Declaración de compromiso de la lucha contra el VIH/SIDA. Nueva York, 23 de marzo 2006. Consultado el 6 de diciembre de 2007. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_mexico_es.pdf.
54. Kendall T., Pérez-Vázquez H. Hablan las mujeres mexicanas VIH-positivas: NeceSIDAdes y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario, Colectivo Sol, México, 2004.
55. Kendall T. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. Submitted to Health and Human Rights.
56. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2008 update. Geneva, Switzerland: WHO. Consultado el 27 de junio de 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.19_eng.pdf.
57. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, Tercera edición, Secretaría de Salud, México, 2007.
58. Uribe Zúñiga P, Ortiz Ibarra FJ, Hernández Tepichin G. La prevención de la transmisión perinatal. En: Córdova-Villalobos J.A., Ponce de León Rosales, S., Valdespino, J.L (eds.) 25 años de SIDA en México, pp. 73-92 Cuernavaca: INSP, 2008.
59. Infante C, Zarco A, Magali-Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Publica Mex 2006; 48: 141-150.
60. Kendall T, Herrera C, Caballero M, Campero L. Perspectives of heterosexual Mexicans living with HIV/AIDS and their social networks on sexuality and reproduction. XV Conferencia Internacional de SIDA, Bangkok, 11-16 de julio 2004.

Bibliografía recomendada

1. Herrera C, Campero L. *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*. Salud Publica Mex 2002; 44: 554-564.
2. Kendall T., Pérez-Vázquez H. *Hablan las mujeres mexicanas VIH-positivas: NeceSIDAdes y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario.* Colectivo Sol, México, 2004. Disponible en: http://www.cenSIDA.salud.gob.mx/interior/librosdigitales.html
3. OMS/UNFPA/ONUSIDA/IPPF. *Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios*. Abril 2006. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/624_filename_linkages-framework_spa.pdf.
4. Uribe Zúñiga P, Ortiz Ibarra FJ, Hernández Tepichin G. La prevención de la transmisión perinatal. En: Córdova-Villalobos J.A., Ponce de León Rosales, S., Valdespino, J.L (eds.) *25 años de SIDA en México*, pp. 73-92. Cuernavaca: INSP, 2008.

Actividades complementarias

El alumno realizará una investigación documental sobre:

- Número de mujeres en edad fértil en México el año anterior al actual.
- Perfil de las mujeres con VIH en México y los contextos de sus vidas, que incluya datos cuantitativos sobre el perfil sociodemográfico y datos cualitativos sobre cómo viven las mujeres con el virus.
- Número de mujeres con VIH o SIDA en México que han recibido tratamiento antirretroviral en los últimos cinco años.
- Mortalidad femenina por VIH/SIDA en México en los últimos cinco años.
- Elaborar una síntesis con base en el análisis de los datos recabados y anotar sus propuestas de acción para disminuir las infecciones por VIH en mujeres, la transmisión perinatal del VIH y la progresión a SIDA entre mujeres mexicanas.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. La autora sostiene que la reciente feminización de la epidemia del VIH se debe a que:

a. Las mujeres tienen menos información sobre VIH y, por lo tanto, se infectan más.
b. Las mujeres tienen poco poder social y económico.
c. Los servicios de salud no han puesto énfasis en la prevención del VIH en mujeres.
d. Las mujeres están adquiriendo el virus al tener relaciones con hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.
e. El número de casos de VIH en mujeres está superando los niveles de VIH entre HSH.

2. A nivel mundial, el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH en la población femenina es:

a. La violencia sexual.
b. Mantener sexo con una pareja estable.
c. El hecho de que las células de la vagina y el cérvix favorezcan más la entrada del virus.
d. La carga viral en el semen, la cual es mayor que la de los fluidos vaginales.
e. La educación que no aborda el comportamiento machista.

3. ¿Las condicionantes de género aumentan la vulnerabilidad de los hombres para adquirir el VIH?

a. Cierto
b. Falso.

4. De acuerdo con la autora, las mujeres más vulnerables frente al VIH son:

a. Las que tienen relaciones con hombres que a su vez tienen sexo desprotegido con otros hombres.
b. Las que sufren violencia sexual.
c. Las mujeres que realizan trabajo sexual.
d. Las mujeres que no acuden regularmente a los servicios de salud.
e. Aquellas que usan drogas o cuya pareja consume drogas.

5. Todas las siguientes son acciones para mejorar la calidad de la atención a las mujeres con VIH, excepto:

a. Mejorar los vínculos entre los servicios de ITS y VIH.
b. Ofrecer mejores servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres con VIH y sus parejas.
c. Elaborar campañas masivas para promover el sexo seguro y atacar la infidelidad.
d. Integrar la atención del VIH con al salud materno-infantil.
e. Garantizar los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH o SIDA.

Respuestas

1. d
2. b
3. a
4. a, b, e
5. c

Capítulo 15

Adolescentes, sexualidad y VIH/SIDA

Cecilia Gayet
Jorge Valencia

Objetivo general

Introducir al lector en el campo de la investigación sobre adolescencia, sexualidad y VIH/SIDA, presentando un panorama general del tema, la situación actual de los adolescentes en relación con el VIH/SIDA, y algunos avances en términos de políticas públicas relacionadas con este problema. Se pondrá especial atención en aspectos metodológicos de la investigación sobre sexualidad adolescente.

Objetivos específicos

- Conocer la importancia del estudio de la sexualidad adolescente.
- Identificar las principales medidas utilizadas en la investigación sobre el inicio sexual en la adolescencia y plantear métodos adecuados para estimarlas.
- Conocer algunos resultados de investigación sobre los conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes de VIH/SIDA.
- Conocer la situación actual del VIH/SIDA entre las y los adolescentes mexicanos.
- Identificar algunas de las políticas de prevención del VIH/SIDA dirigidas a adolescentes que se han implementado en México.

Introducción

El tema de la sexualidad en la adolescencia y el VIH/SIDA es un campo de investigación complejo, no muy definido y reciente. Resulta importante estudiar a la población adolescente en relación con el VIH/SIDA porque muchas personas inician su vida sexual en esta etapa de la vida, frecuentemente con poca información y sin tomar medidas para prevenir las infecciones de transmisión sexual. Se sabe que muchos de quienes hoy viven con VIH/SIDA adquirieron la infección en la adolescencia, por lo que resulta imprescindible contar con programas de información, prevención y atención diseñados de acuerdo con las necesidades de este sector de la población.

¿Qué es la adolescencia?

Para estudiar la sexualidad en la adolescencia, el primer problema que se plantea es la definición misma de lo que es la adolescencia, ya que este término adquiere distintos matices según la disciplina desde la cual se formule. Desde la psicología, la definición enfatiza ciertas características biológicas y psicológicas como los cambios hormonales, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y de los órganos sexuales primarios como, por ejemplo, cambios en el peso y en la estatura, y la aparición del vello púbico y axilar.[1]

Desde la psicología social se define a la adolescencia como un periodo caracterizado por una alteración del equilibrio emocional, sentimientos de confusión y despersonalización, actitudes rebeldes y desafiantes frente a ciertas normas y búsqueda de independencia y de nuevos objetos de interés social y sexual.[2]

Por otra parte, desde la sociología se considera que el concepto de adolescencia nace en el Siglo XX, ligado a la gradación escolar, a las teorías psicológicas y derivado de la regulación moral de los cuerpos jóvenes que aparece en el entorno cultural de los procesos de industrialización y de urbanización.[3] Desde esta perspectiva, el término se utiliza para referirse al periodo de transiciones a la vida adulta, tales como la salida de la escuela, la entrada al trabajo, la salida de casa de los padres, la entrada en unión y el nacimiento del primer hijo.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) delimita el periodo de la adolescencia de los 10 a los 19 años de edad, aunque en las diferentes encuestas los investigadores y prestadores de servicios de salud lo ubican entre los 15 y 19 años.

Todas estas definiciones permiten identificar distintos los factores biológicos, psicólogos, sociales y culturales que constituyen la relación adolescencia-salud, y que definen la adopción de prácticas a favor o en detrimento de la salud.[4]

Medidas y formas de medir la sexualidad en la población adolescente

Las variables que generalmente se estudian en el campo de la salud sexual adolescente son el porcentaje de personas en esta edad sexualmente activas, la edad de la primera relación sexual, el uso de condón (niveles y determinantes), y el número de parejas sexuales. También se analizan las fuentes de información sobre sexualidad, la comunicación e información sobre ITS y VIH/SIDA, así como otros conocimientos y actitudes sobre la sexualidad.

Edad de inicio de la vida sexual

En términos de salud sexual, la primera relación sexual implica el acceso a nuevos riesgos, tales como el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual. En México, la mayoría de las personas inicia su vida sexual antes de los 20 años. La investigación sobre la edad de inicio sexual permite conocer si hay cambios en el tiempo (retraso o adelanto del calendario de inicio sexual), si hay diferencias entre regiones o entre distintos estratos sociales de la población. Estas investigaciones aportan información valiosa para el diseño de estrategias de prevención específicas según los diferentes contextos.

Para estudiar la edad de inicio de las relaciones sexuales existen dos métodos apropiados: la proporción de población sexualmente activa a una edad exacta, y las tablas de vida, que se calculan con datos de la población que ha pasado la edad de exposición al riesgo. En el caso de México, por ejemplo, alrededor de los 25 años, más de 95% de las personas ha iniciado ya su sexualidad, por lo que es útil considerar las experiencias de la población de 25 años y más para elaborar las tablas de vida sexual. Con este método es posible corregir el sesgo en las estimaciones, producto de los datos incompletos, obteniendo la edad mediana en la primera relación sexual y los cuartiles. La ventaja de este método es que pueden efectuarse comparaciones entre cohortes o regiones geográficas con medidas resumen, aunque presenta el problema de que no pueden realizarse estimaciones para las generaciones más jóvenes, que son precisamente las personas en la adolescencia al momento del estudio.

El método que considera la proporción de población sexualmente activa a una edad exacta es también útil, porque permite comparar las experiencias de distintas generaciones o de una misma generación en distintos espacios geográficos.[5] La ventaja de este método es que pueden incluirse las edades más jóvenes, aunque no permite tener una medida resumen como la edad mediana de inicio de la vida sexual.

Algunos autores han calculado la edad media entre los sexualmente activos a partir de los datos de una encuesta, considerando la información del grupo de entre 15 y 19 años de edad y han realizado comparaciones con otras encuestas. Esta medida es inadecuada para este fin, pues solamente utiliza información de las personas sexualmente activas de un grupo de edad determinado, lo que produce estimaciones poco precisas por no incluir información de quienes no han iniciado su

Cuadro 1. Cuartiles y mediana de la edad a la primera relación sexual por cohorte y sexo, con datos de la ENSA 2000

Hombres			
Cohorte de nacimiento	Primer cuartil	Mediana	Tercer cuartil
1951-1955	16.5	18.3	20.7
1956-1960	16.7	18.4	20.4
1961-1965	16.5	18.4	20.7
1966-1970	16.3	18.4	21.4
1971-1975	16.5	18.5	20.8
1976-1980	17.0	18.7	22.0

Mujeres			
Cohorte de nacimiento	Primer cuartil	Mediana	Tercer cuartil
1951-1955	16.9	19.3	22.3
1956-1960	16.8	18.9	22.1
1961-1965	17.1	19.4	22.9
1966-1970	17.4	19.6	22.6
1971-1975	17.4	19.4	22.7
1976-1980	17.2	19.1	22.2

Fuente: Gayet C. y P. Solís, 2007

vida sexual, proporción que puede cambiar en el tiempo y entre regiones.[6]

Un ejemplo del uso de tablas de vida puede verse en los cuadros que aquí se presentan. El Cuadro 1 muestra la edad mediana de la primera relación sexual en seis cohortes de nacimiento diferentes, tanto para hombres como para mujeres. Aquí puede observarse que dicha edad se ha mantenido estable alrededor de los 18.5 años para los hombres y 19.4 para las mujeres.[6] En contraste, cuando la medida utilizada es la edad media de la población sexualmente activa, obtenemos como resultado edades mucho menores debido a que el cálculo considera sólo la información de aquellos jóvenes del grupo de entre 15 y 18 años que ya han tenido relaciones sexuales, sin considerar la información de aquellos que no las han tenido (ver Cuadro 2).[7] El mayor problema con este método es que pueden presentarse edades medias menores con el paso del tiempo entre aquellos que ya han iniciado su vida sexual, sin tener en cuenta que un porcentaje cada vez mayor no ha tenido relaciones sexuales.

Además del uso de tablas de vida, es importante combinar el análisis de la edad de la primera relación sexual, con la edad de la primera unión, con lo que tendremos un panorama más claro de las transiciones a la vida adulta, considerando que en el pasado la mayoría de las mujeres iniciaba su sexualidad dentro del matrimonio o unión, en tanto que los hombres disociaban ambos eventos.

Además, es imprescindible considerar las diferencias que existen entre los distintos estratos sociales y no sólo las tendencias agregadas. Las investigaciones recientes demuestran que, si bien hay cambios en las fechas recientes en el comportamiento de algunas mujeres mexicanas (disociación de la sexualidad respecto a la unión y postergación de la edad de inicio sexual); éstos sólo están ocurriendo en los estratos sociales altos. En el área rural y en las poblaciones de mujeres con baja escolaridad, la sexualidad sigue iniciándose en el marco de la unión.[8]

Uso de condón y factores asociados

Entre las y los adolescentes que han iniciado su vida sexual, el número de parejas sexuales es relativamente bajo, aunque en este grupo resulta preocupante el escaso uso del condón. Además, como puede apreciarse en los Cuadros 3 y 4, existen diferencias significativas entre las y los jóvenes que habitan en localidades rurales y aquellos que están en las áreas urbanas.[7,9]

Cuadro 2. Comparación de edades medias de la primera relación sexual en población beneficiada por el programa Oportunidades por grupo de edad y sexo, 2003

Población que reportó haber tenido relaciones sexuales	Localidades de comparación (2003)		Localidades de Oportunidades (2000)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15 a 18 años	15.5	15.6	15.5	15.5
19 a 21 años	17.3	17.5	16.9	17.1

Fuente: Gutiérrez JP. et al, 2005

Cuadro 3. Porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual en hombres y mujeres de 12 a 19 años

	Rural	Urbano	Total
Hombres	41	55	51
Mujeres	12	28	23

Fuente: Gayet C, et al., 2003.

Cuadro 4. Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual en hombres y mujeres de 15 a 18 años

	Rural	Urbano
Hombres	50	57
Mujeres	14	13

Fuente: Gutiérrez JP, et al, 2005.

Generalmente, el uso de condón está asociado a factores demográficos y sociales. Una investigación realizada en México mostró que algunos de los factores que determinan el no utilizar el condón en la primera relación sexual son: iniciar a la vida sexual a temprana edad, ser mujer, tener baja escolaridad, residir en zonas rurales y ser hablante de lengua indígena.[9] De forma similar, investigaciones recientes realizadas en Brasil muestran que los factores que determinaron la falta de uso del condón en la última relación sexual con una pareja estable son: estar en cohabitación con la pareja, ser mujer, tener baja escolaridad, no haber trabajado y tener un bajo ingreso familiar.[10]

El análisis sobre uso de condón en la población adolescente presenta dos obstáculos importantes de carácter metodológico. El primero se refiere a la forma de preguntar en las encuestas ya que, en general, se pregunta por la utilización del condón en tres situaciones que son: la primera relación sexual, la última relación sexual y el uso habitual (utilizando categorías como: "siempre", "a veces" y "nunca"). Las dos primeras no son útiles como indicadores de uso sistemático, mientras que la tercera es poco efectiva para medir la prevalencia de uso. Para obtener un indicador confiable, es necesario conocer el uso de condón en todas y cada una de las relaciones sexuales, además de saber si se usó de manera correcta.

El segundo obstáculo para estudiar el uso del condón se refiere a la forma de obtener los datos y las dificultades para asegurar la confidencialidad. Tradicionalmente, las encuestas se han realizado cara a cara, por lo que la información obtenida puede estar sesgada, ya que muchas personas no se sienten cómodas al hablar abiertamente de su sexualidad. Otras opciones para garantizar la confidencialidad son las encuestas autoaplicadas, ya sea con buzón o sin él y, recientemente, aquellas que utilizan un método de computadora autoasistido denominado Audio Computer-Assisted Self Interview (ACASI, por sus siglas en inglés).[7]

Conocimientos sobre VIH/SIDA en la población adolescente

Diversas investigaciones han estudiado la relación entre el grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA y las prácticas sexuales de riesgo, así como la utilización de dicha información para prevenir la infección por VIH.[11] Un estudio realizado en 1998 en Guadalajara con jóvenes de entre 14 y 25 años, reveló que 95% de ellos sabía qué es el VIH/SIDA, cómo se contrae, cuáles son los mecanismos de prevención y las manifestaciones del SIDA. Sin embargo, el mismo estudio mostró algunos de los mitos que tienen los adolescentes en relación con el SIDA, ya que algunos jóvenes consideraron que se trata de "una enfermedad de los homosexuales, con un potencial de contagio dirigido hacia las prostitutas y los drogadictos". Por otra parte, el estudio halló que algunos jóvenes consideran que no existe riesgo de contagio cuando se tiene relaciones sexuales "con personas conocidas, personas amadas y personas que se ven sanas".[12]

Otro estudio realizado en 1995 en una zona marginada de la Ciudad de México, mostró la prevalencia de ciertos mitos relacionados con el SIDA, como son la creencia de que el contagio sexual se explica por la cantidad de encuentros sexuales y la promiscuidad, y la confianza en que las relaciones esporádicas o únicas no implican riesgo alguno, además de la existencia de nociones apocalípticas y de exterminio en torno a la enfermedad.[13]

VIH/SIDA en adolescentes mexicanos

La mayor parte de los casos de SIDA ocurre entre los 20 y 35 años de edad. Se sabe que el periodo de incubación

del VIH es de entre dos y 10 años, por lo que se infiere que un porcentaje importante de los individuos con este virus fueron infectados durante la adolescencia.[13]

De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA, de la Dirección General de Epidemiología de México de la Secretaría de Salud, el número de casos acumulados de SIDA en jóvenes de entre 10 y 19 años de edad hasta el 30 de junio de 2007, fue de 2,331, lo que representa 2.07% del total de personas con SIDA. Es importante observar que en la mayoría de los casos del grupo de 15 a 19 años, la categoría de transmisión registrada fue la sexual, con 65.44%, considerando las prácticas heterosexuales y homosexuales. Estas cifras muestran la importancia capital de reforzar las políticas encaminadas a la prevención sexual durante la adolescencia (ver cuadros 5 y 6).

Cuadro 5. Casos de SIDA en adolescentes mexicanos, 1983-2007*

Sexo	Grupos quinquenales		Total
	10-14	15-19	
Mujeres	114	639	753
Hombres	229	1,349	1,578
Total	343	1,988	2,331

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. DGE/Secretaría de Salud.
* Información al 30 de junio del 2007.

Cuadro 6. Casos de SIDA por categoría de transmisión en México según grupos de edad 1983-2007*

Categoría de Transmisión	Grupo de edad		
	10-14	15-19	Todas las edades
Heterosexual	9.0	35.8	29.8
Homosexual	6.4	29.6	29.7
Usuario de Drogas Inyectables	0.9	1.1	0.7
Sanguínea	27.1	4.2	2.5
Perinatal	18.7	-	1.5
Homo-drogas	-	0.4	0.2
Se desconoce	37.9	29.0	35.5
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. DGE/Secretaría de Salud.
* Información al 30 de junio del 2007.

Políticas sobre sexualidad dirigidas a adolescentes

Las políticas sobre salud sexual y reproductiva comenzaron en México en los años setenta, a partir de la institución de las políticas de planificación familiar que por primera vez permitieron el acceso a la población a los métodos anticonceptivos modernos. Durante los años ochenta se iniciaron programas para adolescentes, mediante los cuales se les proporcionaba anticonceptivos de manera gratuita y confidencial. En 1993 se firmó la Declaración de Monterrey, que estableció las bases para iniciar programas de atención integral a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.[14] A continuación se presentan algunos ejemplos de políticas públicas dirigidas a adolescentes en materia de prevención que se implementaron en México.

En el ámbito de la educación formal

En el ámbito escolar, en 1993 la Secretaría de Educación Pública (SEP) incorporó el tema de la educación sexual en los libros de texto de primaria y secundaria. Si bien la medida estuvo encaminada a proporcionar información, algunos de los contenidos tenían un corte conservador, lo que podía generar culpa y retraimiento entre los adolescentes sexualmente activos. Otro de los problemas que surgieron en relación con estos libros fue el bajo perfil de los maestros que impartían la materia.[14,15] Una nueva reforma a los libros de texto de nivel secundaria tuvo lugar en 2006, misma que requiere una evaluación a fin de conocer su impacto y eficacia.

En el ámbito de la educación no formal

En México existen diversas organizaciones no gubernamentales que llevan a cabo programas dirigidos a las y los adolescentes. Algunos brindan servicios de salud y educativos (como MEXFAM y CORA) y otros brindan información, educación y capacitación (como AMES, IMIFAP y Ave de México).[14] Estas organizaciones apoyan la labor obligatoria de los gobiernos estatales, realizando también capacitación de los maestros, profesores y personal de salud para que ellos adquieran mayor sensibilidad en el trabajo con los adolescentes.

Es importante mencionar que en cuanto a las estrategias de prevención existe la disyuntiva entre se-

guir una estrategia de transmisión de información de padres a hijos o una estrategia desarrollada entre los mismos jóvenes (denominada también entre pares). En este sentido, las evidencias provistas por la investigación no son claras. Mientras que algunas investigaciones muestran que el uso de condón se incrementa si los adolescentes tienen buena comunicación con los padres,[16] otras han encontrado que los jóvenes sexualmente activos hablan más sobre SIDA con sus pares y no mucho en el ámbito familiar.[9]

En el ámbito de la salud

En el campo de la salud, los principales problemas que se han buscado enfrentar son la prevención del embarazo no planeado y no deseado, la prevención y el control de las ITS (incluyendo al VIH y el virus del papiloma humano), y la prevención de adicciones.[14] Es importante contar con investigaciones que evalúen los resultados de las políticas dirigidas a estos problemas, para establecer qué intervenciones funcionan mejor a fin de multiplicarlas o contar con elementos que sirvan para identificar la necesidad de mejorar las intervenciones existentes.[15]

Conclusiones

Gran parte de la población inicia su vida sexual durante la adolescencia. Es importante que este inicio ocurra de manera informada, libre, voluntaria y con acceso amplio a los métodos de prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Por otra parte, es importante investigar los cambios en el inicio de la sexualidad que ocurren a través del tiempo, en diferentes regiones geográficas o en distintos estratos sociales. Para ello, se requiere el uso de medidas adecuadas, que eviten los sesgos de análisis.

También es de gran importancia implementar políticas de prevención diseñadas especialmente para los adolescentes y realizar evaluaciones de las mismas, tanto en el ámbito gubernamental como en las asociaciones civiles. Las evaluaciones permiten identificar qué intervenciones funcionan mejor, y establecer si es necesario modificar las intervenciones existentes.

Referencias bibliográficas

1. Lozano L. Sexualidad femenina: las adolescentes de 17-19 años que estudian. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: UNAM, Facultad de Psicología; 1995.
2. Monroy, A. La sexualidad en la adolescencia. En: CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. México: CONAPO-Miguel Ángel Porrúa; 1994; vol 2:693-730.
3. Rodríguez-Ramírez, G. Sexualidad juvenil. En: Pérez JA, Maldonado E, (coord.) Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. México: Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud; 1996: p. 91-148.
4. Stern C, Medina G. Adolescencia y salud en México. En: Oliveira, MC. Cultura, adolescencia, saúde. São Paulo: Consorcio Latinoamericano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, 1999: p. 98-160.
5. Welti C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles de Población 2005:285-294.
6. Gayet C, Solís P. Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. Salud Publ Mex, 2007;49:E47-E51.
7. Gutiérrez JP, Gertler P, Hernández-Ávila M, Bertozzi S. Impacto de Oportunidades en los comportamientos de riesgo de los adolescentes y en sus consecuencias inmediatas. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, (eds.) Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca: INSP; 2005:75-120.
8. Solís P, Gayet C, Juárez F. Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social. En prensa, 2008.
9. Gayet C, Juárez, F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Publ Mex. 2003;45:S632-640.
10 Calazans G, Araujo T, Venturi G, Franca I. Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. AIDS 2005; 19:S42-S50.

11. Villaseñor-Sierra A, Caballero-Hoyos R, Hidalgo-San Martín A, Santos-Preciado JI. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Pub Mex 2003;45:S73-S80.
12. Valencia S. ¿Por qué los jóvenes no se previenen del sida? Una perspectiva psicosocial. En: Mercado FJ, Robles L, (comp.) Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Jalisco: Universidad de Guadalajara; 1998:157-175.
13. Rodríguez G, Amuchástegui A, Rivas M, Bronfman M. Mitos y Dilemas de los Jóvenes en tiempos del SIDA. En: Bronfman, M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México. Migración, adolescencia y género. México: Información Profesional Personalizada, 1995:91-200.
14. Juárez F, Gayet C. Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población, 2005;145:177-219.
15. Walker D, Gutierrez WP, Torres P, Bertozzi, S. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomized evaluation of intervention. Br Med J, 2006;332: 1189-1192.
16. Cordero Coma J. Comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos adolescentes y uso del condón. Tesis de Maestría en Población. México: FLACSO-México; 2005.

Bibliografía recomendada

1. Lindberg LD, Santelli JS, Singh S. Changes in formal sex education: 1995-2002. Perspect Sex Reprod Health, 2006;38(4):182-9.
2. Juárez F. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: evidencia, teorías e intervenciones. En: Rabell C y Zavala de Cosío ME, La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. México: ISS-UNAM, 2002, 291-314.
3. Corona E. Sexualidad Adolescente: Nuevos paradigmas de desarrollo. Revista de la Red de Salud 1995;1, ISIS Internacional.
4. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. Sex and HIV education programs for youth: Their impact and important characteristics. Washington DC: Family Health International; 2006. (Disponible en: http://www.etr.org/recapp/programs/SexHIVedProgs.pdf)
5. Kirby D. Do Abstinence-Only Programs Delay the Initiation of Sex among Young People and Reduce Teen Pregnancy? Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2002.
6. Speizer I., Magnani R., Colvin C. The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence. J Adolesc Health, 2003;33:324–348.

Actividades complementarias

Enumere las políticas de prevención dirigidas a los adolescentes en el lugar donde usted vive o trabaja. Señale si conoce alguna evaluación que indique la efectividad de la intervención.

Autoevaluación

Instrucciones: En el cuadro que se presenta a continuación, relacione cada pregunta con la respuesta que considere correcta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

Preguntas	Respuestas
1. ¿Cuáles son los métodos apropiados para estudiar la edad del inicio de la vida sexual?	a. La edad de inicio sexual, el sexo de la persona, el nivel escolar alcanzado, la situación de convivencia con la pareja, el ámbito geográfico donde vive (rural o urbano), la pertenencia étnica y el nivel de ingreso familiar.
2. ¿Qué factores han encontrado distintas investigaciones asociados al uso de condón por parte de los adolescentes?	b. A través del uso de cuestionarios autoaplicables y de sistemas como el ACASI.
3. ¿A través de qué mecanismos puede facilitarse la respuesta verídica de los adolescentes en las encuestas a preguntas sobre sexualidad?	c. Desde la psicología se proponen factores biológicos y emocionales, desde la sociología se propone analizar las transiciones en el ciclo de vida de los jóvenes.
4. ¿Cuál es la principal categoría de transmisión en los casos de VIH/SIDA en las y los adolescentes mexicanos?	d. La proporción de población sexualmente activa a una edad exacta y la construcción de tablas de vida para estimar la edad mediana de inicio sexual.
5. ¿Qué dimensiones deben considerarse para definir la adolescencia?	e. La transmisión por vía sexual.

Respuestas

1. d
2. a
3. b
4. e
5. c

Capítulo 16

Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos e incluir a las madres y padres

María del Pilar Torres Pereda
Dilys Margaret Walker

Objetivo general

Conocer la situación de la prevención del VIH/SIDA en las escuelas de nivel básico y medio, y reflexionar sobre el papel que juegan las madres y padres de familia en esas tareas de prevención. Asimismo, conocer algunos de los lineamientos propuestos para el diseño de estrategias que incluyan a madres y padres en la prevención del VIH en las escuelas.

Objetivos específicos

- Conocer la importancia de la prevención del VIH/SIDA dirigida a los jóvenes en el medio escolar.
- Conocer las experiencias realizadas en este ámbito y los principales resultados de los programas de prevención.
- Identificar los elementos que han sido observados como exitosos por los expertos en el tema.
- Conocer los estándares de oro recomendados por los expertos e identificar los elementos que dificultan la inclusión de las madres y los padres en la educación sexual de sus hijos.
- Reconocer las dificultades que plantea llevar a cabo programas exitosos de prevención del VIH en escuelas de adolescentes y la necesidad de innovar en este terreno.

Introducción

Llevar a cabo programas de prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar es, en apariencia, una estrategia con altas probabilidades de éxito. Sin embargo, de acuerdo con las experiencias que se han documentado hasta la fecha,[1-13] aún hace falta conocer mucho más acerca de los elementos que permiten que este tipo de prevención resulte exitosa y se logre modificar el comportamiento sexual de los adolescentes.

El presente capítulo pretende alertar a los profesionales de la salud y de la educación sobre la importancia de la prevención del VIH/SIDA dirigida a los jóvenes en el medio escolar. Para lograrlo, se revisan los principales metaanálisis existentes de programas de prevención en escuelas, se exponen los estándares de oro establecidos por los expertos y se plantea el reto de involucrar a las madres y padres en la educación sexual de sus hijos. Asimismo, en el presente apartado nos enfocaremos en algunos aspectos del panorama epidemiológico que conciernen a los adolescentes y jóvenes en edad escolar de entre 10 y 24 años de edad.[*]

[*] En muchas sociedades los términos adolescentes y jóvenes se utilizan de forma diferente. En el presente capítulo utilizaremos indistintamente adolescentes y jóvenes para referirnos a las personas de entre 10 y 24 años de edad. Sin embargo, cabe aclarar que la OMS considera como adolescentes a aquellos individuos que tienen entre 10 y 19 años, y a los jóvenes como los las personas de entre 20 y 24 años de edad (OMS, 1998).

El VIH/SIDA y las y los jóvenes

De todas las nuevas infecciones de VIH que ocurren en el mundo, al menos la mitad se da en individuos de entre 15 y 24 años de edad.[6,14,15] El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha informado que cada día hay 6,000 nuevas infecciones entre jóvenes a nivel mundial.[16] Desafortunadamente, sólo unos cuantos de ellos tienen conciencia de que son VIH positivos.[11,14,17,18]

Estos datos son particularmente alarmantes si consideramos que los jóvenes constituyen más de la cuarta parte de la población mundial (1,700 millones de personas)[11] y la generación actual es la generación de jóvenes más grande de la historia,[17] además de ser actores de cambio para sus países y la fuerza de trabajo del futuro cercano.

Por otro lado, durante los años de juventud las personas experimentan momentos clave para su vida tales como la menarca, la primera relación sexual, en muchas ocasiones la paternidad/maternidad, el matrimonio, el fin de los estudios y la obtención del primer empleo. También durante este periodo se definen los comportamientos sexuales,[16,17,19] por lo que es claro que lo que ocurre durante la adolescencia y juventud resulta importante para la historia sexual personal y, por lo tanto, puede resultar medular en la probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Si bien los jóvenes no suelen reportar varias parejas sexuales en el mismo periodo, lo cierto es que el comportamiento de monogamia serial que algunos mantienen, con relaciones cortas pero consecutivas,[20] puede tener casi el mismo efecto para la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) que tener relaciones múltiples.[20,21]

Aunque el uso reportado de condón en México se ha incrementado en los años recientes, [22,23] éste sigue siendo insuficiente. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, sólo 39% declaró haber usado condón en su primera relación sexual y apenas 53% de los varones y 46% de las mujeres dijeron haberlo usado en su relación más reciente.[13] Por otro lado, el promedio anual de parejas sexuales fue de 2.2 y 1.5 parejas para ellos y ellas, respectivamente.[24]

Las cifras sobre las consecuencias directas de este comportamiento, tales como la adquisición de ITS y los embarazos no planeados, sugieren que la prevención del sexo no protegido es central para la salud y el bienestar de los jóvenes.

Cada año, más de 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en vías de desarrollo.[11] Según las estadísticas gubernamentales,[32] para 2006, 17% de los nacimientos en México fueron de jóvenes menores de 20 años de edad.[29] Una encuesta del año 2000 reveló que 75% de las adolescentes embarazadas hubieran preferido posponer el embarazo.[33]

Muchos de los embarazos no deseados o no planeados terminan en aborto, pero al ser en su mayoría ilegales, se trata de procedimientos clandestinos y riesgosos.[34,35] Distintos estudios realizados en América Latina muestran que entre 10% y 14% de los embarazos entre mujeres jóvenes terminan en aborto.[17]

La evidencia muestra que la incidencia de ITS entre adolescentes y jóvenes se ha ido incrementando en relación a otros grupos de la población.[14,17,18,25-27] En México, el estudio de las ITS en jóvenes es escaso,[28] sin embargo, sabemos que estas infecciones y los embarazos no planeados son uno de los principales problemas de salud que enfrentan los adolescentes.[29,30] Estudios realizados en Morelos muestran una prevalencia de herpes simple tipo 2 de hasta 9.2% entre estudiantes de secundaria sexualmente activas.[25] Otro estudio que revisaremos con detalle más adelante mostró para la misma ITS, prevalencias que van desde cero en algunas escuelas preparatorias hasta 50% en otras.[31]

¿Por qué es importante hacer prevención con jóvenes?

Un aspecto central para la epidemia de VIH/SIDA es el establecimiento de patrones de comportamiento sexual en la juventud.[17] Se piensa que de recibir la información, las herramientas y la motivación adecuada, los adolescentes podrían adoptar prácticas seguras con mayor facilidad que los adultos. La implementación de programas de prevención de VIH/SIDA e ITS, así como de salud reproductiva (SR) en general, focalizados en

este grupo de edad, puede ser una inversión estratégica para el futuro al generar patrones de comportamiento saludables que se mantendrán en el futuro.[17,18,19,23,26]

¿Por qué las escuelas son un buen lugar para la prevención?

En principio, las intervenciones implementadas dentro de estructuras formales tienen el potencial de hacer que los mensajes preventivos lleguen a amplios grupos de la población.

Casi todas las comunidades en México cuentan con una o varias escuelas, mismas que funcionan como centros de encuentro no sólo para los jóvenes que asisten a ellas sino para sus padres y maestros. Dada su función educativa, las escuelas son lugares ideales para comunicar mensajes de prevención en salud, incluidos los relativos al VIH/SIDA, y llegar por este medio a las poblaciones más vulnerables y afectadas por la epidemia.[6,8,12,18,36,37]

La limitación más importante de las estrategias preventivas en las escuelas es que no es posible llegar a quienes no mantienen contacto con ellas. No obstante, la garantía de un público amplio hace que el costo marginal de las intervenciones en escuelas sea relativamente bajo, por lo que aún una reducida efectividad podría ser suficiente para hacerla costo-efectiva.

Además, algunos resultados de investigación sugieren que la asistencia a la escuela afecta los comportamientos reproductivos, en especial, los de las mujeres, ya que las mujeres que asisten a la escuela tienen una probabilidad considerablemente menor de haber tenido relaciones sexuales que sus contrapartes que no van a la escuela.[11,17,30]

Adicionalmente, los profesores son un referente valioso y una fuente de información para sus comunidades y, en muchas de ellas, ocupan un papel privilegiado. En muchas comunidades, las y los profesores suelen ser vistos como guías por muchos jóvenes y los alumnos los consideran como una de las figuras con las que suelen platicar sobre temas de sexualidad.[9,38]

En México, cifras oficiales reportan una alta proporción de asistencia a la escuela en los nueve primeros años de escolaridad. En la población de entre 5 y 12 años de edad, 96% asiste a la escuela, porcentaje que desciende a 82% en la edad de 13 a 15 años.[39] Dada la gran cobertura de las instancias educativas en los primeros años de formación de los jóvenes, así como el carácter laico y obligatorio de las escuelas en México, resulta muy oportuno ofrecer educación sexual, así como información preventiva sobre VIH/SIDA y otras ITS como parte de los programas educativos.

Miedos, problemas y mitos sobre las intervenciones en escuelas

A muchos adolescentes y jóvenes se les niega la educación sobre SR y prevención del VIH/SIDA y otras ITS en las escuelas, argumentando diversos motivos. Entre los más reportados por los responsables de las escuelas están:[8,9]

- Que el tema es demasiado controvertido o delicado para ser enseñado.
- Que no hay espacio en los currículos ya saturados de las escuelas.
- Que los maestros no están dispuestos a hablar del tema.
- Que el orientar sobre sexualidad a los jóvenes equivale a "incitarlos" a iniciar su vida sexual.
- Que los padres se opondrán a que sus hijos reciban educación sexual.

Pero, a pesar de estos argumentos, han habido distintas experiencias de prevención en escuelas públicas del país. Aunque hasta el momento el éxito de los programas no pueda ser relacionado en su totalidad a un solo tipo de intervención,[1-8,10,11,13] las experiencias reportadas en la literatura nos dan claves importantes para impactar positivamente en los comportamientos de los adolescentes y jóvenes.

Del discurso a la acción: ¿funciona la prevención en escuelas?

Con el fin de conocer la efectividad de los programas enfocados a prevenir el VIH/SIDA en las escuelas se han realizado diversos metaanálisis.[1-8,10,11,13] Los resultados de estos estudios arrojan un panorama mixto, que

incluye historias de éxito, pero también programas que fallan en el objetivo de lograr comportamientos más saludables. Estos metaanálisis han permitido generar un perfil de programas exitosos, aunque también advierten sobre ciertas características que pueden considerarse como recetas para el fracaso.

Con base en los resultados de las intervenciones de prevención de VIH/SIDA llevadas a cabo en las escuelas y enfocadas al establecimiento de comportamientos sexuales saludables se puede concluir que:

- Las evidencias científicas muestran que la educación sexual no incentiva el inicio de vida sexual ni disminuye la edad de su inicio. Así, el argumento de que la educación sexual adelanta la edad de inicio de la vida sexual es un mito.[7-9,11,13]
- Si bien hay programas que han logrado posponer el inicio de vida sexual, reducir el número de parejas sexuales e incrementar el uso de condón,[4,6-9,11,13,36,37,40] la evidencia es poco concluyente respecto a una forma inequívoca de lograrlo. Los efectos positivos se observan generalmente en el corto plazo y la duración del efecto a largo plazo requiere de acompañamiento y reforzamiento de lo aprendido.[8,13]
- Casi todas las intervenciones muestran un incremento en conocimientos y mejoramiento de actitudes, sin embargo, esto no necesariamente se traduce en modificaciones positivas en el comportamiento sexual.[4,6,8,10,13,36,37]
- Los programas también tienen un impacto positivo en mejorar la comunicación sobre temas de sexualidad entre alumnos y profesores, así como entre padres e hijos.[7,40,41]

La Tabla 1 resume el perfil de los programas que han tenido resultados exitosos, así como el perfil de aquellos que no han logrado impactar positivamente en el comportamiento de los adolescentes:

Tabla 1. Características y elementos de programas de prevención de VIH/SIDA para adolescentes y jóvenes en las escuelas[1, 4, 6-10,36,37,42]

	Programas que no funcionaron	**Programas que sí funcionaron**
Objetivos	Los objetivos son muy ambicioso (poco realista) y poco claros.	Tienen un objetivo delimitado, realista y claro, que puede ser evaluado posteriormente y que se enfoca a reducir comportamientos de riesgo.
Edades	La educación se ofrece solamente a edades en las que muchos jóvenes ya han iniciado su vida sexual.	Llegan a los jóvenes en edades tempranas y les dan seguimiento en el tiempo.
Currículo	Se da mucha importancia a la información biomédica del VIH/SIDA, pero no se dan conocimientos ni herramientas prácticas como el uso de condón, aptitudes sociales como la negociación y rechazo de las relaciones sexuales. Se basa en visiones rígidas, poco realistas y poco efectivas (sólo heterosexualidad y abstinencia hasta el matrimonio) y no cuentan con métodos o materiales adecuados (grupos pequeños de trabajo)[5,40,41]	Usan una teoría del aprendizaje social[43] o alguna otra teoría que contemple a los individuos en sociedad. Incluyen en su grupo a jóvenes y especialistas en educación y salud para diseñar el currículo. Utilizan dinámicas en grupos pequeños para personalizar las habilidades, dan información clave sobre consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección y herramientas prácticas a los jóvenes (lidiar con presión social y los roles de género), reservan tiempos establecidos para el currículo y ofrecen visiones flexibles de la sexualidad.
Duración	Suelen ser programas cortos y pláticas masivas de unas cuantas horas.	El menor tiempo en el que un programa ha podido influir en comportamientos es con sesiones de 90 a 120 minutos durante ocho semanas, siendo mejor sesiones cortas provistas durante un periodo largo de tiempo.
Facilitador	No capacitan a sus facilitadores y cuando la educación es por pares, no hay grupos de apoyo que den autoridad y soporte a los jóvenes que replican la información.	Capacitan a los facilitadores, buscan que éstos sean adecuados y dan apoyo a adolescentes que hacen educación por pares.

Integralidad	Se basan en un modelo de toma de decisiones suponiendo que los adolescentes, sus padres y sus comunidades en general están correctamente instruidos y preparados para ello.	Involucran a otros actores de la sociedad (médicos, policía, padres, personas viviendo con VIH/SIDA) y procuran que sus comunidades respeten las decisiones de los adolescentes.
Acceso	No aseguran acceso a los métodos de prevención como condones y anticoncepción de emergencia, ni tampoco el acceso a los servicios de salud. Tampoco ofrecen apoyo psicológico a los adolescentes.	Aseguran el acceso a métodos anticonceptivos como el condón y la anticoncepción de emergencia. Igualmente aseguran un acceso adecuado a los servicios de salud y apoyo psicológico para los jóvenes y sus orientadores.
Piloteo y evaluación	No suelen pilotear sus programas ni tienen sistemas de evaluación.	Hacen pilotos de sus programas y los afinan antes del inicio. Tienen sistemas de evaluación a corto y largo plazo, lo que les permite conocer sus resultados y modificar los elementos poco exitosos de su currículo. Cuidan que los adolescentes no deserten, pero son flexibles ante quienes no desean participar en las sesiones.

Además del trabajo que realizan las escuelas, existen otros actores, como las madres y padres de familia, que pueden apoyar en la tarea de prevenir el VIH/SIDA con los adolescentes e incluso convertirse en aliados estratégicos en esta tarea.

¿Qué sabemos del involucramiento de los padres y madres en la educación sexual de sus hijos?

Sabemos que las madres y los padres pueden colaborar en la educación sexual de sus hijos en edad escolar y que esto puede tener un efecto positivo en el comportamiento sexual de los adolescentes.[44-46] Hasta ahora, se han explorado las siguientes cuatro formas de involucrar a las madres y padres en la educación sexual y prevención de VIH/SIDA en el ambiente escolar:

a) Participación en sesiones junto con sus hijos.
b) Participación en actividades de salud en general en la escuela.
c) Provisión de una intervención por separado.
d) Involucramiento a través de actividades y tareas que sus hijos deben realizar en casa.[44-46]

Lograr que los padres y madres se involucren en la educación sexual de sus hijos suele implicar retos. Es común que los progenitores expresen un sentimiento de incapacidad para hablar con sus hijos e hijas sobre sexualidad. Lo anterior se expresa como una falta de herramientas, confianza, e incapacidad de ver el valor de hacerlo. También existe cierto temor a entrar en el terreno de la sexualidad, el cual se manifiesta a través del mito según el cual hablar de sexualidad con los jóvenes equivale a "darles permiso" o "incentivarlos" a tener actividad sexual. Finalmente, aunque algunas madres y padres no estén de acuerdo con las relaciones sexuales prematrimoniales, en general todos desean evitar que sus hijos e hijas padezcan el VIH, las ITS y los embarazos no planeados.[41]

Por otro lado, los programas que involucran a las madres y los padres tienden a ser informativos, no dan herramientas o conocimientos prácticos y asumen que están preparados para asumir correctamente la educación sexual de sus hijos.[41]

Principales resultados de programas que buscan involucrar a los padres en la educación sexual

Los estudios que han analizado los programas tendientes a involucrar a las madres y los padres en la educación sexual de sus hijos han tenido características variables. De igual forma, sus resultados conducen a conclusiones diversas.

En una revisión de 2002 que analizó 20 programas que tuvieron como objetivo final la educación sexual de los adolescentes e involucraban a los padres,[46] Kirby argumenta que: a) cuatro programas incrementaron la capacidad de comunicación entre madres/padres y sus hijas e hijos; b) tres de cuatro estudios que miden la autoeficacia en jóvenes reportan un incremento en la capacidad de refutar relaciones sexuales en los adoles-

centes, c) de seis estudios que miden el uso del condón, sólo tres reportan aumento en el uso en los adolescentes previamente activos, d) de ocho estudios que pretendían retrasar la edad de inicio, sólo uno lo logró, seis no notaron cambio y uno disminuyó la edad de inicio y e) la mayoría de los estudios encontraron que el impacto de sus intervenciones se perdía a medida que pasaba el tiempo.

Elementos a considerar para involucrar a los padres y madres en la educación sexual de sus hijos

A partir de las evaluaciones de los programas preventivos realizadas por distintos expertos, podemos derivar una lista de elementos que deben contemplarse en los programas de prevención de VIH/SIDA para adolescentes que buscan además involucrar a las madres y padres.[41,44-47] El Cuadro 2 resume estos elementos.

Cuadro 2: Factores a considerar al elaborar programas de prevención en VIH para adolescentes con la participación de sus padres y madres

Currículo	La información debe ser suficiente, pues es necesario darles a las madres y padres herramientas prácticas para orientar a sus hijos sobre sexualidad,[47] tales como aprender a adquirir condones, cómo usarlos y cómo reconocer y evitar situaciones de riesgo para su sexualidad.
Integralidad	Los programas deben involucrar a otros miembros de la comunidad y hacer cambios institucionales en las escuelas y las comunidades para reforzar lo aprendido en el salón de clases. Es importante tomar en cuenta elementos como la raza, el género y la religión antes de elaborar un programa para que éste sea adecuado a las necesidades de la comunidad.[45,46]
Acceso	Si los programas quieren ser efectivos deberían medir e incrementar el acceso efectivo a métodos de prevención de embarazos e ITS como los condones y la AE por parte de los adolescentes. Se ha probado que el acceso puede ser definitivo en el caso de este grupo de edad.[41]
Facilitadores	Los padres y madres necesitan de orientación y ayuda para sentirse cómodos hablando de sexo con sus hijos. Los programas que invitan a los padres a hablar de sexo con sus hijos, pero no los enseñan a hacerlo adecuadamente suelen fallar.[41] Es importante ofrecer a las madres y padres consejos prácticos y específicos sobre temas como: cómo elegir el momento adecuado para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas, cómo iniciar la conversación y como lidiar con las barreras hacia la comunicación que puedan surgir en sus hijas e hijos.

¿Qué se ha hecho en México?

Pese a que en México se han llevado a cabo diversas intervenciones sobre salud reproductiva y prevención en entornos escolarizados, muy pocas se han evaluado y menos aún se han publicado los resultados.[12,13,48,49]

La Secretaría de Educación Pública (SEP), que rige el sistema educativo mexicano, ha incluido contenidos de VIH/SIDA y sexualidad en los libros de texto gratuito de primaria y secundaria. Lamentablemente, pese a los esfuerzos realizados, aún existe una serie de retos, ya que no se cuenta con una adecuada capacitación para los docentes en el tema, y la visión de la sexualidad sigue teniendo un enfoque heterosexual, dejando de lado la diversidad sexual; por otro lado las evaluaciones sobre el efecto de este material son nulas.[50]

Uno de los programas escolarizados dirigidos a adolescentes y con mayor alcance que se ha llevado a cabo en el país es "Un equipo contra el SIDA".[12,13,48] Este programa fue elaborado en 1993 por el Instituto Mexicano de Investigación Familiar y Población (IMIFAP) en las ciudades de México y Oaxaca. A lo largo del tiempo el programa fue mejorado y en el año 2002 fue replicado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 40 escuelas preparatorias del Estado de Morelos en un formato de capacitación de 32 horas durante 16 semanas.[12,13]

A pesar de ser una intervención que siguió los estándares de oro planteados por ONUSIDA,[4,8,9,12,13,36] y pese a que tenía un diseño experimental controlado y una evaluación rigurosa, sus resultados coincidieron con muchas otras intervenciones que tuvieron un gran

impacto en conocimientos y actitudes, pero sólo un impacto parcial en el cambio de comportamientos (como mayor uso del condón), además de que ese impacto se logró únicamente a corto plazo.[13]

En 2006, el mismo INSP desarrolló un programa de prevención de ITS y embarazo adolescente enfocado en el uso de condón y la anticoncepción de emergencia y dirigido a los padres y a las madres de familia para colaborar en la educación sexual de sus hijos. En este programa, las madres y los padres recibieron en las escuelas de sus hijos cuatro sesiones de tres horas cada una. En estas sesiones se buscó dar una formación integral sobre comunicación y herramientas prácticas para apoyar a sus hijos en temas de sexualidad, uso efectivo de métodos de prevención de ITS y embarazo no planeado.

Aunque los resultados formales aún no están disponibles, los reportes de medio camino hablan sobre una respuesta positiva de las madres y padres de los adolescentes, quienes, pese a limitaciones de tiempo, accedieron gustosos a participar abiertamente en la intervención, colaborando con las autoridades escolares.[51]

La tarea pendiente: modificación de comportamientos

Hoy en día contamos con algunas claves sobre las características deseables de las intervenciones que deben realizarse en las escuelas, ya sea dirigidas exclusivamente a las y a los adolescentes, o incluyendo la participación de sus madres y padres.

La falta de evidencia clara y contundente sobre una forma inequívoca o segura de lograr el éxito de las intervenciones de prevención de VIH/SIDA entre las y los adolescentes, sugiere que aún hace falta seguir investigando acerca de los mecanismos que favorecen o impiden que esta población se involucre en prácticas de riesgo y se coloque en situaciones de vulnerabilidad.

Se ha mencionado que existen factores del entorno familiar, social y cultural que pueden evitar o favorecer las prácticas de riesgo, como sucede con los roles de género y las distintas reglas sexuales para hombres y mujeres.[17] Estos elementos son parte de la formación que reciben los jóvenes desde el inicio de su vida y, por ello, son difíciles de modificar al llegar a la adolescencia.

La fuerte presencia de sectores conservadores religiosos que tienden a condenar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes podría explicar cierta tendencia entre los y las adolescentes a buscar un castigo por tener vida sexual. Lo anterior puede ayudar a explicar la falta de cuidado y la tendencia a ver el deseo sexual como algo fortuito y que no se puede planear.[52]

Por otra parte, también se ha mencionado el papel de los factores sociales, tales como las inequidades estructurales,[53] que definen un entorno con bajas expectativas de futuro,[54] y que podrían significar barreras para la prevención, o pueden llevar a dar poca importancia a evitar los riesgos: si no hay futuro, no hay razón para preocuparse. Estos factores, entre otros muchos, juegan un papel, y necesitamos investigar más sobre el peso relativo de cada uno en contextos particulares, así como en el diseño de intervenciones que puedan ayudar a disminuir los comportamientos de riesgo.

Conclusiones

Pese a la clara importancia y urgente necesidad de continuar con las tareas de prevención del VIH/SIDA y las ITS entre las y los jóvenes, así como lo conveniente que esto puede resultar cuando se realiza adecuadamente en el marco de la escuela, y cuando se involucra a las madres y a los padres de familia, debemos reconocer que la realización comprensiva de esta tarea constituye un reto para los sistemas educativo y sanitario del país.

Involucrar a las madres y a los padres de los adolescentes en la educación sexual de sus hijos puede contribuir al éxito de las medidas preventivas, pero los padres y madres de familia también necesitan ayuda y consejo, al igual que sus hijos.

Sabemos que los elementos de éxito y fracaso identificados por los expertos pueden resultar centrales para el impacto de los programas. Es recomendable que las personas encargadas de planear, crear y ejecutar los planes de estudio para la prevención del VIH y otras ITS en las escuelas conozcan estos análisis. Sin embargo, cada

comunidad escolar debe adaptar los programas e intervenciones a sus propias necesidades.

Estamos conscientes de que hay diferentes formas de intervenir y que ninguna ha probado ser infalible. Es importante que las y los profesionales de la educación y la salud que realizan intervenciones educativas con adolescentes y sus progenitores diseñen y evalúen de forma estricta sus programas. En materia de educación sexual, no sabemos aún cuál o cuáles son exactamente las claves del éxito.

Referencias bibliográficas

1. DiCenso A, Grodon G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. BMJ 2002; 324(15):1-9.
2. Grunseit A, Kippaz S. Effects of sex education on young peoples' sexual behavior. Ginebra; OMS: 1993.
3. Janz NK, Zimmerman MA, Wren PA, Israel BA, Freudenberg N, Carter RJ. Evaluation of 37 AIDS prevention projects: successful approaches and barriers to program effectiveness. Health Educ Q 1996; 23(1):80-97.
4. Kirby D. A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking behaviors among school-aged youth in the United States. Springfield, Virginia; National Technical Information Service: 1995.
5. Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy and childbearing. J Sex Res 2002; 39(1):51-7.
6. Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. En: Ross D, Dick B, Ferguson, eds. Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systemic Review of the Evidence from Developing Countries. Ginebra: World Health Organization, 2006; 103-50.
7. Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M, Kelley P. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. BMJ 1995; 310:158-62.
8. ONUSIDA. Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Ginebra: ONUSIDA; 1997.
9. ONUSIDA. Integración de la prevención del VIH y de las ETS en el medio escolar: documento de posición. Ginebra: ONUSIDA; 1997.
10. Robin L, Dittus P, Whitaker D, et al. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. J Adolesc Health 2004; (34):3-26.
11. Tijuana JT, Magnani R, Murray N, Senderowitz J, Speizer I, Stewart L. Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Arlington: Family Health International; 2003.
12. Torres P, Walker D, Gutiérrez JP, Bertozzi S. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publ Mex 2006; 48(4):306-14.
13. Walker D, Gutiérrez JP, Torres P, Bertozzi S. A prospective randomized evaluation of a Mexican school-based HIV prevention intervention: Time to change course. BMJ 2006; 332(7551):1189.
14. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Nueva York: UNAIDS; 2006.
15. WHO. Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the Evidence from developing countries on what works. UNAIDS, UNFPA. UNICEF, WHO Technical Report Series 938, 2006: 357.
16. UNICEF. HIV/AIDS and children: How does HIV affect young people?, UNICEF 2007. Disponible en: www.unicef.org/aids/index_youngpeople.html.
17. UNFPA. Valorizar a 1,000 millones e adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos. UNFPA, Nueva York, 2003.
18. UNICEF/UNAIDS/WHO. Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: UNICEF-ONUSIDA-OMS; 2002.
19. Burt M. ¿Porqué debemos invertir en el adolescente? Washington: OPS-OMS, 1998.
20. Corbin WR, Fromme K, Reinisch JM, Sanders SA, Hill CA, Ziemba-Davis M. High-risk sexual behavior among heterosexual undergraduates at

a midwestern university. Health Psychol 2002; 21(3):229-36.

21. Kraut-Becher JR, Aral SO. Gap length: an important factor in sexually transmitted disease transmission. Sex Transm Dis 2003; 30(3):221-5.
22. Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Publ Mex 2003; 45 (suplemento 5):S632-S40.
23. Encuesta Gente Joven 1999-2002: resultados preliminares, algunos resultados comparativos. MEXFAM, 2002. Consultado el25 de agosto de 2003, http://www.gentejoven.org.mx/Result02Present_archivos/frame.htm .
24. Saavedra J. Panorama del VIH en 2005. En: Diplomado multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y respuesta estratégica; Cuernavaca, Morelos; 2005.
25. Abraham C, Conde-González C, Cruz-Valdez A, Sánchez-Zamorano L, Hernandez-Marquez C, Lazcano-Ponce E. Sexual and demographic risk factors for Herpes simplex virus type 2 according to schooling level among Mexican youths. Sex Transm Dis 2003;30(7): 549-55.
26. Gutiérrez JP, López-Zaragoza J, Valencia-Mendoza A, Pesqueira E, Ponce-de-León S, Bertozzi S. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? Revista Invest Clin 2004; 56(2): 242-52.
27. Villaseñor A. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes y adultos jóvenes: perfil de un problema internacional creciente. En: Caballero-Hoyos R, Conde-González C, Villaseñor-Sierra A, (eds.) ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes: ángulos de la problemática en México. Guadalajara: Consejo Estatal del SIDA-Jalisco, 2006; 13-31.
28. Sánchez-Alemán M, Uribe. Salas F, Conde-González C. Infecciones de transmisión sexual en poblaciones de adolescentes y de adultos jóvenes, en México. En: Caballero-Hoyos R, Conde-González C, Villaseñor-Sierra A, (eds.) ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes: ángulos de la problemática en México. Guadalajara: Consejo Estatal del SIDA-Jalisco; 2006.
29. Porcentaje de nacimientos registrados de madres menores de 20 años) 1996-2006. INEGI 2007. Consultado el 20 de agosto de 2007 en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob28&c=3205.
30. Stern C, Reartes D. Estudios de caso, programas de salud reproductiva para adolescentes en México, D.F. En: Gogna M, ed. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de programas en la salud reproductiva y sexualidad/CEDES/COLMEX/NEPO/UNICAMP 2001:117-94.
31. Gutierrez JP, Conde-González CJ, Walker DM, Bertozzi SM. Herpes simplex virus type 2 among Mexican high school adolescents: prevalence and association with community characteristics. Arch Med Res 2007;38:774-82.
32. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) 1990-2003. INEGI 2005 (Consultado el 19 de julio de 2005 en: http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=2343).
33. Nuñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, Gonzáles D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Publ Mex 2003 (Suppl 1):S92-S102.
34. In Mexico, women make desperate attempts to induce abortion. Prog Hum Reprod Res 1994 (29):5.
35. Paxman J, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. Stud Fam Plann 1993; 24(4):205-26.
36. Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy and childbearing. J Sex Res 2002; 39(1):51-7.
37. Kirby D, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health 2007; 40(3):206-17.
38. Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. Salud Publ Mex 2002; 44(2):122-8.
39. Porcentaje de la población de 5 y más años que asiste a la escuela por grupos de edad y sexo, 1970 a 2005. México: INEGI; 2007. Consultado el

20 de septiembre de 2007, en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=medu05&c=3272.)
40. Kirby D, Miller B. Interventions designed to promote parent-teen communication about sexuality. New Dir Child Adolesc Dev 2002 (97):93-110.
41. Walker D, Campero L, Rouse C, Prager S. Interventions promoting communication about sexuality between parents and adolescents: do they impact sexual behavior? En prensa.
42. Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington DC: National Campaing to prevent Teen Pregnancy; 2001. Consultado el 7 de julio de 2006, en: www.teenpregnancy.org.
43. Bandura A. Social Learning Theory. Prentice-Hall: New Jersey; 1977.
44. Flay B, Graumlich S, Segawa E, et. al. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(4):377-84.
45. Flay BR. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. Am J Health Behav 2002; 26(6):407-24.
46. Kirby D, Miller BC. Interventions designed to promote parent-teen communication about sexuality. New Dir Child Adolesc Dev 2002; (97):93-110.
47. Miller KS, Whitaker DJ, et. al. Predictors of mother-adolescent discussions about condoms: implications for providers who serve youth. Pediatrics 2001; 108(2):E28.
48. Givaudan M. Un equipo contra el SIDA: capacitación, seguimiento y supervisión de promotores adolescentes para la prevención de transmisión de VIH/SIDA. En: Uribe P, Magis C, (eds.) La respuesta mexicana al SIDA, México: CENSIDA, 2000; 29-33.
49. Pick S, Diaz-Loving R, Andrade-Palos P, David H. Effect of sex education on the sexual and contraceptive practices of female teenagers in Mexico City. J Psychol Human Sex 1990 (3):71-93.
50. SEP. Ciencias naturales y desarrollo humano. Sexto grado. Cuarta Edición Revisada, México: SEP; 2005.
51. Walker D. Resultados preliminares de intervención educativa para padres. Comunicación personal, 2007.
52. Campbell C. Letting them die. Why HIV/AIDS intervention programmes fail. South Africa: Indiana University Press-Double Storey Books; 2003.
53. Farmer P. Infections and inequalities: the modern plagues. Berkeley: University of California Press; 1999.
54. Gruber J. Risky behavior among youths: an economic analysis. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.

Actividades complementarias

El alumno investigará:

- La población mexicana menor de 18 años de edad por sexo en el año anterior al actual.
- La prevalencia de VIH en menores de 18 años de edad mexicanos al año anterior al actual.
- El número de personas menores de 18 años de edad que viven con VIH en México y que han recibido tratamiento antirretroviral en los últimos cinco años.
- Porcentaje de la población menor a 18 años que asiste a la escuela.
- Porcentaje de jóvenes que desertan de la escuela en la secundaria y preparatoria.
- Mortalidad de mexicanos menores de 18 años de edad por VIH/SIDA en los últimos cinco años.
- Elaborar una síntesis con base en el análisis de los datos recabados y anotar sus propuestas de acción para disminuir la transmisión del VIH en menores de 18 años de edad en México.

Autoevaluación

Instrucciones: A continuación se presenta una intervención educativa de prevención del VIH/SIDA desarrollada en la Escuela Secundaria Profesora Enriqueta de los Santos, ubicada la ciudad de Puebla. Lea con cuidado el planteamiento de la intervención y posteriormente responda las preguntas que se presentan en el cuadro. Al terminar, verifique sus respuestas con las que se encuentran al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos volver a revisar el contenido del capítulo.

Objetivo: Incrementar los conocimientos del VIH/SIDA en las y los alumnos, mejorar su autoestima, incrementar el uso del condón y evitar las infecciones de VIH/SIDA entre los mismos.

Metodología: Dirigido a las y los alumnos que asisten al primer año de secundaria y tienen en promedio 12.5 años de edad. El programa será ofrecido a los cuatro grupos de primero de secundaria (cada grupo de 45 alumnos). Se trata de un estudio aleatorio con un grupo de intervención y otro de control que durará cuatro horas repartidas en dos semanas (dos horas cada semana). Quienes decidan libremente participar serán el grupo de intervención, mientras quienes decidan no hacerlo serán el grupo de control. Se pedirá a los padres y a las madres de los alumnos una carta de autorización para que sus hijos participen.

Currículo: El currículo será impartido por los maestros de Ciencias Naturales y comprenderá los siguientes temas: Reproducción humana: Órganos sexuales y su funcionamiento (1 hr), Formas de transmisión del VIH/SIDA (1 hr), Valores (1 hr) y Métodos anticonceptivos (1 hr). En la última sesión se repartirá gratuitamente un condón a cada estudiante.

Evaluación: La intervención será evaluada por medio de un cuestionario autoaplicado de conocimientos, actitudes y comportamientos al inicio y al fin de la intervención educativa tanto al grupo de intervención como al grupo de control.

Pregunta	Respuestas
1. ¿Los objetivos de la intervención son claros y realistas?	a. No, porque no se dice qué tipo de transmisión desean medir. b. Los objetivos son claros pero no son realistas por el tipo de intervención y duración de la misma. c. Los objetivos no son claros pero sí realistas ya que la finalidad de la prevención es evitar infecciones. d. Sí, los objetivos son claros y realistas para el grupo de edad planteado. e. Los objetivos sí son claros y podrían ser realistas con mayor definición en su metodología.
2. ¿El currículo corresponde a los objetivos y es integral?	a. El currículo sí corresponde a los objetivos, aunque no es integral porque no incluye a miembros de la comunidad. b. Sí, porque dará acceso a métodos anticonceptivos. c. El currículo está de acuerdo con los objetivos ya que ofrece conocimientos y habilidades prácticas como el uso de métodos anticonceptivos. d. El currículo no corresponde a los objetivos ni es integral porque no plantea ningún cambio en el entorno y no cumple con los requerimientos mínimos de duración. e. El currículo maneja todos los
3. ¿La intervención educativa involucra a las madres y padres en la educación sexual de sus hijos?	a. No contempla de ninguna manera a las madres y padres de los adolescentes. b. Sí involucra a las madres y los padres por medio de una carta compromiso de apoyo al programa. c. Pide autorización a las madres y padres, pero eso no puede considerarse como una "participación" en la educación de sus hijas(os). d. Involucra a los padres y madres realizando la modalidad de participación desde casa. e. No es clara en cuanto a la participación de los padres en el currículo.

4. ¿Repartir condones incrementará su uso y mejorará el acceso?	a. Repartir condones incrementa el acceso a los mismos y, por tanto, asegura su uso en futuras ocasiones. b. Se trata de un acceso condicionado a los condones y eso limitará su uso. c. No se incrementa el acceso a los condones porque, al ser entregados por los maestros, los adolescentes van a sentir pena. d. La intervención incrementa el acceso a los condones, pero su reparto debe hacerse a través de las madres y padres. e. Repartir condones no necesariamente incrementa el acceso a los mismos pues los sujetos meta del programa deberían poder acceder a los condones por sí mismos.
5. ¿El estudio está correctamente diseñado?	a. Sí, los objetivos son claros y pueden evaluarse con un cuestionario autoaplicado. El diseño es claro y los temas se introducen gradualmente. La duración es corta, pero adecuada a las posibilidades de la escuela. b. No, los objetivos son claros pero inadecuados para el grupo meta, así como difícilmente evaluables con la metodología planteada. El diseño es inapropiado porque los temas están enfocados a conocimientos, no se ofrecen herramientas para la vida y la intervención no es integral. El tiempo es demasiado corto y no se plantean actividades de reforzamiento y acompañamiento.

Respuestas

1. b
2. d
3. c
4. e
5. b

Capítulo 17

Procesos estigmatizadores en los servicios de salud en México

Silvia Magali Cuadra Hernández
Ángel Zarco Mera
César Infante Xibillé
Ken Morrison

Objetivo general

Conocer los resultados del acercamiento etnográfico a los procesos de estigmatización ligados a la transmisión del VIH/SIDA que se producen en los servicios de salud mexicanos.

Objetivos específicos

- Analizar los procesos de acceso y atención en los servicios de salud que son utilizados por las personas que viven con VIH/SIDA y que crean contextos de estigmatización.
- Identificar los espacios institucionales donde interactúan el personal de salud y las personas que viven con VIH/SIDA, y donde se desarrollan procesos estigmatizadores.
- Analizar las percepciones y prácticas estigmatizadoras que el personal de los servicios de salud tiene con relación al VIH/SIDA.

Introducción

El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) son un aspecto invisible de esta epidemia que empieza a formar parte de los estudios e intervenciones en salud pública en México.

La respuesta biomédica para controlar la epidemia de VIH/SIDA ha sido una de las más rápidas en la historia de la humanidad debido a que la ciencia en muy pocos años descubrió el agente etiológico del virus, sus vías de transmisión y desarrolló medicamentos eficaces para su control. No obstante, la respuesta ante problemas sociales ligados a esta enfermedad ha sido más lenta, debido a su complejidad. Por ejemplo, el estudio e intervenciones basados en las "prácticas de riesgo" es un insumo que ha formado parte medular en las campañas de prevención y control del VIH/SIDA, y sin embargo ha resultado insuficiente para contenerla debido, entre otros factores, a que se dejó de lado la influencia que los contextos sociales ejercen sobre las prácticas humanas y la posibilidad real de cambiar esos hábitos sin modificar las estructuras que los determinan.

El abordaje de los contextos sociales donde diferentes grupos interactúan resulta una forma de enriquecer el análisis de las formas de transmisión y de control de esta enfermedad. Estudiar los procesos de estigmatización como parte de estos contextos nos brindaría un poco más de información sobre uno de los lados ocultos de esta enfermedad: el señalamiento de grupos que han sido históricamente estigmatizados y que, con la aparición de este virus, su aislamiento, invisibilidad o, en el peor de los casos, su criminalización, se han profundizado.

En México, en el campo de los sistemas y servicios de salud, se han estudiado poco los fenómenos asociados a la estigmatización hacia las PVVS. Desde la aparición del primer caso de infección por el VIH en México, diversos sectores de la sociedad, sobre todo aquellos organizados en grupos civiles, se han movilizado en contra de la estigmatización, pero no fue sino hasta 2003 que se iniciaron los trabajos científicos de salud pública en nuestro país para intentar documentar y analizar la estigmatización hacia las personas que viven con VIH.

Las movilizaciones de los grupos donde se ha concentrado la epidemia han permitido hacer del conocimiento de autoridades sensibles estos reclamos y la injusticia que implica responsabilizar de la enfermedad a las personas con prácticas sociales y sexuales diversas. Asimismo, la movilización ha logrado también el reconocimiento —al menos al nivel de políticas y programas de salud— de la importancia de brindar tratamientos efectivos para las personas infectadas. Sin embargo, estos cambios no han logrado permear todos los espacios de la sociedad: los procesos estigmatizadores siguen ahí, reproduciendo sufrimientos y dividiendo a la sociedad, impidiendo formas solidarias, equitativas y amables para enfrentar al VIH.

De allí la importancia de difundir los resultados del análisis de los factores estructurales que intervienen en la producción y reproducción de la estigmatización, utilizando las herramientas analíticas de las ciencias sociales y de la salud pública. El estudio que aquí se presenta se llevó a cabo en 2003 en distintos los servicios de salud de México. Se trata de una aproximación cualitativa que busca dar cuenta de lo que sucede en los espacios a donde acuden las personas infectadas con VIH a demandar atención médica.

El objetivo del presente capítulo consiste en mostrar los resultados del acercamiento etnográfico a los procesos de estigmatización ligados a la transmisión del VIH/SIDA que se producen en los servicios de salud de México. Este trabajo da cuenta de los procesos de acceso y atención en los servicios de salud que son utilizados por las personas que viven con VIH/SIDA y que conforman contextos de estigmatización, así como de los espacios institucionales donde interactúa el personal de salud y las personas que viven con VIH/SIDA, en los cuales se desarrollan procesos estigmatizadores. De la misma forma, se abordan las percepciones y prácticas estigmatizadoras que el personal de los servicios de salud tiene con relación al VIH/SIDA.

Metodología

Con el fin de analizar los procesos de estigmatización que se producen en los servicios de salud de México, en 2003 se llevó a cabo una investigación de tipo etnográfico en tres estados de la República Mexicana consistente en observación directa en campo, entrevistas a profundidad y entrevistas grupales con PVVS y profesionales de la salud (ver Cuadro 1). Con base en una revisión biblio-hemerográfica sobre los temas, se elaboraron guías de entrevista para las PVVS y para los profesionales de la salud. Para el establecimiento de contactos se utilizó la técnica de muestreo conocida como "bola de nieve" (*snow bolling sample*). Los resultados de esta aproximación cualitativa sirvieron para diseñar la primera encuesta sobre estigma y discriminación hacia las PVVS en los servicios de salud en México, que se aplicó ese mismo año.

A todos los informantes se les comunicaron los objetivos del proyecto y se les solicitó su consentimiento verbal y escrito para participar en las entrevistas. El anonimato de cada informante se aseguró con la asignación de una clave para cada entrevista: un número y las letras PS para los prestadores de servicios de salud y PVVS para las personas que viven con VIH/SIDA. Las entrevistas fueron transcritas y posteriormente analizadas con el programa para datos cualitativos Atlas TI 4.2.

Resultados

Para la descripción de las situaciones y procesos de estigmatización y discriminación se desarrolló la investigación en cinco hospitales urbanos. Todos los hospitales atendían a poblaciones de bajos recursos económicos y se caracterizaban por enfrentar problemas tales como: mala calidad de la atención en sus servicios debido a la escasez de sus presupuestos; mecanismos burocratizados de

Cuadro I. Lugares de observación directa en campo y entrevistas a profundidad

Técnicas y universos explorados	Puebla	DF	Cuernavaca	Total
Observación directa en campo				
	3 hospitales con clínica especializada* 2 albergues de la sociedad civil	2 organismos no gubernamentales	1 hospital para población abierta con clínica especializada. 1 hospital del IMSS	5 hospitales
Entrevistas a profundidad				
Grupales a PVVS	1	1	1	3
HSH	3	2	0	5
Proveedores de servicios de salud	8	4	2	14
Mujeres	2	2	0	4
Personas en trabajo sexual**	0	7	0	7
Usuarios de drogas inyectables	0	0	0	0
Heterosexuales	1	2	0	3
Totales	15	18	3	36

Nota: Este trabajo se realizó los meses de febrero a mayo, septiembre y octubre de 2003.
* Un hospital de enseñanza para población abierta, un hospital del IMSS y otro del ISSSTE.
** Dos que se identificaron como travestis y cinco mujeres.

ingreso y atención; formas de organización del trabajo por especialidades que se expresaban en áreas hospitalarias desvinculadas entre sí; cargas de trabajo excesivas para los médicos, enfermeras y personal de intendencia, y escasa o nula capacitación del personal de salud sobre temas relacionados con los derechos humanos de los enfermos y con las características específicas necesarias para la atención clínica de las personas que viven con el VIH/SIDA. En dos de esos hospitales se contaba con una clínica especializada para la atención de PVVS.

a) Las vías de acceso al proceso de atención: centros especializados en VIH

En todos los hospitales visitados se observaron diferentes vías de acceso para que las PVVS pudieran obtener atención médica. La mayoría de las PVVS llegan al hospital a través del servicio de urgencias y de medicina interna y generalmente su estado de salud se encuentra deteriorado. Otra vía de acceso son los diagnósticos positivos de VIH que se registran en el banco de sangre del hospital. Una proporción menor llega directamente a los centros especializados, o a través de las áreas de consejería que son servicios casi inexistentes en los hospitales visitados.

El acceso a los servicios de salud para la atención de las PVVS depende del estado físico del paciente, sus conocimientos acerca de las formas de operar de los hospitales y su capacidad para buscar información, elementos que generalmente están ausentes cuando un paciente se encuentra muy enfermo.

Si una persona ingresa al edificio porque está sufriendo una grave crisis de salud, generalmente se le ubica en las áreas hospitalarias y no tiene contacto con las clínicas especializadas, a menos de que los médicos de la clínica lo descubran o el paciente solicite directamente a un médico o enfermera, y alguno de ellos acceda —como un favor especial— a informar a la clínica especializada. Si el paciente es asintomático y es referido por el banco de sangre y acude a consulta o busca consejería, entonces la vía de acceso más probable es la clínica especializada. En ningún caso los hospitales se hacen responsables de proveer a los pacientes de información específica acerca de la existencia de las clínicas y tampoco cuentan con protocolos formalizados para referir a los pacientes a estos servicios.

En las áreas de urgencias y medicina interna los reportes de estigma y discriminación son más frecuentes. Esta situación es bien conocida por los médicos encargados de las clínicas para la atención a las PVVS:

> Llega un paciente con VIH, entonces el personal de enfermería e intendencia (en urgencias y medicina interna) no quiere acercarse porque el paciente tiene VIH, entonces lo rechazan, hacen su trabajo porque lo tienen que hacer, obligados, pero no como paciente común y corriente. 05PS.

El personal de salud de los centros especializados en VIH refirió que sus actividades son obstaculizadas en otras áreas hospitalarias. A la falta de procesos de colaboración intrahospitalaria se le añade una especie de "extensión" del estigma que envuelve también al personal especializado en atender a las PVVS:

> Después de la entrevista que me hicieron ustedes la semana pasada me he puesto a pensar si el trato de mis compañeros ha cambiado. En ese momento respondí [...] que no, que era el mismo, pero analizando ya a profundidad les puedo comentar ahora que efectivamente ha habido un distanciamiento de mis colegas desde que asumí la clínica de VIH/SIDA. Ya no me frecuentan con la misma regularidad; en fin, el trato ya no es el mismo. 10PS.

La asociación de la expansión del VIH con la homosexualidad y la promiscuidad ha provocado una generalización del prejuicio y el estigma. Así, en el imaginario del personal de salud, todos los homosexuales son promiscuos y tienen VIH, y todos los que tienen VIH son *homosexuales promiscuo*s. Ésta podría ser una de las razones por la cuales muchos hombres heterosexuales que viven con VIH, esconden su condición: para no ser identificados como homosexuales.

b) Barreras de acceso: la idea de muerte inmediata y la información distorsionada de las vías de transmisión

Una de las nociones que más se repitieron entre el personal de salud fue la de identificar un diagnóstico de VIH positivo con una muerte inminente e inmediata. La observación en campo y los testimonios indican que laborar con escasez de recursos —por ejemplo, sin insumos suficientes para llevar a cabo las precauciones universales en la atención a pacientes— y la falta de manejo transparente de la información —ya sea a nivel administrativo interno o de políticas nacionales— generan un ambiente que impide pensar que el VIH/SIDA es una enfermedad lo suficientemente conocida como para poder manejarla sin miedo. El desconocimiento y la desconfianza se mezclan con barreras interhospitalarias, con burocratización y prejuicios, convirtiendo los procesos de atención en campo fértil para el rechazo a las PVVS, quienes no son atendidas o reciben mala atención porque supuestamente ya no tienen la oportunidad de vivir.

> [...] le pongo el ejemplo, nos hablaron por teléfono (desde el hospital): "va para allá un paciente de ustedes y está en la etapa terminal". ¿Qué entiende esta persona que me habló por etapa terminal? [...] Se confunde SIDA con la etapa final y sabemos bien que el tratamiento oportuno puede revertir y hacer ingresar a la persona a una etapa asintomática. Es una enfermera que dice: "es una enferma terminal". Yo cuando escucho esto, a mí me suena como que "ahí te va, a ver qué haces". 08PS.

> Los compañeros doctores opinaban: "no hay necesidad de exponerse a un riesgo de infección operando a pacientes con VIH/SIDA que finalmente morirán o tendrán otras enfermedades asociadas. 13PS.

> Hemos recibido muchas malas noticias respecto a que en urgencias no reciben a los pacientes porque tienen VIH, les dicen: "te vas a morir, ya para qué vienes". 08PS.

Además, una mala información sobre las vías de transmisión aumenta el aislamiento, las dificultades para buscar y acceder a la atención, además de consolidar procesos estigmatizadores:

> Ese médico me dijo: "ahorita llega a tu casa, aparta cucharas, aparta plato, aparta taza y aparta vaso, [...] no quiero que duermas con la niña, ponte un cubrebocas porque esto se contagia con la saliva, se contagia con las lágrimas, se contagia con las secreciones". Yo salí peor que cuando entré. 07PVVS.

> A mí me mandaron a comprar un espejo vaginal pues no quisieron revisarme con los que tenían en la clínica, me dijeron que aunque son desechables había riesgo de "contagio". Me dio pena pues fue enfrente de todas las demás personas que esperaban en la fila. 01PVVS.

c) El área de "aislados": donde las personas, los insumos médicos y los derechos humanos se invisibilizan

Los testimonios del personal de salud de los hospitales observados señalan que se exageran las medidas universales de precaución frente al paciente, se brinda escasa atención y un seguimiento mínimo de sus necesidades debido a que también prevalece la noción de "contagio por contacto casual" en la transmisión del VIH y el establecimiento de juicios morales sobre los comportamientos y la sexualidad de grupos de por sí estigmatizados:

> Normalmente vemos la reputación que tienen los homosexuales. Ellos dicen que merecen respeto, que merecen muchas cosas, pero ya simplemente con el hecho de que son clandestinos, pues ya toma uno a consideración otras cosas. 07PS.

> —¿Usted cree que haya enfermeros y enfermeras que todavía tienen como esos temores?
> —Sí, sobre todo a la hora de tratarlos, cuando ven algo digamos sospechoso para ellos [...], por ejemplo la gente que llega alcoholizada, que tiene tatuajes, con el antecedente de que son drogadictos, o sea, ya así como que se van con más cuidado. 02PS.

Esta noción de contagio por contacto casual deviene en una política específica de los hospitales que consiste en ubicar a las PVVS que han desarrollado el síndrome en secciones alejadas de los demás pacientes. A esta área se le denomina "aislados".

La legitimidad de esta práctica se genera a partir de dos discursos: la supuesta protección a los pacientes con el sistema inmunológico deprimido y la protección del personal de salud, ya que se supone que en esta área las medidas de protección son más cuidadosas.

No obstante, la realidad de la zona de aislados es otra, ya que en la mayoría de los casos las medidas de protección para los pacientes no se realizan debido a la escasez de insumos médicos para llevarlas a cabo. En estas áreas, la irregularidad de las visitas médicas a los enfermos es una constante, por lo que no se les brinda atención oportuna ni adecuada. Por si fuera poco, los testimonios de maltrato, sobre todo por parte del personal de enfermería e intendencia, abundan en el área de aislados.

> [...] la mayoría de las compañeras los atienden mal y, pues, yo pienso que sí, porque casi siempre están en un cuarto aislados, solitos [...]. De por sí la compañera no está, no les hacen caso y van hasta que quieren. Pero pues hay órdenes de que deben de estar separados de los demás pacientes. 03PS.

La convivencia en un mismo piso de PVVS con el sistema inmunológico deprimido y personas con enfermedades contagiosas es otro de los hechos que señalan la incongruencia de las prácticas de aislamiento a los pacientes bajo el argumento de que esto las protegerá. En algunos casos, el área de aislados se refuncionaliza en favor de la economía del hospital: los familiares de los pacientes pagan más a cambio de un poco de privacidad. A pesar que esta zona está en un lugar alejado, el acceso a ella es relativamente fácil para todo el público, lo que muestra la incongruencia de la idea de protección al paciente.

> Y por un lado hay toda una idea de, de proteger al enfermo pero por otro lado si uno va a *Aislados* realmente no están aislados, más bien son cuartos privados. No hay ni medidas especiales de protección. De hecho tiene la puerta, la entrada abierta, no hay control en la puerta, puedes entrar y salir. 08PS.

A pesar de esto, desde la lógica del personal de salud el aislamiento tiene la función de servir como un cerco epidemiológico, noción paradigmática en el campo de la salud pública. Y todo esto sucede a pesar que ha sido demostrado científicamente que el VIH/SIDA no es una enfermedad contagiosa sino infecciosa, con vías de transmisión específicas. Así, la creencia en el aislamiento aparece más ligada a una representación miasmática de la transmisión de las pestes y deviene en prácticas estigmatizadoras y de discriminación.

> Puede verse *Aislados* como con esa visión de proteger, pero también como las líneas divisorias, casi invisibles, que te lleva hasta el otro extremo o al otro lado de la segregación. 08PS.

d) Inseguridad y miedo

Los proveedores de servicios de salud manifestaron sentirse inseguros ante la posibilidad de infección por un accidente laboral. Este riesgo también conlleva señalamientos para el personal que tiene contacto accidental con fluidos de PVVS. Por ejemplo, una enfermera relató que a partir de cortarse un dedo con un tubo con sangre de un paciente positivo al VIH, sus compañeros médicos se distanciaron de ella. Un año después, cuando se embarazó, sus jefes médicos la sometieron a monitoreo y tratamiento con terapia de prevención durante seis meses, en una clara exageración de las medidas para evitar los riesgos de infección con el VIH del personal de salud.

Por otra parte, la escasez de insumos necesarios para llevar a cabo las precauciones universales —situación generalizada en hospitales que atienden a enfermos pobres— genera temores que llevan a exagerar las

medidas de protección cuando se entra en contacto con las PVVS.

> [...] tenemos lo indispensable, porque lo necesario no lo tenemos. [...] Para empezar, el área no corresponde al servicio, es un área que necesita tener un filtro, tener su baño privado porque se baña uno ¿y luego? Son detalles, para [pacientes] infecto-contagiosos y no los hay. 07PS.

> —¿Entonces esta cuestión de las precauciones, porque hay ciertas precauciones universales que se deben de tener, se exagera con los pacientes de VIH?
> —Yo creo que sí. 02PS.

La exageración de las medidas universales es vivida por los pacientes como una forma más de estigmatización:

> [...] de verdad fue indignante ver cómo la enfermera se puso tres guantes en lugar de uno cuando lo atendió [a una persona con neumonía en un área de aislados]. 21PVVS.

En los testimonios del personal de salud las expresiones de rechazo hacia las PVVS generalmente se ocultan o se refieren como prácticas del *otro*. Además, los procesos de estigmatización y discriminación se confunden con la mala calidad de la atención generalizada para todos los enfermos. En la exploración de la estigmatización y la discriminación se evidencia la coexistencia de un discurso oficial que niega esta práctica por estar sancionada institucionalmente, o sólo será reconocida en los otros (en este caso, los compañeros de trabajo) o serán develadas por el usuario.

f) El concepto de "grupo de riesgo" y la confidencialidad a medias: paradigmas médicos

La mayoría de los reportes coincidieron en señalar que los indicios clínicos para determinar si una persona ha sido infectada con el VIH sigue asociada a la noción de "grupo de riesgo".

> Mandan directamente la prueba si traen tatuajes o tienen adicciones, de ser drogadictos intravenosos, o sea como que ya se buscan ciertos factores. 02PS.

Esta noción de riesgo se entrevera con la observación de los síntomas que conforma la cultura clínica del médico en el consultorio. Sin embargo, la noción de grupo de riesgo conlleva el peligro de traspasar la frontera entre las acciones útiles para diagnosticar y controlar una enfermedad y la legitimación de actos violatorios a los derechos humanos de los pacientes.

La interiorización de las clasificaciones sociales en grupos de riesgo por parte del personal médico legitima la aplicación de la prueba de detección sin que el paciente esté plenamente informado de su derecho a la autonomía, a la confidencialidad y de las características específicas del padecimiento en caso de resultar con un diagnóstico positivo. De este modo, la prueba de detección se realiza rutinariamente si algún paciente cae dentro de la clasificación de riesgo del personal de salud.

> Son canalizados por la consulta, desde que llegan los pacientes; por ejemplo, a urgencias. Antes no se hacía eso, pero 'ora de rutina se les hace [la prueba diagnóstica]. En una época se tenía que pedir permiso a algún paciente para que se hiciera su determinación de VIH, y ahora creo que ya es de rutina. 07PS.

La prueba y su diagnóstico positivo se convierten también en un criterio para determinar si se brinda o no atención médica a un paciente, sobre todo ante situaciones que ameritan una cirugía. La prueba deja de ser una herramienta de detección al servicio de la salud del paciente para convertirse en un instrumento que legitima la discriminación en el acceso a la atención.

> Pues sí, por ejemplo, que si lo vieron con un tatuaje o a lo mejor llegó alcoholizado o es homosexual y necesita alguna cirugía de urgencia [...], entonces a fuerza quieren tener el resultado, para decir si lo operan o no. 02PS.

En general, los reportes señalan que el respeto a la confidencialidad de los pacientes es una constante pero, en forma paralela, en el personal médico y de enfermería existen resistencias a aceptarla plenamente como un derecho, pues también identifican como una obligación el que las PVVS le revelen a los demás su condición.

> Por una parte respetas al paciente, es un derecho que tienen ellos, pero hay veces que ellos no aceptan estas ideas o no la toman con responsabilidad y es cuando viene la cadena de contagios, porque no se lo dicen a otras personas. [...] Sí es un derecho que tienen ellos, pero si la persona no lo toma con la responsabilidad, es una forma de estar contagiando. A veces lo hacen por venganza, porque los contagiaron a ellos entonces ellos sienten que les hicieron un daño y quieren hacerlo a otra persona. 05PS.

La práctica de marcar los expedientes y las tarjetas de citas médicas también forma parte de los mecanismos burocráticos de la estigmatización. En los hospitales se observaron estas marcas para identificar, sobre todo, a enfermos con padecimientos asociados —imaginariamente o no— con una muerte inminente. Por ejemplo, en un hospital se pone una marca color rojo al carné de las PVVS y una color verde a los pacientes con cáncer. Cuando una PVVS se forma para sacar una cita y tiene que entregar su tarjeta, se enfrenta al temor de ser identificado como un moribundo o un infectado y suele esconder la tarjeta durante el tiempo que hace fila. En ocasiones, los médicos los mandan por su expediente y todo el personal ya sabe que si tiene determinada marca, el expediente es de una PVVS por lo que el trato hacia la persona cambia inmediatamente.

Conclusiones

Las actitudes de discriminación y estigmatización por parte del personal de salud adquieren características específicas hacia las PVVS y se acrecientan en contextos de mala calidad de la atención médica. Los ejes estructurales del estigma a nivel social se reproducen y magnifican en los servicios de salud, donde se supondría que imperan nociones científicas que evitarían prejuicios y miedos innecesarios.

Entre los indicadores de estigmatización y discriminación en los servicios de salud destacan el aislamiento en pabellones hospitalarios que no garantizan ninguna protección para las PVVS, la práctica médica orientada a partir del paradigma de grupos de riesgo y la negación a brindar atención debido a la desinformación y a la existencia de representaciones mágicas del SIDA asociadas con la peste y el contagio por contacto casual.

Asimismo, la falta de confidencialidad, la burocratización y, por lo tanto, la institucionalización del estigma y la ausencia de un sistema interhospitalario de consejería, forman parte de los contextos que vulneran la dignidad de las PVVS y que producen y reproducen su estigmatización.

En los servicios de salud, las poblaciones históricamente estigmatizadas como son los hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas que trabajan en el sexo comercial y los usuarios de drogas, son sometidas a señalamientos y actos discriminatorios que se vuelven más graves dado que generalmente estas personas acuden estando enfermas, sin posibilidad de defensa.

El trasfondo de estas prácticas sigue siendo la noción de grupo de riesgo. Dentro de estos grupos estigmatizados existen distintos grados que se asocian con las representaciones de quien fue víctima de una infección y quien cometió un acto voluntario que lo llevó a infectarse. En contextos de mala calidad de la atención, los procesos de estigmatización y los actos discriminatorios se magnifican y se expresan en situaciones de mayor vulnerabilidad para las PVVS enfermas.

Las ideas mágicas ligadas a la representación de la infección por VIH como una enfermedad que necesariamente desemboca en una muerte rápida e inevitable, crean condiciones para negar la atención médica a las PVVS, sobre todo si se trata de cirugías. Además, se generan situaciones donde las medidas universales de protección no brindan confianza al personal de salud para acercarse a las PVVS. Detrás de toda barrera de contacto persiste el miedo al contagio por contacto casual, incredulidad ante las medidas de protección o imposibilidad de llevarlas a cabo por escasez de insumos.

Bibliografía

1. Aggleton P, Parker R. 2002. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. 1ª edición. México: Sexualidad, Salud y Reproducción, documentos de trabajo, No 9. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. 2002.
2. Berger T, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 1ª edición, 18 reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
3. Bourdieu, Pierre. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. 3ª edición. Barcelona: Editorial Anagrama, 2002.
4. Cuadra SM, Leyva R, Hernández D, Bronfman M. Los Derechos Humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000. Salud Pública de México, 2002;44(6):508-518 pp.

5. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. Social Science and Medicine, 2000;50(11):1557-1570.
6. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1ª edición. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
7. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. 1ª edición, 3ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
8. Liguori, A. L. Conferencia magistral Sida y mujer. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y El Caribe. La Habana: Marzo de 2003.
9. Mann, Jonathan. Las tribus del SIDA y los efectos civilizatorios de la solidaridad. México: La Jornada. 8 de agosto 1996. Sección Letra S.
10. Rico B, Bronfman M, Del Río C. Las campañas contra el SIDA en México: ¿los sonidos del silencio o puentes sobre aguas turbulentas? Salud Pública de México 1995;37(6):643 – 653.
11. Rico B., Uribe P, Panebianco S. Del Río C. El Sida y los derechos humanos. Salud Pública de México, 1995;37(6):661-668.
12. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas: El Sida y sus metáforas. Madrid: Punto de Lectura 2003.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. ¿Cuál es la crítica que subyace en el texto a la noción de prácticas de riesgo?

a. Que las prácticas de riesgo no se pueden medir y, por lo tanto, no son válidas.
b. Que las mediciones de las prácticas de riesgo son fidedignas y, por lo tanto, todas las políticas de salud se deben basar en intervenir sobre ellas.
c. Que las prácticas de riesgo suceden en un contexto histórico-social que las determina y, por lo tanto, para cambiarlas se debe analizar el campo social donde suceden.

2. Los procesos hospitalarios ¿pueden considerarse elementos que determinan la estigmatización y la discriminación hacia las personas que viven con VIH?

a. Sí
b. No

3. ¿Cuáles son las principales categorías analíticas que explican los procesos de estigmatización y discriminación hacia las personas que viven con VIH por parte del personal de salud?

a. El miedo a lo diferente, la homofobia, la falta de credulidad hacia el conocimiento médico vigente y la noción de grupos de riesgo.
b. La falta de presupuesto para eliminar la mala calidad de la atención médica.

4. ¿Considera que marcar los expedientes y aislar a las personas que han desarrollado el SIDA son medidas que ayudan a evitar la propagación del virus?

a. Sí
b. No

5. ¿Considera que se debe salvaguardar la confidencialidad de los resultados positivos de las personas con VIH hasta que ellas consideren que es pertinente darlo a conocer a otras personas?

a. Sí, porque es un derecho que tienen todas las personas y porque la exposición de los casos lo único que traería es persecución, clandestinaje, alejamiento de las personas a los servicios de salud y mayor sufrimiento.
b. No, porque pone en riesgo de enfermar a todas las personas que conviven con una persona que vive con VIH.

Respuestas:

1. b
2. a
3. a
4. b
5. b

Capítulo 18

Conocimientos científicos actuales sobre la homosexualidad y mitos frecuentes

Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson

Objetivo general

Obtener conocimientos diversos sobre la homosexualidad e identificar los mitos más frecuentes sobre este tema.

Objetivos específicos

Conocer la definición de homosexualidad, los aspectos históricos, las teorías sobre su origen, los resultados de estudios sobre comportamiento sexual en homosexuales y una propuesta sobre la existencia de mujeres y hombres en un continuo hetero-homosexual.

Introducción

Homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad

Un tema sexológico que, junto con la masturbación, ha sido motivo de múltiples escritos y especulaciones es la homosexualidad. Es indudable que ambas conductas se han presentado por milenios desde la existencia del *homo sapiens* y, sin embargo, la homosexualidad ha provocado diversas actitudes a través de la historia en distintos grupos sociales y culturales.

En nuestra cultura occidental, de origen judeocristiano, la Iglesia católica ha intentado suprimir esta expresión sexual al considerarla pecaminosa y merecedora de castigo, y los legisladores en algunos países la han juzgado como delito perseguible. Aunque éste no es el caso de México, los cuerpos policiacos la reprimen y persiguen con propósitos de extorsión y muchos profesionales de la psicología y la psiquiatría la han etiquetado como "enfermedad mental", intentando curarla. En realidad, ninguna de estas acciones ha disminuido su prevalencia, pero sí han logrado infundir sentimientos de culpa, inadecuación y estigmatización en las personas que muestran esta preferencia.

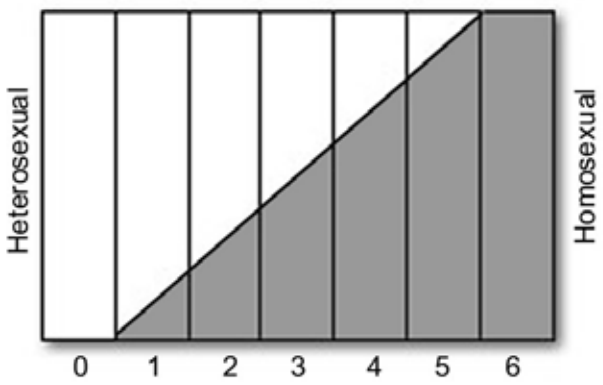
Una definición operacional de homosexualidad es la de Marmor y Green[33] (1978), quienes la describen como "una fuerte atracción preferencial hacia las personas del mismo sexo". Otra es la que del autor de este texto, según la cual la homosexualidad es: "la mayor atracción preferencial para relacionarse afectiva y/o eróticamente con personas del género propio".

Después de entrevistar a 5,300 sujetos masculinos y 5,940 femeninos, Alfred Kinsey[24,25] y sus colaboradores propusieron la existencia de mujeres y hombres en un continuo hetero-homosexual en el que todos los seres humanos se colocan en algún punto. Lo expresaron en una gráfica con siete columnas numeradas de cero a seis y cruzadas por una diagonal del uno al cinco (ver Figura 1).

En esta gráfica colocaron en la columna cero a los individuos exclusivamente heterosexuales, y en la seis a las personas exclusivamente homosexuales. En

la columna uno se ubicó a los heterosexuales que sólo habían tenido actividad homosexual incidental; en la dos, los heterosexuales cuya actividad homosexual había sido más que incidental y en la columna tres a las personas cuya actividad sexual era por igual hetero y homosexual, conocidos como bisexuales o ambisexuales; en la cuatro, homosexuales cuya actividad heterosexual fue más que incidental, en la cinco a los que habían tenido actividad heterosexual incidental y en la columna seis, igual que la cero.

Figura 1: Escala de Kinsey de homosexualidad y heterosexualidad



En cuanto a la prevalencia de la homosexualidad, Kinsey y su equipo (1948)[24] encontraron que 4% de los sujetos habían sido exclusivamente homosexuales a partir de la pubertad, 10% fueron predominantemente homosexuales durante tres años, por lo menos entre las edades de 16 a 55 años, y 37% tuvo por lo menos una actividad homosexual dirigida a orgasmos después de la pubertad. En lo que respecta a las mujeres, Kinsey encontró homosexualidad sólo en 50% con relación a la masculina.

En 1972, Paul Gebhard del instituto Kinsey[24] informó en un estudio del Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos una prevalencia de homosexualidad de 10 a 12% de la población general. Otros estudios referidos por Bailey (1997), citado en Sanders (1990),[40] de la Universidad Northwestern, señalan que en una encuesta norteamericana 4.5% de los hombres y 5.6% de las mujeres mostraban interés en la posibilidad de sostener alguna relación erótica con una persona de su mismo género. Sin embargo, un estudio del Centro Nacional de Investigación en Opinión (NORC por sus siglas en inglés), encontró que sólo 1.4% de las mujeres y 2.8% de los hombres se autoidentificaban como homosexuales o bisexuales.

Es clara la dificultad existente para lograr certeza en estas encuestas, además de que, como veremos más adelante, existe una gran dificultad en unificar los criterios definitorios de lo que puede considerarse como homosexualidad.

Teorías sobre la etiología de la homosexualidad

Tomando como punto de partida la opinión, ahora superada, que considera a la homosexualidad como enfermedad, desviación o perversión, se observa que se han postulado diversas teorías sobre su origen, las que se analizarán a continuación.

Teoría del origen hormonal

Algunos estudios en animales han mostrado que la administración de hormonas o modificaciones en sus niveles pueden producir variaciones en la conducta sexual adulta y, de acuerdo con algunos autores, esto posibilitaría modificar la conducta sexual.

Los estudios en humanos han dado resultados dignos de mención. En hombres homosexuales se han encontrado alteraciones en la excreción urinaria de metabolitos hormonales. En cuanto a la hormona luteinizante y el estradiol, hay autores que han encontrado mayores concentraciones en grupos de homosexuales masculinos. Respecto a la testosterona plasmática, se encontró que no hay diferencia entre hetero y homosexuales, pero sí un aumento de gonadotropinas circulantes en los homosexuales.

En 1970 y 1971 Margolese[32] publicó resultados referentes a homosexuales que excretaron menos testosterona urinaria; Kolodny y Masters (1972 y 1973)[30] encontraron cifras de testosterona circulante más bajas en jóvenes que son exclusivamente homosexuales.

En resumen, los resultados son múltiples, a veces contradictorios y no concluyentes. Esto puede deberse, como dicen Masters y Johnson (1979), en su estudio sobre homosexualidad, a tres causas fundamentales: en

primer lugar, a problemas y limitaciones en las diferentes metodologías de los estudios, en segundo, al error de considerar a la homosexualidad como un fenómeno unitario, y en tercer lugar, a la imposibilidad de descubrir más sobre la homosexualidad hasta que se conozca más sobre los orígenes de la heterosexualidad, al igual que sólo se puede conocer con exactitud la fisiopatología digestiva en la medida que se conoce su fisiología normal.

Diferencias anatómicas

En épocas recientes diversos investigadores han encontrado diferencias en la anatomía, sobre todo de algunas partes del cerebro, en hombres homosexuales. Levay (1991)[31] encontró que el hipotálamo en su Núcleo Intersticial Anterior 3 era más pequeño en los hombres homosexuales y similar en tamaño al de las mujeres. El estudio de Levay generó mucha controversia, al grado que él mismo aclaró que su estudio no era concluyente, pues fue realizado en los cerebros de 19 hombres homosexuales que habían muerto de SIDA y bien podía ser que, además del número reducido de sujetos, la enfermedad, los medicamentos o incluso el estilo de vida, podría haber generado cambios en la estructura cerebral microscópica. Posteriormente, Allen y Gorsky (1992)[1] encontraron diferencias en el tamaño de la parte del cerebro llamada "comisura anterior" entre hombres homosexuales y heterosexuales.

Estas diferencias anatómicas requieren ser estudiadas con mayor profundidad, pero además es aún discutible si estas diferencias cerebrales se correlacionan directamente con aspectos concretos del comportamiento o más aún con situaciones referentes al gusto o la preferencia genérica de los sujetos.

Teoría del origen genético

En 1952 Kallman[22] publicó un artículo en el que señaló 100% de concordancia para la homosexualidad en un estudio de gemelos monocigóticos varones. Después Ranier y sus colaboradores (1960),[37] así como Davison y su equipo (1971)[13] presentaron series de gemelos monocigóticos discordantes para la homosexualidad, con lo que el informe de Kallman se invalidó.

Durante mucho tiempo se sostuvo que no hay elementos para establecer un origen genético de la homosexualidad, más allá de la etiología genética de una capacidad de respuesta genital sistémica ante estímulos sexuales diversos. Al respecto, existen casos en que los individuos de ambos sexos, vendados o imposibilitados para reconocer el sexo del examinador, han mostrado la misma respuesta ante estímulos de personas de su mismo sexo o del otro. En otras palabras, el ser humano hereda los órganos, substratos bioquímicos y mecánicos neuro-hormono-fisiológicos, pero no la posibilidad de responder en forma preferente a unos u otros estímulos.

Sin embargo, en 1993 Hamer y sus colegas publicaron un estudio que realizaron desde una perspectiva genética.[17] Estos autores encontraron que en las familias de hombres homosexuales había un mayor número de parientes que también eran homosexuales por el lado de la línea materna. Esto motivó a los autores a buscar hermanos que fueran homosexuales para realizar estudios de características genéticas a nivel del cromosoma X (que es un factor hereditario ligado al sexo). El resultado de la investigación fue que en 64% de los casos se encontraron marcadores coincidentes de DNA, lo que lo llevó a postular la probable existencia de "un gen de la homosexualidad masculina", que se encuentra en el locus Xq28 del cromosoma X. Sin embargo, aunque estos estudios son fuertemente indicativos, no son absolutos por no haberse encontrado en el 100% de los casos.

Por otro lado, en 1995 Turner publicó un estudio en el que se analizó a 133 familias de homosexuales masculinos y femeninos, lo que ratificó una mayor presencia de homosexualidad en parientes por el lado materno, en los hombres homosexuales, pero no así en las mujeres homosexuales. Turner también postula la posibilidad de que el gen de la homosexualidad pueda estar localizado en una región pseudoautosómica de los cromosomas X y Y: Xq28 y Yq11.

El origen genético de la homosexualidad es a la fecha una importante y sólida línea de investigación. Sin embargo, es importante valorar que el hecho de tener un origen genético no hace de la homosexualidad una

enfermedad o padecimiento. De hecho, muchos elementos humanos son también de origen genético y sólo reflejan la variabilidad de la especie, como pueden ser el color de los ojos o la piel, o el color y la textura del cabello.

Respecto a las dudas y a los porcentajes de falta de concordancia genética, en el trabajo de Turner (1995)[43] éste cita a Richards y Sutherland, quienes dicen que: "Las propiedades de elementos hereditarios inestables vienen con sus propias reglas. Se convierte en un reto importante de la genética molecular el descubrir cuáles son estas reglas, y las circunstancias bajo las cuales contribuyen tanto a las enfermedades como a la variación".

Turner concluye diciendo que el reto actual es determinar con precisión cómo en materia de orientación sexual y su intensidad actúa el gen en Xq28; cómo y por qué ocurren variaciones a diferentes edades; y cuáles son los mecanismos que hacen surgir la homosexualidad, tanto masculina como femenina desde una base común."

Teorías psicosociales

En su teoría psicoanalítica Freud considera una bisexualidad innata que explica las tendencias latentes hacia la homosexualidad que pueden activarse bajo ciertas condiciones patológicas. Otras teorías del psicoanálisis rechazan la bisexualidad innata y señalan diversas experiencias de la infancia y adolescencia como causantes de conducta homosexual. Bieber (1962)[7] describe que en los homosexuales hay un patrón paterno, consistente en una madre posesiva, indulgente en exceso y dominante, y un padre hostil, ambivalente y lejano. Bene (1965)[6] señala un patrón de relación inadecuada con un padre débil. Los padres de homosexuales son generosos, "buenos", dominantes y poco protectores. La realidad es que, cuando se han analizado estos aspectos buscando la etiología de la homosexualidad, se ha encontrado todo tipo de familias, padres y madres, niveles socioeconómico-culturales y ambientes.

Otro elemento importante es que casi todos los estudios que intentan demostrar el origen psicosocial de la homosexualidad, se han realizado en poblaciones de homosexuales que eran pacientes de psicoanalistas, psiquiatras o instituciones, lo que inevitablemente sesga o invalida las muestras que se estudiaron. Afortunadamente, también se han realizado estudios en poblaciones generales que se analizarán después.

En la actualidad prevalece el enfoque de Marmor (1978),[33] quien señaló que la homosexualidad es "multideterminada por factores psicodinámicos, socioculturales, biológicos y situacionales". El estudio de Bell (1981),[5] a través del análisis complejo y cuidadoso de una muestra de más de 4,000 personas homosexuales de uno y otro género, establece que no se encuentra ninguna causalidad sociofamiliar para explicar la preferencia homosexual. De hecho, el estudio es correlacional y llevó a los autores a establecer que la preferencia se establece en un periodo perinatal y lo más importante es que se descarta cualquier evento personal, social o familiar como causante de esta condición.

Es conveniente concluir el análisis de los esfuerzos para determinar la etiología de la homosexualidad citando a Kolodny, quien explica que: "La búsqueda de la causa de la homosexualidad continúa obstaculizada por dificultades metodológicas y falta de homogeneidad en la población homosexual. Serán inútiles los esfuerzos para determinar los orígenes de la conducta homosexual hasta que se desarrolle una taxonomía confiable del comportamiento sexual en general."

Esta situación provocó que en 1973 la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos eliminara a la homosexualidad de su *Manual de Diagnóstico y Clasificación de Enfermedades Mentales* (DSM por sus siglas en inglés) y agregara una categoría de alteraciones de la orientación sexual para incluir a quienes tienen conflictos por su orientación sexual, al igual que otras expresiones comportamentales de la sexualidad que se comentarán después.

También en países como Inglaterra, Suecia y Dinamarca se ha suprimido la homosexualidad como trastorno o diagnóstico psiquiátrico. España, a su vez, dio un paso gigantesco cuando las Cortes aprobaron el matrimonio homosexual como sucedió recientemente.

Estudios sobre el comportamiento sexual en los homosexuales

En la década los cuarenta Alfred Kinsey[25] realizó su notable estudio sobre la conducta sexual hombres y mujeres que incluyó a más de 15 mil sujetos. Casi 30 años después, surgen dos estudios, en realidad esclarecedores sobre la conducta homosexual, realizados por Allan Bell del Instituto Kinsey (1978/1981)[24] y otro por Karla Jay (1979).[21]

En el estudio de Bell se encuestaron alrededor de mil sujetos y sobresalen diversos resultados. En cuanto a la intensidad o frecuencia de la actividad sexual, se encontró que, en orden decreciente, esta actividad es mayor en homosexuales de raza negra que en blancos, mayor en homosexuales que en lesbianas y más frecuente en los jóvenes que en los de mayor edad.

Así pues, persiste la idea de que hay una mayor promiscuidad entre los homosexuales y, acerca de esto, Bell señala que los homosexuales tienden a sostener relaciones con diversos compañeros, no así las lesbianas, que se inclinan más hacia la fidelidad. El objetivo al que propenden, tanto hombres homosexuales y lesbianas, es a una relación amorosa, estable y duradera. De hecho, es una realidad que tanto los hombres homosexuales como las lesbianas son educados como hombres o como mujeres respectivamente y, desde una perspectiva de género, sabemos que la conducta sexual aceptable en los hombres les permite tener más parejas, mientras que a las mujeres se le orienta más hacia la fidelidad y la exclusividad sexual. Un gran porcentaje de los encuestados refirieron que el principal problema en sus relaciones amorosas es la dificultad para encontrar un compañero o compañera adecuada. Asimismo, la disposición para aceptar las relaciones abiertas existe más en homosexuales masculinos que en las lesbianas.

Otra creencia generalizada es que los homosexuales mantienen conductas pasivas o activas, "femeninas o masculinas", en sus relaciones. Estos papeles nunca se establecen en 59% de las lesbianas y 42% de los homosexuales. En la encuesta realizada en México, parece existir una correlación directa entre el establecimiento de estos papeles y una menor escolaridad y un nivel socioeconómico más bajo. Por último, es importante establecer la diferencia entre homosexualidad y tres estados que suelen confundirse con ella: el travestismo, el transgenerismo y la transexualidad.

El travesti o travestista es aquél que obtiene placer —no sólo de tipo erótico-sexual— usando ropa, accesorios, lenguaje y maneras considerados como del sexo opuesto en una sociedad y momentos determinados. Este comportamiento no aparece en la mayoría de las personas homosexuales; aunque el mito más generalizado plantee que el hombre o mujer homosexual anhela ser del otro sexo. Lo que sí es consistente es que la mayoría de las personas que se travisten tienen preferencia homosexual, pero aún en este caso, también hay personas heterosexuales que lo hacen.

El transgenerismo, por otro lado, es el gusto que tiene una persona por vivir de forma permanente en el llamado "rol cruzado". Su identidad de género puede coincidir o no con su sexo, pero la esencia de esta condición es que las personas no buscan modificar los órganos sexuales, aunque pueden optar por ciertos cambios que se obtienen por la ingestión de productos hormonales. Estas personas pueden sentir atracción predominantemente por hombres o por mujeres, o por ambos, por lo que tampoco están necesariamente asociados con la homosexualidad.

La transexualidad es la convicción psicológica de identificación con el sexo que no corresponde al genotipo y fenotipo sin alteraciones genéticas u hormonales. A esto se le denomina "discordancia de la identidad sexo-genérica", y tampoco tiene relación con la homosexualidad. Las personas transexuales son aquellas que se sienten "atrapadas" en un cuerpo que no les corresponde y sienten una enorme necesidad de cambiar su cuerpo por medios hormonales y quirúrgicos para que corresponda a su convicción psicológica. De hecho, se han informado casos de transexuales que luego de ser convertidos en mujeres con tratamiento hormonal y quirúrgico, optan por el lesbianismo. Hoy en día se calcula que la transexualidad tiene una prevalencia de 1 por 100,000 en hombres y 1 por 130,000 en mujeres.

En resumen, podemos considerar que desde una perspectiva histórica, social y psicológica, la homose-

xualidad masculina y femenina son una clara ilustración de la enorme variabilidad que tenemos los seres humanos.

Un modelo práctico para la determinación de la preferencia genérica en la práctica clínica y la investigación

Pocos profesionales que estudian la sexualidad reconocen que cuando hablamos de "orientación" o "preferencia" sexual, no existe una conceptualización precisa de lo que significan estos términos, y mucho menos existe un método confiable que permita clasificar los distintos tipos de homosexualidad, heterosexualidad o bisexualidad con propósitos clínicos o para selección de sujetos para investigación (Coleman,1988).[12]

De hecho, si se revisa la literatura al respecto, empezando con Kinsey hasta los autores actuales podemos percatarnos de que no existe una conceptualización rigurosa de lo que es la preferencia u orientación sexual y sus distintas modalidades. Así, por ejemplo, la escala de Kinsey está basada en la experiencia erótica pero, coincidiendo con lo que ha señalado Coleman, este enfoque parece tener muchísimas limitaciones, principalmente porque supone que la expresividad sexual erótica y la responsividad es equiparable a la preferencia (Masters & Johnson, 1979[34] Carrier, 1972[9]).

A lo largo de todo su libro Bell, Weinberg y Hammersmith (1981),[4] no conceptualizan en ningún momento la preferencia sexual y dejan que el lector infiera los criterios de selección de los sujetos de su muestra. Sin embargo, este hecho no constituye únicamente un punto ciego del estudio de estos autores: Shively, Jones y De Cecco (1984)[41] revisaron 228 artículos publicados en 47 revistas y hallaron que, en todos ellos, la orientación sexual sólo fue definida conceptualmente en 28 estudios y 168 estudios la definieron operacionalmente. En 196 estudios, los sujetos de estudio fueron identificados basándose exclusivamente en el lugar en donde se encontraron para ser encuestados. Como indica De Cecco (1990),[14] mucha de la literatura de investigación sobre la homosexualidad está basada en sujetos cuyos comportamientos sexuales eran un misterio total para los investigadores, y siguen siendo un misterio para los lectores de esos trabajos.

La comunidad científica ha reconocido la necesidad de contar con instrumentos que permitan una unificación conceptual. Se requiere una definición más o menos precisa del fenómeno homosexual (Weinberg & Williams, 1974),[4] una denominación adecuada y un modelo lo suficientemente claro y susceptible de amplia aplicación.

En este sentido, estamos de acuerdo con todos los autores que llaman la atención sobre la necesidad de desgenitalizar la sexualidad y, por ende, reconocer que la homosexualidad, la heterosexualidad y la bisexualidad trascienden las dimensiones exclusivamente eróticas (Shively y De Cecco, 1983;[41] Kaplan y Rogers, 1984;[23] Money y Musaph, 1977;[36] Jay y Young, 1977;[21] Richardson, 1984;[39] Hart, 1984;[19] Hansen y Evans, 1985;[18] Klein, Sepekoff y Wolf, 1985;[28] Sanders, Reinisch y Mc Whirter, 1990;[40] Reinisch y Beasley, 1990;[38] y Whalen et al. 1990[44]).

Definición

Con base en esta discusión, proponemos una definición conceptual de la homosexualidad como: la preferencia y la mayor atracción que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo género; entendiendo como "preferencia" la inclinación natural y no un proceso necesariamente voluntario de análisis, selección y decisión.

Denominación

Para nosotros, el elemento angular que define la preferencia es el de la atracción, (Bancroft,1983. Kolodny, 1979)[3] y no nos referimos exclusivamente a la atracción sexual y erótica; sino también al hecho simple y cotidiano de que los seres humanos, al enfrentarse con un grupo de personas de distinto género, mantendrán su atención visual ya sea en las mujeres o en los hombres presentes. Del mismo modo, si se pasan fotografías de personas de uno u otro género, se prestará más atención a unas que a otras. En el caso de las personas bisexuales, su atracción será similar hacia ambos grupos.

Además, la atracción no es sexual en el sentido de que no son las características sexuales integrales (fórmula cromosómica, gónadas, niveles hormonales, órganos sexuales internos o externos) las que determinan la atracción. La atracción se da hacia los aspectos fenotípicos y externos, que pertenecen a lo que categoriza a una persona como integrante del género femenino o masculino. No es raro, por ejemplo, poder apreciar el atractivo que genera entre hombres heterosexuales un hombre travesti o incluso transexual, primordialmente por su aspecto, independientemente de cuál sea su sexo biológico.

Con base en esta definición conceptual, es claro que la atracción no se restringe únicamente a un aspecto sexual erótico. No olvidemos el cariño, el amor y el enamoramiento (Dorothy Tennov, 1981)[42] en los que los aspectos eróticos adquieren una importancia secundaria, si es que la tienen. Es innegable la existencia de una preferencia genérica, incluso en personas sin experiencia erótica como puede ser el caso de algún o alguna religiosa (Cass, 1990).[11] A esto hay que agregar lo que señala Money (1988)[35] respecto de que "un estado sexual (u orientación) no es lo mismo que un acto sexual. Es posible participar en un acto homosexual e incluso ser engatusado o coercionado para realizarlo sin quedar predestinado a tener un estado homosexual permanente." Lo mismo puede decirse de personas que nunca han tenido una experiencia erótica con otra persona, pero en los que la preferencia genérica es innegable. Por lo anterior, y basados en el elemento esencial de la atracción, nos parece mucho más adecuado y descriptivo el hablar de "preferencia genérica" en lugar de "preferencia sexual" (Gagnon, 1990).[1]

Modelo

Con base en los argumentos expuestos se propone un división inicial en tres grandes categorías:

a) Personas cuya atracción es predominantemente hacia los individuos del otro género (heterosexualidad).
b) Personas cuya atracción es predominantemente hacia las individuos de su mismo género (homosexualidad).
c) Personas que sienten un mismo nivel de atracción hacia individuos de uno u otro género (Bisexualidad).

Figura 2: Tres formas de preferencia sexual

Heterosexualidad	Bisexualidad	Homosexualidad

Consideramos, de acuerdo con Kinsey (1948)[24] que estas tres categorías pueden conceptualizarse como un continuo en el que incluso una persona heterosexual puede presentar atracción y expresar afectividad hacia personas de su mismo género, de la misma manera que esto sucede entre personas de preferencia homosexual. Lo anterior plantea, en la expresión gráfica del modelo, que deben considerarse potencialidades homosexuales (las que pueden ser exclusivamente afectivas) en el grupo heterosexual y, de la misma manera, potencialidades heterosexuales en el grupo homosexual, así como una bipotencialidad en el grupo bisexual.

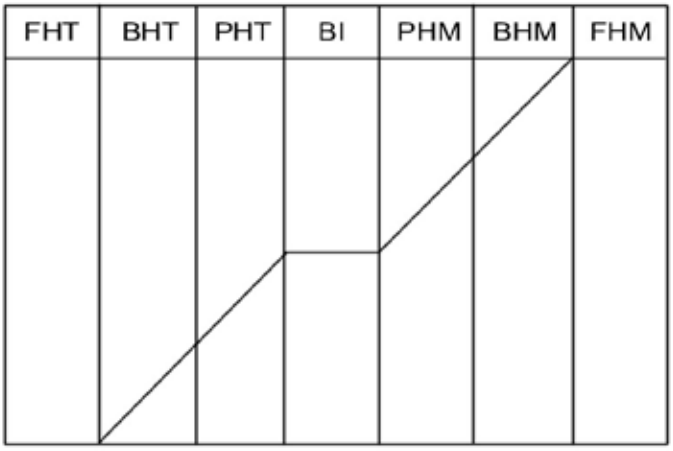
A su vez, y tomando en cuenta que existen grados de homo y heterosexualidad, proponemos subdividir cada una de estas categorías en tres grados (Ver Figura 3):

a) Fundamentalmente homo u heterosexual (FHT u FHM)
b) Básicamente homo u heterosexual (BHT u BHM)
c) Preferentemente homo u heterosexual (PHT u PHM)

La categoría de Fundamentalmente Heterosexual (FHT) ubica a los individuos que únicamente se sienten atraídos por personas del otro género y que no son capaces de reconocer subjetivamente belleza y, por ende, niegan toda atracción hacia personas de su mismo género.

En el caso de los individuos Fundamentalmente Homosexuales (FHM) se considera que sólo se sienten atraídos hacia personas de su mismo género y no son

Figura 3: Distintos grados de homo y heterosexualidad



capaces de reconocer subjetivamente belleza y, por ende, niegan toda atracción hacia personas del otro género.

Las personas en la categoría de Básicamente Heterosexual (BHT) son quienes sólo se sienten atraídas hacia personas del otro género, pero son capaces de reconocer subjetivamente belleza en personas de su mismo género (lo que teóricamente implica la posibilidad de un cierto grado de atracción).

En cuanto a los individuos de la categoría de Básicamente Homosexual (BHM), se trata de individuos que sólo se sienten atraídos hacia personas del mismo género, pero son capaces de reconocer subjetivamente belleza en personas del otro género (lo que teóricamente implica la posibilidad de un cierto grado de atracción).

La categoría de Preferentemente Heterosexual (PHT) se refiere a aquellas personas que teniendo mayor atracción por individuos del otro género, también se sienten bastante atraídos (aunque menos) hacia personas de su mismo género.

Los individuos ubicados en la dimensión de Preferentemente Homosexual (PHM) son las personas que teniendo mayor atracción por individuos del mismo género, también se sienten bastante atraídos (aunque menos) hacia personas del otro género.

Como fue expresado líneas arriba, la categoría de Bisexualidad (B) se refiere a las personas que expresan un mismo grado de atracción hacia hombres que hacia mujeres.

Hasta este punto, encontramos que es factible ubicar en el modelo a una gran mayoría de las personas, siempre y cuando reconozcan que les llamen la atención o sientan cierta atracción hacia otras personas. Lo que nos parece más significativo, es que no ha sido necesario valorar ni considerar la experiencia erótica ni la historia sexual de tal modo que incluso una persona sin vida erótica (como puede ser alguien con voto de castidad) puede ser ubicado e ingresar en éste modelo de la preferencia (Cass,1990).[11] Asimismo, se pueden reconocer y seguir variaciones o fluctuaciones en la preferencia de una persona a lo largo de su vida.[38]

No negamos la importancia del propio sentir o de la propia identidad y aceptación homo o bisexual de los individuos, sin embargo desde nuestra perspectiva, éstos no constituyen elementos cruciales en cuanto a la definición en alguna persona del nivel o grado de preferencia, como lo sugieren algunos autores (Klein y Wolff, 1985[29] y Klein, 1990[27]) aunque sí constituye un elemento fundamental del grado de desarrollo del Ser de la persona.

Dimensión erótica

Consideramos como erótica toda aquella situación que busca o que provoca una respuesta sexual fisiológica o una excitación psicológica ("arousal"). El modelo propuesto contempla la valoración de la experiencia erótica del individuo, misma que, desde nuestra perspectiva, es irrelevante en cuanto a la determinación del nivel o grado de la preferencia. Así, consideramos que en cuanto a la experiencia erótica existen tres posibilidades de expresión, por un lado con el otro género y con el propio género (Figura 3):

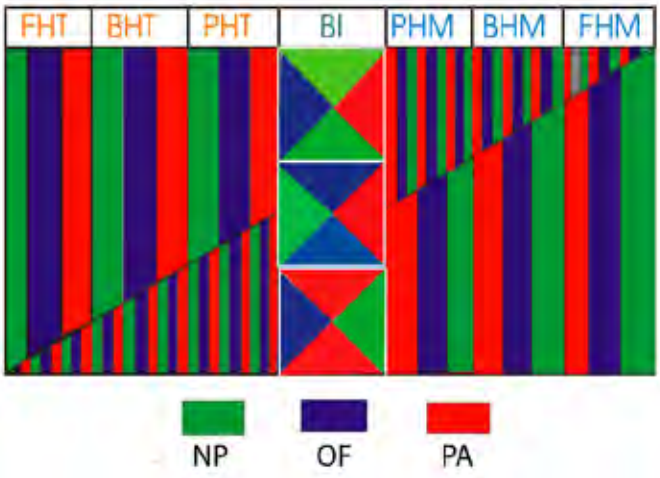
1) Nunca haber tenido experiencia erótica (no practicante o NA).

2) Haber tenido alguna vez experiencia erótica (practicante asumido o PA).

3) Sólo haber tenido la experiencia erótica a través de sueños o fantasías (onírico-fantasioso u OF).

De acuerdo con este esquema, queda claro que cualquier persona, independientemente de su ubicación como Fundamental, Básica o Preferentemente Hetero u Homosexual, o bien como Bisexual, tendrá las tres alternativas de expresividad erótica, tanto hacia las personas del su mismo género como del género opuesto (ver Figura 4).

Figura 4: Modelo de la preferencia genérica



Ejemplos

Un hombre puede referir que sólo le atraen otros hombres, y esto lo ubicaría en primer término en el sector Homosexual. En segundo término se procederá a cuestionarlo sobre si es capaz de reconocer belleza en las mujeres. Si la respuesta es afirmativa quedaría en la categoría de Básicamente Homosexual (BHM). Ante esta segunda pregunta, podría referirnos que reconoce la belleza en las mujeres, y que también se siente bastante atraído hacia ellas, aunque en menor grado que hacia los hombres. Esto último lo colocaría en la categoría de Preferentemente Homosexual (PHM).

Al ser cuestionado sobre su experiencia erótica, este hombre tendría tres posibilidades de respuesta a nivel de su experiencia homosexual y tres posibilidades en cuanto a su potencialidad de experiencia heterosexual:

1. Haber tenido experiencia erótica, (PA)
2. No haberla tenido, (NP) o
3. Sólo haber tenido experiencia erótica a través de sueños o de fantasías (OF).

Aquí podría quedar ubicado un hombre o una mujer que aún sintiéndose más atraídos hacia personas de su mismo género, pueden haber tenido experiencia erótica únicamente con personas del otro género (PA-HT) y las experiencias con sujetos de su mismo género, sólo en sueños o fantasías (OF-HM).

Por otro lado, podemos ubicar a un hombre como Fundamentalmente Heterosexual (FHT) por que nos refiere que él "de ninguna manera puede valorar si otro hombre es bello o no". Este hombre ha tenido relaciones eróticas con mujeres (PA-HT) y recuerda que en su adolescencia tuvo en dos ocasiones experiencias de masturbación y caricias mutuas con otros amigos (PA-HM). Esto lo colocaría, en cuanto a sus niveles de expresividad erótica, como: practicante asumido de su heterosexualidad y como practicante asumido de su potencialidad homosexual.

Otro ejemplo extremo podría ser el de una persona que sólo se siente atraída hacia personas del otro género y reconoce belleza en sujetos de su mismo género (BHT), pero por circunstancias especiales como la reclusión en la cárcel, internado de género único, etc., sólo ha tenido experiencias eróticas con miembros de su propio género (PA-HM) y a nivel sueños o fantasías únicamente con el otro género (OF-HT). Esta persona sería, de acuerdo con el modelo, Básicamente Heterosexual (BHT), practicante Onírica-Fantasiosa de su heterosexualidad y practicante abierta a nivel de su potencialidad homosexual. En este caso poco importa para la determinación de la preferencia el que sólo haya tenido experiencia homosexual, si su atracción prioritaria es heterosexual.

Conclusiones

El modelo expuesto ha sido aplicado y probado durante varios años, tanto en la práctica clínica como entre el alumnado de los posgrados que imparte el Instituto Mexicano de Sexología, habiendo mostrado ser sencillo y fidedigno, al cubrir todas las posibilidades bajo el esquema propuesto.

Hemos encontrado gran valor en este modelo en la clínica, pues permite reconocer fácil y rápidamente el nivel de preferencia de los consultantes y ha permitido que muchas personas reconozcan y acepten su preferencia. Tal es el caso de muchas personas de preferencia bisexual, que viven con gran ansiedad la necesidad de saber si son heterosexuales u homosexuales y que al reconocerse en el modelo como integrantes de una categoría, sustentada en la variabilidad humana y, al

ubicarse fácil y lógicamente en ella, sienten gran alivio. Por otro lado, consideramos que este sencillo modelo puede constituirse en una herramienta útil para los investigadores, para definir con mayor claridad a las poblaciones sobre las que basan sus estudios.

Referencias bibliográficas

1. Allen, L.S., y Gorski, R.A. Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. Proc. Nat. Acad. Sci. 1992 89: 7199-7201.
2. Alvarez-Gayou, J.,J., L., Mazín, R. y Solís, A.L. (1978) Female homosexuality. A survey in Mexico City. (A preliminary report) Third International Congress of Medical Sexology, Abstracts, Roma.
3. Bancroft, J. Human sexuality and Its Problems. Londres: Churchill Livingstone; 1983.
4. Bell, A., Hammersmith, S.K., y Weinberg, M.E. Sexual preference. Its development in men and women. Indiana: University Press; 1981.
5. Bell, A., y Weinberg, M.E. Homosexualities. Indiana: The Institute of Sex Research-Simon and Schuster; 1977.
6. Bene, F. On the genesis of homosexuality: an attempt on clarifying the role of the parents. Br J Psychiatry. 1965 111:803-813.
7. Bieber, I., Dain, J., Dince, P.R., Drellich, M.G., Grand, M.G., Grundlach, R.H., Kremer, M.V., Rifkin, A.M., Wilbur, C.B., y Bieber, T.B. Homosexuality: a psychoanalytic study. Nueva York: Basic Books; 1962.
8. Blumstein, P.W. y Schwatz, P. Bisexuality in women. Archives of Sexual Behavior. 1978 Vol. 5.
9. Carrier, J.M. Urban Mexican Homosexual Encounters: An Analysis of participants. Irvine: University of California; 1972.
10. Cass, V. C., (1990) The implication of homosexual identity formation for the Kinsey model and scale of sexual preference. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. Nueva York: The Kinsey Institute Series. Oxford University Press; 1990.
11. Cass, V. Homosexual identity: A concept in need of definition. Journal of Homosexuality. 1984 Win-Spr. Vol. 9 (2-3) pp.105-126.
12. Coleman. E. editor. Psychotherapy with homosexual men and women: integrated identity approaches for clinical practice. Nueva York: Haworth Press; 1988.
13. Davison, K., Brierly, H. y Smith, C. A male monozygotic twinship discordant for homosexuality. Br J Psychiatry 1971 118: 675-682.
14. De Cecco, J.P. Sex and more sex: A critique of the Kinsey conception of human sexuality. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. The Kinsey Institute Series. Nueva York: Oxford University Press; 1990.
15. Gagnon, J. Gender preference in erotic relations: The Kinsey scale and sexual scripts. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. Nueva York: The Kinsey Institute Series. Oxford University Press; 1990.
16. Gebhardt, P..H. y Johnson. The Kinsey data. Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the Institute for Sex Research. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1979.
17. Hamer, D.H., Hu, S., Magnuson, V.L., Hu, N., y Pattatucci, A.M.L. A linkage between DNA markers on the X chromosome and the male sexual orientation. Science 1993 261: 321-327.
18. Hansen, C.E., Evans, A. Bisexuality Reconsidered: An idea in Pursuit of a Definition. Journal of Homosexuality 1985 11(1-2), 1-6.
19. Hart, J. Therapeutic implications of viewing sexual identity in terms of essentialist and constructionist theories. Journal of Homosexuality 1984 Sum. Vol 9 (4):39-51
20. McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. The Kinsey Institute Series. Oxford University Press: Nueva York; 1990.
21. Jay, K. Y Young, A. The gay report. Nueva York: Summit Books; 1979.
22. Kallman, M. Comparative twin study of the genetic aspects of male homosexuality. Journal of Nervous

and Mental Diseases 1952 115:282
23. Kaplan, G.T., Rogers, L.J. Breaking out of the dominant paradigm: A new look at sexual attraction. Journal of Homosexuality 1984 10(3-4).pp.71-75.
24. Kinsey, A. C., Pomeroy, W.B. Martin, C.E.. Sexual behavior in the human male. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1948.
25. Kinsey, A. C., Pomeroy, W.B. Martin, C.E.. Sexual behavior in the human female. W.B. Saunders Company, Filadelfia; 1953.
26. Klein, F. The bisexual option. Nueva York: Arbor House; 1978.
27. Klein, F. The need to view sexual orientation as a multivariable dynamic process: A theoretical perspective. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. Nueva York: The Kinsey Institute Series. Oxford University Press; 1990.
28. Klein, F., Sepekoff, B., Wolf, T. Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. Journal of Homosexuality 1985 Spr.Vol.11 (1-2),pp.35-49.
29. Klein, F., Wolf, T. Bisexualities: Theory and research. Nueva York: Haworth Press; 1985.
30. Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. Textbook of Sexual Medicine. Boston: Little Brown and Co.; 1979.
31. LeVay, S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. Science 1991 253: 1034-1037.
32. Margolese, M.S. Homosexuality: a new endocrine correlate. Hormones and Behavior 1970 1: 151-155.
33. Marmor, J., Green, R. Homosexual behavior. En Money, J. y Musaph, H. Handbook of Sexology. Nueva York: Elsevier; 1978.
34. Masters, W.H., Johnson V.E. . Homosexuality in Perspective. Boston: Little, Brown & Company; 1979.
35. Money, J. Gay, straight and in-between. The sexology of sexual orientation. Nueva York: Oxford University Press; 1988.
36. Money, J. & Musaph, H. Handbook of Sexology. Amsterdam, Nueva York: Elsevier; 1977.
37. Ranier, J.C., Meshikoff, A., Kolb, L.C. y Carr, A. Homosexuality in identical twins. Psychosomatic Medicine 1960 22: 251-259
38. Reinisch, J.M., Beasley, R. The Kinsey Institute new report on sex. What you must know to be sexually literate. Nueva York: St. Martin Press; 1990.
39. Richardson, Diane. The dilemma of Essentiality in Homosexual Theory. Journal of Homosexuality 1984 Vol.9. pp.79-90.
40. Sanders, S.A. Reinisch, J.M. McWhirter, D.P (1990) Homosexuality/Hetrosexuality. An Overview. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. Nueva York The Kinsey Institute Series. Oxford University Press; 1990.
41. Shively, M., Jones, C., De Cecco, J. Research on Sexual Orientation: Definitions and Methods. J Homosexual 1984; 9: 127-136.
42. Tennov, D. Love and limerence. Nueva York: Stein Day; 1981.
43. Turner, W.J. Homosexuality, Type 1: An Xq28 phenomenon. Archives of Sexual Behavior 1995 (24)2.
44. Whalen, R.E., Geary, D.C., Johnson, F. (1990) Models of sexuality. En McWhirter, D.P., Sanders, S.A. y Reinisch, J.M. Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation. Nueva York: The Kinsey Institute Series. Oxford University Press; 1990.
45. Wolff, Charlotte. Bisexuality. A study. Londres: Quartet Books; 1977.

Actividades complementarias

El alumno identificará cuántas organizaciones civiles relacionadas con homosexuales existen en su entidad, jurisdicción o municipio e investigará cuál es su objetivo o misión.

Asimismo, el alumno buscará en CONAPRED o a través del Internet la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Leerá el capítulo II. "Medidas para Prevenir la Discriminación" e identificará en el Artículo 9 aquellos numerales que consideran conductas discriminatorias que, en muchas ocasiones, se realizan en contra de las personas con preferencias sexuales diversas. Posteriormente, escribirá sus argumentos para cada uno de ellos. Por último, deberá proponer

medidas para reducir la discriminación en este grupo de la población.

Revisará el Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y escribirá, en media hoja tamaño carta, su punto de vista respecto a lo aprendido en este capítulo y su relación con el Artículo 1º Constitucional.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente este capítulo.

1. Los siguientes son intentos para tratar de explicar el origen de la homosexualidad, excepto:

a. Teoría del origen hormonal.
b. Teorías psicosociales.
c. Explicaciones anatómicas.
d. Teorías del comportamiento aprendido.

2. Según el texto, existe acuerdo entre los especialistas en cuanto a la definición de la homosexualidad:

a. Cierto.
b. Falso.

3. ¿Por qué afirma el autor que las lesbianas se inclinan más pro la fidelidad que los hombres?

a. Porque no quieren ser promiscuas como los homosexuales.
b. Porque hay un porcentaje menor de lesbianas que de homosexuales y, por tanto, menos oportunidades de conocer a otras lesbianas.
c. Porque en la educación de las mujeres se suele inculcar la exclusividad sexual y la fidelidad.
d. El autor no afirma eso.

4. Un travesti es:

a. Alguien que obtiene placer al usar ropa y maneras del sexo opuesto al suyo.
b. Un homosexual que se viste de mujer.
c. Una persona a la que le gusta el sexo opuesto.
d. Una persona que anhela cambiar sus caracteres sexuales por los del sexo opuesto.

5. Lo que caracteriza a una persona transgénero es:

a. La necesidad de cambiar sus órganos sexuales.
b. Que vide de forma permanente con una identidad de género distinta a la que socialmente le correspondería de acuerdo con sus caracteres sexuales.
c. Su preferencia sexual.
d. El uso de hormonas y cirugías para modificar su cuerpo.

Respuestas

1. d
2. b
3. c
4. a
5. b

Capítulo 19

VIH/SIDA y discriminación en la población *gay* y otros HSH en México*

Fátima Estrada Márquez
Carlos Magis Rodríguez
Enrique Bravo García

Objetivo general

Explorar las distintas formas de discriminación que experimenta la población homosexual y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) por su preferencia, orientación o apariencia en diferentes ámbitos, a partir de los datos aportados por la encuesta sobre Discriminación en Población Gay y otros HSH en México.

Objetivos específicos

- Conocer la discriminación que experimenta la población homosexual y HSH en los ámbitos familiar, escolar, laboral y en los servicios de salud.

Introducción

En México se han realizado pocos estudios con relación a la discriminación que sufren diversos grupos de la sociedad. Una de las primeras aproximaciones a este fenómeno estuvo a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social, que en 2005 realizó una encuesta nacional a 5,608 personas entre integrantes de distintos grupos reportados como discriminados, con el fin de tener un panorama general de cómo viven esta situación.

Una de las secciones de esta encuesta nacional estuvo destinada a la discriminación contra personas homosexuales. Así, 200 hombres homosexuales fueron encuestados y de las respuestas obtenidas sobresalen las siguientes:

- 95% opinó que en México se discrimina a los homosexuales por su preferencia sexual;
- 71% expresó que su mayor sufrimiento se debe a la discriminación,
- dos de cada tres homosexuales dijeron que no se les han respetado sus derechos,
- poco menos de la mitad reportó haber sufrido de algún tipo de discriminación durante el año anterior,
- más de la mitad de la población homosexual encuestada dijo sentirse rechazada por la sociedad,
- 43% considera que tuvo menos oportunidades para asistir a la escuela debido a su orientación sexual, y
- 72% cree tener menos oportunidades para conseguir trabajo que el resto de las personas.[1]

En cuanto al ámbito laboral, cuatro de cada 10 encuestados dijeron haber sido discriminados en su trabajo por ser homosexuales y 75% refirió que ganaba menos salario realizando el mismo trabajo que una persona heterosexual.[1] Los espacios donde los homosexuales perciben una mayor discriminación son el trabajo, la escuela, hospitales públicos y la familia.[1]

* Este trabajo fue presentado de forma oral en el IX Congreso Nacional sobre VIH/SIDA, en diciembre del 2005 en la ciudad de Oaxaca, México.

El periódico *Reforma* publicó el 17 de septiembre de 2005, los resultados de una encuesta que realizó entre jóvenes y adultos mayores sobre diferentes temas, y uno de ellos era la sexualidad. Esta encuesta encontró que 57% de los adultos mayores encuestados opinaron que la homosexualidad debía rechazarse, mientras que sólo el 18% de los jóvenes tenían esta misma idea.[2]

Aunada a la discriminación por su preferencia sexual, los homosexuales viven una doble discriminación, ya que al inicio de la epidemia del VIH/SIDA, ésta comenzó a relacionarse con la población homosexual, lo que ocasionó un mayor rechazo por parte de la sociedad, incluso en los servicios de salud.[14]

Una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA reveló que 66% del personal de salud entrevistado estaba de acuerdo en que debían realizarse pruebas obligatorias para la detección de VIH a los HSH, y 23% considera que la homosexualidad es la causa del SIDA en México.[3]

A raíz de la aparición del VIH se han conformado diferentes organizaciones no gubernamentales de apoyo a la población homosexual y a las personas con VIH/SIDA. Aunque al principio se desarrolló un número importante de actividades preventivas para HSH bajo el auspicio de la Secretaria de Salud —a través de CONASIDA—, recientemente las actividades de prevención fueron retomadas por las organizaciones de derechos *gay* o de ayuda contra el SIDA.[4] Sin embargo, las instancias gubernamentales y no gubernamentales han colaborado poco entre ellas, por lo que no han tenido espacio para intercambiar experiencias, lo que les permitiría enriquecer la información y el trabajo de prevención y tratamiento de esta enfermedad en México.

El estigma hacia homosexuales y HSH en el contexto del VIH/SIDA

En el marco de la epidemia del VIH/SIDA, se habla de "estigma" cuando existe una percepción negativa hacia una persona por características tangibles o intangibles que le son atribuidas por otro. Por lo general, estos atributos son utilizados para apartar del orden social a las personas con esas características, lo que implica una discriminación.[5]

La estigmatización es un proceso y las características a las que se fija un estigma pueden ser tan arbitrarias como, por ejemplo: el color de la piel, la forma de hablar, la preferencia social o cierta forma de vestir. Dentro de una cultura o un ambiente particular, ciertos atributos son considerados por otras personas y grupos como deshonrosos o indignos, por lo tanto, la estigmatización se refiere a un proceso de subvaloración, más que a la simple descripción de un rasgo o una serie de características.[6]

La estigmatización de un grupo varía en grado y fuerza dependiendo de la cultura y los juicios morales locales,[7] y la discriminación que se ejerce hacia las personas estigmatizadas se refiere a "la acción o el trato basado en un estigma y que va dirigido al estigmatizado".[8]

La discriminación es resultado del estigma, pero a diferencia de éste no se limita a la infravaloración del otro, sino que se traduce en el trato injusto y desleal que sufre una persona por tener ciertas características. El estigma y la discriminación violan los derechos humanos fundamentales y pueden estar presentes en diferentes niveles, como el político, económico, social, psicológico e institucional.[9]

En términos generales, la discriminación denota cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecta a una persona por razón de una característica personal inherente, con independencia de que exista o no justificación para tales medidas.[10]

Por lo tanto, la discriminación es una conducta o comportamiento de rechazo que se asume frente a una persona debido a que no sigue los patrones supuestamente normales de comportamiento, o porque no cumple los estereotipos socialmente aceptados o pertenece a una etnia, cultura o grupo social en particular. Quienes discriminan no tienen en cuenta los méritos o capacidades individuales de los discriminados; por ejemplo los hombres que tienen sexo con hombres rompen con los patrones considerados por la mayoría como "normales" y se convierten en objeto de discriminación y exclusión social.[11]

Llevar una vida libre de discriminación es un derecho humano básico indispensable para asegurar el

desarrollo, el bienestar y la dignidad de las personas. Por esta razón, la discriminación está prohibida por las disposiciones en materia de derechos humanos codificadas en diversas constituciones y legislaciones nacionales, y por una amplia gama de instrumentos internacionales en vigor. Algunos ejemplos son: La Declaración Universal de Derechos Humanos, los convenios internacionales sobre derechos civiles y políticos y sobre derechos económicos, sociales y culturales; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, existen instrumentos regionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos que prohíben la discriminación. Por último, algunos convenios y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo instan a adoptar medidas contra la discriminación en el mundo laboral.[10]

En México, el artículo primero de la Constitución, en su párrafo tercero, establece que: "Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".[12]

Sin embargo, este ordenamiento legal no representa en sí mismo una garantía para que se respete este derecho en la población homosexual, la cual sigue experimentando una fuerte discriminación que se manifiesta de distintas formas, desde agresiones verbales sutiles o expresiones despectivas sobre su condición, pasando por la exclusión social de diferentes actividades o centros laborales, educativos, sociales y deportivos, entre otros, hasta la violencia física que incluso ha llegado al asesinato.[11]

A pesar de que las relaciones sexuales entre hombres existen prácticamente en todas las sociedades, éstas siguen siendo estigmatizadas por la sociedad y su visibilidad pública varía considerablemente de un país a otro. En muchos países no se dispone de datos sobre la prevalencia de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo por la falta de investigaciones adecuadas. Esto ocurre, con frecuencia, como resultado de la negación misma de este fenómeno. En la mayor parte de los países, la información epidemiológica sobre este grupo social es escasa e inadecuada y la extensión probable de las relaciones sexuales entre hombres se subestima, por lo que se calcula que podría haber un subregistro de entre 30% y 90%.[11,13]

Como se dijo antes, la aparición del VIH/SIDA generó mayor estigmatización y discriminación hacia los homosexuales y HSH.[14] Actualmente se sabe que entre 5% y 10% de todos los casos de VIH a nivel mundial tienen su origen en la transmisión sexual entre hombres.[13] En América Latina, la transmisión homo y bisexual representa cerca de 48% de los casos de SIDA, comparada con 25% de transmisión heterosexual; y los estudios de seroprevalencia sugieren que la infección entre esta población continúa siendo la característica estadística más importante de la epidemia.[15,16]

En el caso de México, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) estima que actualmente 182,000 personas viven con el VIH, de las cuales 66% corresponde a HSH.[17] Este dato conduce a pensar que para plantear estrategias efectivas de tratamiento y prevención del VIH/SIDA se requiere el reconocimiento y definición de la población HSH y un entendimiento del contexto cultural que incluya la discriminación o estigmatización hacia este grupo.[18]

La frase "hombres que tienen sexo con hombres" fue acuñada por investigadores ingleses que sintieron la necesidad de contar con un término globalizante, ya que la forma en que tradicionalmente se describía a los hombres que sostenían relaciones sexuales con otros hombres era "homo o bisexual" u "hombres *gay* y bisexuales". Sin embargo, muchas personas criticaron estos apelativos porque, por un lado, suponían que los hombres bisexuales se identificaron como tales, así como los hombres *gay* y, por otro lado, la gran diversidad de hombres que tienen relaciones sexuales o afectivas con otros hombres —como los transgénero, los hombres casados o los jóvenes— no parecían estar incluidos en el término "hombres homo y bisexuales". Sin embargo, muchos militantes *gays* cuestionan la categoría HSH ya que consideran que esta heteronimia

—es decir, los distintos modos de nombrar conductas similares—, es una forma de dominación.[11,19]

Distintos estudios epidemiológicos y sociales, realizados en América Latina y en otras regiones, muestran que no todas las personas que tienen deseos y prácticas sexuales con personas de su mismo sexo se consideran a sí mismas homosexuales, *gays*, o bisexuales. Esta disociación entre las prácticas y las identidades sexuales contribuye a crear lo que se ha dado en llamar "protecciones imaginarias", expresión que hace referencia al hecho de que muchas personas se sienten poco o nada vulnerables frente al VIH porque no se consideran parte de un grupo de riesgo. En este marco, el término HSH busca definir una categoría de personas basándose sólo en su comportamiento sexual y no en la identidad cultural que asuman social o individualmente.[19]

En cuanto a la eliminación de la discriminación en los lugares donde se observa un rechazo a aceptar que las relaciones sexuales entre hombres existen y donde además esa cuestión está estrechamente relacionada con la prevención de la infección de VIH/SIDA, es importante hacer un esfuerzo de promoción para resolver esta dificultad.[13]

El estigma y la discriminación contra los HSH son los mayores obstáculos para la prevención del VIH/SIDA, además de los muchos efectos nocivos que tiene la discriminación. En particular, la discriminación tiene grandes consecuencias psicológicas, lo que puede arrastrar a quienes la sufren a sentimientos de vergüenza, depresión, abandono, inutilidad y culpa. Esto, a su vez, debilita su fortaleza, aumenta su vulnerabilidad, las aísla y las priva de atención y apoyo. Por todo esto, poner fin a la discriminación es de suma importancia para la lucha contra el SIDA.[6]

Al igual que todas las demás personas, los HSH tienen derechos que deben ser respetados, y entre ellos están: el derecho a tener información sobre los comportamientos de riesgo y sobre cómo protegerse durante una relación sexual, el derecho a acceder a servicios relacionados con la prevención y asistencia en materia de VIH y el derecho a la no discriminación por su orientación sexual. Cuando esos derechos no se respetan, los HSH tienen menos control sobre sus riesgos de comportamiento y, por tanto, son más vulnerables al VIH.

Metodología

Para conocer las percepciones acerca de la discriminación entre hombres *gay* y HSH, en 2005 se llevó a cabo un estudio transversal de encuesta vía electrónica. El cuestionario permaneció disponible para ser contestado en la página electrónica de ANODIS (Agencia de Noticias sobre la Diversidad Sexual) del 20 de junio al 30 de julio. Los hombres pertenecientes a la población *gay* o HSH que ingresaban a esta página web eran invitados a participar en la encuesta.

Antes de ingresar al cuestionario, se les explicaba quiénes eran los responsables del proyecto, el objetivo del mismo, se les aseguraba la confidencialidad de la información, y se les decía el tiempo aproximado que les llevaría contestar la entrevista. Hubo además un sorteo al cual podían tener acceso, si así lo deseaban, una vez que contestaran la encuesta. El primer premio del sorteo consistió en una beca para el IX Congreso Nacional sobre VIH/SIDA, la cual incluyó la inscripción más gastos de traslado, hospedaje y alimentación y 50 premios más que consistieron en 50 *kits* de prevención que contenían cajas con 100 condones y folletos informativos sobre el VIH/SIDA. Los premios fueron otorgados de acuerdo con los números ganadores de la Lotería Nacional del 2 de agosto de 2005.

En total, 730 personas contestaron la encuesta, de las cuales se eliminaron 29 porque 28 eran lesbianas y el objetivo de la encuesta era conocer las opiniones y experiencias de los hombres. También se eliminó a una persona más por ser de nacionalidad argentina y se trataba de un estudio con mexicanos. De esta forma, la muestra quedó constituida por 701 hombres. El cuestionario constaba de 49 preguntas de opción múltiple, dividido en cinco apartados: área laboral, servicios de salud, relaciones familiares, educación y otros.

Resultados

Los resultados se dividieron en tres apartados. 1) características sociodemográficas de la muestra, 2) experiencias personales de discriminación en diferentes situaciones, y 3) resultados de preguntas de opinión con respecto a la discriminación que sufre la población HSH en México.

Características sociodemográficas

La media de edad fue de 29 años, con una desviación estándar de 9. La persona más joven que contestó la encuesta tenía 17 años y la persona de mayor edad tenía 64. Más de la mitad de los entrevistados (57%), refirió haber terminado una licenciatura, un cuarto de la muestra el bachillerato, 12% algún posgrado y 5% tenía estudios de secundaria.

En cuanto a su actividad principal, poco más de la mitad de la muestra (56%) refirió trabajar, 25% estudiaba, 17% estudiaba y trabajaba, y 2% refirió no estar trabajando ni estudiando en ese momento.

Hubo participantes de todos los estados de la república, con excepción de San Luis Potosí. El Distrito Federal tuvo la mayor proporción de participantes con 43.7%, seguido por el Estado de México con 19.7%. El resto de los estados tuvieron menos de 5% de proporción de participación.

La mayoría de los encuestados (59%) vivía con familiares, seguidos de los que refirieron vivir solos (18%), los que vivían con su pareja (18%), y los que vivían con compañeros o amigos (5%).

Respecto al tipo de servicio de salud al que acuden, 44% dijo ir con médicos privados, 39% a servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Hospital de PEMEX o los servicios de las fuerzas armadas), 9% a la SSA y 8% a algún organismo de la sociedad civil.

Con relación a la orientación sexual, esta variable se categorizó en tres, siendo la de mayor proporción los hombres que se asumieron como *gays* (81.9%), siguiendo la categoría de bisexual (15.8%) y el último grupo clasificado como "otros HSH", donde se incluyó a hombres travestis, transgénero, transexual y heterosexuales (2.3%).

Experiencias personales de discriminación

Área familiar

Del total de la muestra, 70% de los encuestados refirió que sus familiares más cercanos sí conocían su orientación sexual, y 30% contestó que sus familiares cercanos desconocían este dato. De ellos, 64% era *gay*, 35% bisexual y el 1% pertenecía a la categoría de otros HSH.

De quienes contestaron que sus familiares sí sabían sobre su orientación sexual, 60% reportó que no había sufrido ningún tipo de discriminación por parte de ellos, y el 40% restante (263 personas) contestó que sí habían sufrido discriminación por parte de algún familiar. De estos últimos, 59% (154) dijo que lo han agredido verbalmente, 23% (60) que lo ignoran por su orientación sexual, 13% (34) que lo corrieron de su casa y 6% (15) que lo han agredido físicamente. Del 40% que ha sido discriminado, 85% es *gay*, 14% bisexual y 1% HSH.

De los entrevistados que refirieron que su familia sabía sobre su orientación sexual, 44% identificó a la madre como el miembro de la familia que era más solidario con él, seguido de la hermana(s) con 25%, hermano(s) 13%, la respuesta "otro, sin especificar" tuvo 9%, el padre 5% y, finalmente, los hijos(as) obtuvo 4%.

Área escolar

En cuanto al ámbito escolar, 87% de los encuestados refirió que siempre, casi siempre o algunas veces debieron ocultar su orientación sexual en este espacio. De ellos, 83% era *gay*, 15% bisexual y 2% pertenecía a la categoría de otros HSH.

A la mayoría de los entrevistados (98%) nunca le fue negada la inscripción en alguna escuela. Sin embargo, 2% (15 sujetos) refirió que sí se les impidió inscribirse en alguna escuela. De estos, 13 eran *gays* y 2 bisexuales. El bachillerato fue el nivel escolar donde se les negó la inscripción en mayor proporción, ocupando 47% (7 sujetos) de los casos, en 33% (5 casos) ocurrió a nivel profesional y 20% (3 casos) en la secundaria.

Más de la mitad (57%) refirió haber recibido maltrato o agresiones en la escuela debido a su apariencia u orientación sexual. La mayoría de estas agresiones o malos tratos (92%) provinieron de los compañeros, y el resto (8%) provino de las y los maestros, del personal de la escuela, de padres de familia u otros. De quienes sufrieron maltrato, sólo 12% (47 sujetos) reportó haber cambiado de escuela debido a las agresiones que se presentaban.

Área laboral

La mayoría de los encuestados (77%) reportó no haber sido rechazado nunca en algún trabajo debido a

su orientación sexual, mientras que 10% de la muestra refirió que sí había sido rechazado alguna vez en el trabajo por su orientación sexual.

En cuanto a despido, 10% reportó que alguna vez había sido despedido de su trabajo por su orientación sexual, 85% dijo que nunca había vivido esta situación y 5% no sabía si su despido había sido por causa de su orientación sexual.

Respecto a la pregunta de si les habían solicitado la prueba de VIH por su apariencia u orientación sexual en el ámbito laboral, sólo 8% (58 personas) contestó afirmativamente.

La mayor parte de los que trabajaban (76%) reportaron que nunca les habían sido retirados o disminuidos los beneficios en su trabajo debido a su orientación sexual. Del restante 24%, una proporción de 73% dijo que le habían sido negados ascensos por su orientación sexual, 14% que no recibió estímulos salariales y 13% que se le negaron créditos o prestaciones.

Área de salud

Respecto a la atención en los servicios de salud, 16% de los encuestados dijo que se le ha atendido de mala forma en estos espacios y 3% que se le ha negado la atención por su orientación sexual.

De aquellos a los que se les negó el servicio (20 sujetos), 60% ocurrió en el IMSS, 15% con médicos privados, 10% en la SSA, al igual que en organismos de la sociedad civil, y 5% en servicios médicos de las fuerzas armadas.

Poco más de la cuarta parte de los encuestados (26%) retrasa ir al médico por temor a ser excluidos por su orientación sexual; 35% refirió que considera necesario ocultar su orientación sexual cuando acude a un servicio médico y 40% dijo temer que se registre su orientación sexual en el expediente clínico.

Discriminación en otros servicios

Poco menos de la mitad (43%) reportó que en el último año había sido discriminado en al menos alguno de los siguientes servicios: tiendas de autoservicio, restaurantes y cafés, compra o renta de casa, dentista, hoteles, servicios religiosos, diversión y recreación o en el transporte.

De quienes refirieron haber sido discriminados en estas situaciones, 64% enfrentó solo la situación, 28% pidió ayuda a amigos, 9% solicitó ayuda institucional o del gobierno, 8% pidió ayuda de la familia y un mismo porcentaje solicitó ayuda de alguna organización no gubernamental. Una proporción de 16% no emprendió ninguna acción frente a la discriminación sufrida.

Conclusiones

La población homosexual en México sigue viviendo rechazo por parte de la sociedad, mismo que se manifiesta en diferentes ámbitos como la familia, las instituciones educativas, el trabajo, los servicios de salud y otros servicios públicos.

Los resultados de este estudio coinciden con lo encontrado por la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, en la que poco menos de la mitad de la población estudiada refirió que había sido discriminada en el último año. Un hallazgo interesante de la presente investigación es que la mayoría de aquéllos que han sido discriminados enfrentan solos esta situación, sin solicitar apoyo de otras instancias, como asumiendo que no se puede hacer nada frente al rechazo que experimentan por parte de la sociedad.

La sociedad mexicana continúa inmersa en una estructura patriarcal, por lo que la presencia de un miembro homosexual en la familia genera que desde este espacio se presente un rechazo contra ellos, lo que se perpetúa a lo largo de su vida en otros ámbitos sociales como son la escuela, el trabajo o los servicios de salud.

En lo que se refiere a los servicios de salud, fue interesante encontrar que dos de cada 10 encuestados reportaron haber sido discriminados en este tipo de servicios, a pesar de que se esperaría que la atención ahí fuera libre de cualquier prejuicio.

Una situación digna de atención es que un cuarto de la muestra dijo retrasar sus visitas al médico por temor a ser excluido, lo que los sitúa en una posición de mayor riesgo en materia de salud. Este miedo también se ve reflejado en el alto porcentaje de personas que contestaron que consideran necesario ocultar su orientación sexual en los servicios de salud, así como el temor de que su orientación sexual quede registrada en

el expediente médico. Las instituciones de seguridad social fueron las que se mencionaron en mayor proporción como principales discriminadoras, a diferencia de los servicios médicos privados. Tal vez por ello, 44% de los encuestados prefieren acudir a los servicios de salud privados que a alguna institución pública.

Los resultados anteriores hacen reflexionar sobre la necesidad de desarrollar campañas en el sector salud contra la homofobia, ya que ésta representa el principal obstáculo para efectuar campañas exitosas de prevención y control del VIH/SIDA.

Referencias bibliográficas

1. SEDESOL. Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. México: SEDESOL; 2005.
2. León R. Generaciones encontradas. Reforma, 17 de septiembre, 2005; p. 6A.
3. CENSIDA e INSP. Informe de la Encuesta en los Servicios de Salud para el Proyecto "Reducción del estigma y la discriminación relacionado al VIH/SIDA en México". México, mayo de 2004.
4. Parker R., Ríos LF, Terto V. Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina. En: Izazola JA. Políticas Públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. México: FUNSALUD/SIDALAC/ONUSIDA; 2001.
5. Gilmore N, Somerville M. Stigmatization, scapegoating, and discrimination in sexually transmitted disease: Overcoming "them" and "us". Soc Sci Med 1994; 39(9): 1339-1358.
6. Aggleton P, Parker R. Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2002; 1-24.
7. Kegeles S, Coates T, Christopher A, Lasarus J. Perceptions of AIDS: The continuing saga of AIDS related stigma. AIDS 1989; 3(Suppl 1): S253-S258.
8. Bunting S. Sources of stigma associated with women and HIV. Adv Nurs Sci 1996; 19(2): 64-73.
9. ONUSIDA. Campaña mundial contra el SIDA 2002-2003: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH. Hoja Informativa. Ginebra: ONUSIDA; diciembre 2003.
10. ONUSIDA. Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH. Colección Prácticas Optimas. Ginebra: ONUSIDA; 2001: 1-44.
11. ASICAL. Panorama Regional de VIH/SIDA y Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina: Un acercamiento a los análisis de la situación y respuesta, los planes estratégicos en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres y Proyecto Somos. Consultado el 10 de febrero de 2008 en: http://www.asical.org/es/todo/ATT1124551339-1.pdf
12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://constitucion.presidencia.gob.mx
13. ONUSIDA. El SIDA y las relaciones sexuales entre varones, Punto de Vista, Ginebra: ONUSIDA; julio, 1998.
14. Busza J. Challenging related-HIV stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities. Nueva York: Population Council Horizon; Octubre 1999.
15. ONUSIDA. Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con Hombres que Tiene Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe. Ginebra: ONUSIDA; 1999; 1-28.
16. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med 2003; 57: 13-24.
17. Sánchez M, Lemp G, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Carter S, Ruíz J. The Epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and México. JAIDS 2004; 37(Suppl 4): S204-S214.
18. Goldin C. Stigmatizations and AIDS: Critical issues in public health. Soc Sci Med 1994; 39(9): 1339-1358.
19. Manzelli H, Pecheny P. Prevención del VIH/SIDA en "hombres que tienen sexo con hombres". En: Cáceres C, Pecheny P, Terto V. SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Lima: Universidad Cayetano Heredia/UNAIDS, 2002.

Actividades complementarias

El alumno buscará en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), o a través del Internet, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. La revisará y escribirá una síntesis de lo que considera más importante relacionado con los derechos de las personas con preferencias sexuales diversas. Por último, propondrá medidas para reducir la discriminación en este grupo de la población.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido de este capítulo.

1. De acuerdo con el texto, el estigma es:

a. La percepción negativa de ciertas personas por características tangibles o intangibles.
b. Una forma de grave de discriminación.
c. Toda distinción que tiene por efecto impedir por efecto impedir o anular el ejercicio de los derechos y la igualdad de oportunidades de las personas.
d. Una violación a los derechos humanos.

2. Se entiende por discriminación:

a. El rechazo a las personas de una religión distinta a la nuestra.
b. El reconocimiento de ciertos derechos pero la negación de otros.
c. El trato injusto y desleal hacia una persona por tener determinadas características.
d. La negación de los derechos de los homosexuales.

3. El derecho a tener una vida sin discriminación es:

a. Una de las más altas aspiraciones de los seres humanos.
b. Un derecho humano básico reconocido a nivel internacional.
c. Una disposición que protege a las minorías sexuales de todo el mundo.
d. Un planteamiento hecho por los grupos que suelen ser estigmatizados.

4. ¿Con qué afirmación estarían más de acuerdo los autores del texto?

a. No todos los hombres que tienen relaciones sexuales con parejas de su mismo sexo se consideran a sí mismos homosexuales.
b. El término HSH se creó para distinguir a los *gays* de los hombres bisexuales.
c. Los hombres que tienen sexo con hombres son homosexuales que logran evadir el estigma y la discriminación.
d. El término HSH deja de lado el reconocimiento de los derechos de los homosexuales.

5. Dos de los hallazgos más sobresalientes de la investigación que presenta este capítulo son:

a. Los homosexuales sufren discriminación desde edades muy tempranas.
b. Los homosexuales que han sido discriminados no piden apoyo para enfrentar la situación y asumen que no se puede hacer nada frente al rechazo.
c. La discriminación hacia los homosexuales puede generar depresión, culpa y abandono.
d. Buena parte de los homosexuales postergan sus visitas al médico por temor a ser rechazados.

Respuestas

1. a
2. c
3. b
4. a
5. b, d

Capítulo 20

El VIH/SIDA en las mujeres transgénericas y transexuales. Riesgos por la modificación anatómica y conceptos sobre transexualidad

Hazel Gloria Davenport

Objetivos generales

Conocer las particularidades de las poblaciones transgenérica y transexual femenina, así como la problemática social y de salud que enfrentan, y sus riesgos específicos ante el VIH/SIDA. Asimismo, conocer la interacción del tratamiento por VIH/SIDA con los procesos de modificación corporal, anatómica, psicológica y emocional que viven estas mujeres.

Objetivos específicos

- Conocer las diferencias entre la población transgénero y transexual, así como entre las personas transgenéricas y transexuales en comparación con las homosexuales.
- Identificar a la transgenitalidad como un elemento opcional, pero no obligatorio, para la construcción de la persona transexual.
- Conocer algunas sugerencias para el abordaje y atención en salud para estas poblaciones.

1. Introducción

Las mujeres transgénero y, en especial, las mujeres transexuales representan en la actualidad un campo poco explorado para el estudio y desarrollo de estrategias de prevención y control del VIH/SIDA. Muchas de ellas utilizan sustancias ajenas a su cuerpo para acercarlo a la anatomía femenina, lo que las pone en riesgo de padecer la Enfermedad Humana por Adyuvante, que es una afectación del tejido conectivo por el uso de silicona, implantes y otras sustancias con fines cosméticos.[1]

La errónea inclusión de las mujeres transgénero y transexuales dentro de las categorías de hombres *gay* (HG) u hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ha provocado que las primeras se mantengan alejadas de los servicios de atención médica por considerar que éstos no las incluyen por razones de identidad.[2]

La falta de investigaciones realizadas en México sobre estos grupos, aunada a los efectos desinformadores de algunos medios de comunicación y a una cultura androcrática y falocéntrica en extremo, ha generado una serie de prejuicios en torno a las personas que han decidido cambiar su identidad de género (transgéneros), hacer una representación temporal de un género distinto al suyo (travestis) o modificar sus caracteres sexuales, anatomía e identidad de género (transexuales).

Por lo tanto, es recomendable un abordaje de la problemática de estas personas, sus características, problemáticas y visiones, como una herramienta de conocimiento que permita una mayor comprensión de ciertas conductas que pueden favorecer infecciones por VIH y el desarrollo del SIDA.

Ante la necesidad de acercar a las y los especialistas del área medica y a la población en general a la realidad

de las mujeres transgénero (que modifican su identidad genérica y psicológica), y de las mujeres transexuales (que transforman su cuerpo y, por lo tanto, su metabolismo) se presenta esta propuesta de atención médica, en la cual debe incluirse la perspectiva psicológica y su relación con el VIH/SIDA.

Se incluye información sobre identidad de género, consumo de hormonas e inyección de aceites, estigma y discriminación y uso de antirretrovirales, ya que se trata de comportamientos comunes en las mujeres transgénero y transexuales. Cabe señalar que estas poblaciones registran los más altos índices de prevalencia de VIH/SIDA y conductas de riesgo ligadas a la práctica del trabajo sexual.

2. Problemática

La falta de acceso a condiciones de inserción y desarrollo social de las mujeres transgénero y transexuales, se manifiesta claramente en la falta de opciones laborales para ellas, lo que generalmente las conduce al trabajo sexual como prácticamente su única forma de subsistencia.[3]

Esta situación es tan evidente, que se estima que la mayor parte del llamado "trabajo sexual masculino" visible, en realidad es llevado a cabo por travestis, transgénero y transexuales que hacen su vida y su identidad de género y social como mujeres, aunque sin ningún reconocimiento oficial. En muchos casos, estas personas han modificado sus cuerpos con métodos hormonales, quirúrgicos o de otra clase para acercarlos a la imagen estereotipada de la mujer.

En el caso de las mujeres transexuales (que modifican sus cuerpos a través de cirugías, hormonas o aceites) sus metabolismos se encuentran alterados, por lo que los resultados de algunos tratamientos médicos también deben ser adaptados al nuevo funcionamiento fisiológico y psicológico de la paciente.

3. Definiciones

Transgénero

Originalmente, la palabra "transgénero" comenzó a utilizarse como un término amplio que podía cubrir tanto a las personas con modificación de género (transgéneros) o de sexo y cuerpo (transexuales) o de expresión temporal del género opuesto (travestis).

En la actualidad, este término se emplea para referirse a aquellas personas que no se identifican con el género masculino o femenino asociado a sus características sexuales, pero que no necesariamente entran en conflicto con su anatomía y, por lo regular, buscan vivir como integrantes del género opuesto. De esta forma, se entiende a las personas transgénero como aquéllas que adoptan características socioculturales del género opuesto (vestimenta, arreglo, ademanes, formas de hablar, etc.) sin importar su preferencia, atracción o inclinación sexual. Las personas transgénero pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales.

Además, las personas transgénero no tienen que modificar las funciones fisiológicas de su cuerpo, como en el caso de los tratamientos o proceso hormonales inducidos a los que suelen someterse las transexuales.

Transexual

Las personas transexuales experimentan una discordancia entre su cuerpo y su identidad de género. Esa discrepancia se manifiesta en una necesidad imperiosa de modificar permanentemente su anatomía (rostro, tórax, genitales, etc.) con el fin de acercarla lo más posible a la del sexo opuesto, ya sea a través de tratamientos hormonales, quirúrgicos o el uso de distintos productos. En ocasiones, estas alteraciones físicas pueden ser irreversibles.

De forma paralela a estas modificaciones físicas, las personas transexuales cambian su identidad social y pueden alterar su apariencia a través de la vestimenta, el lenguaje, la adopción de costumbres y actitudes asignadas al género opuesto. La transexualidad es también independiente de la preferencia sexual o afectiva.

Las personas transexuales son más vulnerables a los contagios por prácticas que son ajenas a los HSH, tanto por el constante uso de jeringas y agujas para la aplicación de agentes feminizantes, como por la violencia sexual, el estigma y la discriminación que afectan la adherencia a los tratamientos contra las infecciones. Además, dado que las personas transgénero y transexuales de hombre a mujer se asumen, sienten y viven a sí mismas como mujeres, esto las lleva a rechazar las

campañas de prevención dirigidas a los HSH, por considerarlas ineficaces e incluso ofensivas a su identidad de género. Esto quedó demostrado en 2006, durante la mesa de análisis sobre prevención de VIH/SIDA en el Congreso Internacional de VIH en Toronto, Canadá, donde las mujeres transgenéro y transexuales de varios países dirigieron a los organizadores del evento el mensaje "No somos hombres".

Travesti

Las personas travestis utilizan la vestimenta, imagen, expresiones verbales o corporales u otros elementos del género opuesto de manera temporal. Esta práctica tampoco esta ligada a una preferencia sexual específica y se registra tanto en personas homosexuales como heterosexuales y bisexuales. El travestismo puede ser considerado como una manifestación transgenérica temporal. El travestismo puede practicarse de hombre a mujer y de mujer a hombre.[4]

4. Identidad

Se considera "identidad" a la certeza de una persona de pertenecer a un grupo o población definido. Cuando se habla de "identidad de género", se hace referencia a la pertenencia a una de las dos opciones genéricas existentes: mujer u hombre, femenino o masculino.

La identidad sexual de las mujeres transexuales y transgénero ha sido estudiada por diversos psicoanalistas, entre ellos Robert Stoller, quien ha señalado la existencia de un "núcleo de identidad de género" existente en el ser humano desde antes de nacer, y que se manifiesta en las personas una vez que éstas adquieren el poder de manifestar sus pensamientos a través del lenguaje.

Otros especialistas que han estudiado la formación de la identidad de género desde la perspectiva social han sido Ann Oakley y John Money, quienes han subrayado el papel que tiene la familia y la sociedad, para orientar a las criaturas recién nacidas hacia alguna de las dos opciones de género con base en la apariencia de sus genitales.

Los avances recientes en la sexología y los derechos humanos tienden a separar la apariencia de los genitales de la identidad de género, con lo que legislaciones avanzadas, como la Ley de Identidad de Género en España o la Ley de Identidad Cotidiana en Inglaterra, permiten el reconocimiento de la identidad sexogenérica de las personas sin tener que pasar por una modificación genital, como la cirugía de reasignación sexual.[5]

5. Efectos psicológicos del estigma y la discriminación

Se conoce como "estigma" a una condición, rasgo o comportamientos que provocan que la persona que los posee sea rechazada socialmente e incluida en una categoría social de "no aceptación" e inferioridad.

El término fue acuñado en 1963 por el sociólogo estadounidense Irving Goffman, quien distinguió tres tipos de estigma: 1) los relacionados con "abominaciones" del cuerpo, 2) los defectos del carácter del individuo y 3) la pertenencia a un grupo social desprestigiado ya sea por raza, religión, nacionalidad, etc.

El planteamiento de Goffman para la mitigación e incluso la eliminación del estigma (social e histórico) y la persecución de las personas estigmatizadas apunta a la utilización de una serie de recursos e informaciones dirigidas a la masa social, tendientes a reducir, y eventualmente erradicar, el peligro de ruptura de la interacción.[6]

Un estudio realizado por la Universidad de Minnesota en población transgénero de hombre a mujer, encontró que los riesgos identificados a la adquisición del VIH/SIDA y los cofactores perjudiciales se relacionan directamente con el aislamiento social. En este estudio, 66% de la muestra reportó haber sufrido discriminación por su identidad de género o por su apariencia; 52% afirmó haber tenido intenciones suicidas intensas en los últimos tres años, 61% dijo vivir una fase de depresión profunda; 34% señaló el uso del sexo como una evasión frente a la depresión y para enfrentar otros problemas; y 24% dijo tener problemas para controlar su conducta sexual.[7]

En México, la cultura machista, que tiende a minimizar y subvalorar a las mujeres a través de burlas o frases ofensivas, ha llevado a la ridiculización de las

personas homosexuales y transgénero, quienes enfrentan además de la homofobia la misoginia.[8,9]

Estigma y VIH/SIDA

Los efectos del estigma en la autoestima de las personas que viven con el VIH/SIDA afectan directamente su resistencia a la infección. El impacto del VIH en la población general ha desarrollado mensajes negativos ligados a un rechazo hacia la homosexualidad y sus manifestaciones, entre las que, por error, se ha colocado a las personas travestis, transgénero y transexuales.

El estigma y el rechazo social de las personas con VIH/SIDA les genera ansiedad, lo que a su vez puede causar síntomas físicos que los pacientes pueden confundir con agravamiento de su condición médica.[10] Los efectos del estigma en la interacción de la personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) afectan también sus relaciones laborales, personales, de pareja y sobre todo de familia.

6. Particularidades de la salud de la mujer transexual

El proceso de creación y mantenimiento de la identidad en las personas transexuales a través de la introyección y proyección del género en el propio cuerpo, las conduce a la modificación de este último para acercarlo en lo posible al cuerpo que les corresponde. En este proceso, las personas recurren principalmente a tres sistemas de modificaciones corporales: cirugías, terapia de reemplazo hormonal (TRH) e inyecciones de aceite artificial. Estos métodos se usan dependiendo de las posibilidades económicas y la pertenencia a determinados grupos socioculturales.

Cirugías

Las cirugías representan el sistema más seguro de modificación corporal cuando son practicadas por cirujanos responsables. Se pueden dividir en implantes y cirugías irreversibles. Los implantes se utilizan de forma más frecuente. En su mayor parte se trata de la colocación de cápsulas o empaques artificiales, comúnmente formados por silicona antialérgica, que son implantados bajo el músculo pectoral para dar forma a los senos femeninos. El costo de los implantes es elevado; unas prótesis nuevas pueden rebasar los 3,000 dólares, más los costos de aplicación que pueden llegar a los 1,000 dólares, razón por la cual existe un mercado de intercambio y venta de implantes usados, sobre todo entre las trabajadoras sexuales.

Las cirugías irreversibles son aquéllas en las que algunos órganos y tejidos son extirpados del cuerpo con el fin de formar nuevas estructuras. Ante los altos costos de los antiandrógenos (sustancias bloqueadoras de la testosterona) que se utilizan para la terapia de reemplazo hormonal, algunas transexuales optan por la orquidectomía bilateral o extirpación de testículos.[11] Esta cirugía elimina permanentemente la producción de testosterona como parte de un proceso de feminización definitivo. Su costo rebasa los 1,500 dólares, más medicamentos. En algunos casos, las mujeres transexuales buscan la reasignación genital a través de la vaginoplastia, que es la construcción de un conducto vaginal a través de invertir el pene y utilizar el escroto como labios externos e internos.

Uso de hormonas

Un factor asociado a los riesgos de infección por VIH/SIDA es el uso de agujas y jeringas para la aplicación de hormonas y aceites con el fin de reafirmar la nueva identidad y poder "pasar" como integrante del género en proceso de adopción. El uso de hormonas feminizantes tiene como objetivo modificar el cuerpo masculino y provocar el desarrollo de características sexuales secundarias como senos y caderas.

El uso y común abuso de hormonas es parte de un debate constante al interior de la población transgénero y transexual, y el acceso a las hormonas forma parte de todos los proyectos legislativos de identidad de género presentados en México.

Un sector de la población transexual ha basado su construcción de identidad de género en la posesión de características sexuales secundarias, en especial, la presencia de senos, mismos que se cree son producidos por el consumo de altas cantidades de hormonas femeninas. Esta creencia ha generado la difusión de mitos y costumbres peligrosas, como que las inyecciones de ampolletas de cuerpo amarillo, aplicadas directamente

en la glándula mamaria, provocarán el crecimiento de senos o que este mismo efecto puede lograrse combinando píldoras anticonceptivas con cerveza.

En realidad, el uso inadecuado de hormonas puede ser altamente dañino para las personas transexuales, sobre todo si no se está consciente de los efectos que pueden provocar en el hígado y los riñones, además de los daños irreversibles en los genitales, sus funciones, así como en el estado emocional.

En lo relativo al VIH/SIDA, estos riesgos pueden incrementarse cuando no se cuenta con la adecuada supervisión médica para el uso de hormonas. Asimismo, el reemplazo de hormonas genera algunos efectos colaterales necesarios para la modificación física, como detener el crecimiento de vello facial sobre el labio y la barba y frenar la pérdida de cabello en la cabeza (alopecia). El tratamiento de reemplazo hormonal completo requiere la combinación de hormonas feminizantes con antiandrógenos.

Hormonas feminizantes (estradiol y progesterona)

Hormonas de consumo oral

Están formadas por estrógeno, generalmente etinilestradiol y un progestágeno. El estrógeno tiene una actividad "antiandrogénica", ya que aumenta las concentraciones de la globulina transportadora de hormonas sexuales y disminuye los niveles de testosterona libre. Tiene un efecto antigonadotropo.

La forma más común de conseguir esta fórmula es a través de pastillas anticonceptivas. La mayor parte de éstas contienen estradiol y algunos derivados de la progesterona. Es común también la utilización de compuestos hormonales para mujeres en fase de menopausia, como estrógenos conjugados o estrógenos al 2% utilizados como terapia de sustitución hormonal para el tratamiento de los signos y síntomas ocasionados por la deficiencia estrogénica debida a la menopausia.[12]

Hormonas inyectadas

Las más comunes son inyecciones anticonceptivas aplicadas en ciclos de una semana a quince días. Varían desde las versiones más económicas de combinaciones de estradiol, hasta inyecciones de sustancias de contenidos hormonales concentrados (caproato de hidroxi-progesterona y valerato de estradiol en solución oleosa) de 250 o de 500 mg.[13]

Están también las ampolletas de cuerpo amarillo fuerte, compuestas por progesterona pura[14] que, como se dijo, suelen inyectarse en la base de los senos con la falsa creencia de que la progesterona directa acelera el crecimiento de las mamas.

Otra opción es el valerato de estradiol utilizado en estrógeno de depósito para el tratamiento de las amenorreas primaria y secundaria, hipoplasia uterina, y es recomendado para mujeres jóvenes con ovariectomía o castración actínica por enfermedades no neoplásicas, operaciones ginecológicas y hemorragias funcionales.[15]

Otros

Otras formas de proveerse de hormonas femeninas se dan a través del uso de parches cutáneos o de la aplicación de cremas y gel, como cremas para la piel de los senos.[16,17]

Antiandrógenos (ciproterona, flutamida)

El uso de antiandrógenos se fundamenta en el bloqueo de la producción de la testosterona, lo que permite una mayor acción de las hormonas femeninas en el cuerpo. Sus efectos a largo plazo son la esterilidad y la suspensión de funciones genitales como la erección y la eyaculación.

La mayor parte de los antiandrógenos se utilizan como parte de tratamientos para el control del crecimiento de la próstata o para compensar los efectos de una acentuada producción de testosterona, como en el caso de la caída de cabello y la utilización del antiandrógeno finisterida. Por su alto costo y por sus efectos no son muy utilizados por las trabajadoras sexuales que tienen que representar un papel activo (de penetración) en sus clientes.[8]

Antiandrógenos esteroideos o impuros

Estos antiandrógenos tienen una estructura esteroidea y, además de bloquear la producción o asimilación metabólica de la testosterona, poseen otros efectos hormonales, por lo que se les conoce como antiandrógenos "impuros".

Uno de los más utilizados en la terapia de reemplazo hormonal de transexuales de hombre a mujer es el acetato de ciproterona, un antigonadotrópico cuyos efectos se dirigen a bloquear las funciones testiculares. Algunas veces se utiliza en procesos previos a una cirugía de extirpación de testículos (orquidectomía), combinado con otro antiandrógeno que se encarga de nulificar la testosterona producida por el cuerpo y liberada al torrente sanguíneo. El acetato de ciproterona es también combinado en dosis de 2 mg con etinilestradiol como tratamiento para el acné.

Espiridolactona

La espironolactona es el antiandrógeno más usado en los Estados Unidos en terapia de reemplazo hormonal para mujeres transexuales. Además de su actividad como antiandrógeno posee una actividad antimineralocorticoide con efecto diurético y de ahorro de potasio. Sus efectos secundarios varían desde la ligera toxicidad hepática hasta problemas abdominales, falta de concentración, etc.

Antiandrógenos no esteroideos o "puros"

Se denominan antiandrógenos puros, ya que no poseen otra actividad salvo la de bloquear la hormona masculina. El más usado es la flutamida, que es un antiandrógeno no esteroide que inhibe la translocación del receptor de andrógeno desde el citoplasma hacia el núcleo, en el hipotálamo y la próstata.[18] Como efecto secundario, la flutamida produce ginecomastia o crecimiento de los senos.

Los comprimidos de flutamida de 250 mg son usados en el tratamiento del carcinoma de próstata avanzado, bajo una indicación médica de supresión de los efectos de la testosterona. Sin embargo, el consumo de este antiandrógeno sin control genera riesgos para las personas con alteración de la función renal. En este sentido, puede generar niveles elevados de transaminasas séricas, ictericia colestática, necrosis hepática y encefalopatía hepática. Las alteraciones hepáticas son reversibles tras la interrupción del tratamiento, aunque se tienen reportes de casos de muerte tras lesiones hepáticas severas en pacientes tratados con flutamida.

La reacción secundarias más frecuente, y buscada por las mujeres transexuales, es la tensión mamaria, en ocasiones acompañadas de galactorrea. Sin embargo, se pueden producir alteraciones nodulares mamarias, mismas que desaparecen al interrumpir el tratamiento o disminuir la dosis.

Al inicio del tratamiento con flutamida en monoterapia puede aparecer rubor, alteraciones en la pauta de crecimiento del pelo e incrementos reversibles de la testosterona sérica. La elevada incidencia de ginecomastia observada durante el tratamiento con flutamida en monoterapia disminuye de forma significativa con la terapia combinada.

Orquidectomía bilateral como sucedáneo de antiandrógenos

Una alternativa a estos tratamientos es la orquidectomía bilateral, con la cual se extirpan los testículos y se suspende la producción de testosterona.

Esta cirugía es utilizada por mujeres transexuales que han pasado por un periodo de uso de antiandrógenos y han producido efectos permanentes en sus gónadas. Se practica principalmente en Europa, donde es vista como un paso más hacia la reasgnación quirurgica genital. No obstante, hay quien la considera como una fase final del proceso transexual, ya que los testículos son los generadores de testosterona y, por lo tanto, para muchas transexuales simbolizan las conductas que rigen el concepto de lo masculino como: la competitividad, la agresividad y el apetito sexual compulsivo.[11]

Entre los efectos de la orquidectomía está la ginecomastia y la feminización del cuerpo en caso de continuar con la ingesta de hormonas femeninas. Por ello, los especialistas recomiendan una baja en el consumo de hormonas.

Los efectos de esta cirugía son una considerable pérdida de apetito sexual por la falta de testosterona, erecciones cada vez más escasas y débiles, síntomas similares a una menopausia en la mujer (bochornos, cansancio repentino, cambios radicales de humor) y, a la larga, osteoporosis.

En Europa y Estados Unidos, el acceso a esta cirugía, tanto como a la vaginoplastia, requiere de la eva-

luación de un especialista en psicología, sexología o psiquiatría, debido a la irreversibilidad de ambos procedimientos.

Uso de aceites

Ante la falta de acceso a implantes o tratamientos hormonales adecuados, es común que las mujeres transexuales recurran al uso de aceites minerales para modelar femeninamente su busto, glúteos, caderas o piernas, e incluso para moldear los labios. Esta práctica representa un serio problema de salud, desde el proceso de inyección, por el uso de jeringas, y debido al riesgo de necrosamiento de los tejidos provocado por la invasión de sustancias semilíquidas inorgánicas.

En muchos casos, las transexuales han utilizado aceite de cocina doméstico con fines cosméticos y, en casos más extremos, se han inyectado incluso aceite de maquinaria pesada, de avión o de barco, según ha sido reportado por trabajadoras sexuales transexuales del Puerto de Veracruz.

La aplicación de estos aceites es sumamente dolorosa y, en ocasiones, requiere de un acompañamiento psicológico, por lo que se realizan sesiones en las que varias transexuales son inyectadas simultáneamente en un proceso que se conoce como "arponeo".

Los efectos secundarios de la aplicación de estos aceites van desde el necrosamiento de los tejidos hasta el escurrimiento del aceite inyectado hasta los pies. Sus manifestaciones van del amoratamiento de la piel hasta la deformación de las estructuras creadas por las inyecciones.

Implantes, prótesis y cirugías faciales

Otros métodos para feminizar el cuerpo son la colocación de prótesis o implantes en zonas específicas. Estos dispositivos son muy costosos, pero su demanda ha generado el surgimiento de un mercado de reciclaje de implantes, principalmente mamarios, cuya duración no suele ser mayor de 10 años. En este mercado, el costo de los implantes puede reducirse a la tercera parte de lo que cuestan nuevos, además de permitir cierta negociación para el pago e incluso trueques entre las transexuales.

Esta práctica es muy común entre las trabajadoras sexuales, pero conlleva riesgos que van desde infecciones por la falta de adecuada esterilización del implante, hasta el uso de implantes dañados o mal colocados en el cuerpo. Esto ocurre debido a la participación de personas sin el entrenamiento médico o de cirugía plástica, quienes realizan cirugías con prácticas inseguras y dolorosas para las pacientes, como la aplicación de implantes endomusculares con anestesia local.

La búsqueda de un cuerpo más femenino entre las transexuales ha generado una industria de pseudocirujanos plásticos que ofrecen desde rinoplastias hasta reasignaciones genitales (que en la mayoría de los casos se reducen a castraciones sin la construcción de una neovagina) con costos obviamente mucho menores que los de un médico calificado.

7. Sexualidad

Un factor que genera confusión en la población en general tiene que ver con la preferencia sexual de las mujeres transgénero y transexuales, de quienes comúnmente se cree que se encuentran atraídas hacia los hombres (androfilia). No obstante, la realidad es que una buena parte de estas mujeres se reconoce sexualmente como bisexual e incluso como lesbiana.

Un estudio realizado por la Universidad de Minnesota entre la población transgénero femenina encontró que 56% de la muestra sentía atracción sexual hacia las mujeres (translesbianismo).[7] Sin embargo, algunos estudios señalan que las transexuales utilizan las relaciones sexuales con hombres como una forma de reafirmar su identidad femenina, al subrayar la dicotomía heterosexual hombre-mujer.[7]

Como ya se señaló, la interacción de las hormonas femeninas, sobre todo a través del uso de antiandrógenos, genera disfunciones en el desempeño genital de las transexuales. Estas disfunciones fueron registradas por el equipo de Walter Bockting en Estados Unidos, en un estudio cuyos resultados indicaron que 38% tenía problemas para excitarse sexualmente, 34% presentaba un deseo sexual muy bajo, 28% tenía dificultades para alcanzar el orgasmo con una pareja, y 35% tenía problemas para alcanzar el orgasmo por masturbación.[7]

En el caso de las trabajadoras sexuales transgénero y transexuales, la actividad sexogenital es vista desde una perspectiva laboral y no afectiva, misma que produce en ocasiones un conflicto emocional y de identidad cuando los clientes solicitan ser penetrados o que se les practique el sexo oral. Los siguientes testimonios dan muestra de ello:

> Es muy desagradable, prefiero desconectarme. Te pasas horas y horas hechizándote para verte *guapa, regia*, y de repente te piden que seas como hombre. (Paty, Guadalajara, Jalisco.)

> A veces tengo que hacerlo. Si no lo haces, no comes mamacita. Pero lo único que sí no hago es prestarles mis medias o mi ropa íntima. (Karen, Hidalgo.)

Ante las demandas de los clientes, algunas optan por utilizar medicamentos vasodilatadores como el Viagra para poder continuar con su proceso hormonal y satisfacer al cliente.

Por otro lado, el Departamento de Salud de Minnesota realizó una serie de estudios comportamentales en los que encontró que en la sociedad existen diversos mitos sobre el VIH/SIDA que se reflejan en la comunidad transgénero de una forma particular. Uno de estos mitos consiste en creer que al cambiar la preferencia sexual de homosexual, *gay* o lesbiana hacia un rol heterosexual, o cambiar de rol masculino a femenino, proporciona una protección contra el virus sin tener que modificar los comportamientos de riesgo.

Riesgos particulares del trabajo sexual

Dentro del trabajo sexual es común acudir al sexo oral para lograr que los clientes tengan una erección, sobre todo, cuando éstos se encuentran en estado de ebriedad o bajo los efectos de estupefacientes.

El sexo oral es el más solicitado a las trabajadoras sexuales transgenéricas. Uno de los riesgos más comunes para la transmisión sexual del VIH y otras ITS es la colocación del preservativo con la boca, ya que puede producir la ruptura del látex y, con ello, generar el riesgo de infecciones.

En el plano de los comportamientos de riesgo, el uso constante de alcohol y estupefacientes, así como la combinación de ambos, produce una baja en la conciencia tanto en las trabajadoras sexuales como en los clientes, lo que también eleva el riesgo de contagio por una mala utilización del condón.

Los clientes

La relación entre las trabajadoras sexuales transgenéricas con los clientes suele ser distante y trata de ajustarse al menor tiempo posible.

Es común que los clientes que buscan una relación activa sean vistos como homosexuales que temen asumir su atracción hacia los hombres e intentan disimularla relacionándose con una mujer transexual. Desde la perspectiva de algunos clientes, el sexo con una mujer transgenérica o con un homosexual travesti es la oportunidad de vivir una fantasía con una nueva opción erótica.

Otro de los factores de atracción de los clientes hacia las trabajadoras sexuales transgenéricas es la magnificación de ciertas características femeninas. Uno de los comentarios más comunes entre los clientes es que ven a las transgenéricas "más femeninas que a las mujeres", por la exhibición acentuada de glúteos, senos y piernas sumamente desarrolladas, así como el uso de minifaldas brillantes, elementos todos que parecen tener un fuerte valor erótico.

8. Posibles riesgos de combinación de hormonas con ARV

Aunque en la actualidad se encuentra en estudio los efectos de la combinación de medicamentos antirretrovirales con el uso de hormonas, es necesario realizar estudios o tener conocimiento de la situación hepática o renal de las mujeres transexuales que viven con VIH. Esto debido a los efectos que producen en el hígado los procesos metabólicos de la progesterona y el estradiol para la construcción de cuerpos grasos en senos, caderas y piernas. Por esto, es importante saber si la persona se encuentra bajo un proceso hormonal por vía oral, cuyos efectos en el hígado serían mucho más intensos que con el uso de hormonas inyectadas.

Hay que tomar en consideración los efectos de lipodistrofia producidos por algunos ARV y su combinación con los efectos de producción de grasa del es-

tradiol. Asimismo, algunas investigaciones en proceso alertan sobre una baja de la eficacia antiviral en la combinación del amprenavir (Agenerase) con anticonceptivos orales.

Un estudio realizado y publicado en Washington mostró que algunos medicamentos antirretovirales pueden alterar los niveles de estrógenos. Este efecto podría estar limitado a algunos medicamentos como el amprenavir (Agenerase) y la pro-droga fosamprenavir (Lexiva). En el estudio se administró amprenavir con ethinyl estradiol a 10 pacientes durante 28 días. El resultado fue una reducción significativa en las concentraciones de suero del amprenavir, lo que siguiere que esta combinación puede llevar a una pérdida del control virológico y de resistencia del amprenavir.

El amprenavir ha sido paulatinamente reemplazado por el foramprenavir, pero se presume que la interacción de los compuestos de estrógeno con esta droga es la misma. Aunque aún no se ha demostrado completamente una falla virológica en la aplicación del tratamiento, la Guía Terapia Antirretroviral (DHHS Antiretroviral Therapy Guidelines) recomienda no coadministrar anticonceptivos orales con el amprenavir o el fosamprenavir.[19]

En el caso de las mujeres transexuales, es común la ingesta de más de una tableta anticonceptiva. Muchas de ellas, acostumbran ingerir diario estrógenos conjugados o píldoras de estrógeno, lo que podría generar efectos contrarios en el tratamiento para transexuales con VIH.

9. Trato e intervención medica directa con mujeres transgénero y transexuales

Como sucede en muchos grupos, las mujeres transgenéro o transexuales han desarrollado su propio código cultural, mismo que incluye sistemas de expresión oral, visual y de comportamiento.

Los códigos de identidad existen en prácticamente todos los grupos sociales como, por ejemplo, con el *slang* o argot de los jóvenes, de los inmigrantes, etc. Los elementos de lenguaje y de expresión conforman, a su vez, un elemento de identidad que debe ser conocido e integrado a los esfuerzos de aproximación hacia la población transgenérica, sobre todo en lo relativo a la creación de campañas informativas y de prevención.

Este punto es de suma importancia, ya que en muchas ocasiones de él depende que las transgenéricas o transexuales inicien y den seguimiento al tratamiento contra el VIH/SIDA, o lo rechacen totalmente.

Es necesario iniciar la capacitación del personal médico encargado de atender a personas con VIH con sensibilización sobre la problemática de las personas transgenéricas o transexuales, en vez de desarrollar actitudes despectivas. Es necesario que el abordaje se haga desde la perspectiva de la identidad. Esto significa que si la persona se acerca al servicio de salud con una historia de vida de mujer, debe considerarse la lucha por su personalidad y no determinar su identidad sólo por su anatomía o su nombre oficial.

El personal médico debe preguntar a las mujeres transgenéricas por el nombre con el que se identifican y tratarlas conforme a la identidad que han desarrollado, sin utilizar su nombre oficial. Esto implica también utilizar el pronombre personal adecuado al género que la persona ha definido para sí.

Normalmente, las mujeres transgenéricas o transexuales enfrentan una situación de vulnerabilidad particular, pues en la mayoría de los casos no mantienen relaciones familiares y presentan un desgaste psicológico por la exposición a la discriminación provocada por el estigma. Ante esta situación, se recomienda evitar los comentarios condenatorios o de juicio, sobre todo si la persona realiza trabajo sexual. En este sentido, debe mantenerse el carácter laico de las instituciones estatales. Los comentarios despectivos, las bromas y burlas deben ser eliminados en la atención a las pacientes transexuales y transgénero, sobre todo si su apariencia se aleja del estereotipo o imagen de la mujer.

Asimismo, quienes dan atención a las mujeres transgenéricas deben estar capacitados en lo referente a la necesidad que tienen estas pacientes de continuar un tratamiento hormonal, mismo que podría ser contrario al tratamiento antirretroviral. En este caso, el personal de salud debe tener la sensibilidad suficiente para explicar a la paciente las razones por las que no debe continuar con el uso de hormonas. Para esto, se sugiere resaltar la importancia de la vivencia del género más allá de las

modificaciones del cuerpo, lo que permitirá a la paciente continuar viviendo con su identidad femenina (o masculina, en el caso correspondiente) y aplicarse el tratamiento antirretroviral que corresponda.

10. Glosario de términos usados por mujeres trans

Antena: pene
Bicho: VIH
Bubis: senos
Bufar: presumir, agredir con sarcasmo
Chacal: hombre caza travestis
Francés: felación
Hechizo: arreglo femenino extremo
Jugo: medicamentos contra el VIH
Liosa: trans conflictiva
Mujertzz: trans con hechizo
Mujer con antena: trans no reasignada genitalmente
Muñeco o "Chucky": prótesis externa, de hule espuma para formar caderas y piernas
Operación Jarocha: reasignación genital
Panocha: mujer trans reasignada genitalmente
Tapada/o: travesti sin "hechizo", cliente homosexual
Vestida: travesti, hombre vestido de mujer

10. Referencias bibliográficas

1. Walsh FW, Solomon DA, Espinoza LR, Adams GD, Whitelocke HE. Human adjuvant disease. A new cause of chylous effusions. Archives of International Medicine. 149(5) mayo 1, 1989.
2. Davenport HG. Morir como Reina. Suplemento Letra S. México, 2004.
3. Keatley JG. Social Stigma Marginalization. Injections drugs and HIV risks among the MTF Transgender. University of California, San Francisco Health Studies for People of Color Project.
4. Stryker S. Whittle S. The Transgender Studies Reader. Routledge: New York, 2006.
5. Oppenheimer AF. La elección del sexo. Akal: Madrid; 1980.
6. Wikipedia. Estigma. Consultado el 30 de julio de 2008 en: http://es.wikipedia.org/wiki/Estigma
7. Bockting WO, Robinson BE, Forberg J, Sceltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risks in the transgender community. Aids Care 2005, abril 17(3):289-303.
8. Davenport HG. Las vulnerabilidades de la Eva Refundada: Riesgos del VIH en la población de mujeres transgénero y transexuales. En: SIDA: Aspectos de Salud Pública. CENSIDA/INSP: México, 2006.
9. Román Franco AP. Homofobia: Apuntes de su historia y realidad social. En: La Discriminación en México. México: UNAM/CONAPRED; 2005.
10. Valencia A. Aspectos psicosociales y neuropsiquiatricos en pacientes con infección por VIH. En: SIDA. Ciencia y sociedad en México. México: FCE; 1989.
11. Reid RW. Orchidectomy as a preliminary procedure prior to gender reassignment surgery. GENDYS '94, The Third International Gender Dysphoria Conference, Manchester Inglaterra. Londres: Gendys Conferences. http://www.gender.org.uk/conf/1994/reid94.htm
12. Transgender Care. The feminization regime. Consultado el 30 de julio de 2008 en: http://www.transgendercare.com/medical/resources/tmf_program/tmf_program_4.asp
13. In house pharmacy. Trangender. Consultado el 30 de julio de 2008 en: http://www.inhousepharmacy.com/transgender/transgender.html
14. ¡Dame hormonas! En: South Bay Diva News. 1(2) septiembre 2007. Consultado el 1 de agosto de 2008 en: http://www.chpscc.org/hiv/transpowerment/images/TransUnidas%20News2.pdf
15. Speroff L. Apreciación clínica del Women's Health Initiative. Consultado el 1 de agosto de 2008 en: http://encolombia.com/medicina/menopausia/Meno11205-apreciacion.htm
16. Seaman H. El riesgo de tromboembolismo venoso en mujeres medicadas con acetato de ciproterona en combinación con etinilestradiol: análisis de cohorte y estudio de casos y controles anidados. SIIC Salud. Documento electrónico, consultado el 30 de julio de 2008 en: http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05922017.htm
17. The University of British Columbia. La terapia hormonal en la menopausia. Documento electrónico, consultado el 30 de julio de 2008 en: http://www.ti.ubc.ca/es/node/120

18. Dahl M, Feldman JL, Goldberg J, Jaberi A. Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines. Vancouver, British Columbia: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support and Education Society, and Canadian Rainbow Health Coalition; 2006.
19. Grimaldi J, Jacobs J. The HIV hormone bridge: connecting impoverished HIV+ transsexual sex workers to HIV medical care. AIDSLine, ICA12/98406957. Documento electrónico, consultado el 30 de julio de 2008 en: http://www.aegis.com/aidsline/1998/dec/m98c1575.html

Actividades complementarias

Los alumnos investigarán qué organizaciones de la sociedad civil de su entidades, jurisdicción o municipio trabajan con población transgénero o transexual.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido del capítulo.

1. De acuerdo con el texto, las transexuales se han mantenido alejadas de los servicios de salud porque:

a. El personal de salud se niega a dar atención a personas transexuales.
b. Necesitan cuidados especiales que no les puede dar cualquier servicio de salud.
c. Se les ha incluido de forma errónea dentro de la categoría de hombres *gays* o HSH.

2. La autora afirma que la falta de condiciones de inserción social y opciones laborales empuja a las mujeres trasgénero al trabajo sexual:

a. Cierto.
b. Falso.

3. Es un factor de riesgo para adquirir el VIH en las mujeres transexuales:

a. Compartir agujas para inyectarse aceites y otras sustancias para modelar su cuerpo.
b. Los tratamientos de hormonación que ellas mismas se autoprescriben.
e. Acudir con pseudo médicos para colocarse implantes de busto.

4. Los esfuerzos para prevenir el VIH/SIDA en población transgénero femenina deben incluir:

a. Respeto a la identidad de género de todas las personas.
b. Capacitación en métodos preventivos para los hombres que buscan sus servicios sexuales.
c. Evitar comentarios condenatorios, despectivos y burlas.

5. La combinación de hormonas con el tratamiento antirretroviral:

a. Ha probado ser totalmente inocua.
b. De acuerdo con los estudios hechos hasta ahora, parece no ser recomendable.
d. Es recomendable sólo en determinados casos.

Respuestas

1. c
2. a
3. a
4. a, c
5. b

Capítulo 21

Epidemiología del VIH y migración

Fátima Estrada Márquez
Carlos Magis Rodríguez
Enrique Bravo García

Objetivo general

Conocer la situación respecto al VIH/SIDA de los inmigrantes de origen mexicano que viven en los Estados Unidos.

Objetivos específicos

- Conocer las estadísticas de migración de las y los ciudadanos mexicanos en Estados Unidos.
- Identificar la vulnerabilidad de esta población ante el VIH/SIDA en los Estados Unidos.
- Identificar los comportamientos de riesgo para contraer el VIH/SIDA en los que están incurriendo las y los migrantes mexicanos en los Estados Unidos.
- Identificar intervenciones efectivas para la prevención del VIH/SIDA en población migrante.

Introducción

En las últimas tres décadas y media el flujo neto anual de ciudadanos de origen mexicano que van a vivir a los Estados Unidos, es decir, la diferencia entre inmigración y emigración, se ha multiplicado más de 13 veces, en términos absolutos. En los años sesenta había un promedio anual de 26 a 29 mil personas que migraban a este país, en los noventa esta cifra ascendió a más de 300 mil migrantes por año y en los primeros cuatro años del presente siglo ha sido de cerca de 400 mil.[1]

Desde el inicio de la investigación sobre el VIH/SIDA se ha descrito la relación entre migración y VIH/SIDA.[2,3,4] Si bien México tiene una epidemia relativamente estable, varios investigadores han relacionado su desarrollo con el fenómeno de la migración a Estados Unidos.[5]

Las estadísticas muestran que la prevalencia de VIH en la población adulta de los Estados Unidos es de 0.6%.[6] En los últimos años, ha habido un incremento paulatino, pero constante, en el porcentaje de nuevos caso de VIH/SIDA en población de origen latino en los Estados Unidos, ya que en 2001 la proporción de latinos con VIH era de 16.5% y para 2005 esta cifra aumentó a 17.10%.[7,8,9]

Diversas investigaciones han mostrado que los mexicanos que emigran a los Estados Unidos para trabajar están participando cada vez más en conductas de alto riesgo que aumentan sus posibilidades de contraer el VIH. Algunas de ellas son: tener sexo con un número mayor de parejas, acudir con trabajadoras sexuales, utilizar el condón de forma inconsistente, consumir drogas e intercambiar jeringas para su consumo.[10]

Desde principios del siglo XX, diversos factores económicos, sociales y culturales han mantenido de forma permanente y en aumento la migración de personas de origen mexicano hacia los Estados Unidos.[11,12] Al inicio,

la principal razón de la migración se debía a cuestiones laborales pero con el paso del tiempo este patrón se ha ido modificando. Se ha dado un aumento en el tiempo de permanencia en los Estados Unidos, un incremento en la magnitud e intensidad de los flujos migratorios, así como de las redes de apoyo de migrantes permanentes, tanto documentados como indocumentados. Asimismo, se han ampliado las regiones de origen y destino, hay una tendencia a la configuración de un patrón migratorio de carácter nacional y no solamente regional. El perfil de los migrantes es cada vez más heterogéneo y hay una considerable diversificación ocupacional y sectorial.[13]

El aumento en el flujo de mexicanos hacia los Estados Unidos ha dado lugar a la conformación de una comunidad de origen mexicano de magnitud considerable que en 2003 era de 26.7 millones de personas, de las cuales cerca de 16.8 millones correspondía a los nacidos en Estados Unidos de ascendencia mexicana y 9.9 millones a la población nacida en México que reside legal o ilegalmente en ese país, lo que equivale a 9% de la población total de México y a 3.6% de la Unión Americana.[14]

En cuanto a las zonas de origen de las y los migrantes, México tiene cuatro grandes regiones:

- la región tradicional, integrada fundamentalmente por las entidades del Occidente del país y con añeja tradición migratoria a Estados Unidos;
- la región Norte, integrada por las entidades que hacen frontera con Estados Unidos, así como Sinaloa y Baja California Sur;
- la región centro, integrada por los estados del centro del país contiguos al Distrito Federal y al Estado de México, y
- la región Sur-Sureste, de reciente incorporación al fenómeno migratorio y que está formada por las entidades federativas del Sureste mexicano.[15]

De los 9.9 millones de migrantes que en 2003 residían en los Estados Unidos, la mayoría de ellos (51%) provenían de la región tradicional; poco más de una quinta parte (21%) de la región Norte; poco menos de una quinta parte (18%) de la región centro y apenas una décima parte (10%) de la región Sur-Sureste.

Sin embargo, el análisis de las tasas netas de migración internacional permite advertir que, aunque los estados de la región tradicional continúan presentando las mayores tasas de migrantes —con mención especial para Zacatecas, Michoacán y Guanajuato—, otros estados como Morelos e Hidalgo, de la región centro, y Guerrero y Oaxaca de la región Sur-Sureste, están emergiendo como puntos importantes de origen de la migración, con tasas similares a las que prevalecen en la región tradicional.[15]

En cuanto a los lugares de destino, a pesar de que la migración mexicana se está expandiendo en casi toda la Unión Americana, casi dos tercios de esta población se concentra en los cuatro estados que hacen frontera con México: California es el estado con mayor número de mexicanos, con 4.7 millones, seguido de Texas con 2.2 millones, Arizona con 614 mil y Nuevo México con 120 mil.[10]

Entre los migrantes mexicanos que viven en los Estados Unidos predomina la presencia masculina con 55% del total, lo que significa que hay 116 hombres por cada 100 mujeres; sin embargo, la migración femenina es cada vez mayor. La mayoría de los mexicanos en los Estados Unidos son jóvenes en edad productiva, con una edad promedio de 34 años, dos años inferior a la edad promedio de la población nativa. Así, 87% de los inmigrantes mexicanos se encuentra en el rango de 15 a 64 años de edad.[17]

A pesar de que la cantidad de personas de origen mexicano o mexicanos es cada vez mayor en el país vecino, sigue habiendo muchos rezagos en cuanto a las oportunidades para obtener trabajos bien remunerados, educación y salud. Apenas uno de cada cinco migrantes de origen mexicano tiene la ciudadanía estadounidense (21%); entre las mujeres el porcentaje con ciudadanía es de 24% y en los hombres de 21%. Siete de cada 10 mexicanos residen en un hogar con cuatro o más miembros. Poco más de la mitad de mexicanos en los Estados Unidos (5.4 millones) carece de todo tipo de cobertura de salud, lo que contrasta ampliamente con el resto de los inmigrantes y la población nativa, cuyos porcentajes son de 25 y 13% respectivamente.

Actualmente, se estima que existen en los Estados Unidos 35 millones de pobres, de los cuales 5.8 millo-

nes son inmigrantes. Alrededor de 2.6 millones de los mexicanos que residen en la Unión Americana se encuentra en situación de pobreza, siendo ésta mayor en las mujeres que en los hombres, con 29% y 22% respectivamente.[18]

Vulnerabilidad de la población migrante ante el VIH/SIDA

La vulnerabilidad social se refiere a la relativa desprotección en la que se puede encontrar un grupo de personas —sean migrantes, gente pobre, grupos amplios de jóvenes y mujeres, minorías sexuales, personas con nivel educativo bajo y otros grupos que viven al margen del sistema— frente a potenciales daños a su salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, debido a sus menores recursos económicos, sociales, y legales.[19]

La vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y las desigualdades sociales que exigen respuestas en el ámbito de la estructura social y política. La vulnerabilidad permite reconocer que las condiciones sociales también colocan a las personas en situaciones de riesgo para contraer la infección del VIH/SIDA. En este marco, las acciones de los gobiernos y las y los ciudadanos para luchar contra la inequidad social fortalecen las estrategias que las personas pueden desarrollar para cuidar de su salud.

En el caso de los migrantes, los factores sociales y económicos que definen las situaciones de riesgo tienen poco que ver con los factores individuales, ya que se trata de situaciones de riesgo en contextos de vulnerabilidad social. Estos grupos derivan su vulnerabilidad de la afectación que sufren sus derechos más elementales tanto en su lugar de origen, como en los sitios de tránsito y en el lugar de destino.[20]

Los derechos humanos constituyen el mínimo de garantías a las que todo ser humano tiene derecho, independientemente de su origen étnico, edad, sexo, nacionalidad, preferencia sexual, clase social o forma de pensar. Los derechos humanos se caracterizan por ser:

- *Universales*: Pertenecen a todas las personas por igual.
- *Irrenunciables*: Pertenecen a cada ser humano, no pueden trasladarse de una persona a otra. Cada uno tiene la facultad de exigir y disfrutar de sus derechos y no puede renunciar a ellos.
- *Jurídicamente exigibles*: Deben estar reconocidos por constituciones, leyes y tratados para poder exigir que se respeten y se cumplan.
- *Integrales, únicos e indivisibles*: Conforman un cuerpo único que no se puede dividir.

Tienen una raíz común que es el respeto a la persona humana, por eso no se puede sacrificar un derecho con el pretexto de defender otro. Las personas deben gozar de todos sus derechos para vivir con dignidad.

La frecuente violación de los derechos humanos de los migrantes durante su trayecto y estancia en los Estados Unidos dificulta comportamientos preventivos para la infección del VIH y el acceso al tratamiento, así como a los cuidados médicos que se requieren.

Los migrantes se encuentran en una posición de vulnerabilidad social que determina un mayor riesgo ante el VIH/SIDA por haber abandonado su lugar de origen para insertarse en una cultura con creencias, comportamientos, economía e idioma diferentes, donde tienen un nivel de vida que no es comparable con el de los ciudadanos del país de destino.

Comportamientos de riesgo de la población migrante

Tanto los mexicanos que emigran a los Estados Unidos para trabajar, como muchos de los que regresan a su patria, están participando cada vez más en conductas de alto riesgo que les exponen a mayores posibilidades de contraer el VIH, especialmente considerando que suelen quedar al margen de los programas de prevención del VIH.[21]

Es importante recalcar que la prevalencia de VIH en adultos en los Estados Unidos es de 0.6%, mientras que en México es de 0.3%, lo que significa que los migrantes mexicanos en este país tienen un riesgo mayor de adquirir el VIH, comparado con la población que vive en México.

Para finales de 2001, se reportaron 816,157 casos acumulados de VIH/SIDA en Estados Unidos, lo

que significa una incidencia acumulada de 285.4 por 100,000 personas. En el mismo periodo en México se registraron 51,914, es decir, una incidencia acumulada de 51.7 por 100,000 habitantes. Si se comparan estos dos índices, el riesgo de contraer el VIH en los Estados Unidos es 5.5 veces mayor que en México.[22]

Los primeros casos de infección por VIH que se registraron en México involucraban a personas que habían vivido en los Estados Unidos. Esta proporción disminuyó hasta 41.3% para 1991. Sin embargo, en los estados donde existe un índice de migración alto, como Jalisco y Michoacán, el porcentaje de casos de VIH/SIDA con antecedentes de migración se mantiene en un porcentaje mayor a 20%, seguidos por los estados de Nayarit, Nuevo León, Coahuila y el Distrito Federal, con proporciones mayores a 15%.[22]

En Estados Unidos se han llevado a cabo pocos estudios para medir la prevalencia de VIH en migrantes mexicanos. Dos pequeños estudios serológicos realizados hace poco más de 10 años con trabajadores del campo en el estado de California no encontraron ningún caso de infección; sin embargo, sí se encontraron comportamientos de riesgo importantes en esta población.

Uno de estos estudios se realizó en el condado de Orange y mostró que los migrantes acostumbran ir con trabajadoras sexuales, muchas de las cuales estaban infectadas por VIH a causa del uso de drogas inyectables. El otro estudio se llevó a cabo en el Norte de California en 1994 y encontró que 38.5% de los migrantes habían pagado para tener sexo, pero únicamente 30.8% había utilizado condón.

De 1996 a 1997, se realizó un estudio de intervención en hombres trabajadores temporales en un condado del Norte de San Diego y se halló que 70% de los encuestados habían tenido sexo con trabajadoras sexuales antes de la intervención y sólo 23% había utilizado condón. Después de la intervención, 97% de quienes estaban en el grupo de intervención I y 92% en el grupo de intervención II reportaron haber utilizado condón cuando tuvieron sexo con trabajadoras sexuales en registros subsecuentes. Otros estudios han mostrado que no es común que los migrantes mexicanos utilicen drogas inyectables, sin embargo, sí es frecuente que compartan agujas para inyectarse vitaminas y antibióticos, lo que también es un riesgo para contraer el VIH/SIDA.[23]

Dos estudios recientes realizados por la Iniciativa California-México contra el SIDA —programa coordinado conjuntamente por el Centro Nacional de Prevención y el Control del VIH/SIDA de México y la oficina del rector de la Universidad de California— muestran índices crecientes de infección por VIH entre los migrantes mexicanos en México y California. El estudio encontró que 0.6% de los migrantes mexicanos que se sometieron a pruebas en California, y 1.1% de los migrantes rurales adultos encuestados en México estaban infectados por VIH. Esta última cifra es más de tres veces superior a las tasas de la infección notificadas por la población mexicana en general, entre las edades de 15 a 49 años.[24]

La investigación previa muestra que los migrantes mexicanos en California exhiben conductas de alto riesgo para contraer el VIH. En 2004, los investigadores del programa University Wide AIDS Research Program (UARP), de la Universidad de California, encontraron que alrededor de 10% de los hombres encuestados habían tenido relaciones sexuales con hombres, mientras que 11% recibía dinero a cambio de favores sexuales, y 51% había utilizado por lo menos una droga ilegal en los 12 meses anteriores al estudio. Alrededor de 58% de los migrantes dijo haber tenido contacto vaginal sin protección en su última relación con compañeras sexuales no habituales, mientras que 85% reportó haber tenido sexo vaginal sin protección con su pareja. Los migrantes también señalaron que 25% de sus compañeras sexuales eran trabajadoras sexuales, y 20% dijeron que su relación sexual más reciente había sido bajo los efectos de drogas o alcohol.

De acuerdo con un informe realizado por investigadores de El Colegio de México, los migrantes tienden a cambiar su comportamiento sexual con el cambio en el estilo de vida y su contacto con la cultura estadounidense. Por ejemplo, puede que el número de parejas sexuales se eleve en los hombres al viajar de un lado a otro. La soledad, su aislamiento y la falta de mujeres en su vida, así como su llegada a una sociedad más permisiva puede hacer que los migrantes tengan relaciones sexuales con otros hombres o con trabajadoras sexuales que utilizan drogas inyectables de forma habitual.[25]

Prevención y atención del VIH/SIDA para migrantes

Las respuestas al VIH/SIDA para los migrantes empiezan con la creación de un entorno propicio que tiene tres componentes:[26]

1. La capacidad de protegerse a uno mismo tomando decisiones informadas y recibiendo apoyo en esas decisiones.
2. Programas de prevención específicos basados en las limitaciones psicológicas, sociales y culturales y en las oportunidades de los migrantes.
3. El acceso a la atención y apoyo respetuosos para los migrantes que viven con el VIH/SIDA.

Para establecer un entorno con estas características se necesitan diversas estrategias, entre las que figuran las siguientes:

Intervenciones respetuosas con los migrantes

Una regla básica es que las intervenciones para la prevención y atención del VIH/SIDA destinadas a los migrantes deben ofrecerse en el idioma apropiado y adaptarse al contexto cultural del grupo específico. [27]

Movilización de las comunidades de migrantes

Las actividades de prevención y atención del VIH/SIDA son más eficaces cuando las llevan a cabo las personas a quienes van dirigidas. Son los miembros de las comunidades destinatarias los que serán más capaces de evaluar sus propias vulnerabilidades y proponer soluciones eficaces. La experiencia demuestra que en las comunidades migratorias, como en cualquier otra comunidad, hay personas y asociaciones que están dispuestas a hacer contribuciones importantes para prevenir el VIH/SIDA y para asegurar el acceso de los miembros de sus propias comunidades a la atención. Si se les ofrecen los medios y recursos necesarios, los miembros de la comunidad pueden proporcionar educación entre pares —y apoyo para el cambio de comportamiento y las necesidades de salud— que será más eficaz que la que imparte educadores externos. En colaboración con asociados de los países receptores, las comunidades migratorias también pueden movilizarse para influir en las políticas que les afectan.[27]

Con frecuencia es posible compartir materiales y mensajes entre las comunidades de origen y de destino. Se debe involucrar a los migrantes en el diseño y la ejecución de las intervenciones. Esta aportación de la comunidad asegurará que las intervenciones sean pertinentes y también ayudará a encontrar medios para vencer los obstáculos en la prevención del VIH/SIDA.

Otra medida para asegurar la eficacia de la prevención es cerciorarse de que los preservativos estén disponibles, al igual que los servicios de salud reproductiva, incluido el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

También puede proporcionarse información sobre el VIH/SIDA cultural y lingüísticamente apropiada por medio de campañas en los medios de comunicación, representaciones teatrales en la calle, sesiones educativas en grupos pequeños y educación entre pares. Para asegurar su sostenibilidad, las estrategias de intervención deberán vincularse a las asociaciones de migrantes, a las autoridades locales y a las ONG locales.

También deben establecerse relaciones entre las comunidades de origen y las receptoras, así como abordar los factores que pueden marginar a la población migrante. Entre esos factores figuran la pobreza, la discriminación, la segregación y la falta de estatuto jurídico.[26]

Enfoque en las zonas de riesgo

Un enfoque esperanzador es el que no se centra únicamente en grupos o individuos, sino en los lugares o zonas en donde pueden presentarse los riesgos. El enfoque en las zonas de riesgo propone intervenciones en los lugares por los que pasa un gran número de población migrante, por ejemplo en la Casa del Migrante, las estaciones de autobuses o de trenes, o bares en las ciudades fronterizas.[27]

La ventaja de ese enfoque es que se centra en más de uno o dos grupos específicos (como los camioneros y los profesionales del sexo) y abarca a todas las personas potencialmente expuestas en la zona (como los migrantes que circulan por ahí).

Enfoque transfronterizo

Los enfoques transfronterizos creativos son los que interconectan las oportunidades en el país de origen y en

el de destino. Proporcionan información sobre la prevención del VIH y los servicios de atención a las personas que se desplazan entre estos países. Estos enfoques pueden entrañar esfuerzos entre los respectivos gobiernos con miras a establecer y armonizar contactos, políticas y programas para los grupos migratorios. [27]

También pueden implicar el establecimiento de alianzas entre ONG internacionales y regionales más allá de las fronteras o la creación de asociaciones de autoayuda y apoyo por las propias comunidades a ambos lados de la frontera.

Estrategias que han probado ser exitosas para la prevención del VIH en población migrante

Debido a las especificidades del proceso migratorio, hay poca información científica que permita decir cuáles son las mejores prácticas para trabajar con las personas migrantes. Sin embargo, se sabe que los medios de comunicación culturalmente específicos como la lotería, las fotonovelas, el radio y las telenovelas, en conjunto con la difusión de información preventiva entre pares o promotores, han sido medios efectivos.

Las intervenciones que se han realizado entre trabajadores agrícolas migrantes en Estados Unidos con fotonovelas y radionovelas han demostrado ser efectivas para disminuir las prácticas sexuales no protegidas. Sin embargo, es importante que la distribución de materiales se acompañe de consejería e información, ya que la sola distribución de ese material no garantiza ningún cambio.[28]

Es mejor que la información se otorgue de manera que le resulte familiar a la población y brindarla de acuerdo con el nivel de educación que tienen las personas e incluir materiales para personas analfabetas.

Una manera más eficaz es utilizar medios de comunicación culturalmente específicos en combinación con consejería basada en las "etapas del cambio", las cuales son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.[29]

Al mismo tiempo, se debe tomar en cuenta que existen factores que favorecen o entorpecen el avance hacia la adopción de un nuevo comportamiento, entre ellos se encuentran:

1. La percepción del riesgo: el convencimiento de que una determinada conducta representa un peligro que tendrá consecuencias personales.
2. Autoeficacia (poder personal): el convencimiento de la capacidad para tomar acciones para reducir el riesgo, aún en circunstancias difíciles.
3. Eficacia de la respuesta (confianza en la solución): la creencia firme que las acciones tomadas son efectivas para protegerse.
4. Normas sociales: percepción de la aprobación o desaprobación de las demás personas para adoptar medidas de prevención.
5. Actitud: las creencias y los sentimientos favorables o desfavorables hacia la adopción de un determinado comportamiento.
6. Accesibilidad a recursos como productos, servicios e información: la habilidad para obtener los medios necesarios para protegerse.

En el caso del VIH/SIDA las conductas que se espera obtener con el cambio de comportamiento pueden ser las siguientes: abstinencia (de penetración, o retraso de inicio de vida sexual), reducción del número de parejas, uso de condón con todas las parejas sexuales, uso de lubricante a base de agua, diagnóstico y atención de ITS, consejería y pruebas voluntarias de VIH/SIDA, educación e información a través de pares respetados por la comunidad.

Es importante también sensibilizar a la población general sobre el VIH/SIDA antes de trabajar con los grupos vulnerables, que regularmente son los que están expuestos a mayor discriminación. Un cambio estructural fundamental es luchar contra la discriminación para reducir la situación de vulnerabilidad que de ella se desprende.

Realizar estrategias que estén enfocadas a cambios estructurales que combatan las condiciones de vulnerabilidad social, ayudará a que las personas tengan un mejor contexto para adoptar estrategias de autocuidado de la salud. Si bien, a veces estas estrategias requieren de más esfuerzo para ser implementadas, el resultado a largo plazo puede ser mucho más efectivo.

Conclusiones

Con los datos que existen actualmente no es posible hacer conclusiones contundentes sobre la relación entre migración y la dispersión de la epidemia del VIH. La distribución territorial de los casos parece indicar una relación entre casos rurales, la migración a los Estados Unidos y la dispersión del VIH/SIDA, tanto en territorio mexicano como norteamericano, pero es necesario realizar más investigación al respecto para aclarar dicha relación.

Gracias a las investigaciones que se han hecho hasta ahora, existe mayor evidencia respecto del cambio de comportamiento sexual que tienen los mexicanos al migrar a los Estados Unidos. Sabemos, por ejemplo, que en promedio los migrantes tienen un mayor número de parejas sexuales que los no migrantes y, en especial, más parejas no estables. Sabemos también que existe un mayor uso de drogas inyectables a diferencia de los no migrantes, y el mayor número de relaciones sexuales con trabajadoras sexuales por parte de los migrantes deja en claro que esta población tiene comportamientos sexuales de mayor riesgo para contraer el VIH/SIDA que la población que permanece en México.

Contar con más elementos y conocimiento sobre los comportamientos de riesgo para la infección del VIH/SIDA y la prevalencia que tienen los mexicanos que deciden migrar a los Estados Unidos, permitirá definir medidas preventivas eficientes que impacten en la prevención del VIH/SIDA en esta población, que es clave para la propagación del VIH/SIDA.

Referencias bibliográficas

1. CONAPO. Carpeta Informativa 2005. 11 de Julio: Día Mundial de la Población. México: CONAPO; 2005.
2. Decosas J. and Kane F., Migration and AIDS, *Lancet*, 1995, 346(8978): 826–828.
3. Herdt G, ed., Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives. Oxford: Clarendon Press, 1997.
4. Fairchild A.L., Tynan E.A. Policies of containment: immigration in the era of AIDS. Am J Public Health, 1994, 84(12): 201 l-22).
5. Gayet C., Magis-Rodríguez C., Bronfman M. Aspectos conceptuales sobre la relación entre la migración y el SIDA en México. Enferm Infecc Microbiol Clin 2000;20:134-140.
6. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002. Ginebra: ONUSIDA, 2002.
7. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 2001, Atlanta: CDC; Vol. 13, No. 2.
8. Karon J.M. et al., HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition, Am J Public Health, 2001, 91(7):1060–1068.
9. National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (NASTAD), Addressing HIV/AIDS: Hispanic Perspectives & Policy Recommendations. Washington, DC: NASTAD, 2003.
10. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México: Migración, Adolescencia y género. México: Colectivo Sol A.C., 1999: 2-89.
11. Davis B, Stecklov G, Winters P. Domestic and international migration from rural Mexico: Disaggregating the effects of network structure and composition. Population Studies 2002;56(3):291-309.
12. Tuirán R. Migración México-Estados Unidos: Presente y Futuro. México: CONAPO; 2000.
13. CONAPO. Síntesis del estudio binacional México-Estados Unidos sobre migración. Boletín Migración Internacional, No. 4, 1997.
14. Bureau of Census, Current Population Survey (CPS). Marzo de 2005.
15. CONAPO, Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006. México: CONAPO; 2006.
16. CONAPO. Nuevas orientaciones del flujo migratorio laboral México-Estados Unidos. Migración internacional 1997. Boletín 1.
17. López-Vega R. La población mexicana en Estados Unidos. CONAPO, 26 Junio 2003.
18. Secretaría General de CONAPO. Propiciar y apoyar iniciativas encaminadas a regular la migración

mexicana hacia Estados Unidos y atender sus ramificaciones y consecuencias. Informe de ejecución 2003-2004 del programa nacional de población 2001-2006. México: CONAPO; 2006.
19. Cáceres F.C. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola J.A., ed. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1999: 217-246.
20. Izazola L.J., Astarloa L, Beloqui J, Bronfman M, Chequer P, Zacarías F. Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria. En: Izazola JA, ed. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1999: 21-44.
21. Barclay E. Las comunidades de emigrantes mexicanos pueden estar a punto de sufrir una epidemia del VIH/SIDA. Population Reference Bureau, Septiembre 2005.
22. Magis-Rodríguez C., Gayet C., Negroni M., Leyva R., Bravo-García E., Uribe P., Bronfman M. Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 37(Supp 4): S215-S226.
23. Sánchez M., Lemp G., Magis-Rodríguez C., Bravo-García E., Carter S., and Ruíz J. The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 37(Supp 4): S204-S214
24. California HIV/AIDS Research Program. Presentation by CHRP at the XVII International AIDS Conference. Consultado el 6 de Agosto de 2008 en http://chrp.ucop.edu/.
25. Salgado de Snyder, N. Migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural: Sus implicaciones psicosociales. En: Szasz I, Lerner S. (comp.). Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: COLMEX, 1998:155-171.
26. ONUSIDA. Movilidad de la población y SIDA. Actualización técnica. Ginebra, Suiza: ONUSIDA, 2001.
27. Population Council. Migración y VIH/SIDA. DVD Interactivo. México, 2006.
28. Conner, R.F, Magaña, R. Mishra S.I. AIDS Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos. Boulder, CO: Westview Press, 1996.
29. Prochaska, J., Velicer W. Behavior change: The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. Vol 12, issue 1, Sept 1997: 38-48.

Bibliografía recomendada

1. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes JAIDS, Vol. 37, Suppl. 4. Noviembre 1, 2004.
2. Magis-Rodríguez C, Lemp G, Hernández M.T., Sánchez F., Estrada F., Bravo-García E. Going North: Mexican Migrants and their vulnerability to HIV. JAIDS, Vol. 51, Suppl. 1. May 1, 2009.

Actividades complementarias

El alumno investigará las estadísticas sobre población migrante de su entidad y municipio por género y edad y las comparará con las de todo el país. Identificará hacía qué lugar se dirigen estos migrantes y las fechas de mayor migración.

El alumno identificará en el área de epidemiología o VIH/SIDA de los servicios de salud de su entidad, jurisdicción o unidad administrativa, el número de casos de VIH/SIDA registrados por año en los últimos cinco años en la población migrante y cuántos están bajo tratamiento.

Investigará si existen organizaciones sociales de atención a la población migrante en su entidad, jurisdicción y municipio, y cuáles son sus objetivos.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido del capítulo.

1. El comportamiento sexual de los migrantes en los Estados Unidos:

a. Cambia, pero eso depende sobre todo del estado al que lleguen.
b. No se modifica mucho en el caso de los migrantes casados.
c. Suele modificarse y ponerlos en mayor riesgo de contraer el VIH.
d. Se mantiene más o menos igual que en México.

2. Las siguientes son conductas de riesgo en las que participan cada vez más los migrantes mexicanos en los Estados Unidos, excepto:

a. Tener sexo con un mayor número de parejas.
b. Un aumento de más de 40% en las relaciones sexuales entre HSH.
c. Uso inconsistente de condón.
d. Uso de drogas e intercambio de jeringas.

3. Los autores sostienen que las condiciones sociales pueden hacer a una persona más vulnerable frente al VIH:

a. Cierto.
b. Falso.
c. No están seguros al respecto.
d. Sí, pero sólo en el caso de los migrantes.

4. ¿Con qué afirmación coincidirían más los autores?

a. Aún sabemos muy poco sobre el comportamiento sexual de los migrantes.
b. La investigación muestra claramente que el VIH en las zonas rurales ha aumentado por la migración.
c. Los migrantes no están en condiciones de tomar medidas preventivas contra el VIH.
d. Parece haber una relación entre los casos rurales de VIH en México y la migración hacia los Estados Unidos.

Respuestas

1. c
2. b
3. a
4. d

Capítulo 22

VIH/SIDA y movilidad poblacional en México y Centroamérica: respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social

René Leyva Flores
Marta Caballero
César Infante Xibillé
Mario Bronfman

Objetivo general

Analizar los resultados regionales de las estrategias desarrolladas del proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, cuyo propósito fue reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA en poblaciones móviles y residentes en localidades de 11 estaciones de paso de los países de la región, implementadas durante los años 2001 al 2005.

Objetivos específicos

- Presentar los elementos conceptuales y metodológicos desarrollados en este proyecto como referentes para diseños de otras intervenciones en poblaciones móviles.
- Analizar los resultados alcanzados por el proyecto

Introducción

La movilidad poblacional y el VIH/SIDA se han constituido en parte estructural de los perfiles sociodemográficos y de salud de Centroamérica y México. Por un lado, la movilidad poblacional y la migración internacional son una respuesta de la sociedad ante las precarias condiciones de vida y trabajo en los lugares de origen. Los migrantes se han convertido en los nuevos y más importantes agentes para la captación y transferencia de recursos financieros que sostienen la economía en la mayoría de los países de la región.

Desde esta perspectiva, la migración cumple un doble papel. Por un lado, reduce las demandas sociales y económicas, contribuye con las "remesas" económicas al sostenimiento de un número creciente de familias, pero también de empresas que obtienen importantes beneficios con el manejo de estos flujos financieros.[1] Por otro lado, la relación entre movilidad poblacional y el VIH/SIDA es una expresión de las condiciones de desventaja social y desprotección en la que ocurre el proceso migratorio desde los lugares de origen hasta su inserción en los lugares de destino, y se ha vuelto un motivo adicional para incrementar las actitudes de rechazo y discriminación que ya existían, pero que ahora se usan para justificar las acciones derivadas de políticas antimigratorias.[2,3]

La diversidad en la composición de los grupos móviles[4] y sus interacciones en las localidades de tránsito (conocidas como estaciones de paso) van tejiendo complejas rutas de movilidad hacia los principales países de destino de la región que son: México, Costa Rica, Panamá y Belice; pero también hacía los Estados Unidos de América, que suelen ser el objetivo central de muchos migrantes.

Entre los migrantes, la percepción del VIH/SIDA como problema potencial de salud no ocupa un espacio

central en su proceso de movilidad. Si bien, las relaciones sexuales son mencionadas como parte de las estrategias de negociación para el tránsito, la sobrevivencia económica o como consecuencia de eventos de violencia, los migrantes no se perciben a sí mismos como sujetos expuestos a un riesgo de infección por VIH.

En el marco de las contradicciones que implica la migración, entre los beneficios económicos, sociales y políticos asociados a ésta, y el rechazo y discriminación a los migrantes en los lugares de tránsito y destino, se desarrolló el proyecto denominado Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Su propósito fue probar estrategias para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA en poblaciones móviles y residentes de localidades de tránsito. En este trabajo se presentan los resultados regionales de las estrategias desarrolladas por el proyecto en 11 estaciones de paso de los países de la región, implementado durante los años 2001 y 2005.

Tabla 1. Estaciones de paso seleccionadas en México y Centroamérica, 2000-2001

País y estación de paso	Tipo de estación de paso	Grupo de población móvil predominante
Belice	Comercio y puerto	Comerciantes y marineros
Ciudad de Belice	Fronteriza	Trabajadores agrícolas
Benque Viejo del Carmen		
Costa Rica		
La Cruz, Peñas Blancas	Fronteriza	Traileros
		Trabajadores agrícolas
		Comerciantes
El Salvador		
San Cristóbal de la Frontera	Fronteriza	Traileros
Santa Ana		Comerciantes
Guatemala		
Puerto Barrios	Puerto	Marineros
Tecún Umán	Fronteriza	Traileros
		Migrantes
		Trabajadores agrícolas
		Trabajadoras sexuales
Honduras		
La Entrada-Copán	Fronteriza	Taileros
México		
Cd. Hidalgo, Chiapas	Fronteriza	Traileros
		Migrantes
		Trabajadores agrícolas
		Trabajadoras sexuales
Chetumal, Q. Roo	Ciudad capital	Traileros
Sbte. López, Q. Roo	Fronteriza	Comerciantes
		Trabajadoras agrícolas
Nicaragua		
Rivas, Peñas Blancas	Fronteriza	Camioneros
		Trabajadoras agrícolas
		Trabajadoras sexuales
Panamá		
Mercado Público de San Felipe	Puerto	Marineros
		Comerciantes
		Migrantes
		Trabajadoras sexuales

Método

El proyecto se diseñó en tres fases que abarcaron: a) el diagnóstico situacional, realizado en 2001; b) el diseño e implementación de las intervenciones entre 2002 y 2004; y c) el monitoreo y evaluación de intervenciones entre 2002-2005. Las localidades de tránsito donde se realizó el estudio fueron los puertos de Ciudad de Panamá, Puerto Barrios, Guatemala y el de la Ciudad de Belice; así como las fronteras de Guatemala-México, El Salvador-Guatemala, Guatemala-Honduras, y Nicaragua-Costa Rica.

Las características de los grupos poblacionales en las estaciones de tránsito incluidas en el proyecto se presentan en la Tabla 1. La información del diagnóstico situacional se utilizó para el diseño de las intervenciones, las cuales siguieron tres grandes orientaciones: reducir el estigma y la discriminación, diseminar información preventiva, y desarrollar o fortalecer la experiencia de colaboración

entre las organizaciones a nivel local, interfronteriza y regional.

Se analizaron los procesos de implementación de las estrategias en los siguientes componentes: aspectos operativos para identificar y trabajar con grupos móviles, derechos humanos, servicios de salud, información y sensibilización comunitaria, colaboración local, binacional y regional, y efectos políticos del proyecto. La información se obtuvo a través de procedimientos cualitativos como entrevistas a profundidad con informantes clave y residentes en las estaciones de tránsito e integrantes de grupos móviles.

Resultados

Los grupos móviles: una población vulnerable

Una de las mayores dificultades que encontraron las distintas organizaciones que llevaron a cabo las intervenciones, fue diseñar acciones para grupos de gente que se encuentra en tránsito hacia determinados lugares o de regreso hacia sus sitios de origen.

Algunos integrantes de estos grupos eran fácilmente identificables, como sucedió con los traileros, marineros, trabajadores agrícolas y trabajadoras sexuales; sin embargo, otras personas como las y los migrantes indocumentados eran más difíciles de ubicar. A pesar de esto, se tuvo contacto con las y los migrantes en los lugares de "alta concentración", donde se reúnen para buscar medios de transporte o en las "Casas del Migrante" de la región, donde reciben un importante apoyo humanitario.

El tiempo promedio de estancia de la mayor parte de estas personas en las estaciones de tránsito (con excepción de las trabajadoras sexuales) no es mayor a 72 horas, por lo que en ese periodo se debe establecer el contacto y la comunicación con ellos. En este periodo tan breve, los migrantes deben resolver una gran cantidad de necesidades básicas y, por ello, no se considera la posibilidad de recibir una plática para prevención del VIH/SIDA, pero a pesar de ello ésta fue la principal estrategia de comunicación llevada a cabo por la mayoría de las organizaciones participantes.

En el caso de los migrantes indocumentados, el principal espacio donde se desarrollaron las actividades del proyecto fueron las Casas del Migrante de Ciudad Hidalgo, México, Tecún Umán, Guatemala y La Entrada Copán, Honduras. Estas casas cuentan con gran experiencia en la atención a los migrantes indocumentados, lo que facilitó el diseño e implementación de una estrategia para difundir información preventiva sobre el VIH/SIDA. En estos lugares se documentó que el éxito de esta estrategia está relacionado con el hecho de que la Casa del Migrante proporciona servicios integrales de atención humanitaria como alojamiento, alimentos, aseo, ropa, calzado, información y defensoría sobre derechos humanos, a los cuales se sumó la prevención del VIH/SIDA.

La volatilidad de los grupos móviles no sólo hace compleja y difícil la implementación de estrategias dirigidas a ellos, sino también realizar evaluaciones de las acciones desarrolladas. Recabar y sistematizar la información que permitiera dar cuenta de los resultados o efectos atribuibles a las intervenciones fue una de las dificultades metodológicas más importantes que tuvieron los grupos encargados del monitoreo y la evaluación. Ante la imposibilidad de volver a ver a las personas que recibieron las intervenciones, sólo fue posible cuantificar las actividades desarrolladas y sus participantes, así como los documentos generados como parte de los procesos que se llevan a cabo para diseñar e implementar dichas estrategias.

Derechos humanos

Un aspecto que emergió como problema relevante en el estudio diagnóstico fue la violación a los derechos humanos, particularmente de los migrantes indocumentados. Al respecto, fueron limitadas las acciones desarrolladas sobre este tema, excepto en las Casas del Migrante, donde se venían desarrollando programas de promoción y defensoría de los derechos humanos de este grupo.

Estas instancias cuentan con una oficina que ha desarrollado capacitación de integrantes de organizaciones sociales en la región y llevan a cabo una importante promoción del respeto a los derechos humanos de los migrantes indocumentados a través de su boletín *Migrantes*, que se distribuye electrónicamente y donde

se difunde información relacionada con procesos administrativos de migración, accidentes, xenofobia, detenciones y deportación, inseguridad y remesas, entre otros.

La defensoría de casos de violación a los derechos humanos se realiza a solicitud de las personas afectadas. Un aspecto sobresaliente que dificulta las labores de defensoría es que frecuentemente las violaciones ocurren en países diferentes a los del lugar de origen, por lo que la colaboración con organizaciones sociales y gubernamentales de la región se ha vuelto una de las necesidades más apremiantes para atender este problema.

Por otro lado, las organizaciones sociales que trabajan en la prevención del VIH/SIDA cuentan con escasa experiencia para abordar este problema, por lo que su capacitación podría ampliar las potencialidades de acción en este campo.

Servicios de salud

Los servicios de salud de estos países no cuentan con una respuesta estructurada para brindar atención a grupos migrantes. La migración es para ellos un tema poco claro y se considera a los migrantes como un grupo que podría competir con la población residente por la limitada oferta de servicios públicos existente. Debido a esto, los migrantes permanecen relegados y excluidos de los servicios de atención médica, de los programas de prevención y de los elementos necesarios para disminuir el riesgo de infección por el VIH/SIDA.

Los resultados de la estrategia implementada en Ciudad Hidalgo, México, muestran que, a pesar de que los servicios de salud se definieron y promocionaron a sí mismos como "Amigos de la familia, la comunidad y del migrante", no hubo un incremento de la demanda por parte de los grupos migrantes indocumentados. Esto se encuentra relacionado con el hecho de que los migrantes perciben a los servicios de salud como parte de las instituciones de gobierno y, en consecuencia, temen ser identificados y deportados si acuden a ellos. Como consecuencia, la automedicación representa la respuesta a las necesidades de salud de las y los migrantes, excepto en situaciones extremas, de alta gravedad, como puede ser la atención de fracturas o mutilaciones derivadas de accidentes por el tren en Ciudad Hidalgo y Tapachula, o como consecuencia de la violencia.

Acción comunitaria

En las estaciones de paso hay una proporción importante de la población residente actual que en su momento migró para asentarse en esas localidades. Además, entre 15 y 25% del total de los residentes mayores de 16 años de edad son poblaciones móviles. Este reconocimiento de la situación de movilidad de los propios residentes facilitó la implementación de estrategias orientadas a incrementar la percepción de movilidad entre los integrantes de la propia comunidad, y favoreció la diseminación de información preventiva.

La difusión de información preventiva, principal estrategia implementada en todos los países de la región, constituye una de las mayores fortalezas de las organizaciones locales que trabajan en VIH/SIDA. En las 11 localidades de tránsito de México y Centroamérica puede verse en las paredes, calles, escuelas, oficinas de gobierno, aeropuertos, aduanas, tiendas, supermercados y establecimientos de salud, evidencias del trabajo desarrollado por las organizaciones. Además, en algunos países, estos organismos trabajaron con medios como televisión, radio, y prensa, emitiendo mensajes preventivos del VIH/SIDA, pero también sensibilizando al público con el fin de reducir el rechazo y la discriminación hacia los migrantes indocumentados.

Respecto a los materiales empleados para la difusión de información, se han elaborado trípticos, carteles, afiches, gorras, mensajes en radio, televisión y prensa escrita, entre otros medios, y todos estos contribuyeron a crear un microambiente de alta densidad de información sobre el tema del VIH/SIDA y la migración.

Los mensajes que podían verse en las estaciones de paso daban la "bienvenida" a los extranjeros, al tiempo que se encontraban otros que indicaban los riesgos de transmisión y los invitaban a utilizar el condón. Este doble mensaje genera un ambiente en el que los significados están relacionados, por un lado, con reducir el rechazo como expresión pública y, por otro, en hacer visible el riesgo de transmisión del VIH/SIDA en las estaciones de tránsito.

Al emitir mensajes abiertos sobre el condón se puede contribuir a colocar el tema de la sexualidad como parte de la vida comunitaria y de los grupos móviles. No obstante, estas acciones tropezaron con imaginarios sociales sobre la identidad de los migrantes, relacionados con la desconfianza, los prejuicios y el estigma, los cuales justifican las actitudes de rechazo observadas en la comunidad.

Para analizar el impacto de las estrategias informativas se recurrió a indicadores de proceso, con el fin de identificar los cambios relacionados con actitudes de los diferentes grupos ante el problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región. Como parte de estos procesos, se documentó una amplia disponibilidad de los gobiernos y organizaciones sociales locales a participar en iniciativas de este tipo; aún cuando se señaló que su colaboración casi siempre estuvo condicionada por "la escasez de recursos" con los que funcionan de manera regular.

Participar en nuevos proyectos o programas implica para las organizaciones un reordenamiento de sus tiempos y recursos, por lo que la mayor parte de las veces sólo se presentan de manera puntual en el desarrollo de determinadas actividades, o brindaban algún apoyo material para llevarlas a cabo. La sostenibilidad de las acciones en estas comunidades es uno de los problemas centrales, ya que requiere de la conformación de grupos organizados al interior de la comunidad y un compromiso a mediano y largo plazos.

La colaboración local y binacional

Los recursos financieros aportados por el proyecto a las organizaciones ejecutoras representaron un medio importante para adquirir diversos insumos y desarrollar las acciones preventivas, insumos que difícilmente podrían conseguirse en condiciones de funcionamiento regular. Estos fondos facilitaron el desarrollo de estrategias de colaboración local, pero también de carácter binacional para planear e implementar acciones preventivas de manera conjunta.

Al respecto, se identificaron diferencias en intereses, prestigio, experiencia y liderazgo entre las organizaciones, elementos que fueron clave para el éxito de la colaboración. El proyecto buscó formalizar estas estrategias a través de la conformación de redes binacionales, para lo cual se diseñó un sistema de comunicación electrónico a través del Internet, con el fin de reducir los costos y facilitar la comunicación. Sin embargo, dicho sistema no fue utilizado por los integrantes de la red, debido principalmente a la falta de acceso a Internet en sus lugares de trabajo.

Posteriormente, y como parte del proyecto Iniciativa Mesoamericana de Prevención del VIH/SIDA (IMPSIDA), se buscó conformar la Red Mesoamericana de Prevención del VIH/SIDA en Poblaciones Móviles. Esta red se estableció formalmente y tampoco funcionó.

Estas experiencias muestran la importancia de revalorar la importancia de la comunicación y colaboración informal entre las organizaciones presentes en la región, que son las que dan ritmo y orientación concreta a las formas de colaboración, tanto a nivel local como entre países. No obstante, en la actualidad la mayor parte de los proyectos buscan crear espacios de visibilidad política y la creación de redes sobre muy diversos temas se ha transformado en una medida frecuente. Estas redes cuentan con portales en Internet que dan cierta visibilidad, pero su funcionalidad es muy baja o nula.

Otra elemento que ha permitido la colaboración entre diversos actores es la firma de convenios como medio para establecer compromisos de colaboración y la creación de instituciones responsables de su ejecución. En este proyecto, se tienen evidencias de la participación de autoridades de salud del más alto nivel, como los Ministros de Salud que firmaron convenios de colaboración interfronteriza para la prevención del VIH/SIDA en grupos móviles entre ambos países. También firmaron convenios diferentes representantes de organizaciones sociales, en los que expresan su interés de colaboración en esta temática para los ámbitos local y binacional.

De esta manera, podemos considerar que se tenía una plataforma política suficientemente estructurada que permitiría el desarrollo de proyectos futuros en la región con una clara colaboración entre la sociedad civil y los gobiernos. Aunque son innumerables los convenios de diverso tipo que existen entre los gobiernos y las organizaciones sociales en los países de la región, en la mayoría de ellos no se asignan recursos específicos que permitan poner lograr las metas planteadas.

Otro aspecto relacionado con los procesos de colaboración se refiere a la búsqueda de sostenibilidad de las acciones. Al respecto, las diferentes experiencias mostraron importantes retos relacionados con cambios en la propia dinámica de movilidad poblacional y de la complejidad de la epidemia del VIH/SIDA, lo cual debería llevar a un reajuste permanente de las organizaciones para estar en capacidad de responder a estos problemas. No obstante, son escasas las evidencias al respecto. Lo que se observó fue una alta rotación de los funcionarios internacionales, nacionales y regionales relacionados con la dirección de los programas de VIH/SIDA.

Por lo anterior, puede decirse que no se cuenta con una memoria histórica de los procesos e iniciativas probadas, y menos aún de los proyectos que se desarrollan en los países de la región, por lo que a la salida de los responsables se vuelven a reiniciar los ciclos de gestión de los proyectos. En consecuencia, el problema de sostenibilidad no sólo corresponde a un problema de falta de recursos, sino también a la falta de mecanismos de seguimiento y procedimientos efectivos para rendir cuentas a la sociedad.

Visualización de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA

Este proyecto de investigación promovió el desarrollo de intervenciones que fueran producto del diálogo entre diferentes actores sociales, políticos y de salud con presencia en la región. El abordaje contextual, no sólo individual, fue la estrategia para incidir en la formulación de políticas que consideraran la movilidad poblacional como un fenómeno de creciente complejidad que demanda una respuesta regional adecuada a los contextos específicos de cada uno de los países. Además, buscó aportar información útil para el diseño de estrategias específicas con el propósito de modificar los contextos de vulnerabilidad que determinan la transmisión y el diseño de las medidas apropiadas de prevención del VIH/SIDA en los grupos móviles.[5]

El proyecto generó evidencias relacionadas con la dinámica de movilidad poblacional de diferentes grupos socioculturales, muchos de los cuales se consideraban como anclados a su territorio. Las estaciones de paso incluidas en el proyecto muestran la diversidad de los grupos móviles y la alta complejidad de sus interacciones.

Los grupos considerados como especialmente vulnerables incluyen a jóvenes, migrantes indocumentados, refugiados, población indígena, jornaleros agrícolas, trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, entre otros, que muestran una importante dinámica de movilidad en la región.

Estos grupos son vulnerables en función de su sexo, preferencia sexual, género, origen étnico, edad y posición social, enmarcados por condiciones socioeconómicas, políticas, culturales, religiosas y legales en las que la inequidad, la exclusión y la migración indocumentada son sólo algunos de los elementos que determinan su vulnerabilidad social, la cual se manifiesta cuando son objeto de acciones de racismo, xenofobia, homofobia, coerción sexual, entre otras prácticas.[6] Es en este contexto de desventaja social donde ocurren situaciones de riesgo de transmisión de la infección del VIH.[7]

El reconocimiento de las poblaciones móviles en la región dio legitimidad a las intervenciones diseñadas y permitió que los distintos niveles de gobierno y la sociedad civil comenzaran a reconocer a estos grupos como estratégicos para la prevención del VIH/SIDA. Al respecto, las organizaciones sociales que trabajaban el tema del VIH/SIDA incluyeron en su agenda la temática de la movilidad poblacional, lo que constituye un reto adicional para la comprensión y el abordaje del problema, pero al mismo tiempo es una oportunidad de interactuar con otras organizaciones y ampliar su ámbito de acción.

Otros actores relevantes para la prevención del VIH/SIDA que se vieron involucrados en el desarrollo del proyecto y que contribuyeron significativamente a la visibilidad política del problema, fueron los organismos internacionales de cooperación técnica en la región y los programas nacionales de VIH/SIDA. Puede decirse que el principal resultado que tuvo el proyecto a nivel de políticas nacionales y regionales fue la inclusión del grupo de poblaciones móviles como un componente estratégico de los programas nacionales

de VIH/SIDA. Además, las poblaciones móviles aparecen como un elemento clave para el desarrollo de iniciativas nacionales e internacionales para la vigilancia epidemiológica, la capacitación de recursos humanos, el fortalecimiento de la capacidad instalada y el desarrollo de sistemas de atención, entre otros.

Por su parte, las agencias de cooperación técnica, con la participación de actores políticos relevantes en la región, han elaborado nuevos proyectos que buscan abordar segmentos específicos de la relación entre movilidad poblacional y VIH/SIDA. Estas iniciativas regionales movilizarán recursos financieros adicionales que, se espera, contribuirán a diversificar y ampliar la capacidad de respuesta social al problema.

Entre estas iniciativas se encuentra el Proyecto mesoamericano de atención integral para poblaciones móviles: Reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/SIDA en Centroamérica, apoyado por el Fondo Global (2005) y que se formuló como parte de los compromisos para dar sostenibilidad a la prevención regional del VIH en grupos móviles. Este proyecto busca replicar y dar continuidad a las estrategias que se consideraron como exitosas y apropiadas dentro del contexto de la migración. La Organización Internacional para la Migraciones estimaba en 2004 que los recursos financieros movilizados para proyectos sobre VIH/SIDA y movilidad poblacional en la región sumaban $61.5 millones de USD.[8]

Aunque las iniciativas mencionadas son independientes entre sí, tanto por sus fuentes de financiamiento como por los grupos gestores, todas convergen en el tema del VIH/SIDA y movilidad poblacional. Aparentemente, existe cierto traslape en sus orientaciones, sobre todo en temas como la creación y fortalecimiento de redes de vigilancia epidemiológica y capacitación. Esta potencial duplicidad de acciones amerita establecer formas de colaboración entre las diferentes agencias y organizaciones que hagan más eficientes sus recursos y desarrollen capacidad de respuesta sostenible para el futuro más inmediato. La transparencia en el manejo de los recursos es fundamental para que estos proyectos tengan continuidad y se genere confianza en las organizaciones sociales, gobiernos y organizaciones internacionales.

Conclusiones

El proyecto presentado se puede considerar pionero en el tema de movilidad poblacional y VIH/SIDA para Centroamérica y México. La estrategia buscó aplicar los resultados de investigación como insumo para la definición e implementación de acciones, y mostró las potencialidades que tiene vincular diferentes intereses y perspectivas para abordar un problema.[9]

Es claro que en el problema de movilidad poblacional y VIH/SIDA convergen distintas necesidades que requieren estrategias para su solución, así como diversas formas de comprensión y representación de estas necesidades en los actores involucrados que hacen imposible contar con soluciones o abordajes únicos, en forma de prescripciones o recetas para la región.[10] Sus aportaciones han contribuido no sólo a contar con información estratégica sobre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA, sino también ha mostrado la forma para llevar a cabo la investigación científica como un modelo para la equidad en salud. El ámbito de acción a nivel regional le permitió recuperar la diversidad y complejidad local y social, que da el sentido de unidad a los diferentes países que conforman la región mesoamericana.

Se puede considerar que, en la actualidad, nos encontramos ante un auge de los proyectos de la movilidad poblacional y VIH/SIDA, que en cierta medida expresan la prioridad política en la región. Una muestra de ello, son las diferentes iniciativas regionales y nacionales que han surgido para abordar el problema. En este sentido, vale la pena recuperar el camino andado con el fin de estructurar respuestas orientadas a reducir de manera efectiva la vulnerabilidad de las poblaciones móviles ante el VIH/SIDA.

Algunas vertientes sobre las cuales se requiere consolidar el trabajo iniciado tendrían que ver con al menos tres aspectos: la investigación para la toma de decisiones en salud, desarrollo de servicios y formación de recursos humanos. Estas estrategias han sido propuestas por diversas iniciativas, pero hasta el momento sólo constituyen parte de los discursos políticos sin que se traduzca en práctica alguna.

Referencias bibliográficas

1. Lozano-Ascencio F. La migración mexicana, su historia e impacto. Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe. No 65. Mayo-Agosto. Secretaria Permanente del SELA, 2002. Consultado el 4 de noviembre de 2002 en: http://www.sela.org/public_html/AA2K2/esp/cap/n65/cap65-9.htm
2. Haour-Knipe M, Rector R. Introduction. Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS. Social Aspects of AIDS. Londres: Taylor & Francis, 1996: p. 1-14.
3. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centro América y México. Cuernavaca: INSP; 2005.
4. Castillo MA. Migración y movilidad territorial de la población En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: INSP, 2004: p. 35-49.
5. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: INSP, 2004.
6. Infante C, Leyva F, Caballero M, Guerrero C, Bronfman M. VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Migración y Desarrollo; 3:45-53.
7. Bronfman M, Minello M. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH/SIDA. En: SIDA en México. Migración, adolescencia y género. México: Colectivo Sol; 1995: p. 1-18.
8. Organización Internacional de Migración. La importancia de una acción regional en la prevención del VIH/SIDA con poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica. Ponencia. Seminario de Salud y Migración Conferencia Regional de Migración. Guatemala, Ciudad de Guatemala, 2004.
9. Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación a la política: la difícil traducción. México: El Manual Moderno; 2000.
10. Aggleton P, Chase E, Rivers K. HIV/AIDS prevention and care among especially vulnerable young people: a framework for action. Safe Passages to adulthood. Inglaterra: University of Southampton; 2004.

Actividades complementarias

El alumno investigará si en su estado, jurisdicción o municipio existe población migrante. En caso afirmativo, averiguará hacia qué lugar migran, en qué fechas y por qué motivos. Asimismo, investigará en el área epidemiológica de los Servicios Estatales de Salud si existe registro de casos de VIH en población migrante.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las respuestas que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido de este capítulo.

1. Las estrategias de prevención del VIH con grupos móviles se dificultan principalmente debido a:

a. Su volatilidad.
b. Su bajo nivel educativo.
c. Su renuencia a recibir servicios médicos.
d. La baja percepción de riesgo que tienen de contraer el VIH.

2. Los migrantes perciben al VIH/SIDA como un importante problema de salud:

a. Cierto.
b. Falso.

3. De acuerdo con el texto, los migrantes no suelen acudir a los servicios de salud porque:

a. No tienen tiempo para ir, ya que permanecen muy pocas horas en cada sitio de paso.
b. Saben que no se les dará la atención que necesitan.
c. Por ser instituciones del gobierno, temen ser identificados y deportados si acuden a ellos.
d. Confían más en la automedicación que en los servicios de salud.

4. La principal estrategia para prevenir el VIH entre los migrantes en todos los países fue:

a. Distribuir condones en las Casas del Migrante.
b. Difundir información preventiva por diversos medios.

c. Ofrecer folletos con información preventiva.
d. Hacer spots de radio.

5. ¿Con qué afirmación estarían más de acuerdo los autores?

a. Las Casas del Migrante podrían emprender acciones para reducir la vulnerabilidad social de los migrantes.
b. La información sobre VIH ha ayudado a reducir de manera importante la incidencia del virus entre los migrantes.
c. El VIH seguirá aumentando de manera constante entre las poblaciones móviles.
d. La vulnerabilidad social de los migrantes se manifiesta en las acciones de xenofobia y abuso sexual de que son objeto.

Respuestas

1. a
2. b
3. c
4. b
5. d

Capítulo 23

Reducción de daños como política de salud

Raúl Ortiz Mondragón
María de la Luz Ortiz Ruiz
Carlos Magis Rodríguez

Objetivo general

Conocer las estrategias de reducción de daños orientadas a la prevención de la transmisión del VIH en usuarios de drogas en general y entre usuarios de drogas inyectables (UDI) en particular.

Objetivos específicos

- Conocer una propuesta de programa de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables.
- Conocer los resultados de algunas iniciativas de reducción de daños en México.

Introducción

De acuerdo con la Asociación Internacional de Reducción de Daños, las estrategias de reducción de daños son aquellas ìpolíticas y programas que tratan de reducir las consecuencias adversas, económicas, sociales y de salud, tanto para los usuarios de drogas, como para sus familias y comunidadesî.[1] De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, en salud pública, el término reducción de daños:

> es usado para describir un concepto que tiene la meta de reducir o prevenir las consecuencias negativas asociadas con ciertos tipos de comportamiento. En relación con la inyección de drogas los componentes de la "reducción de daño" incluyen intervenciones para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones que ocurren a través del intercambio de equipos de inyección y preparación de drogas no estéril.[2]

La reducción de daños parte del principio de reconocer la imposibilidad temporal o permanente de los usuarios de drogas para evitar el consumo de las mismas, así como de la necesidad de llevar a cabo medidas de salud para aminorar los daños causados por este consumo, tanto en el sujeto como en el entorno familiar y social. Los programas de tratamiento de adicción a las drogas también pueden verse en la lógica de la reducción de daños. Muchos pacientes en tratamiento recaen en el consumo de drogas, por lo que requieren tratamientos reiterados que les ayuden a espaciar los periodos de consumo y exposición a riesgos de infecciones y sobredosis.

En la actualidad la reducción de daños es un recurso técnico que se utiliza ampliamente porque existe evidencia clara de que este tipo de programas disminuyen la prevalencia del VIH entre los UDI. A partir de una revisión de 200 estudios, la OMS concluyó que el incremento de la disponibilidad de equipo de inyección estéril entre UDI contribuye sustancialmente a la disminución de la tasa de transmisión del VIH. La infección por VIH declinó en promedio 18.6% en 36 ciudades que cuentan con programas de intercambio de jeringas, mientras que esta prevalencia se incrementó en

8.1% anual en 67 ciudades donde no existen este tipo de programas. Estas cifras confirman los resultados de estudios previos.[3] Anteriormente la OMS ya había señalado que es posible mantener una baja prevalencia de VIH entre UDI si estas personas tienen acceso a equipo de inyección estéril y se hace un esfuerzo por acercar servicios de salud y educativos a los sitios donde se reúnen.[4] Este tipo de actividades posibilita además la prevención de otras infecciones como las hepatitis B y C

En 2003, diversas instituciones del gobierno federal mexicano presentaron el documento de posición *El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México. Un problema de salud pública*. Este documento señala la necesidad de abordar la problemática del uso de drogas inyectables y el riesgo de contraer VIH, además de que describe y discute la magnitud y consecuencias del consumo de sustancias adictivas inyectables y el elevado riesgo que representa para la transmisión de infecciones virales como el VIH, y las hepatitis B y C. El documento presenta también las estrategias que han resultado exitosas a nivel internacional para reducir la diseminación de estas infecciones que cobran miles de vidas y, como lo ha señalado la Organización de Naciones Unidas (ONU), representan un problema prioritario para la salud pública de todos los países.[5]

Este mismo documento plantea que la política de salud debe garantizar los derechos de prevención y de atención de la salud de todas las personas, pero especialmente de los grupos vulnerables que, por diferentes motivos, tienen un acceso limitado a los servicios de salud. Así, el documento recomienda fortalecer el sistema de salud en valores como la tolerancia y el reconocimiento del derecho de todos a recibir servicios de salud, con apertura para abordar desprejuiciadamente temas como el VIH/SIDA y su relación con el consumo de drogas.

Al referirse a las estrategias de reducción de daños, el Comité de Expertos de la OMS en fármacodependencia ha mantenido que el uso de las estrategias de reducción de daños:

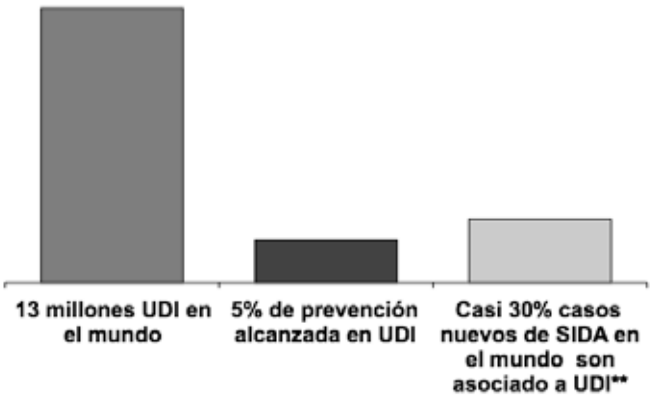
> pueden transmitir implícitamente el mensaje de que se acepta el uso de drogas [...] Es posible que estas inquietudes se disipen si se dirige el mensaje a los individuos que ya están afectados por el uso peligroso de drogas [...] el sector de salud pública siempre ha estado a favor de reducir los daños inmediatos relacionados con las drogas, incluso si esto entraña cierto riesgo más distante de peligro o pueda verse como aceptación del uso de drogas.[7]

Esta declaración deja claro que es necesario priorizar el cuidado de la salud de los sujetos involucrados en el consumo de drogas, pues con ello se está cuidando también la salud de otras personas con las que podrían tener sexo las personas UDI.

En su informe más reciente sobre la situación del VIH/SIDA en el mundo, ONUSIDA destaca a las y los UDI como una de las poblaciones más desatendidas en términos globales y refiere que de los 13 millones de UDI que hay en el mundo, sólo 5% recibe servicios de prevención de la transmisión del VIH. Quizá por ello, aunque el total de usuarios de drogas en el mundo no representa ni 1% de la población mundial, sí representa en cambio 30% de los casos nuevos de SIDA en el mundo (ver Figura 1).[8]

Según la clasificación de ONUSIDA de la epidemia del SIDA, México es un país con una epidemia concentrada en grupos que mantienen prácticas de riesgo: 13.5% de prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 15.0% en trabajadores y trabajadoras sexuales, y 3.9% en UDI (últimas encuestas disponibles).[6] En lo concerniente a estos últimos, estamos en condiciones de

Figura 1. Estimación de UDI en el mundo y de prevención alcanzada



Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006. Ginebra, ONUSIDA, 2007: 115-138.

** ONUSIDA estima para diciembre del 2006 que 39.5 millones de personas que viven con el VIH.

desarrollar medidas preventivas adecuadas a fin de detener el aumento de infecciones en este grupo.

Programa de Reducción de Daños en México

Las infecciones de transmisión sanguínea y sexual, como las causadas por el VIH y las hepatitis B y C, se encuentran entre las causas de enfermedad y muerte más frecuentes entre las personas que se inyectan drogas sin fines terapéuticos.

Para las personas UDI, la respuesta del Estado no ha sido expedita, ya que el uso de la reducción de daños como estrategia preventiva inició en México tardíamente. Desde los primeros casos de VIH en el país se notificaron HSH que también habían usado drogas inyectables y, en 1986, se notificó a la primera persona con uso de drogas inyectadas como único factor de riesgo. A pesar de todo esto, tuvieron que pasar al menos 10 años para que el Estado comenzara a diseñar la primera estrategia de prevención para este grupo a nivel federal, para la cual se tomaron en consideración las respuestas de la sociedad civil mexicana que ya se conocían en ciudades de la frontera de México.[1,2]

Los contextos socioculturales de estigmatización y discriminación en que se lleva a cabo el consumo de drogas ójunto con la marginación individual y social que sufre la mayoría de estos usuariosó dificultan el diseño e implementación de actividades preventivas específicas, así como el acceso a programas preventivos, afectando la eficacia de los mismos. Las dificultades para acceder a servicios sociales y de salud afectan negativamente la calidad de vida de cualquier sujeto y obstaculizan el desarrollo de actividades preventivas.

Las consideraciones de género deben estar presentes en las diferentes instancias de acción de un programa de reducción de daños, ya que la sociedad mantiene a partir de expectativas diferentes de comportamiento para hombres y mujeres. A las mujeres que viven en ambientes de consumo de drogas se les condena moralmente más que a los hombres, y eso sucede incluso entre los mismos grupos de UDI. Por esta razón, las usuarias de drogas sufren un desamparo social surgido de un doble estigma, ya que por ser mujeres y además adictas a las drogas, esto las vuelve más vulnerables a diferentes formas de violencia, al ejercicio del trabajo sexual para mantener su consumo de drogas, y a enfermedades que se agravan por la carencia de servicios de salud (por ejemplo, revisiones ginecológicas periódicas con citologías vaginales, seguimiento y pruebas de embarazo, educación en salud sexual y reproductiva, entre otros).

Las mujeres no adictas que cuya pareja sexual suele inyectarse drogas también están en gran riesgo de infectarse con VIH, ya que, al igual que las mujeres que sí consumen drogas, tienen pocas posibilidades de negociar relaciones sexuales protegidas y pueden tener la misma carencia de servicios de salud para ellas y sus hijos.

El combate al estigma y la discriminación de las y los UDI pasa por recuperarlos como personas usuarias de servicios y, a su vez, acercar a las instituciones de salud para la ejecución de acciones preventivas en las calles y otros sitios de reunión de quienes consumen drogas con el fin de revertir el proceso de marginación del que son objeto. El fomento de una cultura de respeto a lo derechos humanos en diferentes ámbitos (asistencial, de salud y de justicia) es esencial en la prevención del VIH y el consumo de drogas. Si no existe respeto a los derechos humanos todo programa atención al VIH/SIDA tendrá una grave carencia que afectará negativamente su desarrollo.

El Programa de VIH/SIDA también busca disminuir la presencia del VIH en la población con tuberculosis y garantizar el tratamiento gratuito contra el VIH. Desde 1993, y debido a que a la tuberculosis se ha asociado el VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud consideró a la tuberculosis como una emergencia a nivel mundial. En México se ha identificado mayor asociación con diabetes mellitus, desnutrición y adicciones.3 En países con epidemias de VIH concentradas, la Organización panamericana de la Salud sugiere acciones para disminuir la carga de tuberculosis dirigidas a poblaciones clave como los HSH, personas que usan drogas, trabajadores del sexo y en poblaciones congregadas.4 El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como uno de sus propósitos fundamentales, identificar de manera oportuna a los enfermos de tuberculosis pulmonar y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente, de modo que otra medida de re-

ducción de daños es incluir esta acción con tratamiento profiláctico. Una mayor coordinación de estos programas para realizar detecciones de ambas infecciones en usuarios de drogas y de profilaxis indicada de tuberculosis en UDI se presenta como necesaria.

Objetivos del Programa de Reducción de Daños 2008

Entre 2006 y 2008 CENSIDA generó los lineamientos para este programa, al tiempo que adquirió y distribuyó paquetes preventivos que fueron enviados a los Programas Estatales de Prevención y Control del VIH/SIDA que tenían la posibilidad de repartirlos. En 2008, estos recursos se integraron en los presupuestos de algunos estados etiquetándolos como gasto en UDI.

Objetivo general

Disminuir las prácticas de riesgo para contraer el VIH entre las y los UDI como: el uso compartido de material de inyección y la práctica de sexo desprotegido.

Objetivos específicos

- Brindar estrategias de reducción de daños a UDI y otros usuarios de drogas no inyectables en cárceles, centros de tratamiento por consumo de drogas, servicios de salud y en las calles.
- Aumentar la coordinación entre los servicios especializados de atención a usuarios de drogas, los Programas Estatales de VIH/SIDA y los organismos de la sociedad civil en actividades de reducción de daños.
- Identificar y consolidar las estrategias existentes de reducción de daños dirigidas a UDI y adaptarlas a las condiciones que exige la presencia del VIH/SIDA.
- Integrar las actividades de reducción de daños con los servicios de atención por consumo de drogas, que incluyan prevención del VIH/SIDA (por vía sexual y sanguínea), hepatitis C, así como la detección y consejería sobre VIH/SIDA.
- Disminuir el estigma y discriminación hacia los consumidores de drogas.

El consumo de drogas afecta de diferentes formas a la población y las regiones del país. Los usuarios de drogas comparten algunos factores de riesgo, pero no constituyen una población homogénea. Regionalmente, la disposición y acceso a las drogas y los hábitos de consumo configuran una serie de grupos de usuarios con características y necesidades diferentes. Por esto, las estrategias y programas de prevención del VIH/SIDA deben considerar diferentes grupos de UDI e incluir al personal de salud, de justicia, y los organismos de la sociedad civil que llegan a tener contacto con usuarios de drogas.

Poblaciones objetivo

Además de los usuarios de drogas, sus familias, parejas sexuales e hijos, es necesario incluir siempre a aquellos actores sociales que, por las actividades que desarrollan, mantienen contacto frecuente con los UDI. En la mayoría de los casos, se trata de proveedores de servicios de salud, pero pueden existir otros más como, por ejemplo, los integrantes de los cuerpos policiacos.

A) Usuarios de drogas no inyectadas

En México la mayoría de los UDI iniciaron el consumo de drogas por vías diferentes a la intravenosa. Este dato es relevante para los programas de prevención del VIH/SIDA, ya que no debemos perder de vista que la prevención entre consumidores de drogas no inyectables puede redundar en un beneficio que no es posible cuantificar por el momento, pero podría serlo en el mediano plazo. Por esta razón, debe trabajarse de manera conjunta con los responsables estatales de la prevención de adicciones para desarrollar estrategias sustentadas en la información, la educación y la sensibilización de estos consumidores acerca de los riesgos de adquirir el VIH. Estas intervenciones son cada vez más necesarias debido a que gran parte de los UDI y otros consumidores ìfuertesî de drogas son atendidos en instituciones de autoayuda, donde suele haber carencias de materiales educativos y de formación de recursos humanos para realizar prevención en materia de VIH/SIDA.

B) Usuarios de drogas en tratamiento por consumo de drogas no sustitutivo

Algunas evidencias indican que los UDI que entran a tratamiento por consumo de drogas y permanecen en él, tienen seis veces menos probabilidades de infectarse con VIH que los que no reciben tratamiento.[9] Gran parte de los usuarios de drogas en general, y de los UDI en particular, recurren a tratamiento contra el consumo de drogas.

C) Usuarios de drogas en programas sustitutivos

Los programas sustitutivos de drogas suelen reemplazar el consumo de una droga ilegal por otra de uso legal bajo control médico, como la metadona. En este caso, el simple hecho de proveer un agonista de la heroína reduce el uso de la vía inyectada en el contexto de riesgo, con lo que se disminuye el riesgo de infección por VIH/SIDA, hepatitis C y otras infecciones. Sin embargo, los pacientes en este tipo de programas siguen requiriendo de orientación y sensibilización en VIH/SIDA.

En una evaluación reciente del tratamiento por consumo de drogas de los centros de atención que tienen financiamiento estatal en los Estados Unidos, se encontró una disminución significativa del riesgo de adquirir VIH. Adicionalmente, se estimó el costo del tratamiento por paciente en un máximo de 6,800 dólares, mientras que la estancia en la cárcel le cuesta a los contribuyentes de ese país 18,330 dólares anualmente.[10]

D) UDI que no están en tratamiento por consumo de drogas

Para reducir los riesgos de infección por VIH de los UDI que no acuden a centros de salud ni son localizables en sus casas, se han desarrollado diferentes estrategias de acercamiento de servicios a los sitios de reunión en calle. Estos servicios incluyen la distribución de material estéril de inyección, materiales educativos sobre los riesgos de compartir equipo para inyectarse, e información sobre alternativas apropiadas para desinfectar esos equipos, en caso de reutilización.

E) UDI privados de la libertad

Los UDI privados de la libertad enfrentan las mismas necesidades de atención contra el uso de drogas y de acercamiento de servicios con materiales estériles para la inyección de drogas, de protección sexual, de tratamiento contra adicciones e información preventiva.

F) Personal de salud que mantiene contacto con UDI y otros usuarios de drogas

La trayectoria social de los UDI impacta negativamente la percepción que la sociedad tiene de ellos. La mayoría de los prestadores de servicios de salud en áreas de consumo de drogas requieren una sensibilización en temas relacionados con el VIH/SIDA para poder abordar adecuadamente el trabajo con UDI y otros usuarios de drogas.

G) Personal de impartición de justicia que tiene contacto con UDI

Los encargados de impartir justicia llegan a tener contacto con UDI y, eventualmente, este contacto los puede exponer a un riesgo ocupacional. Al registrar a los UDI privados de la libertad o en la calle, el personal puede pincharse con una jeringa que puede llevar oculta un usuario de drogas. Sin embargo, frecuentemente se trata sólo de un contacto entre usuarios de drogas y las instituciones que, en todo caso, deben considerar el ofrecer algún servicio de salud a estas personas, independientemente del tipo de adicción que tengan.

H) Personal de organismos de la sociedad civil que atienden a usuarios de drogas

Gran parte del servicio de tratamiento por consumo de drogas lo brindan los organismos de la sociedad civil que mantienen la filosofía de los grupos de Alcohólicos Anónimos e instituciones con participación estatal. Por esto, es importante la capacitación y sensibilización de este grupo de servidores en actividades relacionadas con la prevención del VIH/SIDA e ITS.

Como en cualquier intervención preventiva, pero especialmente las que se dirigen a la modificación de conductas de riesgo, es necesario mantener una actitud realista, teniendo en cuenta que el objetivo inmediato

de la intervención es reducir las conductas de riesgo de los UDI, más que una eliminación total de dicho riesgo o la abstinencia. Así como hay enfermedades que requieren años de tratamiento, el personal de salud debe tener claro que el consumo de drogas puede requerir un tratamiento de largo plazo, en el que habrá recaídas y reincidencias y se repetirán las conductas de riesgo.

I) Usuarios de drogas ya infectados con el VIH y sus parejas sexuales

Las personas portadoras del VIH necesitan servicios y adherirse a los tratamientos para evitar la progresión del VIH al SIDA. Se ha encontrado que el primer motivo para reducir el riesgo sexual es la protección de la pareja. Las parejas sexuales de los UDI suelen ser uno de los motivos por los que éstos ingresen a tratamiento por consumo de drogas y también pueden ser un motivo importante para apegarse al tratamiento antirretroviral.

Posibles actividades de reducción de daños

La reducción de daños orientada a prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS en UDI abarca una amplia gama de actividades como:

- Capacitación y sensibilización al personal que pueda tener contacto con UDI u otros usuarios de drogas.
- Capacitación a funcionarios encargados de las políticas de salud para UDI, y personas (que pueden se exusuarios de drogas) que realicen acercamiento de servicios a los lugares públicos y privados donde se reúnen los UDI.
- Promoción del ingreso a tratamiento por consumo de drogas por parte de los usuarios de estas sustancias.
- Realización de pruebas de VIH de forma voluntaria y con consejería en diferentes ambientes como: cárceles, centros de tratamiento por consumo de drogas y en la calle.
- Distribución de información sobre VIH/SIDA e ITS, sus formas de transmisión y prevención.
- Provisión de metadona y otros programas sustitutivos de drogas inyectables.
- Establecimiento de programas de intercambio de jeringas.
- Instrucción sobre la limpieza adecuada de jeringas e inyección higiénica.
- Dotación de condones y cloro.
- Detección del virus de la hepatitis C y B.
- Aplicación de la vacuna contra el virus de la hepatitis B.
- Programas de referencia a servicios de salud y asistenciales.
- Establecimiento de acuerdos o relaciones de trabajo de los Programas Estatales de prevención y control del VIH/SIDA e ITS, con los Centros Estatales Contra las Adicciones, organismos de la sociedad civil, instituciones de impartición de justicia, entre otros.

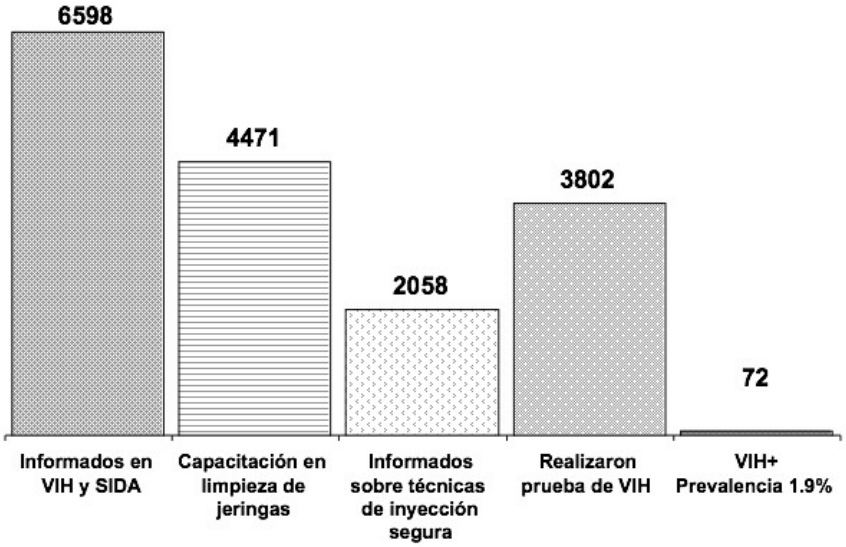
Resultados del programa de reducción de daños

Con la idea de monitorear las actividades que realizan en México los Programa Estatales de VIH/SIDA/ITS sobre la reducción de daños en usuarios de drogas en general y UDI en particular, desde principios del año 2006, CENSIDA ha solicitado el llenado de un formato de reporte de estas actividades. Adicionalmente, se realizó la distribución de materiales de reducción de daños para UDI. Se preparó un paquete preventivo con jeringas para insulina y una toallita con alcohol y otro paquete con un condón, una toallita con alcohol, una jeringa y un tríptico sobre los riesgos asociados con la inyección de drogas.

Estos paquetes fueron distribuidos a 15 Programas Estatales de VIH/SIDA/ITS, pero no todos pudieron desarrollar las actividades esperadas, por lo que para 2008 se consideró a 13 programas para distribuir material de inyección entre UDI. Las 19 entidades restantes siguen estando consideradas para realizar actividades de reducción de daños con UDI.

En 2007 se tuvo contacto con un total de 6,548 UDI. Éstos fueron informados sobre las formas de transmisión y prevención del VIH. De ellos, 58% se realizó la prueba de detección del VIH, y aunque el formato utilizado no preguntó el motivo por el cual el resto no se hizo la prueba, se observa una falta de cobertura.

Figura 2. Alcance en prevención de UDI



Fuente: CENSIDA. Actividades de reducción de daños en usuarios de drogas. Informe interno 2006.

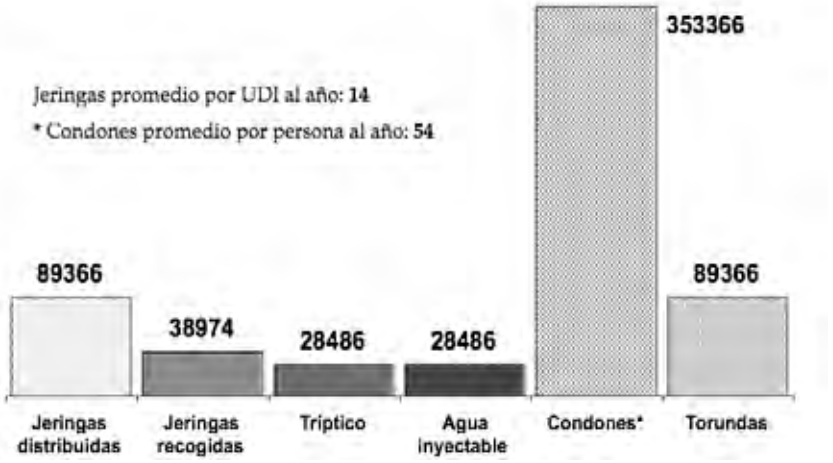
La realización de la prueba de detección de VIH dio la oportunidad de lograr un acercamiento con los UDI y de realizar otras actividades preventivas. De esta forma, 2,058 UDI fueron informados sobre técnicas de inyección más seguras. Se les explicó que la inyección de menor riesgo consiste en no reutilizar las jeringas, incorporar hábitos de higiene durante la inyección, preparar la zona de inyección ólo que es importante para evitar las infecciones recurrentesó, la rotación de puntos de inyección y el conocimiento de las áreas del cuerpo con mayor riesgo al momento de aplicarse una inyección de drogas.

Un total 4,471 UDI fueron capacitados sobre limpieza de jeringas utilizando agua y cloro, aunque sabemos que una mejor alternativa para los que no ingresan a tratamiento y siguen inyectándose drogas es utilizar una jeringa nueva en cada ocasión. Por diferentes circunstancias, la limpieza de jeringas con cloro no es siempre la adecuada y no ofrece el 100% de seguridad en la prevención del VIH/SIDA e ITS. A pesar de esto, el lavado de jeringas utilizando cloro reduce riesgos y representa una alternativa frente a la carencia de jeringas nuevas (ver Figura 2).

La distribución de materiales de prevención se muestra en la Figura 3. Como ya se mencionó, se repartieron condones, jeringas para insulina, torundas, agua inyectable y trípticos informativos sobre uso de drogas y VIH. Lo que se espera con la distribución de esos materiales preventivos es un impacto educativo, por ello, su repartición es limitada. Asimismo, se entregaron en promedio 14 jeringas estériles y 54 condones por cada persona contactada durante 2007.

De acuerdo con las estimaciones sobre el número de UDI existentes por región en el mundo, para 2004 existían en México entre 53,000 y 96,000 UDI,[11] por lo que podemos suponer que las acciones preventivas reportadas por los Programas Estatales de VIH/SIDA tuvieron una cobertura de entre 7 y 12% de esa población.

Figura 3. Materiales preventivos distribuidos a UDI (2007)

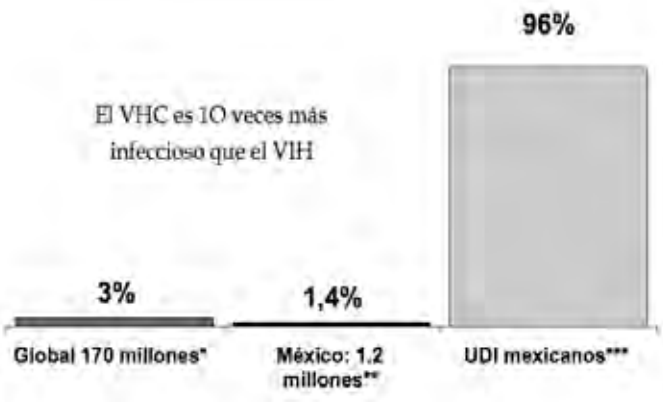


Fuente: CENSIDA. Actividades de reducción del daño en usuarios de drogas. Informe interno 2007.

Otro problema que aqueja con particular gravedad a los UDI son las infecciones causadas por hepatitis B y C. Respecto de la hepatitis C, un estudio reciente encontró que 96% de los UDI estudiados eran portadores de este virus (ver Figura 4). Hasta ahora, no existe vacuna contra este tipo de hepatitis, pero sí la hay contra otras, por lo que una medida de reducción de daños es proteger el hígado de usuario de drogas contra las hepatitis para las que sí existen vacunas.

Además de los UDI contactados, un total de 11,860 fueron informados sobre las formas de transmisión y prevención del VIH. De este grupo, 48% se realizó la prueba de detección del VIH. De los 5,660 que se hicieron la prueba de VIH, 72 tuvieron resultados positivos (0.47%). Asimismo, fue posible informar a 2,964 parejas sexuales de estos usuarios de drogas acerca de las formas de transmisión y prevención de VIH/SIDA.

Figura 4. Prevalencia de VHC: población general y UDI



* Global surveillance and control of hepatitis C. Report of a WHO Consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. J Viral Hepat 1999;6(1):35-47

** Valdespino JL, et al. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente? Salud Publ Mex 2007;49 supl 3:S395-S403.

*** **Fuente**: Faye White F. Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infection among Injection Drug Users in Two Mexican Cities Bordering the U.S. Salud Publ Mex 49(3):165-172, 2007.

Conclusiones

La cobertura estimada de UDI con actividades preventivas se ubica en un rango de entre 7 y 12%. Por ello, resulta prioritario mejorar y ampliar la cobertura de los programas de prevención con esta población, ya que son un elemento esencial para la conservación de su estado de salud. En ningún caso se mostró que el uso de estrategias de reducción de daños con UDI genere un aumento en el consumo de drogas, aunque ésta pueda ser la percepción de algunas personas.

El consumo de sustancia psicoactivas ha ocurrido en todas las culturas y a lo largo de toda la historia. Sin embargo, fue hasta el siglo que concluye que se le identificó como un problema de salud y, por su asociación con la epidemia del VIH, se potenciaron sus consecuencias negativas y el aumento dramático de los casos de SIDA en algunos países.

A nivel internacional existe una aceptación casi unánime de las medidas dirigidas a modificar los comportamientos de los UDI, entre las que se encuentran las estrategias de reducción de daños, que han mostrado ser un elemento indispensable para paliar los daños asociados a tanto a la epidemia de las drogas como a la del VIH/SIDA, contra las que no se conoce un tratamiento eficiente. Así, todo esfuerzo que pretenda que los usuarios de drogas accedan a servicios adecuados a sus necesidades, facilitará el mejor control de ambas epidemias.

México, está en condiciones de enfrentar con éxito la epidemia del VIH en los UDI. Un paso importante para lograrlo es la necesaria coordinación entre los responsables estatales de los programas de drogas y de VIH/SIDA en el país. Cambiar las conductas de riesgo tanto en el consumo de drogas inyectadas, como en las prácticas sexuales es un objetivo difícil que solamente podrá alcanzarse instrumentando acciones dirigidas a trabajar con las determinantes de las mismas.

Referencias bibliográficas

1. Hunt NA. Review of Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use. Londres: Release Publications, 2002.

2. Word Health Organization Europe. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhage, Denmark, WHO, 2005.
3. WHO/UNODC/UNAIDS. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use HIV/AIDS among IDU. Policy brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. WHO, 2004.
4. Des Jarlais D, et al. Preventing Epidemics of HIV-1 among Injecting Drug Users. En: Stimson G, Jarlais D. Ball A. (eds.) Drug Injecting and HIV Infection, Londres: WHO/UCL Press, 1988.
5. SSA. El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México. En: Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. México: SSA; 2006: p. 99-110.
6. CENSIDA. El SIDA en cifras. CENSIDA: México; 2006. Consultado el 21 de enero de 2008 en: http://www.salud.gob.mx/conasida/
7. Comité de Expertos de la OMS en Fármaco Dependencia. 28º Informe. Ginebra: OMS, 1993.
8. ONUSIDA. En riesgo y desatendidos: cuatro grupos de población clave. En: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Ginebra: ONUSIDA; 2007: 115-138.
9. NIDA. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones. Consultado el 18 de septiembre de 2007 en: http://www.nida.nih.gov/podat/spanish/PODATIndex.html
10. HHS/SAMHSA/CSAT. The National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES). Consultado el 8 de enero de 2008 en: http://ncadi.samhsa.gov/govstudy/f027/default.aspx
11. Aceijas C, Stimson V, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug use. AIDS 2004, 18: 2295-2303.

Bibliografía recomendada

1. Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre personas entre personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Manual para profesionales de la salud. Washington, DC: OPS, 2004.
2. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicada el 21 de junio del 2000.
3. NIDA. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.nida.nih.gov/podat/spanish/PODATIndex.html
4. Noguer I. (Dir). Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. 3ª edición. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo; 2003.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SS2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
5. OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington: OPS; 2005.
6. SSA/CENSIDA. Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. México: SSA/CENSIDA; 2006.

Actividades complementarias

1. Leer el documento de posición "El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México", que se encuentra en el *Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas*. México: SSA; 2006: 99-110.
2. Elegir un área de trabajo específica como, por ejemplo, un municipio, e identificar posibles sitios de trabajo de reducción de daños en usuarios de drogas: número de centro de tratamiento de adicciones a drogas, cárceles y sitios de reunión de usuarios de drogas en calles.
3. Identificar posibles aliados y formas de trabajar con ellos.
4. Enumerar servidores públicos y civiles que tienen contacto con usuarios de drogas y posibles formas de trabajo.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido del capítulo.

1. En el contexto de la prevención del VIH se entiende por reducción de daños:

a. La provisión de tratamiento integral de rehabilitación para los UDI y sus parejas.
b. El trabajo que se realiza directamente con los usuarios de drogas inyectables y sus parejas en los centros de consumo conocidos como "picaderos".
c. Las políticas y programas tendientes a prevenir las consecuencias negativas de ciertos comportamientos como el uso de drogas inyectables.
d. Las iniciativas de la sociedad civil para apoyar la prevención del VIH entre UDI.

2. Existe evidencia suficiente para afirmar que la reducción de daños disminuye la prevalencia de VIH entre UDI:

a. Cierto.
b. Falso.

3. De acuerdo con los autores, en México la reducción de daños:

a. Se ha comenzado a implementar en cinco estados piloto.
b. Inició de forma tardía.
c. Ha sido puesta en marcha principalmente en centros de reclusión.
d. Ha buscado implementarse a través de los Programas Estatales de VIH.

4. Los UDI que acuden a tratamiento por consumo de drogas y permanecen el él tienen hasta seis veces menos probabilidades de contraer VIH:

a. Cierto.
b. Falso.
c. Aún no está claro.

5. La limpieza de jeringas con agua y cloro:

a. Es una alternativa tan buena como usar jeringas nuevas para la inyección de drogas.
b. Es la alternativa más eficiente para prevenir el VIH entre UDI.
c. No la forma más eficiente de prevenir el VIH pero reduce el nivel de riesgo.
d. No es recomendable como medida para prevenir el VIH entre UDI.

Respuestas

1. c
2. a
3. b, d
4. a
5. c

Capítulo 24

Prevención del VIH/SIDA en personas privadas de su libertad. Estrategias para integrar la cultura y las organizaciones

Rodrigo Parrini Roses

Objetivo general

Identificar algunas orientaciones para la prevención del VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.

Objetivos específicos

- Conocer a detalle los aspectos institucionales y culturales clave para prevenir infecciones por VIH en este grupo de la población.
- Conocer algunos lineamientos para la atención de las personas que viven con VIH o SIDA en los centros penitenciarios.
- Adquirir conciencia de que los desafíos tanto para la atención como para la prevención del VIH en personas privadas de la libertad son considerables, por lo que se recomienda un trabajo sistemático y coordinado entre instituciones gubernamentales y de la sociedad civil.

Introducción

Desde los años noventa los centros penitenciarios y las personas privadas de su libertad (PPL) han concitado una atención creciente por parte de diversas organizaciones internacionales, gubernamentales y de la sociedad civil, tanto en México como en el mundo.[1,2,3,4,5,6,7] Al tiempo que se han reconocido los diversos problemas que afectan a estas personas, se han discutido las formas en que se pueden dignificar tanto los espacios de reclusión como las personas que se encuentran en ellos.[8,9,10] Asimismo, ante el avance de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo y en el país, las PPL han sido desde temprano un punto de atención constante.[11,12,13,14,15] En este sentido, la acción e intervención de las instituciones de salud vinculadas a la prevención del VIH/SIDA han sido, en muchos aspectos, pioneras al considerar la salud de estas personas como un ámbito en el que se debe trabajar.[16,13] No obstante, se reconoce que los desafíos son significativos y que aún falta mucho por hacer en este terreno.[17,18]

En junio de 2007, había un total de 216,290 personas privadas de su libertad, tanto en los centros federales como estatales. De éstas, 205,258 eran hombres (94.9%) y 11,032 eran mujeres (5.1%).[19] Los cinco estados con mayor población penitenciaria acumulan 47.1% del total, con 100,556 personas, sin considerar la población de los centros penitenciarios de dependencia federal.[20] Esta población estaba distribuida en 448 centros penitenciarios, de los cuales seis eran de dependencia federal, 337 estatales, 95 de gobiernos municipales y 10 del Distrito Federal.[21] Por otra parte, 2,717 menores de edad estaban bajo disposición de los centros de diagnóstico y tratamiento para menores infractores. De éstos 2,621 eran hombres (95.73%) y 117 mujeres (4.27%).[22]

En 2006 se contabilizaron 529 casos de VIH/SIDA entre la población recluida en los centros penitencia-

rios del país, según la información entregada por los Programas Estatales de VIH/SIDA, y que sólo contempla los casos conocidos por ellos.[a]

De estos casos, 67.8% se concentraba en nueve estados de la república: Jalisco, Sonora, Puebla, Baja California Norte, Michoacán, Yucatán, Chihuahua, Veracruz, Chiapas y el Distrito Federal. Si bien esta cifra permite reconocer un problema de dimensiones importantes y que involucra a todas las entidades federativas del país, no corresponde con la magnitud efectiva de la epidemia en las cárceles. Los estudios realizados en México arrojan prevalencias de VIH en PPL que varían entre 6.7 y 3.7.[24,25] Las estimaciones epidemiológicas realizadas por CENSIDA apuntan a que el número de personas viviendo con VIH/SIDA en cárceles en 2005 podría haber sido de 6,700.[23]

Este trabajo presenta algunas orientaciones para la prevención del VIH/SIDA entre PPL en los recintos penitenciarios de México,[b] con el objetivo de promover y facilitar las tareas de prevención con esta población. Para lograr este objetivo se consideran dos características fundamentales, que sirven a la vez como requisitos para el trabajo preventivo, y que permitirán la implementación de programas, proyectos o acciones exitosos.

- *Pertinencia institucional:* La prevención debe insertarse y considerar las especificidades y particularidades institucionales que rigen la vida de las PPL. No habrá prevención exitosa sin considerar este factor. Por tanto, es necesario integrarlo dentro del diseño de cualquier programa o proyecto de prevención y tenerlo en cuenta durante su desarrollo. Pueden existir puntos delicados para la inserción institucional de la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en los centros penitenciarios, pero esto no debe convertirse en un obstáculo para su realización. Siempre será mejor que las PPL tengan acceso a información y métodos de prevención, aunque sean limitados, a que no lo tengan.
- *Pertinencia cultural*: Se puede diseñar e implementar un programa o proyecto de prevención que sea pertinente institucionalmente, pero eso no asegurará su éxito final. Por ello, se debe valorar la pertinencia cultural de la prevención, lo que significa que se deben contemplar las prácticas de riesgo que suceden en los centros penitenciarios y que son realizadas por PPL. Asimismo, deben considerarse los significados que las PPL elaboran en torno a dichas prácticas. Por ejemplo, el sexo entre hombres puede tener significados muy distintos para los hombres presos que para los hombres *gay* universitarios; pero si se diera por supuesto que unos y otros piensan lo mismo sobre dichas relaciones, entonces se errará en la forma de abordarlas y de promover la prevención.

Orientaciones para la prevención del VIH/SIDA en los recintos penales

A continuación presentamos algunas orientaciones para la prevención del VIH/SIDA en la población recluida en los centros penitenciarios del país. Para fines didácticos, cada una va encabezada por una palabra o frase central, que resume la idea principal del párrafo.

a) *Fortalecer la salud:* La salud es una dimensión compleja e integral de los seres humanos y no la suma de partes inconexas. Por esta razón, la prevención de la epidemia del SIDA en las cárceles sólo puede ser efectiva si se enmarca en un proceso de fortalecimiento del acceso a los servicios de salud para las y los internos.

Es necesario considerar que las condiciones sanitarias de los centros penitenciarios generalmente son deficientes, la atención es de mala calidad, se cuenta con pocos recursos humanos, técnicos y materiales, y la salud de la población recluida es precaria. En este marco, la prevención más efecti-

[a] Este diagnóstico fue realizado en el marco del Proyecto de Prevención del VIH/SIDA en Personas Privadas de su Libertad, diseñado e implementado por CENSIDA durante el año 2006 y que continuó en el 2007.

[b] Estas orientaciones provienen de las visitas que se realizaron a cárceles del estado de Tabasco y el Distrito Federal. En cada visita, se entrevistó a funcionarios de salud, de seguridad pública, a directores de prisiones, a médicos y personal penitenciario y a internos e internas, especialmente a aquéllos que vivían con VIH/SIDA. Esta información se completó con datos provenientes de la literatura, conversaciones con especialistas y otras visitas a recintos penales realizadas por personal de CENSIDA.

va será la que considere estos factores y contribuya a mitigarlos o solucionarlos.

b) Los derechos humanos como marco de la prevención: Los derechos humanos constituyen la principal herramienta para orientar la acción preventiva en las cárceles.[26] Toda acción preventiva debe ser respetuosa de los derechos humanos de los internos y nunca puede resultar en un daño o menoscabo de ellos. La salud es un derecho humano fundamental y la prevención de la epidemia del SIDA es, también, una forma de garantizarlo.

Es necesario considerar que las PPL han sido un grupo especialmente vulnerable a la violación de los derechos humanos. Además, en las cárceles hay grupos de personas más vulnerables que otras como son los indígenas, ancianos, discapacitados y las personas con orientaciones e identidades sexuales distintas a la heterosexual. Una prevención eficaz será aquella que respete la dignidad de las personas y que la promueva. De este modo, la prevención debe contribuir a fortalecer el ejercicio de los derechos que permanecen a pesar de una condena o un juicio.

c) Utilizar el enfoque de la vulnerabilidad: Las PPL son un grupo vulnerable ante la epidemia. Esto quiere decir que presentan una serie de condiciones y características socioculturales y socioeconómicas, individuales y colectivas, que las exponen a la epidemia en mayor medida que otros grupos. Reconocer su vulnerabilidad permite delimitar el conjunto de medidas y acciones que se deben tomar para reducirla a corto, mediano y largo plazo.

d) Utilizar la perspectiva de género: Ante una situación de encierro, los hombres y las mujeres experimentarán dificultades y vulnerabilidades específicas y particulares. Asimismo, la forma en que viven y significan su sexualidad será diferente. Por lo tanto, para el diseño de la prevención debemos considerar una perspectiva de género para poder atender de modo específico a las mujeres y hombres que viven en prisión. Una acción que puede ser efectiva entre los hombres no necesariamente lo será entre las mujeres. Así, debemos hacernos las siguientes preguntas antes de diseñar la prevención:

» ¿Cuál es la situación de las mujeres en el encierro?
» ¿Cuáles son sus formas de vulnerabilidad específicas?
» ¿Qué necesitan saber y hacer para protegerse ante el VIH/SIDA y otras ITS?

e) La coordinación interinstitucional es indispensable: Los recintos penitenciarios y las PPL están bajo custodia de la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) de cada estado o federal. Por esto, para realizar cualquier proyecto de prevención se debe considerar la coordinación con estas autoridades. Mantener las mejores relaciones con las autoridades de la SSP y de los mismos recintos penales es fundamental, pues serán quienes autoricen las acciones de prevención y faciliten su ejecución.

Por otra parte, es necesario establecer vínculos con otras instancias de la Secretaría de Salud de cada estado, para coordinar las acciones que cada una llevará a cabo. También, es preciso crear una red de apoyo que incluya a la Secretaría de Salud, la SSP, la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) y a las organizaciones de la sociedad civil, para que se implementen y fortalezcan las estrategias de prevención del VIH y otras ITS desde diferentes frentes.

f) Reconocer las prácticas y conductas que se suele negar: Uno de los grandes obstáculos que enfrenta la prevención del VIH/SIDA en los centros penitenciarios es la negación sistemática por parte de algunas autoridades y de los mismos internos de la ocurrencia de ciertas conductas. Esto es válido tanto en los centros penitenciarios de hombres como en los de mujeres.

» *Relaciones sexuales:* Sabemos que en las cárceles se tienen relaciones sexuales de tipo heterosexual y homosexual. Las primeras no sólo ocurren en las visitas conyugales sino también durante las visitas con parejas permanentes o esporádicas. En muchas cárceles se ejerce el trabajo sexual durante las visitas. Las relaciones

homosexuales ocurren generalmente entre los mismos internos o entre internos y el personal penitenciario. Pueden ser de mutuo acuerdo entre los participantes, pueden corresponder a una forma de trabajo sexual dentro del recinto penal o pueden resultar de una violación individual o colectiva de un interno por parte de sus pares.[c]

» *Consumo de drogas:* El consumo de drogas es un comportamiento muy extendido en los recintos penitenciarios. Su uso reduce la capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo de infección por VIH, y el uso de drogas inyectadas es una forma eficiente de transmisión del virus. Esta forma de consumo se encuentra extendida especialmente en el Norte del país, aunque se ha detectado una paulatina difusión hacia el Sur.[d]

» *Tatuajes:* Dentro de los recintos penitenciarios se practican tatuajes con instrumental precario y sin las condiciones higiénicas recomendadas para evitar el contagio del VIH o de las hepatitis (especialmente la hepatitis C).

Para que la prevención sea eficaz es necesario considerar la existencia de estas prácticas, hablar claramente de ellas y dotar a las PPL de los medios de prevención necesarios.

g) Las PPL no son un grupo aislado: Una persona que se encuentra privada de su libertad ha tenido contacto con múltiples personas antes y durante su encierro. En los horarios de visita, llegan varios miles de personas a cada centro penitenciario. Esto significa que las PPL no están totalmente aisladas, ya que mantienen múltiples contactos con personas del exterior. Por esto, es necesario ampliar la prevención hacia las personas que visitan a las PPL, especialmente a sus parejas sexuales, sean hetero u homosexuales. También se debe considerar al personal técnico y de seguridad de los recintos penitenciarios, lo que promoverá un contexto preventivo que fomente la adopción de prácticas de protección y autocuidado.

h) Es necesario contar con la ayuda de las y los internos: No se puede realizar prevención en los centros penitenciarios sin contar con la colaboración de los internos. Por esto, es recomendable buscar la ayuda de un interno que sea reconocido por la población y tenga cierta influencia sobre ella. Esto facilitará las acciones que se realicen. No obstante, siempre se debe mantener el control y la dirección sobre el trabajo de prevención que se efectúe en cárceles, lo que requiere mantener claridad sobre los compromisos y los límites de la prevención.

i) Formar multiplicadores potencia la prevención: Quienes mejor conocen la realidad de los centros penitenciarios son los mismos internos, por esto es recomendable capacitar a algunos de ellos o ellas para que realicen un trabajo preventivo entre la población reclusa. Dada su cercanía con el resto de los internos, los multiplicadores pueden fungir como facilitadores de información, consejeros y como intermediarios entre internos y los médicos o psicólogos que estén disponibles. Esta estrategia puede favorecer la eficacia de los programas y acciones para la prevención del VIH/SIDA.

j) La prevención debe considerar otros problemas de salud: Así como es necesario insertar la prevención en el contexto general de la salud de las PPL, es importante que la prevención del VIH/SIDA y otras ITS se vincule con otros programas o proyectos de prevención dirigidos a este grupo.

Sabemos que el consumo de drogas es una práctica extendida en los recintos penales del país y que es un factor que favorece el contagio de diversas enfermedades. Particularmente serio es el uso de drogas inyectadas, que también se relaciona con altas prevalencias de hepatitis C.[29] Por todo esto, es necesario vincular la prevención del VIH/SIDA con otros programas o proyectos de prevención del alcoholismo y la drogadicción, entendiéndolos como factores que coadyuvan en la transmisión del VIH e ITS. Hay que prestar especial atención a

[c] Para la atención médica de las personas violadas se recomienda revisar el documento diseñado y publicado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.[27]

[d] CENSIDA cuenta con un manual específico dirigido a la prevención de la epidemia entre usuarios de drogas inyectadas.[28]

los programas de reducción de daños dirigidos a usuarios de drogas inyectadas.

k) *La prevención del VIH/SIDA forma parte de la salud sexual:* Otra dimensión de la salud que debemos considerar es la salud sexual. Ésta no sólo se vincula con la prevención de conductas riesgosas, sino con la promoción de formas saludables de vivir la sexualidad. Comprende el acceso a métodos anticonceptivos y a atención especializada en todo lo referido a la sexualidad y reproducción.

l) *Es fundamental reconocer que falta información:* Las PPL son un grupo con escasa información sobre VIH/SIDA e ITS, o con información parcial y fragmentaria, por lo que es necesario entregarles información coherente y comprensible sobre las formas de prevención. La información será un requisito, pero no una garantía, para prevenir la infección por VIH en las PPL.

m) *Es necesario entregar los medios para prevenir:* Dado que no basta con saber cómo prevenir, es indispensable entregarle a las PPL los medios necesarios para prevenir el contagio por VIH o de otras ITS. Esto implica, entre otras medidas:

» *Entregar condones:* en cantidad suficiente y para que sean usados en todo tipo de relaciones sexuales. No basta con dotar a las visitas conyugales de preservativos, pues sólo una parte pequeña de las relaciones sexuales que suceden en un penal ocurren en ese espacio.

» *Dotar de lubricantes:* esto será especialmente relevante para aquellos internos que mantengan relaciones anales con sus parejas, sean hetero u homosexuales.

» *Entregar material esterilizado:* para aquellos internos e internas que utilicen drogas inyectadas dentro de la cárcel.

n) *Sumar al personal de las cárceles:* Así como las PPL no están aisladas del mundo exterior, también tienen contacto con las personas que trabajan en los centros penitenciarios. Es necesario, por tanto, capacitar y formar al personal técnico y de seguridad de los recintos penales en prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Esta formación pretende que el personal se cuide a sí mismo, que colabore con la prevención en la población presa, y que facilite las acciones de prevención. La prevención es una estrategia adecuada para terminar con los prejuicios. Se recomienda incluir entre los programas de prevención a los familiares y a las personas que acuden a visita íntima.

Orientaciones para la atención y seguimiento de las personas que viven con VIH/SIDA en recintos penales

Las orientaciones de este apartado se refieren a la atención de las personas que viven con VIH/SIDA en las cárceles del país. Las orientaciones anotadas en la sección anterior también deben considerarse si se trabaja con este grupo.

a) *Garantizar la atención médica*: Las PPL tienen derecho a la salud en sus diversas expresiones: promoción, prevención y atención. En el mismo sentido, las personas que viven con VIH/SIDA (PPVS) que están privadas de su libertad deben ser atendidas y recibir una atención de calidad. La atención debe dirigirse al VIH o SIDA específicamente, así como a otros problemas de salud asociados o no con estos cuadros. La atención médica de calidad de las PPVS es fundamental para garantizar su esperanza y su calidad de vida.

b) *Las PVVS en centros penitenciarios no deben estar aisladas:* No existe ninguna razón médica, epidemiológica, legal o relativa a la seguridad que haga necesario el aislamiento de las PVVS en las prisiones. El aislamiento deteriora las condiciones de salud y aumenta el estigma contra estas personas. No obstante, las PVVS deben acceder a estancias higiénicas y seguras, que garanticen su calidad de vida y su seguridad personal.

c) *Se debe garantizar el acceso a tratamientos antirretrovirales:* Las PPVS que viven en las cárceles deben tener acceso a esquemas de tratamiento del VIH/SIDA semejantes a los que se encuentran disponibles para las personas libres.[30] Esto implica que:

» Deben estar bajo supervisión de un médico especialista en VIH/SIDA que pueda prescribir

ARV. No cualquier médico puede realizar esta prescripción.

» Deben recibir los tratamientos ARV que les sean prescritos, en el lugar de su reclusión, de manera constante. Esto asegura, junto con la adherencia, el éxito de estas terapias. Es necesario recordar que estos tratamientos se encuentran disponibles con financiamiento federal y estatal para la totalidad de las PVVS que lo requieran según indicación médica.

» Deben tener acceso a los exámenes necesarios para determinar la pertinencia del uso de ARV y su evolución en el tiempo. Estos exámenes sólo son realizados por ciertas instituciones y, en algunos casos, las y los internos que viven con VIH/SIDA deben ser trasladados fuera del penal en el que están para tomarse las muestras necesarias.

d) La información es fundamental: Se debe informar a las PVVS en prisión sobre su estado de salud, los exámenes que se les practiquen y las terapias que se les prescriban, especialmente si deben seguir un tratamiento ARV. Las personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA deben conocer su estado de salud, la evolución de su padecimiento y los resultados de sus exámenes.

e) Disminuir la vulnerabilidad: Una PVVS en prisión se encuentra en situaciones de doble y triple vulnerabilidad. A su situación de PPL se suma el VIH o el SIDA. Junto con esto, puede pertenecer a uno o más grupos vulnerables, como mujeres, hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables o trabajadores sexuales. Es necesario abordar estas vulnerabilidades que impactan, en su conjunto y en sus interrelaciones, en la salud de las personas.

f) Brindar apoyo psicológico y consejería: Se debe trabajar con los prejuicios y estigmas psicológicos para enfrentar los efectos emocionales (depresión, angustia, negación e ira) que causa esta condición de salud y que se agravan en un contexto de encierro.[31] Así también, se requiere de consejería especializada para las PVVS, que promueva la prevención secundaria y, si fuera el caso, la adherencia al tratamiento ARV y sensibilice y genere en los internos prácticas de autocuidado.

g) Atender al estigma y la discriminación: Es necesario trabajar con las actitudes y los comportamientos de rechazo y discriminación por parte de la población carcelaria y funcionarios hacia las PVVS en prisión. Esto se vinculará directamente con su calidad de vida e incluso con su seguridad personal.

h) Profundizar la coordinación interinstitucional: Se recomienda establecer, o en su caso profundizar, relaciones de trabajo entre el Programa Estatal de VIH/SIDA del Estado y la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH). Dado que el personal de las CEDH visita constantemente las cárceles y pueden ser aliados valiosos en el cuidado y atención de las PVVS en prisión, vigilando el cumplimiento de sus derechos fundamentales.

i) En caso de libertad: Se recomienda informar a las y los internos que viven con VIH/SIDA sobre los lugares a los que pueden acudir para continuar con su tratamiento una vez que salgan en libertad, así como de albergues en caso de no contar con apoyo familiar.

Conclusiones

Para que el trabajo preventivo con las personas privadas de su libertad sea exitoso es necesario considerar los aspectos institucionales y culturales que lo delimitan. De este modo, es imprescindible coordinar el trabajo entre las distintas instituciones gubernamentales que puedan están involucradas en él y con organizaciones de la sociedad civil. Por otra parte, si la prevención no considera las especificidades culturales de las PPL no será exitosa y por esto debemos utilizar un lenguaje apropiado, estrategias educativas pertinentes y dinámicas que permitan tanto la identificación de los internos con la información que se les entrega, como su compresión clara, fácil y rápida. No obstante, la prevención no tendrá el efecto esperado si los internos no cuentan con los medios necesarios para prevenir la infección por VIH, especialmente preservativos y jeringas desechables.

Referencias bibliográficas

1. Azaola, E. Los niños de la correccional: fragmentos de vida. México: CIESAS, 1995.
2. Azaola, E. La institución correccional en México: una mirada extraviada. México: Siglo XXI, 1990.
3. Azaola, E.; José Yacamán C. Las mujeres olvidadas: un estudio sobre la situación actual de las cárceles de mujeres en la República Mexicana. México: COLMEX, 1996.
4. Carranza, E. Presente y Futuro de la Política Penitenciaria. En: La experiencia Penitenciaria Contemporánea. Apuntes y expectativas. México: CNDH, 1995, pp. 107-128.
5. Mora, J. J. Diagnóstico de las Prisiones en México. México: CNDH, 1991.
6. Parrini, R. Panópticos y Laberintos: subjetivación, deseo y corporalidad en una cárcel de hombres. México: COLMEX, 2007.
7. ONU. Los derechos humanos y las prisiones. Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones. Nueva York y Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004.
8. CNDH. Compilación de documentos nacionales e internacionales en materia penitenciaria. México: CNDH, 1996.
9. CNDH. Sistema penitenciario y derechos humanos: balance de labores realizadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México: CNDH, 1996.
10. CNDH. La Experiencia Penitenciaria Contemporánea. Apuntes y expectativas. México: CNDH, 1995.
11. Izazola, S.; Labastida, A.; Villanueva R. La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México. Identificación de prácticas institucionales útiles. México: SIDALAC, s/f.
12. ONUSIDA. Las cárceles y el SIDA: Actualización técnica del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA, 1997.
13. UNAIDS. WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Ginebra: UNAIDS, 1993.
14. UNAIDS. Prisons and Aids. UNAIDS point of view. Ginebra: UNAIDS, 1997.
15. Uribe P.; Magis C., Egremy G., Arellano L. M. y Hernández G. Respuesta Institucional al VIH/SIDA. 20 años de historia. En: Donato Alarcón y Samuel Ponce de León (comps.), El Sida en México. Veinte años de la epidemia, México: El Colegio Nacional, 2003.
16. WHO. International Conference on Prison and Health Proceedings London, 17 October 2005. Ginebra: Regional Office for Europe WHO, 2006.
17. Canadian HIV/AIDS Legal Network. Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late. A Report Card. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002.
18. Canadian HIV/AIDS Legal Network. Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Second edition, Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.
19. SSP. Población penitenciaria por sexo y situación jurídica, junio del 2007. Consultado el 20 de junio de 2007 en: http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/appmanager/prs/desk?_nfpb=true&_pageLabel=prs_page_3&docName=Población%20penitenciaria%20por%20sexo%20y%20situación%20jurídica.&nodeId=/BEA%20Repository/93972//archivo&pathImg=/BEA%20Repository%2Fimport%2FPrevenci%C3%B3n+y+Readaptaci%C3%B3n+Social%2FEstad%C3%ADstica+y+Cronolog%C3%ADa+de+Centros+Penitenciarios%2FPoblaci%C3%B3n+penitenciaria+por+sexo+y+situaci%C3%B3n+jur%C3%AD_
20. SSP. Población penitenciaria por entidad federativa, junio del 2007. Consultado el 20 de junio de 2007 en: http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/appmanager/prs/desk?_nfpb=true&_pageLabel=prs_page_3&docName=Población%20penitenciaria%20por%20entidad%20federativa&nodeId=/BEA%20Repository/93962//archivo&pathImg=/BEA%20Repository%2Fimport%2FPrevenci%C3%B3n+y+Readaptaci%C3%B3n+Social%2FEstad%C3%ADstica+y+Cronolog%C3%ADa+de+Centros+Penitenciarios%2FPoblaci%C3%B3n+penitenciaria+por+entidad+federativa.
21. SSP. Dependencia de los centro y distribución de la población penitenciaria, junio del 2007. Consultado el 20 de junio de 2007 en: http://www.ssp.gob.mx/por-

talWebApp/appmanager/prs/desk?_nfpb=true&_pageLabel=prs_page_3&docName=Dependencia%20de%20los%20centros%20y%20distribución%20de%20la%20población%20penitenciaria.&nodeId=/BEA%20Repository/93979//archivo&pathImg=/BEA%20Repository/import/Prevención%20y%20Readaptación%20Social/Estadística%20y%20Cronología%20de%20Centros%20Penitenciarios/Dependencia%20de%20los%20centros%20y%20distribución%20de%20la%20p_.

22. SSP. Población en los centros de diagnóstico y tratamiento para menores infractores por sexo, junio del 2007. Consultado el 20 de junio de 2007 en: http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/appmanager/prs/desk?_nfpb=true&_pageLabel=prs_page_3&docName=Población%20en%20los%20centros%20de%20diagnóstico%20y%20tratamiento%20para%20menores%20infractores%20por%20sexo.&nodeId=/BEA%20Repository/93994//archivo&pathImg=/BEA%20Repository%2Fimport%2FPrevenci%C3%B3n+y+Readaptaci%C3%B3n+Social%2FEstad%C3%ADstica+y+Cronolog%C3%ADa+de+Centros+Penitenciarios%2Fpoblacion+menores+sexo.
23. Saavedra J; Bravo-García E. Panorama del VIH/SIDA en el 2006. En: Magis C., Barrientos H., Bertozzi S. (eds.). Sida. Aspectos de Salud Pública. Manual. México: CENSIDA-INSP, 2006, pp. 3-14
24. Loo-Méndez E.; Magis-Rodríguez C.; Santarriaga-Sandoval M.; Uribe-Zúñiga P. Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA y ETS en México 1990-1996. V Conferencia Panamericana de SIDA, 1997, Lima: Perú.
25. Magis-Rodríguez C.; Del Río-Zolezzi A.; González G.; García-García M. L.; Valdespino-Gómez J. L.; Sepúlveda-Amor J. Cárcel y factores de riesgo para VIH resultado de encuestas centinela. VI Congreso Nacional de Investigación sobre Salud Pública, 1995, Cuernavaca: México.
26. ONU. Los derechos humanos y las prisiones. Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones. Nueva York y Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004.
27. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención médica a Personas Violadas. Consultado el 20 de junio de 2007 en: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Personas_Violadas.pdf.
28. CENSIDA. Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. México: CENSIDA, 2006.
29. CDC. Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, Vol. 52, No. RR-1, 2003.
30. CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA. Segunda Edición 2005-2006. México: CENSIDA, 2006.
31. CONASIDA. Guía de atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA, segunda edición. México: CONASIDA, 1998.

Actividades complementarias

El alumno investigará cuántos centros penitenciarios existen en su entidad por sexo y cuántas personas privadas de su libertad existen en ellos.

Asimismo, identificará en el área de epidemiología o VIH de los servicios de salud de su entidad, jurisdicción o unidad administrativa el número de casos de VIH y SIDA registrados por año en los últimos cinco años en la población privada de su libertad. De preferencia identificará la vía de transmisión y averiguará cuántos están bajo tratamiento ARV.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. Utilizar una perspectiva de género implica:

a. Considerar las vulnerabilidades específicas de las mujeres o, en su caso, de los hombres.
b. Dar siempre prioridad a las mujeres.
c. Considerar sólo las características específicas de las mujeres privadas de su libertad.

d. Tener el cuenta que las mujeres son más débiles que los hombres.

2. De acuerdo con el autor, las siguientes son prácticas que suelen negarse dentro de los centros penitenciarios, excepto:

a. La violación sexual individual o colectiva.
b. Las relaciones homosexuales entre internos y miembros de los centros penitenciarios.
c. Las llamadas desde celulares a hotlines que ofrecen servicios sexuales.
d. La práctica de tatuarse con instrumental precario.

3. Con respecto al derecho a la salud, las personas privadas de su libertad:

a. Lo pierden completamente.
b. Lo mantienen sólo en parte.
c. Lo conservan íntegramente.
d. Lo mantendrán, pero según los reglamentos de los centros penitenciarios.

4. Las personas con VIH o SIDA que se encuentran en los centros penitenciarios:

a. Deben acceder a una atención médica al igual que las personas en libertad.
b. Se deben adaptar a las posibilidades de la institución.
c. Recibirán atención médica de forma esporádica.
d. Quedará a criterio de las autoridades penitenciarias el tipo de atención que recibirán.

5. Con respecto a los tratamientos antirretrovirales, las personas privadas de su libertad que viven con VIH o SIDA:

a. Sólo tendrán acceso a los tratamientos cuando salgan en libertad.
b. Deben tener acceso a los tratamientos antirretrovirales que requieran.
c. Se deben adaptar a las posibilidades de la institución.
d. Tendrán acceso a los tratamientos, siempre y cuando estén disponibles, y sin que se pueda asegurar su continuidad.

Respuestas

1. a
2. c
3. c
4. a
5. b

Capítulo 25

Prevención del VIH y la Iglesia católica

María Consuelo Mejía

Tratándose del SIDA y el uso del condón, se ha llegado a un punto en el que la intención ya no es la prevención del embarazo sino la de la muerte. En el contexto en el que nos situamos ahora, la anticoncepción no se orienta ya al control de la sobrepoblación sino a evitar un holocausto.

Anthony Padovano, *La feligresía católica, la conciencia y el uso de condones.*[1]

Objetivo general

Identificar algunos de los conflictos que surgen a partir de la doctrina conservadora de la Iglesia católica y la aparición del VIH.

Objetivo específico

- Tomar conciencia de que la doctrina conservadora de la Iglesia católica no avala la conducta homosexual ni las políticas públicas relacionadas con la prevención del VIH a través del uso del condón.

Introducción

La pandemia del VIH se expande en el mundo en un momento histórico marcado por las crecientes desigualdades económicas y sociales, entre países y sectores. El auge del neoliberalismo, o lo que muchos han identificado como la etapa del capitalismo salvaje, ha profundizado la brecha entre ricos y pobres, deteriorado el medio ambiente, contribuido a concentrar el poder político, y provocado guerras y genocidios. La violencia simbólica y real constituye el alimento de los medios de comunicación masiva, moldeadores de las conciencias y las voluntades de millones de personas en el mundo.

En medio de este sórdido panorama ha habido un innegable avance en la legitimidad y el reconocimiento de los derechos humanos universales. El desarrollo social es complejo y contradictorio, y la humanidad ha entendido que los pactos son necesarios en un mundo cada vez más diverso y plural. El respeto a los derechos humanos se ha constituido en criterio central para calificar la gestión de los gobiernos democráticos a tal grado en que el nivel en que se respeten estos derechos en un determinado país puede afectar los planes de apoyo financiero para programas de desarrollo. No escapan a esta tendencia las instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial, que creó el cargo de *ombudsman,* o defensor de los derechos humanos, para vigilar que estos derechos no fueran vulnerados por instituciones o gobiernos que reciben ayuda de esta institución.

Paralelamente, ha habido un reconocimiento creciente de los derechos específicos de distintos sectores de la población que demandan igualdad desde la diferencia: mujeres, jóvenes, lesbianas, homosexuales,

bisexuales, transexuales, transgéneros, indígenas, afroamericanos, discapacitados, gente de la tercera edad. Sin embargo, este reconocimiento ocurre la mayor parte de las veces sólo de manera formal.

Estos avances van a contracorriente de una cultura patriarcal, misógina y homofóbica, que pretende seguir controlando las vidas de las mujeres y de los sectores más vulnerables a través del control de su sexualidad, que niega la realidad y promueve la discriminación hacia cualquier expresión de la diferencia. En el caso de América Latina, las enseñanzas morales de la jerarquía conservadora de la Iglesia católica han jugado un papel central para la reproducción de esta cultura.

De forma paralela, ha habido un creciente proceso de secularización producto de la difusión de mensajes que aluden al derecho que tienen las personas a tomar decisiones de acuerdo con los dictados de su conciencia, a la dimensión positiva de la sexualidad y a la demanda de respeto a la dignidad de las personas. A este proceso contribuyeron indudablemente las organizaciones de mujeres, lesbianas y homosexuales, así como el desarrollo de tecnologías anticonceptivas, que han permitido que las personas puedan controlar su capacidad reproductiva separando la procreación de la vivencia de la sexualidad, entendida como expresión de amor y fuente de placer y goce erótico, así como el derecho a las expresiones de la diversidad sexual.

Sin embargo, las imposiciones dogmáticas, el abuso de poder y la manipulación de las conciencias siguen siendo el pan de cada día en la forma en que las iglesias han pretendido difundir y legitimar sus creencias y valores morales.

Ejemplo de ello es la pretensión de convertir en políticas públicas los dogmas de una religión, como es el caso de la Iglesia católica, que ha dedicado recursos significativos y todos sus esfuerzos a intentar que sus posiciones morales sean las que rijan las políticas públicas de los países representados en la ONU y de cada país en el que tiene poder político y económico.

El papel que el Vaticano jugó en las conferencias convocadas por la ONU en la década de los noventa, entre las que destacan la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo en 1994) y la de las Mujeres (Beijing en 1995) es bastante conocido. En estos encuentros, la delegación del Vaticano utilizó su poder simbólico —ya que es la única delegación que tiene el calificativo de "santa"—, para jugar con la diplomacia e intentar obligar a los países donde tiene más poder a acatar sus órdenes, buscando imponer su agenda moral conservadora en todos los temas relacionados con sexualidad y reproducción.

Sin embargo, estos intentos fracasaron. Los acuerdos alcanzados en El Cairo y Beijing marcaron un hito en la historia de las políticas de población al reconocer la necesidad de poner a las personas en el centro de las políticas, en lugar de trazarse como objetivo lograr metas demográficas a costa del respeto a los derechos humanos de millones de usuarias de los servicios de salud. Los derechos humanos de las mujeres, las condiciones para su empoderamiento y la igualdad de oportunidades se convirtieron en los ejes de las políticas de población. Estos acuerdos incluyeron también un nuevo enfoque de la salud reproductiva que promueve el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de usuarias y usuarios, la eliminación de la coerción en la prestación de los servicios, así como la integralidad y la integración de los servicios antes fraccionados y segmentados.

En este contexto, los gobiernos del mundo se vieron en la imperiosa necesidad de enfrentar la pandemia del SIDA. Algunos de los factores anotados han contribuido a que las medidas preventivas y curativas tomadas tengan algún efecto, pero el hecho es que la transmisión del virus sigue en aumento, aunque hayan cambiado los sectores más afectados.

Tres han sido las medidas tomadas que vale la pena destacar: a) la investigación acerca de los factores de riesgo y de los medicamentos; b) la integración de la atención de las ITS a los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, y c) la promoción del uso del condón como único método eficaz para prevenir el contagio a través de las relaciones sexuales.

En la epidemia del VIH se mezclan indudablemente factores económicos y culturales. El grado de pobreza, la falta de acceso a condones, a información correcta y a educación acerca de cómo prevenir su transmisión, así como la persistencia del machismo y de la subordinación de las mujeres, han probado ser condiciones propicias para una acelerada expansión del virus. Aunque los es-

fuerzos de los gobiernos se han centrado en las políticas de salud y el acceso a los medicamentos, las campañas de prevención no han rendido los resultados esperados debido a que no alcanzan a incidir en los obstáculos derivados de la pobreza y de las pautas culturales.

Sin un mejoramiento integral de las condiciones de vida, no habrá posibilidad de combatir eficazmente esta pandemia, pero también existen múltiples dificultades para superar este escollo. A pesar de que los obstáculos derivados de las pautas morales y de las creencias religiosas constituyen una pesada carga, es posible hacer mucho si los gobiernos afirman la laicidad de las políticas públicas y combaten decididamente los mensajes que parten de una concepción religiosa equivocada y desinforman y confunden a la población. En este sentido, en 1995, la antropóloga Marta Lamas señalaba que la deconstrucción simbólica y el laicismo son las condiciones imprescindibles para el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y, hoy agregamos que lo son también para prevenir la expansión del VIH.

El papel de la Iglesia católica

Católicas por el Derecho a Decidir ha observado con preocupación la "feminización" de la epidemia del VIH y ha destacado la vulnerabilidad de las mujeres como la razón principal para este fenómeno. Esta vulnerabilidad se deriva del contexto patriarcal en el cual las relaciones de poder entre hombres y mujeres siguen siendo desiguales, se caracterizan por la coerción y la violencia de género, la dependencia económica de las mujeres y su imposibilidad de negociar relaciones sexuales seguras con sus parejas. Esta condición, sumada a la vulnerabilidad fisiológica, ha incrementado el número de mujeres con VIH a cerca de la mitad de los casi 40 millones de personas que hoy viven con la infección.

La feminización del SIDA, así como los obstáculos para lanzar campañas agresivas de promoción de uso del condón, constituyen evidencias dramáticas de la importancia que tiene el cambio cultural para promover una ética del cuidado, una cultura de la prevención que permita poner un alto a la expansión de esta grave enfermedad.

Si bien las campañas de salud son absolutamente necesarias, los aspectos humanos y culturales relacionados con la transmisión del virus no han sido suficientemente atendidos. Consideramos que promover la dimensión positiva de la sexualidad, destacar el amor y la responsabilidad en las relaciones sexuales y trabajar para aumentar el empoderamiento de mujeres y jóvenes —de manera que puedan vivir y ejercer su sexualidad sin temor a infecciones mortales o a embarazos no deseados— son factores cruciales para contribuir a mitigar la pandemia.

Las iglesias han jugado un papel importante en la lucha contra la expansión del mortal virus. En el caso de América Latina, la religión católica es parte integral de la cultura, y la Iglesia católica ha jugado un papel protagónico en las acciones que se han emprendido para atender las graves consecuencias de esta pandemia.

Aunque la Iglesia católica se precia de atender a la tercera parte de los enfermos de SIDA en los cerca de 200,000 centros de atención a la salud de su propiedad en el mundo, las posiciones dogmáticas erradas que han emanado de las instancias del Vaticano, les han impedido recomendar el uso del condón. Este hecho es gravísimo, puesto que las personas infectadas no están recibiendo la información que requieren para protegerse y proteger a otras personas de la infección.

La posición católica oficial frente al VIH es recomendar la abstinencia como única opción preventiva, incluso entre parejas casadas, medida que ha probado ser ineficaz y se ha confirmado por el aumento del VIH entre mujeres casadas y monógamas. Defender la abstinencia es respetable sólo en la medida en que esta estrategia sea recomendada como una entre varias que las personas puedan elegir. Lo que no es correcto es condenar el uso del condón arguyendo razones técnicas falsas, causando confusión y obstaculizando el acceso al uso correcto y continuado del único método que permite tener relaciones sexuales responsables y protegerse de la posibilidad de adquirir el VIH.

Pero, además de la postura de la jerarquía católica, también hay otras perspectivas que defienden el uso del condón y que recuperan valores de la doctrina católica. Es el caso de Anthony T. Padovano, un sacerdote casado, comprometido con la justicia y con la defen-

sa de los derechos humanos, teólogo y profundo conocedor de la doctrina católica, y de las personas que realizan la campaña Condones por la Vida, que es una muestra concreta de cómo pueden conciliarse la prevención y la religión.

Es necesario subrayar que una mayoría abrumadora de la feligresía católica apoya el uso del condón. Así lo demostraron los resultados de la Encuesta de Opinión realizada en México, por encargo de Católicas por el Derecho a Decidir, a la empresa Estadística Aplicada en 2003. Esta encuesta fue realizada simultáneamente en Bolivia y Colombia y, meses más tarde, una encuesta similar fue llevada a cabo en Brasil. Los resultados de estos sondeos muestran que más de 95% de la población católica de los cuatro países apoya la promoción del uso del condón. A pesar de diferencias mínimas entre país y país, vale la pena mostrar los resultados.

Aunque las razones para explicar posiciones tan contradictorias con las enseñanzas de la jerarquía conservadora son muchas y de diversa índole, Anthony Padovano ha señalado algunas que resultan relevantes y que se presentan a continuación.

La sexualidad madura

a. El Parlamento de las Religiones del Mundo pone en el centro de su Ética General el respaldo que todas las comunidades religiosas del mundo dan al ejercicio maduro de la sexualidad que está basado en el respeto a uno mismo y a los derechos humanos de las y los otros.
b. La madurez sexual no puede lograrse únicamente mediante la práctica del sexo seguro, la prevención de las enfermedades ni el mejoramiento de la tecnología anticonceptiva.
c. La madurez sexual exige actitudes de respeto a los derechos de las personas y de responsabilidad, que van más allá de las prácticas sexuales. Sin estas actitudes, incluso el sexo seguro, puede ser considerado una agresión a la dignidad de las personas.

A diferencia de la postura oficial de la jerarquía católica, existen otras posiciones más humanas que respaldan el uso del condón en el contexto de la sexualidad responsable y de la prevención del SIDA. Por ejemplo, el Cardenal Arzobispo de París, Jean-Marie Lustiger señaló en 1989 que "El amor y la castidad son virtudes esenciales de la madurez sexual, pero si una persona es seropositiva y no puede vivir en castidad, debe usar los medios que se han propuesto para evitar infectar a otras personas".

Asimismo, la Conferencia Episcopal Alemana de 1993 señaló que: "la conciencia humana constituye la autoridad decisiva en materia de ética personal", y agrega que: "debe tomarse en cuenta el alto número de abortos entre madres solteras y el sufrimiento generalizado, aun cuando el comportamiento que subyace a esos fenómenos no pueda ser justificado en muchos casos".

De forma similar, durante el Consejo de Obispos Franceses de 1996 se dijo que el uso de condones: "puede entenderse en el caso de personas para quienes la actividad sexuales un aspecto arraigado de su estilo de vida y para quienes (esa actividad) representa un riesgo serio; pero es preciso agregar que ese método no promueve la sexualidad madura".

Otros actores de la Iglesia católica, como Monseñor Jacques Suaudeau, del Consejo Pontificio para la Familia, han señalado que "el uso de la profilaxis [el condón] en ciertas circunstancias es en realidad, un mal menor, pero no puede proponerse como modelo de humanización y desarrollo", con lo que tácitamente se acepta el uso del dispositivo por considerarlo un asunto de poca relevancia frente a una conducta moral que aspira a fines más altos.

En un tono similar, el Obispo Eugenio Rixen de Brasil, dijo en el año 2000 que: "el principio del mal menor hace del uso del condón algo menos grave, desde el punto de vista moral, que infectarse o infectar a otras personas con el virus del SIDA".

Estas posiciones divergentes tienen como antecedente la creación de la Comisión Papal sobre el Control de la Natalidad como parte del Concilio Vaticano II que inició en otoño de 1962. Esta comisión se formó para estudiar las enseñanzas en materia de anticoncepción y sesionó durante tres años, pero 90% de las y los teólogos que la conformaban sostenía que el control artificial de la natalidad no es intrínsecamente malo, y que la enseñanza oficial en contra de la anticoncepción po-

día modificarse. El Papa Pablo VI se dejó convencer por la minoría disidente que argüía que si se cambiaban estas enseñanzas, la credibilidad de la Iglesia católica se vería perjudicada y en 1968 emitió la encíclica *Humanae Vitae,* que ratifica la prohibición del uso de todos los métodos anticonceptivos artificiales.

¿Cómo salvar vidas?

La flexibilidad de la tradición católica es mayor de lo que se cree, incluso en los temas que tienen que ver con la vida humana. La cremación, por ejemplo, fue condenada por siglos como: "una violación a la dignidad del cuerpo y una agresión contra la doctrina católica central de la resurrección de los cuerpos", pero en épocas de peste se consideró un deber moral.

La teoría de la guerra justa es quizá el ejemplo más significativo de esto, pues sostiene que existen razones legítimas e incluso moralmente válidas para comprometerse en la guerra, por lo que la Iglesia católica permite matar en defensa propia o en defensa de una causa, siempre y cuando no se vea amenazada la población civil. No obstante, hoy la guerra nuclear se considera injusta por la desproporción de los medios y la matanza indiscriminada de persona inocentes, y la posesión de armas nucleares se considera inmoral.

Éstos son un par de ejemplos de cómo la Iglesia católica ha afirmado consistentemente la necesidad de tomar en cuenta el principio del mal menor. Según este principio, existen ocasiones en que es necesario y posible elegir un mal para evitar otro mayor. Una persona desahuciada puede elegir el menor de los males al renunciar a recibir ayuda artificial; el "mal" implícito en la elección de la propia muerte se considera como el menor de los males cuando la alternativa es la prolongación dolorosa e inútil de la vida.

La epidemia del VIH cobra hoy más vidas humanas que todas las pestes de la historia de la humanidad. En África, en donde se cruzan la pobreza extrema y la desigualdad entre los géneros, miles de niñas y niños se están quedando huérfanos, infectados con VIH y poblaciones enteras están despareciendo. La Biblia no condena la anticoncepción, y una prohibición que no tiene su origen en la Biblia puede ser desechada más fácilmente si sus consecuencias están afectando miles de vidas humanas.

La Iglesia católica no puede y no estaría dispuesta a promover una "cultura de la muerte" si la vida de decenas de millones de personas puede salvarse recurriendo a las opciones morales que ofrece la misma tradición católica.

¿Cómo vivir en un mundo que no es ideal?

La Iglesia católica está convencida de que una acción intrínsecamente mala, corrupta hasta las raíces, no puede usarse como un medio moral, incluso desde el punto de vista del menor de dos males. Por tanto, no es válido matar a civiles inocentes para ganar una guerra, ni siquiera cuando se combate contra un sistema tan maligno como el nazismo. Tampoco es válido controlar el crecimiento de la población mediante el infanticidio o el aborto forzado, ni ordenar la violación de mujeres con el fin de desmoralizar al enemigo y apresurar el fin de una guerra. En consecuencia, la anticoncepción sólo puede ser universalmente prohibida si se le juzga como intrínsecamente mala.

La encíclica del Papa Pablo VI, *Humanae Vitae* prohibió todos los medios de anticoncepción artificial. Sin embargo, el Papa aclaró que esta enseñanza no era infalible. No podría haberla declarado infalible, a menos que no hubiera habido dudas acerca del mal intrínseco de la anticoncepción.

La inmensa mayoría de católicas y católicos, incluyendo a los sacerdotes, no ve ningún mal intrínseco en la anticoncepción. En realidad, inmediatamente después de la aparición de *Humanae Vitae* las cartas pastorales oficiales que publicaron las conferencias episcopales de Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Holanda y Estados Unidos aclararon que el uso de los anticonceptivos era uno de los casos en los que la conciencia debía tener primacía sobre la prohibición papal.

En ese momento se argumentaba que el ejercicio responsable de la sexualidad podía suponer que un matrimonio que respetase la enseñanza del Papa llegara, sin embargo, a la conclusión de que necesitaba limitar los nacimientos y, simultáneamente, preservar su vida sexual. En este caso el matrimonio podría op-

tar, en conciencia, por la anticoncepción como el menor de los males.

Los teólogos católicos fueron más allá y comenzaron a considerar los casos en los que la anticoncepción no era solamente el menor de dos males, sino un valor en sí mismo, siempre y cuando fomentara la madurez sexual y la responsabilidad. Todo esto ocurrió mucho antes de que surgiera la crisis del VIH, incluso antes de que supiéramos de la existencia del virus.

Frente a la magnitud del número de muertes que estamos presenciando, ante la realidad de naciones enteras de niñas y niños huérfanos y aun de culturas que han perdido a sus jóvenes, es imperativo adoptar un nuevo enfoque. El catolicismo puede hallar en sus propios recursos y en su compromiso con la vida la flexibilidad necesaria para permitir y recomendar el uso del condón, con el fin de prevenir una plaga sexual más catastrófica todavía que la peste bubónica que casi destruyó la civilización europea.

Anthony Padovano concluye su disertación planteando dos ideas importantes ya que, en su opinión, al no poder vivir en un mundo ideal, debemos actuar de una manera responsable y generosa, por lo que afirma que: "detener el SIDA es una decisión a favor de la vida, una alternativa responsable, una acción generosa".[2]

Por otro lado, Padovano señala que aunque promovamos la sexualidad madura, debemos aceptar el hecho de que no todas las personas son maduras, así como lo ha aceptado la tradición católica en otros casos. Así, propone que: "el uso del condón para prevenir el SIDA puede ser un paso en la promoción de la madurez y la responsabilidad sexuales".[3] De hecho, existen evidencias suficientes para afirmar que cada vez más católicas y católicos, así como nuestras autoridades, afirmamos la vida sobre la muerte y el deber de proteger a los inocentes del SIDA.

Conclusiones

Católicas por el Derecho a Decidir recoge las propuestas de Padovano y seguirá impulsando la educación sexual integral como un factor central para prevenir la expansión de la pandemia. Seguiremos promoviendo la responsabilidad, el respeto y el amor como valores cruciales de las relaciones entre las personas que posibiliten el cuidado y la protección mutuos. Seguiremos defendiendo el bien común, la justicia social y el ejercicio de la libertad de conciencia como perspectivas imprescindibles en la lucha por detener esta tragedia humana.

Referencias bibliográficas

1. Padovano AT. La feligresía católica, la conciencia y el uso de condones. México: Católicas por el Derecho a Decidir; 2001.

Actividades complementarias

Los alumnos investigarán cuántas organizaciones religiosas existen en su estado, jurisdicción y municipio, e identificarán cuáles de ellas:

- Están de acuerdo en la prevención del VIH a través del uso del condón.
- Llevan a cabo actividades de prevención o atención para personas que viven con VIH/SIDA.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el contenido de este capítulo.

1. De acuerdo con la autora, la jerarquía de Iglesia católica ha buscado que sus posturas sobre la sexualidad:

a. Sean aceptadas por todas las religiones.
b. Se conviertan en políticas públicas.
c. Sean ampliamente debatidas por sus feligreses.
d. Sean consensuadas a nivel internacional.

2. El texto menciona las Conferencias de Cairo y Beijing porque:

a. En ellas se logró el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.
b. Ahí se acordó promover el uso del condón a nivel mundial.
c. En ellas se reconocieron por primera vez los derechos de los homosexuales.

d. La agenda conservadora de la Iglesia católica no pudo imponerse en ellas.

3. ¿Qué afirmación se apega más a lo que se argumenta en el texto?

a. La abstinencia puede ayudar a prevenir el VIH, sobre todo entre las y los jóvenes solteros.
b. La abstinencia es una medida respetable para prevenir el VIH siempre y cuando sea una entre varias opciones a elegir.
c. La abstinencia sexual no es recomendable en ningún caso porque ha probado ser ineficaz.
d. Para la Iglesia católica, la abstinencia es la única opción aceptable para prevenir el VIH.

4. La autora sostiene que es posible defender el uso del condón desde una perspectiva católica:

a. Cierto.
b. Falso.

5. De acuerdo con el texto, ¿la mayoría de las personas católicas apoyan el uso del condón?

a. No.
b. Sí.
c. Las opiniones están divididas.

Respuestas

1. b
2. a, d
3. b, d
4. a
5. b

Capítulo 26

La ética en los estudios sobre el VIH/SIDA*

Manuel Palacios Martínez

Objetivo general

Analizar los conceptos relevantes y las pautas éticas aplicables a las investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA.

Objetivos específicos

- Revisar los conceptos generales relacionados con la ética, la ética de la investigación con seres humanos y los directamente aplicables a la investigación del VIH/SIDA.
- Analizar las pautas éticas que aplican en la elaboración, desarrollo y evaluación de las investigaciones sobre VIH/SIDA.

Introducción

Aspectos generales de la ética

Aunque solemos referimos a la ética y a la moral como sinónimos, existe una clara distinción conceptual entre estos términos. La ética es la "rama de la filosofía que se encarga de la reflexión acerca de la bondad o ausencia de ésta en los actos humanos". Y al hablar de moral, nos referimos a un "sistema de creencias, valores y conductas históricamente determinadas y socialmente aceptables". Por lo tanto, la moral puede cambiar según el lugar, el tiempo y la cultura.

Así como la ética difiere de la moral, también difiere de la ley. Los derechos humanos, como el derecho a la salud y a la atención médica, no son normas éticas, sino jurídicas. Esto se debe a que son de naturaleza obligatoria y bilateral, y su trasgresión es punible.

Aunque la ética, la moral y los derechos humanos son sistemas normativos, es decir, dictan formas válidas de comportamiento, cada uno se enfoca a un nivel diferente. Las normas legales dan origen a las leyes y al derecho; las normas morales fundamentan lo socialmente válido y permitido, y las normas éticas nos dan los criterios para analizar la bondad o la ausencia de ésta, en el comportamiento humano.

Existen tantos paradigmas de racionalidad ética como teorías filosóficas sobre la moralidad. Actualmente existen al menos cuatro grandes escuelas filosóficas vigentes en esta materia:

- *Principialismo*. Postula que existen principios emanados de la condición humana que el ser humano debe respetar; ya que su seguimiento hace al hombre más humano.
- *Consecuencialismo*. Establece que la moralidad se mide por los resultados de la acción; es decir, por su utilidad individual o social.
- *Evolucionismo*. Señala que el desarrollo del hombre invita a minimizar el sufrimiento humano y maximizar los valores que elevan su capacidad para vivir como humano, individual y socialmente.

* Quiero agradecer a Alicia N. Ramírez sus comentarios y sugerencias a este material.

- *Naturalismo*: Afirma que existen leyes naturales que el ser humano debe respetar, ya que su seguimiento lo hace más humano.

Aunque actualmente predomina la ética de principios, en realidad los ejercicios de análisis y reflexión sobre diferentes dilemas o problemas en el área del quehacer científico y de la salud utilizan herramientas originadas en cada una de estas escuelas.

Principios generales de ética en la investigación sobre VIH/SIDA

Todas las investigaciones sobre VIH/SIDA que involucren la participación de seres humanos deben realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos: el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Estos principios deben contemplarse desde la fase de preparación de los protocolos como una serie de reflexiones buscando la protección física, psicológica, moral y social de los participantes en los estudios.

- El respeto por las personas contempla otros dos principios éticos fundamentales: a) El *principio de autonomía*, que considera a cada individuo libre y facultado para decidir sobre su persona y, por tanto, exige que se les respete su derecho de libre elección, de acceso a la información y a la libre autodeterminación. b) El *principio de protección de las personas* cuya autonomía está disminuida, que requiere contemplar mecanismos específicos para la protección contra daños o abusos en los participantes dependientes o vulnerables.
- La beneficencia o búsqueda del bien es la obligación ética de los investigadores y de los estudios que realizan de lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias. De este principio se derivan normas que exigen que los riesgos de la investigación sean menores y razonables frente a los beneficios buscados, que la investigación esté correctamente concebida y que los investigadores sean competentes para desarrollar la investigación y para garantizar el bienestar de los participantes en ella.
- La no maleficencia significa "no hacer daño". Este principio protege contra daños evitables a los participantes en la investigación.
- La justicia consiste en tratar casos similares de manera similar, y los casos diferentes considerando las diferencias. El principio de justicia aplicado a personas dependientes o vulnerables, prepondera las reglas de la justicia distributiva. Los estudios deben planificarse de modo que, tanto participantes como beneficiados, deben recibir cada uno de ellos los beneficios adecuados y una proporción equitativa de los riesgos y del peso del estudio.

Los principios éticos tienen aplicación tanto individual como a nivel comunitario. Los procedimientos que no son éticos en un nivel no pueden justificarse simplemente porque se les considere éticamente aceptables en otro.

Principios éticos aplicados a la investigación sobre VIH/SIDA

Consentimiento informado y consentimiento individual

Cuando se invita a los candidatos a participar como sujetos en una investigación, habitualmente se solicita su consentimiento informado. Se considera que un consentimiento es informado cuando lo otorga una persona que comprende el propósito y la naturaleza del estudio, lo que se está comprometiendo a hacer y los riesgos que puede correr al participar, así como los beneficios que se buscan con los resultados del estudio.

El consentimiento informado es una manifestación particular del ejercicio de la autonomía que consiste en la aceptación o rechazo de una acción médica o de participación en una investigación. Esta aceptación se hace sobre la base de la información que posee el candidato en relación con su condición o enfermedad, pronóstico, riesgos, beneficios posibles y opciones de resultados esperados o características de los procedimientos o tratamientos que se evaluarán.

Por lo regular, este acuerdo se hace por escrito, quedando establecido que el sujeto, o su representante legal, autoriza su participación en una investigación o

someterse a cierto tratamiento, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre acción y sin coacción alguna. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o tratamiento, o en su caso los representantes legales, deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, además de recibir respuesta satisfactoria a todas sus preguntas.

El documento donde se recaba el consentimiento informado debe explicar, como míimo, los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito.
- Las molestias y riesgos esperados.
- Los beneficios que pueden obtenerse.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento.
- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada, obtenida durante el estudio.
- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho.
- Si existen gastos adicionales, la posibilidad de que sean cubiertos por el presupuesto de la investigación.

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y cumplirá con los siguientes requisitos:

- Será elaborado por el investigador principal.
- Será revisado y aprobado por la comisión de ética de la institución.
- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y su relación con el sujeto.
- Deberá ser firmado por los dos testigos y por el sujeto en estudio o su representante legal.
- Se extenderá por duplicado y se entregará una copia del mismo al participante.

Tipos de investigación de acuerdo con los riesgos que implican

En nuestro país las investigaciones se clasifican por el tipo de riesgos que implican para el participante y los procedimientos a los que se someterá durante el estudio.

Investigación sin riesgo

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos o aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes. Entre los estudios de este nivel de riesgo se consideran aquellos que implican:

- cuestionarios,
- entrevistas,
- revisión de expedientes clínicos, y
- otros, en los que no se identifique a los participantes ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Investigación con riesgo mínimo

Son estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios. Entre ellos se contemplan:

- pruebas de agudeza auditiva,
- electrocardiogramas,
- termografías,
- colección de excretas y secreciones externas,
- obtención de placenta durante el parto,
- colección de líquido amniótico al romperse las membranas,
- obtención de saliva,
- dientes desiguales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica,
- placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores,
- corte de pelo y uñas sin causar desfiguración,
- extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces por semana, y volumen máximo de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo,

- ejercicio moderado en voluntarios sanos,
- pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto,
- investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizado para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen como placebos, entre otros.

Investigación con riesgo mayor al mínimo

Son aquéllas en las que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas. Entre las de este tipo se consideran:

- los estudios radiológicos y con microondas,
- los ensayos con medicamentos que no son de uso común, o están en etapa de investigación,
- ensayos con nuevos dispositivos,
- estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre a 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores,
- los que emplean métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control.

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Salvo los de riesgo menor al mínimo, el resto de las investigaciones deben contemplar la obtención del consentimiento informado por escrito. Aunque en casos especiales se pueden hacer excepciones. Un investigador que propone no solicitar el consentimiento informado tiene la obligación de explicar al comité de ética de qué manera se cumplirá con los principios éticos sin contar con dicho consentimiento: puede ser poco práctico ubicar a las personas cuyo historial médico deberá examinarse, o se frustraría el objetivo de algunos estudios si los participantes modifican el comportamiento que se intenta estudiar al ser informados, o podría causarles una preocupación innecesaria al saber que son participantes en un estudio. El investigador dará garantías de que se mantendrán estrictas medidas para proteger la confidencialidad y que el estudio tiene como objetivo proteger o promover la salud.

Cuando se planee utilizar bases de datos, expedientes ocupacionales, historiales médicos, bancos de sueros, bancos de DNA, muestras de tejido, etc., con propósitos para los cuales no se otorgó el consentimiento, aunque el estudio no implique un riesgo o daño, se les debe comunicar a los participantes que sus datos podrían usarse en otros análisis e informes, y qué medidas se tomarán para proteger la confidencialidad. En este caso, se recomienda informar a los participantes de antemano al recolectar la información o las muestras.

Observaciones generales

Es importante resaltar los siguientes aspectos:

- El investigador suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del participante en la investigación.
- Asimismo, su participación será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo solicite.
- Es responsabilidad de la institución proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño si estuviese relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

Influencia indebida

Se debe evitar que los participantes sean seleccionados ya sea de entre grupos que están indebidamente influidos por personas con autoridad sobre ellos o por líderes grupales, porque los candidatos pueden no sentirse libres de rehusar solicitudes de quienes tengan poder o influencia sobre ellos. El estudio debe hacerse con participantes que no pertenezcan a esta categoría.

Inducción de la participación

Bajo ninguna circunstancia se debe presionar a las personas o comunidades a participar en un estudio. En poblaciones pobres o carentes de servicios, ser recompensados con bienes, servicios o pagos en efectivo puede inducir a la participación. En cada caso debe establecerse claramente el límite entre animar la participación y la inducción no ética.

¿Cómo obtener el máximo beneficio de los estudios?

Comunicación de los resultados del estudio

Se les informará a los participantes de las conclusiones o resultados concernientes a su salud en un lenguaje adecuado. Cuando los resultados se traduzcan en medidas de salud pública en beneficio de la comunidad, éstos se deben comunicar a las autoridades de salud.

Los resultados de una investigación y la información entregada a la comunidad deben hacerse públicos a través de cualquier medio adecuado de que se disponga. Cuando los estudios sobre la prevalencia del VIH se lleven a cabo mediante la selección anónima no vinculada, debe disponerse lo necesario, cuando sea posible, para que se realicen exámenes voluntarios de anticuerpos VIH bajo condiciones de consentimiento informado, con asesoramiento previo y posterior al examen, y garantía de confidencialidad.

Cuando no es posible comunicar los resultados del estudio

Cuando los datos epidemiológicos están desvinculados, una desventaja para los participantes es que a quienes están en peligro no se les puede informar sobre alguna conclusión derivada de los estudios que sea útil y pertinente a su salud. Cuando los resultados indican la necesidad de atención médica, se debe aconsejar a las personas afectadas respecto de cómo obtener un diagnóstico y asesoramiento personal. Cuando no se puede aconsejar individualmente a las personas que procuren atención médica, el deber ético de hacer el bien puede cumplirse poniendo a disposición de sus comunidades la asesoría para la atención médica que sea pertinente.

Publicación de los resultados del estudio

Los investigadores pueden estar imposibilitados para obligar a que se hagan públicos los datos en poder de entidades gubernamentales o comerciales, pero como profesionales de la salud tienen la obligación ética de abogar por la divulgación de información que sea de interés público.

Atención médica de las poblaciones participantes en un estudio

El desarrollo de un estudio puede crear en la comunidad la expectativa de que se le proporcionará atención de salud, al menos mientras estén presentes los que trabajan en la investigación. Esta expectativa se debe cumplir. Cuando la gente necesite atención médica, se deben adoptar medidas para que reciban tratamiento o se los debe remitir a un servicio de salud local que pueda ofrecerles la atención necesaria. Asimismo, existe el deber ético de contemplar al término del estudio cómo continuar la atención médica, servicios diagnósticos y medicación de las personas que participaron en él.

Capacitación del personal de salud local

El desarrollo de los estudios representa la oportunidad de capacitar a los trabajadores de salud locales en especialidades y técnicas que puedan usarse para mejorar los servicios de salud.

La evaluación ética

En todas las investigaciones sobre VIH/SIDA existe la responsabilidad de asegurar que se tomen en cuenta las recomendaciones internacionales que emanan del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del CIOMS. Los investigadores deben someter sus proyectos a una evaluación ética para garantizar que la investigación respeta los derechos de las personas participantes, como mínimo: su libertad, vida privada y confidencialidad.

Comités de evaluación ética

Un *Comité de Ética* es una comisión consultiva e interdisciplinaria al servicio de los profesionales y usuarios. Nace de la necesidad de orientar y favorecer la reflexión de médicos y otros profesionales sobre aspectos especulativos de la ética. En cierta forma, vigila la aplicación de las normas de conducta del profesional en todo aquello que interviene y que interfiere con la vida. Los comités de ética deben conformarse con las siguientes características:

- Un grupo de profesionales representantes de cada una de las disciplinas del hospital o centro de investigación, incluyendo un religioso, un abogado, un investigador, y usuarios y ciudadanos comunes (consultores externos). En el caso de los estudios sobre VIH/SIDA, es importante la participación de representantes de las poblaciones a estudiar. Es muy frecuente que esta comisión esté formada por un mayor número de integrantes externos que internos.
- Por lo regular, se nombra un presidente, un secretario, un representante de la junta de gobierno de la institución y a un grupo de vocales (que son el resto de los participantes), los cuales se reúnen periódicamente para profundizar en los aspectos éticos de la práctica médica o de la investigación.

Cualquiera que sea la forma en que se creen los comités y se defina su jurisdicción, se deben establecer reglas de operación relativas, por ejemplo, a la frecuencia de las reuniones, el *quórum* de miembros, los procedimientos para la toma de decisiones y el análisis de las decisiones. Asimismo, se deben entregar por escrito estas reglas a los investigadores.

Estos comités funcionan regulando el ejercicio entre el equipo de investigadores y los participantes, haciendo ver el lado ético de las situaciones para mejorar:

- la calidad y calidez de la atención y trato a los participantes o pacientes,
- la calidad y seguridad de los procedimientos y técnicas utilizadas, y
- la distribución de los recursos en servicios, programas o procedimientos de la investigación misma.

Funciones

En términos generales, se han descrito al menos tres funciones de las comisiones de ética:

- *Educativa*. Porque forma y actualiza a sus miembros, a la comunidad institucional, a las y los participantes, pacientes y familiares.
- *Recordatoria*. Debido a que se encarga de dictar indicaciones pertinentes y normas a seguir.
- *Consultiva*. Ya que examina y dictamina casos, conflictos, programas y proyectos.

Los comités deben cambiar periódicamente para impedir que sus miembros se tornen demasiado influyentes y para ampliar la red de personas que forman parte en la evaluación ética. Para mantenerse independientes de los investigadores, los comités deben evitar que todo miembro que tenga un interés directo en un proyecto participe en su evaluación.

Conducta ética de los miembros de los comités de evaluación

Los miembros de los comités de evaluación ética deben poner especial cuidado en evitar toda tendencia a una conducta no ética. Sobre todo, deben proteger la confidencialidad de los documentos y deliberaciones de sus comités. Además, no deben obligar a los investigadores a someter el proyecto a una reevaluación innecesaria.

Seguridad y calidad de los productos que se incluyen en una investigación en humanos

Todos los medicamentos y dispositivos o aparatos médicos sometidos a investigación deben cumplir con las normas de seguridad establecidas. Sólo se podrán incluir productos con certificados de calidad o que tengan como antecedente evaluaciones pertinentes de su seguridad, estudios básicos o en animales de experimentación a este respecto.

Selección de los participantes en los estudios

Se debe evitar que los estudios se realicen en poblaciones de menor posición económica o en desventaja social para obtener resultados que beneficien poblaciones en su mayor parte constituidas por miembros de mejor posición económica o más saludables. Por lo tanto, en la selección de los sujetos a estudiar se debe cuidar que los posibles beneficios o perjuicios se distribuyan equitativamente entre comunidades que difieren en factores como edad, sexo, raza, cultura u otras variables. Igualmente, se deben equilibrar al interior de ellas.

Grupos vulnerables y dependientes

Los comités de evaluación ética deben prestar particular atención al revisar los proyectos en los que la población del estudio que se planee desarrollar esté formada

por niños, mujeres embarazadas y que amamantan, personas con enfermedades mentales o discapacitadas, miembros de comunidades no familiarizadas con los conceptos médicos y las personas con libertad restringida (como los presos y los estudiantes de medicina) para que todas estas personas puedan tomar decisiones verdaderamente independientes.

Grupos de control

Los proyectos que requieren grupos de comparación o de control o tratados con placebos deben seguir los siguientes principios:

- el grupo control en un estudio de un padecimiento debe recibir la terapia actual disponible más adecuada, y
- si el procedimiento novedoso sometido a prueba demuestra ser superior, se debe descontinuar el estudio y ofrecer el nuevo tratamiento a los miembros del grupo control.

Los protocolos de investigación deben, además, incluir "criterios de interrupción", es decir, procedimientos para vigilar la ocurrencia de un exceso en la presencia de reacciones adversas con respecto a lo esperado o de ventaja demostrada del tratamiento a prueba y tomar las medidas del caso. Los investigadores deben tener presente los posibles beneficios del estudio para el grupo de control y las perspectivas de una mejor atención de salud derivada de la aplicación de los resultados del grupo de control.

Asignación aleatoria de los participantes

En los ensayos, la asignación de los candidatos a participar en los grupos de estudio se determina por medio de la distribución al azar. Por lo regular, se incluye al menos un grupo al que se le administrarán procedimientos o drogas experimentales y al menos un grupo de control que recibirá la mejor terapia disponible. Los participantes deben ser informados de las probabilidades de ser asignados a uno u otro grupo y deberán ser tranquilizados para que no se sientan excluidos de los beneficios o sobreexpuestos a los riesgos de las terapias en estudio.

Indemnización por lesiones accidentales u otros perjuicios

Cuando un estudio causa un perjuicio, los organismos o instituciones que lo han patrocinado o respaldado deben estar preparadas para corregirlo, disculpándose públicamente o mediante una compensación.

Financiamientos externos

Los estudios patrocinados total o parcialmente por organismos externos deben cumplir las reglas éticas del organismo que proporciona los fondos o la institución a que esté adscrito y a las de la institución que desarrollará el estudio. Por ello, deben someterse las propuestas de estudio a ambos comités de evaluación ética. Algunos organismos internacionales patrocinadores de estudios han generado sus propios requisitos de evaluación ética, los cuales deberán ser cubiertos por los investigadores.

Conclusiones

En el ámbito de la infección por VIH/SIDA, a menudo surgen problemas que constituyen verdaderos dilemas, usualmente entre el bienestar de terceras personas o la comunidad y los derechos del individuo afectado. Particularmente, se han podido observar violaciones a la confidencialidad, hostilidad, acoso, discriminación y estigmatización de los participantes, coacción para participar, negación del acceso a los servicios de atención a la salud y tratamiento, rechazo y maltrato por parte del personal de salud, etc. Muchas de estas situaciones pueden darse en el marco de un proyecto de investigación y pueden ser objeto de reflexión y análisis de los comités institucionales de ética, los cuales deben asegurar que todos estos conflictos se resuelvan satisfactoriamente.

Bibliografía

1. Cortina A. Martínez E. Ética. Akal: Madrid; 1996: p. 51-184.
2. Beauchamp D, Steinbock B. Community. En: New Ethics for the Public Health. Nueva York, Oxford: Oxford University Press; 1999: p. 53-67.

3. Romeo Casabona CM. La relación entre la bioética y el derecho. En: Romeo Casabona (coord.) Derecho biomédico y bioética. Comares: Granada; 1998. p. 151-164.
4. Velasco Suárez M. Los Comités de Bioética. Revista CONAMED. 1999;12:17-21.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 1987.
6. Rico B, Uribe-Zúñiga P, Panebianco-Labbé S, Del Río-Chiborga C. El SIDA y los Derechos Humanos. Salud Publ Mex 1995; 37:661-668.
7. Asociación Médica Mundial. Recursos sobre ética médica. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.wma.net/s/ethicsunit/education.htm
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los problemas causados por la epidemia del VIH. Consultada el 15 de mayo de 2008 en: http://www.wma.net/s/policy/a14.htm
9. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica. Consultada el 15 de mayo de 2008 en: http://www.unav.es/cdb/ammlondres1.html
10. CIOMS. International guidelines for ethical review of epidemiological studies. Ginebra: CIOMS. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm
11. Código de Nuremberg. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.bioetica.org/bioetica/nuremberg.htm
12. Declaración de Helsinki. Consultada el 15 de mayo de 2008 en: http://www.puc.cl/enfermeria/html/noticias/doc/Helsinki.pdf
13. Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 187-192.

Actividades complementarias

El alumno consultará la Ley General de Salud en materia de investigación en salud. Asimismo, hará una búsqueda bibliográfica y bibliohemerográfica, sobre casos de discriminación médica a pacientes con VIH, casos de pérdida de la confidencialidad y participación en investigaciones sobre VIH/SIDA, así como otras situaciones que representen dilemas éticos en el ámbito de la investigación en el VIH/SIDA.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas correctas para cada pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. A diferencia de las normas legales, las normas éticas:

a. Dictan las normas que se consideran válidas dentro del comportamiento humano.
b. Son la fuente principal de las leyes y el derecho.
c. Dan criterios para analizar la bondad o falta de ésta en el comportamiento humano.
d. Fundamentan todo aquello que es socialmente válido y permitido.

2. El principio de autonomía, en el contexto de la investigación en salud, consiste en:

a. Un medio para cuestionar la ética de los médicos.
b. Un principio que nos vuelve capaces de cuestionar siempre todas nuestras certezas.
c. La capacidad de formar parte de la conciencia social.
d. Nuestra capacidad para decidir de manera informada sobre nuestra propia persona.

3. Para la realización de investigación, se considera que el consentimiento es informado cuando:

a. La persona entiende los beneficios que busca el estudio.
b. La persona acepta participar en el estudio ante un notario público.
c. La persona entiende el objetivo y naturaleza del estudio.
d. La persona comprende lo que se está comprometiendo a hacer y los riesgos que puede correr al participar en el estudio.

4. Al advertir algún riesgo o daño a la salud del participante en la investigación, el investigador deberá:

a. Llevar el caso al Comité de Ética.
b. Sacar al participante del estudio.
c. Suspender el estudio.
d. Remunerar económicamente al participante.

5. El consentimiento informado por escrito puede NO solicitarse en todas las siguientes investigaciones, excepto:

a. En las investigaciones de riesgo menor al mínimo.
b. En las investigaciones donde participan personas que no saben leer.
c. En las investigaciones donde se frustraría el objetivo del estudio si los participantes modifican su comportamiento al saber que son estudiados.
d. En las investigaciones que se realizan dentro de comunidades específicas.

Respuestas

1. c
2. d
3. a, c, d
4. c
5. b

Capítulo 27

Algunos instrumentos normativos y legales, internacionales y nacionales, para el desarrollo ético de estudios sobre VIH/SIDA

Hermelinda Barrientos Bárcenas

Objetivo general

Conocer los principales documentos técnico-normativos y lineamientos a nivel internacional y nacional en los que se sustenta el desarrollo de estudios de investigación en seres humanos, así como la creación, registro y función de las comisiones de ética en investigación en México.

Objetivos específicos

- Identificar el sustento histórico que dio origen a los principales documentos técnico-normativos y lineamientos a nivel internacional para el desarrollo de investigación en seres humanos.
- Identificar dentro del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México los apartados donde se estipula la creación, funcionamiento y registro de las comisiones de ética, así como quiénes deben hacer investigación y los requisitos para desarrollarla en seres humanos.
- Conocer la importancia de la elaboración y obtención del consentimiento informado.
- Conocer los principales lineamientos de la Norma para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana - NOM-010-SSA2-1993.
- Conocer los datos epidemiológicos de la pandemia del VIH/SIDA a nivel mundial y los correspondientes a México.

Introducción

Es muy probable que la investigación en seres humanos haya tenido su origen con los primeros anatomistas que, con el propósito de ampliar el conocimiento macroscópico del cuerpo humano, llevaron a cabo estudios de investigación en cadáveres, en muchas ocasiones de forma clandestina.

Hoy sabemos que muchos estudios realizados en seres humanos vivos estaban basados en la máxima de que "el fin justifica los medios" y no contaban con objetivos justificados plenamente. Si a raíz del estudio se causaba daño físico, moral o social a los sujetos participantes, los investigadores quedaban impunes por falta de principios o normas que regularan la investigación.

Fue hasta mediados del siglo XX, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, cuando se evidenciaron las atrocidades que se efectuaban en los llamados "experimentos médicos" conducidos por médicos nazis en seres humanos.[1]

Lo que ocurrió con la investigación bajo el régimen nazi[2] es útil para tratar de entender el significado de la ética de la investigación en la actualidad. Los investiga-

dores nazis carecían de ética interna, no les preocupaban los sujetos de investigación y, por ello, les resultó fácil ignorar que se trataba de seres humanos.

Los investigadores nazis no sólo dañaron intencionalmente a los sujetos de investigación, sino que también los liquidaron. Al considerarlos como personas indignas o como portadoras de genes defectuosos, las torturaron y mataron, sin importar que se tratase de niños, mujeres, embarazadas o adultos en plenitud.

En la historia reciente, a principios de la década de los ochenta, apareció en el escenario mundial una nueva amenaza. Esta vez se trató de un enemigo microscópico, conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el agente causal del síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), para el cual aún no se ha encontrado ningún tratamiento médico que evite el desarrollo del virus y la muerte de quienes lo contraigan.

A pesar de los múltiples esfuerzos de investigadores de todo el mundo, tampoco se ha desarrollado ninguna vacuna que pueda prevenir la transmisión del VIH o el desarrollo del SIDA. Según estimaciones de ONUSIDA, para fines de 2006 había a nivel mundial 39.5 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales 37.2 millones eran adultas, 17.7 millones mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. Cada día se infectan en todo el mundo alrededor de 11,000 personas con VIH, lo que significa que 4.3 millones de personas contrajeron el virus en 2006. Aproximadamente 40% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 15 y 24 años. Únicamente durante ese año, el SIDA provocó la muerte de 2.9 millones de personas.

México es un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 15.0% de prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 12.2% en trabajadores del sexo comercial y 6% en hombres usuarios de drogas inyectables (Saavedra J. et al. 2006).

En contraste, la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años de edad es de 0.3%, lo que significa que tres de cada 1,000 personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo con las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por VIH. Desde 1983, año en que inició esta epidemia en nuestro país, y hasta el 31 de marzo del 2008, se han contabilizado en el Registro Nacional de Casos de SIDA 118,624 casos acumulados, de los cuales 83% han sido en hombres y 17% en mujeres.

Por cada cinco casos acumulados de VIH/SIDA en hombres, se ha observado un caso en mujeres, y en lo casos sexuales esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.5% de los casos registrados.[3]

Una característica de este problema de salud pública es que, antes de que se presente la muerte biológica de la persona con SIDA (la cual puede ocurrir entre 20 y hasta 30 años después) ésta sufre la muerte social. Su entorno familiar, económico, político y religioso se deteriora progresivamente y las manifestaciones de rechazo como el estigma y la discriminación[4] provocan el aislamiento, con el consecuente daño psicológico, haciéndolas más susceptibles a la enfermedad y a otros padecimientos asociados a la infección.[5]

Por todo lo anterior, es obligación de los investigadores que desarrollan estudios en personas con VIH o SIDA conocer las herramientas técnico-normativas y los lineamientos nacionales e internacionales para realizar este tipo de investigación, como son: el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (en el que se sustenta el desarrollo de estudios de investigación en seres humanos y la creación y función de los comités de ética en investigación), así como la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana - NOM-010-SSA2-1993.

Sustentos técnico-normativos y legales para el quehacer ético de la investigación en seres humanos en el entorno internacional

Código de Nuremberg

Las torturas y los asesinatos masivos cometidos por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial dieron origen al conocido Juicio de Nuremberg que tuvo lugar en 1946. Este juicio condujo a varios médicos e inves-

tigadores a la pena de muerte y, en algunos casos, a la reclusión perpetua.

En 1947, nació la primera legislación contra delitos derivados de la mala investigación y, con ella, la sección llamada: "Experimentos médicos permitidos", conocida posteriormente como el *Código de Nuremberg*, que puede considerarse como la primera declaración de ética en la investigación.[6]

Declaración de Helsinki

Casi dos décadas después, en 1964, la Asociación Médica Mundial elaboró la *Declaración de Helsinki,* que se constituyó en el modelo de los principios éticos que deben regular la investigación médica con seres humanos y sus normas deben estar incluidas en las legislaciones sanitarias de todo el mundo. Esta declaración ha tenido varias actualizaciones, la última de las cuales se hizo en octubre de 2000 en la ciudad de Edimburgo, Escocia. La Declaración de Helsinki fue dictada con base en tres principios éticos fundamentales:

1. El respeto por las personas, que a su vez incluye dos principios más:
   a) El individuo debe ser tratado como ser autónomo, y
   b) Protección a las personas con menor autonomía.
2. La beneficencia: que consiste en asegurar bienestar.
3. La justicia: consistente en equilibrar la distribución de los riesgos contra los beneficios.

El numeral 13 de esta declaración establece que:

> El diseño y ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben estar claramente formulados en un protocolo experimental. Este protocolo debe ser sometido a la consideración, comentario, guía y aprobación de un comité de revisión ética, especialmente nombrado e independiente del investigador, del patrocinador o de alguna otra clase de influencia inconveniente.[7]

Informe Belmont

En 1972, se dieron a conocer los resultados del estudio Tuskeggee, realizado de 1932 a 1972 al Sur de los Estados Unidos. Para este estudio se reclutó a más de 400 hombres afroamericanos de escasos recursos que tenían sífilis latente. Estos hombres fueron monitoreados para estudiar el desarrollo natural de la enfermedad en lugar de darles tratamiento, aún después del descubrimiento de los antibióticos en 1940.

El conocimiento de que se había realizado una investigación de este tipo desató una polémica entre los miembros de la comunidad científica, la cual dio como resultado que en 1974 se estableciera una Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research).

En 1978, esta comisión emitió el llamado *Informe Belmont*, en el que se establecieron los principios éticos que deben subyacer a cualquier conducta aceptable de investigación que involucre seres humanos, los cuales son los mismos definidos en la Declaración de Helsinki: el respeto por las personas, la beneficencia, y la justicia. La autonomía y la protección a las personas están directamente relacionadas con el consentimiento informado, que es un instrumento para para que el participante pueda ejercer estos dos principios y debe ser respetado por el investigador.[8]

Pautas internacionales de la OMS para la investigación biomédica en seres humanos

A fines de la década de los setenta, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en asociación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), empezó a trabajar en ética de la investigación biomédica y comenzó a preparar un documento de pautas:

> para indicar el modo en que los principios éticos debieran guiar la conducta de la investigación biomédica en seres humanos, establecidos por la Declaración de Helsinki, que podían ser aplicados en forma efectiva, especialmente en los países en desarrollo, considerando sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes y regulaciones, así como sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

El resultado de la tarea CIOMS/OMS culminó en 1982 con la *Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos,* documento basado en los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Algunos de los aspectos que contempla son:

1. Justificación ética y validación científica de la investigación biomédica en seres humanos.

2. Comités de evaluación ética.
4. Consentimiento informado individual.
6. Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores.
7. Incentivos para participar en una investigación.
8. Beneficios y riesgos de participar en un estudio.
11. Elección del control en ensayos clínicos.
12. Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
13. Investigación en que participan personas vulnerables.
14. Investigación en que participan niños.
16. Las mujeres como sujetos de investigación.
17. Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
18. Protección de la confidencialidad.
19. Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.

Tres de sus seis apéndices están dedicados a los siguientes temas:

1. Elementos que deben ser incluidos en un protocolo de investigación biomédica en sujetos humanos (o en los documentos asociados).
2. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial.
3. Fases de Ensayos Clínicos de Vacunas y Medicamentos.

El resultado de la revisión de dichas pautas en 1993 fue la preparación de una tercera versión. El material solicitado para la reunión fue publicado por CIOMS en diciembre de 2000 bajo el título: *Biomedical Research Ethics: Updating Internacional Guidelines. A Consultation* (Ética de la investigación biomédica: Una consulta para actualizar las pautas internacionales).

Para la siguiente revisión se agregaron al grupo dos miembros provenientes de Europa y Latinoamérica. La siguiente versión fue puesta a disposición en el sitio web de CIOMS en enero de 2002, para preparar la conferencia de CIOMS que tuvo lugar de febrero a marzo del mismo año.

El nuevo texto de 2002 sustituyó al de 1993, y contiene: principios éticos generales, un preámbulo y 21 pautas, con una introducción y una breve descripción de los instrumentos anteriores y pautas. Al igual que las pautas de 1982 y 1993, el documento está destinado a orientar en la definición de pautas nacionales sobre ética de la investigación biomédica, especialmente a los países de escasos recursos, aplicando estándares éticos en condiciones locales y estableciendo o redefiniendo mecanismos adecuados para la evaluación ética de la investigación en seres humanos.

Las pautas del CIOMS, con su manifiesta preocupación por aplicar la Declaración de Helsinki en los países en desarrollo, reflejan necesariamente las condiciones y las necesidades de la investigación biomédica en estos países y las implicaciones de la investigación multinacional o transnacional en que ellos podrían ser partícipes.[9]

Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos

En los Estados Unidos las instituciones de salud que desarrollan investigación en seres humanos se deben registrar a través del área correspondiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de ese país.

Existen dos tipos de registro, el primero es el institucional (Institutional Review Board-IRB) y el segundo se refiere a una garantía institucional para gestionar recursos federales para la realización de las investigaciones en seres humanos (Federalwide Assurance-FWA). Para obtener estos registros se requiere que las instituciones de salud y los comités de ética donde se realizan y revisan los protocolos de investigación en seres humanos sigan lo estipulado en el documento conocido como La Regla Común (The Common Rule), que fue adoptado en 1991 por las 16 agencias federales que conducen, apoyan o regulan la investigación que se desarrolla en seres humanos en ese país.

El objetivo es estandarizar la protección de las personas en todos los sistemas en las agencias regulatorias de los Estados Unidos. Uno de los aspectos importantes que aborda el documento es el relacionado con el consentimiento informado y la protección del sujeto que participará en la investigación. Se pone énfasis en que la obtención del consentimiento por escrito y que el reclutamiento de los sujetos sea equitativo. Asimismo, se hace referencia al tema de los grupos vulnerables.[10,11]

Los registros se otorgan a instituciones nacionales e internacionales, siempre que cumplan con los requisitos solicitados, e incluso, se pueden obtener en línea. Algunos de los documentos básicos que se deben contemplar para el funcionamiento de las Comisiones de Ética tanto de los Estados Unidos como de otros países que solicitan su registro en ese país son:

- La Regla Común (The Common Rule).
- Términos de la Amplia Garantía Federal para Instituciones Nacionales o Internacionales (Terms of the Federalwide Assurance for National or International Institutions).
- La Declaración de Helsinki.
- El Reporte Belmont.

Sustentos técnico-normativos y legales del quehacer ético en la investigación en seres humanos en México

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Como ya se mencionó, una de las características del VIH y el SIDA es que las personas que viven con estos problemas de salud se enfrentan al rechazo social a través de manifestaciones de estigma y discriminación. Hay casos de abandono por parte de familiares y amistades, dificultades para acceder a sitios públicos, así como despidos laborales por tener este virus. Sin embargo, en el apartado de garantías individuales de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Título Primero, Capítulo I, Artículo 1, estipula que las personas no pueden ser discriminadas por padecer alguna enfermedad:

> [...] Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Reformado mediante decreto, publicado en el diario oficial de la federación el 04 de diciembre del 2006).[12]

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México

La Ley General de Salud de México data de 1984. Tres años después, en enero de 1987 se creó el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,* el cual reúne en 132 artículos y nueve títulos las características y condiciones que debe cumplir la investigación en seres humanos, así como el perfil profesional que debe tener un investigador.

El Título Segundo entra de lleno a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, y señala en el artículo 14 las bases según las cuales se debe realizar. El artículo 17 señala su clasificación de acuerdo con el riesgo que tenga para los participantes, y los artículos 20, 21, 22 y 23 se refieren al consentimiento informado.

Este reglamento describe normas para investigaciones comunitarias, en menores de edad e incapaces, mujeres en edad fértil y durante el periodo perinatal, así como en neonatos, embriones, óbitos y fetos. Se contempla también la fertilización asistida y otros más.

El Título Quinto, que habla de las comisiones internas en las instituciones de salud, con fundamento en el artículo 99, se menciona que:

> En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:
> I. Una comisión de ética en el caso de que realicen investigación en seres humanos;
> II. Una comisión de bioseguridad, y
> III. Una comisión de investigación.

El artículo 100 especifica que las principales finalidades de las comisiones que se constituyan en las instituciones de salud deben ser:

I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigaciones;
II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y
III. Vigilar la aplicación de este reglamento y demás disposiciones aplicables.

El artículo 101 establece que los titulares de las instituciones de salud deben registrar las comisiones ante la Secretaría, la cual determinará las características y periodicidad de los informes que habrán de proporcionar.

El registro de las comisiones se realizará ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos

Sanitarios (COFEPRIS), una dependencia de la Secretaría de Salud que cuenta con un formato único de registro para las comisiones de ética, bioseguridad e investigación.

El artículo 104 explica cómo se deben constituir las comisiones de ética y en el artículo 109 se definen sus atribuciones. Asimismo, el Título Sexto, referente a la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud, Capítulo Único, artículo 113, pone de manifiesto que:

> La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de su área de adscripción.

Con relación a la elaboración del protocolo de investigación, el artículo 115 especifica que: "Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar".

Finalmente, el Título Noveno, *Del seguimiento y observancia*, Capítulo Único, artículo 129, señala que: "Corresponde a las autoridades sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, el seguimiento y la observancia de este reglamento.[13]

Norma para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993

Esta norma fue elaborada en 1993 y, en el año 2000 se llevó a cabo una modificación a la misma con el fin de actualizarla y ampliarla. La norma consta de 11 ítems, entre los que destacan: medidas de prevención, medidas de control, investigación y concordancia con normas internacionales y mexicanas. En el ítem 7, correspondiente a la investigación, sobresale el punto 7.4, el cual indica que: "Los estudios e investigaciones se efectuarán con base en los principios científicos y de acuerdo con la Ley General de Salud".[14]

Organismos encargados de revisar y dictaminar los protocolos de investigación relacionados con los aspectos éticos de la misma

Los organismos encargados de revisar, evaluar y dictaminar los protocolos de investigación con relación a los aspectos éticos pueden ser los siguientes:

- Comisiones de Ética.
- Comités Estatales de Bioética.
- Comités de Ética en Investigación.
- Comités Hospitalarios de Bioética.

Estas denominaciones responden a las que actualmente existen y se refieren a las estipuladas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a las propuestas por la Comisión Nacional de Bioética (CNB). En general, podemos decir que se trata de grupos multidisciplinarios consultivos al servicio de los profesionales y usuarios y que nacen de la necesidad de orientar y favorecer la reflexión de los médicos y otros profesionales sobre aspectos éticos de la investigación y atención médica de seres humanos.[15]

Comisión Nacional de Bioética

Otro punto que se debe comentar es la creación de la Comisión Nacional de Bioética (CNB) en México, la cual fue creada en 1992 por el Dr. Manuel Velasco Suárez, y cuyas oficinas se ubicaron en el Antiguo Claustro de San Pablo. En 2002, a la muerte del Dr. Velasco Suárez, el Dr. Fernando Cano Valle fue designado como Secretario Ejecutivo de la CNB y el 7 de septiembre de 2005, por Decreto Presidencial, se estableció como Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa. El Secretario Ejecutivo, hasta nuestros días, es el Dr. Guillermo Soberón Acevedo. Las funciones de la CNB se resumen como sigue:

- Convocar a diversos sectores sociales para debatir de una manera ordenada los distintos aspectos que conforman los problemas bioéticos.
- Identificar acuerdos y controversias y favorecer la toma de acuerdos.
- Abrir espacios de análisis y entendimiento para ofrecer acuerdos que aseguren una convivencia

tolerante y respetuosa de las diferencias en beneficio de la sociedad.

La CNB promueve la creación y registro a nivel estatal de las comisiones estatales de bioética y en las instituciones de salud públicas y privadas los comités hospitalarios de bioética y los comités de ética en investigación. Dichos registros pueden realizarse en línea, a través del sitio en Internet de la CNB.[16]

El VIH y el SIDA, nuevos actores en el escenario mundial de la salud

En 1981 comenzó la pandemia del VIH. A partir de entonces surgieron las propuestas para realizar ensayos de vacunas y medicamentos a gran escala para su tratamiento. Esta situación hizo surgir nuevos temas éticos no considerados durante la preparación de documentos técnicos en materia de investigación en seres humanos en el ámbito internacional como las ya mencionadas "Propuesta de Pautas Internacionales". El CIOMS, con la cooperación de la OMS y su Programa Global sobre SIDA, asumieron esta tarea y revisaron y actualizaron las Pautas de 1982. El resultado fue la aparición de dos conjuntos de pautas: las Pautas Internacionales para Revisión Ética de Estudios Epidemiológicos (1991) y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (1993).

Entre otros, el tema a debate era la necesidad de obtener soluciones de salud pública tecnológicamente apropiadas y de bajo costo, especialmente para el tratamiento del VIH/SIDA por medio de medicamentos y vacunas cuyo costo fuese accesible para los países más pobres. El contexto de la investigación debería ser considerado. Por regla general, las decisiones deberían tomarse localmente. El paternalismo de los países más ricos hacia los pobres debería evitarse. El desafío consistía en estimular la investigación para encontrar soluciones locales para enfermedades de gran parte de la población mundial, a la vez que entregar normas claras para la protección contra la explotación de individuos y comunidades vulnerables. Algunos países de bajos recursos ya habían hecho accesibles mediante sus propios recursos algunos tratamientos de efectividad comprobada para pacientes con VIH/SIDA.[9]

Conclusiones

Existen muchos documentos técnico-normativos internacionales y nacionales que pueden ser de utilidad para los investigadores, médicos, miembros de comités y comisiones de ética, así como diversos profesionales de la salud y de otras disciplinas interesados en plantear y desarrollar estudios de investigación en seres humanos. En este capítulo sólo hemos hecho referencia a algunos de los más conocidos y utilizados en el tema que nos ocupa, que es la ética en los estudios de investigación en VIH/SIDA.

A lo largo del texto nos hemos referido a dos temas que realmente son nuevos dentro del conocimiento científico, que son: a) los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y b) el VIH y el SIDA. Si bien existen principios éticos universales y científicos que se deben observar en toda investigación con seres humanos, para el caso del VIH y el SIDA es necesario destacarlos por las implicaciones psicológicas y sociales como son el estigma, la discriminación y el respeto por la dignidad y los derechos de las personas que viven con VIH.

Si en todo tipo de problema de salud se debe conservar la privacidad, la confidencialidad, el respeto a la autonomía, elaborar el consentimiento informado y proporcionar a las personas que participan en los estudios los mejores tratamientos que haya en el momento de ser efectuada la investigación, para el caso de las personas con VIH o SIDA, habrá que asegurar la provisión de tratamiento médico, aún después de finalizado el estudio (incluso, para aquéllos que decidan abandonarlo voluntariamente), y proporcionárselos hasta que les deje de ser de utilidad, además de brindarles un trato digno en un marco de respeto por sus derechos y procurando siempre su bienestar. Todos éstos son requisitos indispensables que los estudiosos en la materia deben considerar al hacer sus propuestas de investigación en los que participen personas con VIH o SIDA.

En síntesis, el abordaje ético y bioético de las cuestiones asociadas a la infección por VIH/SIDA debe contemplar por lo menos los siguientes temas, de acuerdo con el tipo de estudio que se trate:

- Ética de la investigación: Normativas nacionales e internacionales.
- Revisión de estudios a través de Comisiones o Comités de Investigación y de Ética.
- La salud como un derecho humano.
- La participación voluntaria de sujetos en todo tipo de protocolos de investigación y, de manera enfática, en los que involucran el uso de fármacos experimentales.
- Administración de medicamentos antirretrovirales (ARV), de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana correspondiente.
- Acceso a los tratamientos con TARA para los sujetos que participan en el estudio hasta que les dejen de ser de utilidad.
- Elaboración y obtención del consentimiento informado por escrito, excepto que algún comité o comisión de ética exima al investigador de obtenerlo de esta forma, de acuerdo con el tipo de estudio de que se trate.
- Respeto a la autonomía de los sujetos de investigación.
- Respeto a su dignidad, protección de sus derechos y a su bienestar.
- Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos.
- Impulso y fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en los sujetos de investigación.
- Consideración de la pobreza y atención de la salud en contextos de vulnerabilidad extrema o de los grupos específicos de la población en los que se llevará a cabo la investigación.
- Ética del cuidado y tratamiento del dolor en pacientes terminales.
- Analizar la utilidad contra la futilidad de los estudios propuestos en todos los casos.
- Revisar experiencias previas de abordaje con personas seropositivas sobre la temática a estudiar.
- Considerar la recolección, organización, análisis, interpretación y comunicación de información sobre el estudio realizado en torno al VIH/SIDA tanto a los sujetos de investigación como a la comunidad científica y al público en general, manteniendo la confidencialidad individual.

Referencias bibliográficas

1. Torres RA. Investigación médica en seres humanos. Revista Mexicana de Bioética. Año 1. Núm. 1. Diciembre de 2003:35-46.
2. Zbigniew B. World Health Organization. Antecedentes de los Principios éticos en investigación clínica. Bioética & Derecho. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.bioetica.org/bioetica/udoct1.htm
3. CENSIDA. Las cifras del SIDA en México al 31 de marzo del 2008. Consultado el 10 de julio de 2008 en: http://www.salud.gob.mx/conasida/
4. CONAPRED. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. CONAPRED: México; 2004: p. 5-88.
5. Saavedra J. Introducción. En: Magis RC, Barrientos BH, Bertozzi KS, (eds). SIDA. Aspectos de Salud Pública. CENSIDA/INSP. México, 2006.
6. Código de Nuremberg. La prueba de crímenes de guerra y de crímenes contra la humanidad. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.bioeticaweb.com/content/view/857/40/
7. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.wma.net/s/policy/b3.htm
8. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf
9. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2002.
10. Feinholz-Klip D. El Consentimiento Informado en Investigación con Seres Humanos. En: Revista Mexicana de Bioética. Año 1. Núm. 1. Diciembre de 2003:47-64.
11. Código de Reglamentos Federales de EE.UU., también llamado Regla Común. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.fhi.org/training/sp/Retc/s2pg6.htm

12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultada el 15 de mayo de 2008 en: http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/2.htm?s=
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Porrúa: México, 2002: p. 128-152.
14. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Secretaría de Salud/CONASIDA: México 2001: p. 1-42.
15. Kraus A, Pérez TR. Diccionario Incompleto de Bioética. Taurus: México, 2007: p. 79-81.
16. Comisión Nacional de Bioética. Consultado el 15 de mayo de 2008 en: http://www.cnb-mexico.org/bioética/

Actividades complementarias

Realizar una síntesis sobre los principales objetivos que dieron origen a cada uno de los instrumentos técnico-normativos estudiados tanto a nivel internacional como nacional.

Escribir sus observaciones sobre las estadísticas actuales de VIH/SIDA, tanto a nivel nacional como mundial y hacer una comparación de los últimos cinco años.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta o respuestas que considere correctas. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. El Código de Nuremberg es relevante como instrumento ético para la investigación con humanos porque:

a. Puso fin a las malas prácticas en la investigación.
b. Ayudó a condenar a los investigadores que tenían malas prácticas.
c. Evitó que siguieran las torturas y asesinatos de la Segunda Guerra Mundial.
d. Fue la primera declaración ética sobre la investigación con seres humanos.

2. Subraye los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki que deben regular la investigación en seres humanos.

a. Autonomía.
b. Beneficencia.
c. Justicia.
d. No maleficencia.
e. Libertad de conciencia.

3. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas respecto a lo que dice el texto sobre el Informe Belmont?

a. Es un documento de pautas éticas preparado por el CIOMS y la OMS en los años setenta.
b. Se elaboró en los Estados Unidos a raíz de un polémico estudio en que se violaron distintos principios éticos.
c. Coincide con varios de los principios éticos planteados en la Declaración de Helsinki.
d. Establece las pautas y sanciones para quienes realizan investigación médica con humanos.

4. ¿Qué enunciado es más cierto con respecto a las Pautas del CIOMS?

a. Se preocupan por aplicar la Declaración de Helsinki en los países en desarrollo.
b. Son producto de una serie de reuniones llevadas a cabo en el año 2000 en Ginebra, Suiza.
c. Proponen el registro de todas las instituciones de salud interesadas en realizar investigación médica con humanos.
d. Son obligatorias para todos los países del orbe.

5. ¿Con qué afirmación estaría más de acuerdo la autora del texto?

a. La investigación médica está contemplada en México dentro de la Constitución Mexicana.
b. En México la legislación es ambigua en cuanto a la conformación de las Comisiones de Ética.

c. En México se permite la investigación médica con humanos excepto en el caso del VIH/SIDA.

d. En México existe una legislación que regula los términos para realizar investigación médica con humanos.

Respuestas

1. d
2. a, b, c,
3. b, c
4. a
5. d

Capítulo 28

El VIH en el marco de los derechos humanos: implicaciones para la política pública y la investigación

Mirka J. Negroni Belén
Jessica Salas Martínez
Anuar Luna Cadena

Objetivo general

Contribuir a establecer un marco de referencia sobre los derechos humanos y vinculación con la epidemia del VIH.

Objetivo específico

- Contribuir a la comprensión del impacto de los derechos humanos en el contexto del VIH.
- Apoyar a las personas involucradas en la respuesta al VIH a reconocer la importancia de incluir un marco de derechos humanos en su práctica cotidiana.

Introducción

Cuando hablamos de derechos humanos nos referimos a un concepto que se ha ido construyendo a lo largo de la historia de la humanidad y que se ha venido ordenando y ajustando de acuerdo con diferentes necesidades y contextos.

Los derechos humanos son producto de un debate social sobre distintas visiones acerca del bien, debate que además está en constante evolución. El lenguaje de los derechos humanos es hoy en día, bastante popular; la mayoría de las personas al menos ha escuchado hablar de ellos o tiene una idea de su significado.

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de las personas, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de los individuos que viven en las sociedades jurídicamente organizadas. Estos derechos, establecidos en los tratados internacionales y en las leyes nacionales (en el caso de México dentro de la Constitución), deben ser reconocidos y garantizados por el Estado y representan un marco normativo para tratar a las personas conforme a su dignidad y evitar los abusos de poder.

La división de los derechos humanos en tres generaciones fue concebida por primera vez por Karel Vasak en 1979.[1] Cada generación se asocia con uno de los grandes valores proclamados por la Revolución Francesa: libertad, igualdad, fraternidad. Los derechos de primera generación son los derechos civiles y políticos, que están vinculados con el principio de libertad. Generalmente se consideran derechos de defensa o negativos, que exigen de los poderes públicos su inhibición y no injerencia en la esfera privada.

Por su parte, los derechos de segunda generación son los derechos económicos, sociales y culturales, que están vinculados con el principio de igualdad. Para su realización efectiva estos derechos exigen la intervención de los poderes públicos a través de prestaciones y servicios. Existe cierta contradicción entre los derechos

contra el Estado (primera generación) y los derechos sobre el Estado (segunda generación). Los defensores de los derechos civiles y políticos califican frecuentemente a los derechos económicos, sociales y culturales como falsos derechos, ya que el Estado no puede satisfacerlos más que imponiendo a otros su realización, lo que para éstos supondría una violación de derechos de primera generación.

Finalmente, la tercera generación de derechos, surgida en los años ochenta, se vincula con la solidaridad. Los unifica su incidencia en la vida de todos, a escala universal, por lo que para su realización requieren una serie de esfuerzos y cooperaciones a nivel planetario. Normalmente se incluyen esta generación derechos heterogéneos como el derecho a la paz, a la calidad de vida o las garantías frente a la manipulación genética, aunque diferentes juristas asocian estos derechos a otras generaciones: por ejemplo, mientras que para Vallespín Pérez[2] la protección contra la manipulación genética sería un derecho de cuarta generación, para Roberto González Álvarez[3] se trata de una manifestación, ante nuevas amenazas, de derechos de primera generación como el derecho a la vida, la libertad y la integridad física.

Las violaciones y amenazas de violación a los derechos humanos, son problemas que no sólo han afectado a individuos y grupos en el contexto del VIH, sino que también han tenido impactos severos en ámbitos como la construcción de la democracia, el desarrollo social, la protección del medio ambiente, la preservación de las culturas ancestrales y el proceso de integración económica, social y cultural de un país o de una región.

Clasificación de los derechos humanos y tensiones entre los mismos

Respecto a los tipos de derechos humanos y las obligaciones que éstos generan se puede hablar de tres tipos de derechos:

1. Derechos civiles y políticos, que el Estado debe garantizar de inmediato.
2. Derechos sociales, económicos y culturales, sobre los cuales el Estado debe emprender acciones para asegurar su realización progresiva; y
3. Derechos solidarios, en su mayoría no son vinculantes, es decir, que no hay pactos internacionales firmados que obliguen a los Estados a defender, respetar y proteger esos derechos. Algunos ejemplos de instrumentos internacionales vinculatorios relacionados con estos derechos son el Convenio sobre Diversidad Biológica (Río, 1992) o el Derecho a Contar con Justicia Internacional (1998).

Estos últimos derechos fueron creados para rectificar las desigualdades sociales y evitar el sufrimiento humano, e incluyen el derecho al desarrollo, a la paz, al disfrute de la herencia común de la humanidad, a un entorno natural no contaminado. A su vez, los derechos solidarios son los más difíciles de asegurar, puesto que su realización requiere de trabajo conjunto por parte de varios gobiernos.

La clasificación de los derechos humanos no debería entenderse como un intento de priorizar los mismos, ya que un concepto básico en el tema es que todos los derechos son inalienables, indivisibles y universales. Esto significa que somos poseedores de los derechos humanos por el mero hecho de ser humanos, y no podemos tampoco renunciar a ellos. Además, estos derechos son indivisibles, por que necesitamos gozar de todos para gozar de cada uno de ellos.

A pesar de lo anterior, existen ciertas tensiones alrededor de los derechos humanos y encontramos ciertas diferencias de un país a otro en la forma de aplicarlos. Un aspecto que varía de manera significativa, es la prioridad que se le da los distintos derechos. Por ejemplo, en algunos países se privilegia a los derechos civiles y políticos por encima de los sociales y económicos, los cuales son vistos en ocasiones como opuestos. Esta situación no reconoce la indivisibilidad de los derechos, ya que poco significa el derecho al voto, por ejemplo, sin derecho a la educación para ejercerlo inteligentemente. En México, el derecho a la vida, de primera generación, encuentra su máxima expresión sólo cuando se aseguran las necesidades básicas de vivienda y salud consideradas como derechos sociales y económicos.

Más allá de los conflictos entre los países y gobiernos sobre la relativa importancia de varios derechos, suelen existir conflictos entre el gobierno y los ciudadanos, ya que regularmente el primero viola los derechos huma-

nos de los segundos o, dada su inacción, permite que se violen los derechos de los segundos. Los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y defender los derechos humanos de sus ciudadanos. Esto significa que no sólo tienen la responsabilidad de no violar los derechos humanos, sino que también tienen la responsabilidad de velar porque otros actores no los violen.

Finalmente, hay conflictos entre los mismos ciudadanos por sus derechos, en cuanto al contenido y las prioridades. Esto apunta a situaciones en donde los derechos humanos de una persona o grupo pueden entrar en conflicto con los de otras personas. Esto sucede, por ejemplo, cuando las decisiones sobre el gasto en salud afectan de manera discriminatoria a un grupo sobre otro. Otro ejemplo pueden ser las decisiones sobre el acceso a la educación que no contemplan las necesidades de ciertos grupos étnicos.

Derechos humanos en el mundo

El respeto de los derechos humanos a nivel global ha mejorado. El lenguaje de los derechos humanos ha sido adoptado de forma creciente en todo el mundo. Algunos ejemplos del alcance de los derechos humanos incluyen la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Durban, Sudáfrica en 2001, y los acuerdos sobre derechos humanos incluidos en algunos pactos y convenios comerciales entre países en el ámbito regional como el MERCOSUR.

También hemos vistos avances en la defensa de los derechos humanos a través de los casos que se han enviado y solucionado dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. A pesar de esto, todavía existen retos urgentes de atender a fin de desarrollar los mecanismos requeridos para hacer valer los derechos humanos. Aún hace falta poner en marcha una serie de procedimientos legales, políticos, administrativos y culturales que aseguren el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas.

Salud y derechos humanos

Debemos partir del hecho básico de que la salud es un derecho humano y otros derechos, como el derecho a la igualdad y a la no discriminación condicionan en buena medida el acceso a este derecho. El derecho a la salud está relacionado con otros derechos como la educación, la información, la privacidad, la participación y la no discriminación.

Los grupos vulnerables pueden ver violado su derecho a la salud debido a razones como el lenguaje, el racismo, la discriminación por género, el machismo, la homofobia, entro otras. Las violaciones a estos últimos derechos afectan la salud de las personas. A nivel nacional, los programas y las políticas de salud tienen efectos directos en el goce del derecho a la salud por parte de las personas, ya sea por la prioridad que se hace de los padecimientos, por el mal uso de la información, o por el uso de procedimientos de información inadecuados, por barreras intencionales, o por limitar o impedir el acceso a los servicios.

Los ejemplos más evidentes de esto son los efectos a largo plazo que tienen la tortura, la privación de libertad y otras prácticas similares. No obstante, en el caso del VIH la violación al derecho a la información genera importantes daños a la salud. La incapacidad de controlar la vida sexual de la pareja, producto de la desigualdad de derechos entre los géneros, produce una mayor vulnerabilidad de las mujeres hacia el VIH. De igual forma, la discriminación y el estigma hacia las personas con VIH, incrementan su vulnerabilidad y la posibilidad de que se violen sus derechos humanos.

Ahora bien, más allá del área específica de los derechos humanos, surgen principios éticos alternativos que apuntan a diferentes responsabilidades del Estado, en términos de hacer valer los derechos de forma más específica. Tal es el caso del derecho a la salud, ya que existen países que funcionan a partir de la filosofía de la "justicia del mercado" y enfatizan la responsabilidad individual. En estos casos, se piensa que la sociedad no está obligada a proteger a los individuos contra la enfermedad. En cambio, otros países funcionan dentro de una lógica de justicia social, donde todas las personas tienen el mismo derecho a la protección de la salud. Estos países ven la salud pública como parte de la justicia social, ya que coinciden en el ideal de minimizar las muertes y discapacidades prevenibles.

Aunque en el pasado los derechos humanos y la salud pública han estado en franca oposición, la actual evolución en el pensamiento sobre las estrategias de control de las enfermedades da mayor importancia al contexto en que se desenvuelve el individuo. A causa de esto, ha disminuido el peso de las medidas de salud pública coercitivas y existe mayor conciencia y voluntad para combatir la discriminación. También encontramos una mayor conciencia acerca de la complementariedad que existe entre la salud pública y los derechos humanos.

Incluso en situaciones emergentes en las que por razones de salud pública hay que limitar algunos derechos por un espacio de tiempo acotado, este tipo de situaciones deben constituir una excepción y ajustarse a ciertos criterios como, por ejemplo, que la situación lo amerite y que la suspensión del derecho sea temporal y afecte a todos por igual, sin discriminación alguna.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, existen derechos que son inderogables, es decir, que no pueden limitarse bajo ninguna circunstancia. Además, para que una limitación de los derechos humanos sea legítima, el Estado debe comprobar que:

a. Está prevista y aplicada de conformidad con la ley, es decir en virtud de una ley concreta que sea comprensible, clara y precisa, de manera que quepa lógicamente prever que los individuos regularán su conducta en consecuencia;
b. Está basada en un interés legítimo, según se define en las disposiciones que garantizan los derechos;
c. Es proporcional a ese interés, constituye la medida menos molesta y restrictiva posible y protege efectivamente ese interés en una sociedad democrática, es decir, establecida según un proceso de toma de decisiones acorde con el imperio del derecho.

"El fundamento que más frecuentemente invocan los Estados para limitar los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA es la salud pública. Sin embargo, muchas de esas limitaciones infringen el principio de la no discriminación cuando se utiliza la presencia del VIH como fundamento para un trato diferencial en el acceso a la educación, al empleo, a la atención sanitaria, a los viajes, a la seguridad social, a la vivienda y al asilo.

El derecho a la intimidad se ha limitado por medio de análisis obligatorios y de la publicación de la condición de las personas respecto del VIH. El derecho a la libertad de la persona se infringe cuando se utiliza el VIH para justificar la privación de libertad o la segregación. Aunque esas medidas pueden ser eficaces cuando se trata de enfermedades contagiosas por contacto casual y susceptibles de curación, son ineficaces frente al VIH/SIDA, ya que éste no se transmite casualmente. Además, esas medidas coactivas no son las menos restrictivas posibles y suelen imponerse indiscriminadamente contra grupos ya vulnerables.

Por último, estas medidas coactivas disuaden a las personas de la prevención y de los programas de atención médica, limitando su eficacia para la salud pública. Por lo tanto, una excepción de salud pública es rara vez fundamento legítimo para limitar los derechos humanos respecto del VIH/SIDA."[4]

Los derechos humanos y el VIH

Desde sus inicios, ha sido evidente la necesidad de ver la epidemia del VIH a través del lente de los derechos humanos, ya que desde el principio se caracterizó por el desconocimiento y el miedo que generó entre la población, lo que condujo a violaciones flagrantes de los derechos de las personas con el virus.

A lo largo de los más de 20 años que lleva la epidemia, hemos visto surgir distintos paradigmas que han intentado explicarla.[5] El primero de ellos vio al SIDA como la "plaga *gay*", y más tarde se refirió a él como la enfermedad de las tres "h": homosexuales, hemofílicos y haitianos. Con el tiempo, se entendió que la transmisión no ocurría a través de la pertenencia a algún grupo en particular, sino a través de determinadas prácticas de riesgo. Eventualmente, llegamos a entenderla como una enfermedad crónica, al menos dentro de los círculos de trabajo sobre VIH/SIDA. No obstante, un paradigma alternativo y más eficiente para guiar nuestro trabajo de prevención y tratamiento sería ver al SIDA como una enfermedad colectiva, crónica e infecciosa y no como una pandemia persistente.

Antes se dijo que los derechos humanos y el VIH han estado estrechamente ligados desde el principio

de la epidemia. Los derechos se relacionan con cuestiones éticas o estigmatizantes vinculadas a aspectos como la identificación, el tratamiento y el trato hacia las personas con VIH; o bien con aspectos normativos que entran en el terreno de la discriminación, los cuales incluyen el derecho al trabajo (a no ser despedido, a la no exigencia de la prueba del VIH, etc.); el derecho a la privacidad (que la prueba sea voluntaria y haya confidencialidad en la entrega de resultados), y el derecho a la vida misma (que implica tener acceso al tratamiento y a los servicios de salud de manera oportuna).

En lo relativo al VIH y los derechos humanos hay un sinnúmero de actores que intentan velar y defender los derechos humanos de las personas con VIH, y otros tantos que pueden violar los derechos de estas personas. Entre los actores clave destacan: las organizaciones de la sociedad civil que defienden los derechos de las personas con VIH, los derechos sexuales, etc., las organizaciones conservadoras y grupos fundamentalistas, el Estado (con sus poderes ejecutivo, legislativo y judicial), los sectores gubernamentales (salud, educación, derechos humanos, seguridad, etc.), los medios masivos de comunicación y la opinión pública, los partidos políticos, las empresas y sindicatos y, por último, pero no menos importante, las personas afectadas por el VIH.

Legislación y derechos humanos

En el caso de México, las constituciones liberales del siglo XIX hacían referencia a los derechos del hombre. La Constitución de 1917 incluyó las garantías individuales y no fue sino hasta 1990 que se creó la figura de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, entendidos éstos como aquéllos reconocidos por el orden jurídico mexicano. Fue también en 1990 cuando el término "derechos humanos" se incorporó al léxico constitucional, al reformarse el artículo 102 de la Constitución Federal, para establecer la obligación del Congreso de la Unión y de las legislaturas de las entidades federativas de establecer organismos de protección de los derechos humanos, lo que dio lugar a la creación de las comisiones estatales con ese fin.[6]

Dentro del marco jurídico mexicano, existen varias herramientas que contribuyen a la defensa de los derechos humanos, entre las que destacan: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las Leyes Generales, particularmente la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación aprobada en junio de 2003; los decretos y acuerdos internacionales firmados por el gobierno; los reglamentos y la Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. El gran problema en el contexto mexicano es la ambivalencia y contradicción entre varios de estos instrumentos legales, ya que algunos protegen los derechos humanos de las personas con VIH y otros los vulneran.

Además, ninguna de estas herramientas garantiza el acceso y la gratuidad de los tratamientos para combatir el VIH, aunque sí el derecho a tener acceso a ellos. Por ahora, las organizaciones de la sociedad civil han sido quienes han logrado beneficios para las personas con VIH a través de distintas acciones como, por ejemplo, lograr acuerdos con el IMSS. De igual forma, gracias a las acciones de la sociedad civil, desde 1996 el cuadro básico de medicamentos del IMSS —que es normativamente obligatorio— incluye la terapia antirretroviral (TARAA) y, desde entonces, se ha venido incluyendo en todos los cuadros de servicios del Sistema Nacional de Salud hasta el Seguro Popular en el sexenio 2000-2006.

Por otro lado, en México el acceso a los antirretrovirales está asegurado a través de la Secretaria de Salud para todas las personas cuyo estado de salud lo amerite y que no estén aseguradas bajo otro esquema de seguridad social. Sin embargo, no siempre están disponibles todos los exámenes de diagnóstico necesarios ni los tratamientos para algunas infecciones oportunistas. Incluso en los institutos de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE persisten problemas importantes de desbasto de medicamentos, lo que representa un peligro inminente para la salud y la calidad de vida de las personas con VIH. En todos estos servicios tampoco se garantiza el acceso a servicios de salud mental y otros que son necesarios para asegurar una atención integral.

En el ámbito internacional, la tendencia más clara es luchar por el acceso universal a tratamientos y medicamentos, con base en el argumento del derecho a la vida. En la lucha para asegurar los derechos humanos se utilizan el Juicio de Amparo y el Daño Moral. Se cuenta también con la cartilla de derechos de las personas con VIH y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos y, en su defecto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, apelando siempre a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual establece que: "El disfrute del más alto nivel alcanzable de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano".

Los derechos humanos y salud pública: cómo lo negociamos

Para la negociación entre derechos humanos y salud pública, exponemos el modelo planteado por Sofia Gruskin, del programa de Derechos Humanos y Salud de la Universidad de Harvard. Este análisis se desarrolla a través de cuadrantes que demuestran el efecto que tienen las leyes basadas en derechos y las políticas en el campo de la salud pública en el ambiente de respeto y goce de los derechos humanos de un país o una sociedad determinada. La matriz de Gruskin ilustra cómo usar la legislación sobre derechos humanos para mejorar la legislación de un país y las políticas operativas sobre salud sexual y reproductiva.[7]

	Políticas operativas no implementadas en VIH	**Políticas operativas implementadas en VIH**
Leyes y políticas aprobadas de derechos humanos	**C** Brecha entre leyes y políticas de derechos humanos y su implementación en VIH.	**A** Prácticas de VIH dirigidas por leyes y políticas de derechos humanos.
Leyes y políticas no aprobadas de derechos humanos	**D** Hay lugar para prácticas tradicionales.	**B** Las prácticas en VIH estarán dirigidas por las disposiciones basadas en el *status quo*.

A. Es el mejor caso, pues implica que el marco normativo nacional recoge los estándares requeridos por la legislación de los derechos humanos (óptima calidad de los derechos humanos) y que las políticas de salud se implementan y ejecutan en términos de respeto a los derechos y a la salud pública (óptima calidad de salud pública).

B. Hay una óptima calidad en salud pública, pero los aspectos relacionados con los derechos humanos deben mejorarse (deficiencia en la calidad de los derechos humanos).

C. Hay una óptima calidad de los derechos humanos, pero los proveedores de la salud no cuentan con buenas políticas operativas (deficiencia en la calidad de salud pública).

D. Es el peor caso, ya que el marco normativo nacional no recoge los estándares requeridos por la legislación de los derechos humanos (deficiencia en la calidad de los derechos humanos) y, por lo tanto, las políticas de salud no mantienen vigentes los derechos de las personas (deficiencia en la calidad de salud pública).

Las consideraciones para el uso del modelo son:

- ¿El programa es bueno en términos de salud pública?
- ¿Respeta los derechos humanos?
- ¿Cómo alcanzar la mejor combinación posible entre salud pública y derechos humanos?:
  - » ¿Qué tan serio es el problema de salud pública?
  - » ¿La respuesta es probablemente efectiva?
  - » ¿Cuál es la severidad, alcance y duración de los daños a los derechos humanos que resulten del programa?
  - » ¿En qué medida es restrictivo e invasivo?
  - » ¿Es excesivamente o poco inclusivo?
  - » ¿Incluye salvaguardas de procedimiento?
  - » ¿Contempla revisión periódica?

Otros elementos de análisis pueden realizarse tomando como base el artículo

"Pobreza, equidad, derechos humanos y salud" publicado en el boletín de la OMS (Vol. 81, número 7, Ginebra, 2003). Un análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de sus relaciones con la salud demuestra que esos conceptos están estrechamente relacionados en el ámbito operacional y que cada uno de ellos proporciona orientaciones valiosas y singulares para el trabajo de las instituciones de salud.

Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de equidad y derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación.

Hay cinco formas generales en que las instituciones sanitarias pueden abordar el problema de la pobreza y la salud en un marco que integre las perspectivas de equidad y de derechos humanos:

1) Institucionalizar la aplicación sistemática y rutinaria de las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos a todas las acciones del sector salud.
2) Fortalecer y ampliar las funciones de salud pública distintas de la asistencia sanitaria para crear las condiciones necesarias para la salud.
3) Poner en práctica una financiación equitativa de la asistencia sanitaria, lo que ayudaría a reducir la pobreza e incrementaría el acceso de las personas pobres.
4) Asegurar que los servicios de salud respondan eficazmente a las principales causas de enfermedades prevenibles entre los pobres y los desfavorecidos, y
5) Vigilar, sensibilizar y actuar para que se aborden las repercusiones que sobre la equidad y los derechos humanos puedan tener las políticas de todos los sectores que afectan a la salud, y no sólo las del sector de la salud.

VIH, estigma y derechos humanos

El estigma genera un marco social ideal para las acciones discriminatorias, mismas que se consideran violaciones a los derechos humanos. En el caso específico del VIH, el problema de la violación a los derechos humanos nace de una situación preexistente que tiene que ver con el prejuicio y el estigma.

Con frecuencia, las ideas que con que se prejuzga y estigmatiza a ciertas personas o grupos conducen a algunas personas a hacer (o no hacer) algo, que niegue o entorpezca la prestación de servicios o derechos a otra persona. Por ejemplo, esas ideas pueden impedir que una persona con VIH pueda utilizar los servicios de salud, o bien cesarla de su empleo, basándose en su estado serológico.

Este trato injusto, basado en el prejuicio, se conoce como discriminación. Se produce discriminación cuando a una persona se le trata de forma tal que el resultado es injusto o desleal, y ese trato diferenciado se basa en su pertenencia, o en la creencia de que pertenece a un grupo particular, como los hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales, etc. A menudo los derechos de las personas con VIH y los de sus familias son violados debido al estigma y la discriminación relacionados con este virus. Este tipo de violaciones dificultan la respuesta a la epidemia, incrementando su impacto negativo.

La estigmatización está vinculada a desigualdades de poder y hace que las desigualdades sociales aparezcan como "razonables". Esta situación crea una jerarquía social donde los estigmatizados se ubican por debajo de los no estigmatizados, a la vez que crea y refuerza la exclusión social.[8]

Tareas pendientes en el tema de derechos humanos y VIH

Documentar las violaciones a los derechos humanos no es suficiente. Hay que reducir la vulnerabilidad eliminando el estigma y la discriminación relacionada con el VIH y creando ambientes que ayuden a una repuesta efectiva a la pandemia.

En cuanto a la investigación, urge desarrollar indicadores específicos sobre los derechos humanos y la salud. Los profesionales de la salud y de los derechos humanos necesitan agendas de investigación comunes y los sistemas de recopilación de informa-

ción tienen que estar accesibles para las y los trabajadores de la salud, de los derechos humanos y para la comunidad.

En cuanto a las intervenciones de reducción de estigma y discriminación, hace falta que éstas lleguen a las escuelas de los sistemas de educación pública y privada, a los lugares de trabajo, a los servicios de salud que incluyen programas de VIH, así como con a las instituciones religiosas. Hay que asegurar que las personas con VIH y otras personas no sean discriminadas y que sus derechos humanos sean respetados. Necesitamos programas de protección específicos de los derechos humanos relacionados con el VIH.

Además, la respuesta a las violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH requieren de cambios en el ambiente —ya que hay que movilizar a las personas afectadas— y cambios en las actitudes individuales y en la sociedad en general. Se necesitan también cambios estructurales, pues hay que luchar contra la homofobia, las inequidades de género y la pobreza, y asegurar que las leyes y políticas de VIH defiendan los derechos humanos.

La defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y de todos los afectados por esta pandemia es labor de todos y todas, y requiere de esfuerzos sociales para cambiar nuestras actitudes y nuestras instituciones. La discriminación y la reducción del estigma están relacionadas de manera estrecha.

Al igual que la epidemia del VIH, la epidemia del estigma y la discriminación requiere de respuestas multisectoriales y multidisciplinarias que aborden el tema desde varios frentes. Esta labor demanda la integración del trabajo de abogados y abogadas, así como de otras personas que luchan por los derechos humanos, del personal de sector salud e incluso de las y los educadores.

Asegurar e integrar los derechos humanos en las legislaciones, programas y políticas públicas promoverá el respeto a las necesidades y los derechos fundamentales de los individuos y de las comunidades. Todas las personas tenemos que hacer valer nuestros derechos, pues no basta con conocerlos, si no que debemos exigirlos y apoyar otras personas que luchan por hacer valer los suyos.

Referencias bibliográficas

1. Karel Vasak Las dimensiones internacionales de los derechos humanos. Barcelona: Serbal-UNESCO, 1984, v. I.
2. Vallespín Pérez, David. El modelo constitucional de juicio justo en el ámbito del proceso civil, Barcelona: Atelier, 2002.
3. Roberto González Álvarez. Aproximación a los Derechos Humanos de Cuarta Generación. Documento electrónico consultado 13 de julio de 2009 desde: http://www.sopecj.org/rgaddhh.pdf.
4. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos (versión consolidada, 2006). Ginebra: Naciones Unidas, 2006. Consultado el 13 de julio de 2009 desde: http://www.ohchr.org.
5. Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: Historical interpretations and the limits of biomedical individualism. Am J Public Health 1993; 83: 1477-1486.
6. Letra S, Salud, Sexualidad y SIDA. Manual para la atención jurídica de casos de violación a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. México: Lera S, 2006.
7. Gruskin S, Harvard School of Public Health. Salud pública, derecho, políticas y programas desde una perspectiva de derechos humanos. Vulnerabilidad de los derechos humanos: el ejemplo del VIH/SIDA. Ponencia presentada en: Salud Pública y Derechos Humanos. Taller USAID. Enero 2001.
8. Parker R, Aggleton P. Attawell K, Pulerwitz J, Brown L. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Nueva York: Population Council, 2002. Consultado el 7 de mayo de 2008 en: http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf.

Lecturas recomendadas

1. Hernández Forcada R., Rivas Sánchez H.E., El VIH/SIDA y los derechos humanos: Guía básica para

educadores en derechos humanos. México: Letra S, Salud Sexualidad y Sida, 2006.
2. Hernández, L. Guía de instrumentos nacionales e internacionales en el contexto del sida. México: Letra S, Salud Sexualidad y Sida, 2005.
3. Morrison, K. Romper el ciclo: Estigma, discriminación estigma interno y VIH. México: Policy Project, 2006.

Actividades complementarias

El alumno investigará en la Comisión Nacional o Estatal de Derechos Humanos cuántas demandas se han presentado en los últimos cinco años por personas que viven con VIH y SIDA. Identificará la causa, las que ya fueron resueltas, el tipo de resolución, el tiempo que se tarda este trámite desde que se recibe hasta llegar a la resolución, así como las que aún están en trámite.

Asimismo, investigará en el área epidemiológica de los Servicios Estatales de Salud el número de casos de VIH y SIDA en el año anterior al actual y con el número de demandas presentadas para ese mismo periodo, obtendrá el porcentaje correspondiente a las demandas hechas con relación al número de casos de personas con VIH o SIDA.

Por último, elaborará un ensayo de una cuartilla, sobre los resultados encontrados y propondrá alguna medida de prevención para reducir la violación a los derechos humanos de las personas con VIH o SIDA.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta a cada la pregunta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. De acuerdo con el texto, los derechos humanos son producto de:

a. La evolución histórica de la humanidad.
b. Un acuerdo de la mayor parte de los países del mundo.
c. Un debate social sobre de distintas visiones acerca de lo que es el bien.
d. La lucha de grupos que históricamente fueron discriminados.

2. Los derechos humanos que el Estado debe garantizar de forma inmediata son:

a. Los derechos económicos y culturales.
b. Los derechos de los pueblos indígenas.
c. Los derechos solidarios.
d. Los derechos civiles y políticos.

3. Que los derechos humanos sean indivisibles significa que:

a. Debemos poder disfrutar de todos para poder gozar de cada uno.
b. No se pueden separar en grupos diferentes.
c. Es injusto gozar de unos sí, pero no de otros.
d. Está prohibido hacer distinciones entre ellos.

4. ¿Con qué afirmación o afirmaciones estarían más de acuerdo los autores del texto?

a. El Estado puede tratar de garantizar el derecho a la salud, pero no puede realizar todas las tareas para lograrlo.
b. En los países donde existe una filosofía de mercado, el derecho a la salud tiende a verse como una responsabilidad individual.
c. Es más probable que el Estado garantice el derecho a la salud si la considera como parte de la justicia social.
d. Debido a las diferencias sociales, es imposible que todas las personas tengan los mismos derechos a la protección a la salud.

Respuestas

1. c
2. d
3. a
4. b, c

Capítulo 29

El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/SIDA

Emilio Antonio Herrera Basto

Objetivo general

Conocer e identificar el paquete de servicios médicos que otorga el Sistema de Protección Social en Salud en relación al diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.

Objetivos específicos

- Conocer qué es el Seguro Popular y sus mecanismos de operación.
- Identificar qué paquetes de servicios de salud cubre el seguro y quién es el responsable de su financiamiento.
- Conocer los costos promedio de atención anual de un paciente adulto.
- Conocer los esquemas de atención de antirretrovirales que está ofertando el Seguro Popular.

Introducción

A partir de la entrada del nuevo siglo, México ha sufrido cambios en su estructura política, social y económica. La polarización mundial y la necesidad de reestructurar algunas reformas es relevante para la salud de los mexicanos y para ponernos a la par con el resto del mundo.

Una de estas reformas corresponde al sector salud, el cual tiene más de 50 años de servicio y actualmente se encuentra rebasado por las necesidades de salud de la población. La extensión y la profundidad de los cambios revelan que nos encontramos en un proceso de transición ya que, por un lado, debemos terminar con el rezago de las enfermedades del subdesarrollo como: las enfermedades transmisibles, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales y, por otro lado, debemos hacer frente a las enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión, obesidad, problemas cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones, lesiones y VIH/SIDA.[1]

A esto hay que sumar la transición demográfica que está sufriendo el país, el rápido envejecimiento de la población, que requerirá otro tipo de servicios para su atención en el futuro, sin dejar de lado la esperanza de vida de los mexicanos, que en el momento actual es de 73 años para hombres y 78 para mujeres.[2]

El sistema de salud en México está estructurado por tres tipos de cobertura:

- a través de los seguros sociales que privilegian a los trabajadores del sector formal, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), y otros como PEMEX y SEDENA;
- a través de los programas asistenciales, que ofrecen principalmente la Secretaría de Salud e IMSS Solidaridad; y

- a través de la medicina privada, generalmente considerada como alternativa por la clase media y alta.

Este sistema provee una cobertura de servicios del 50% a través de los Seguros Sociales, IMSS e ISSSTE, pero deja sin cobertura a 45% de la población, a la cual se le denomina "población abierta", que es la que recurre normalmente a la Secretaría de Salud. Se calcula que un total de 11 millones de familias en el país no tienen servicios médicos formales para su atención médica.[1,3]

¿Qué es el Seguro Popular?

El Seguro Popular es un sistema de financiamiento que tiene como objetivo brindar protección financiera en materia de salud y generar condiciones de mayor equidad y justicia para todos los mexicanos. Con este sistema se pretende corregir los desequilibrios financieros del sector salud, entre los que destaca el hecho de que en México 52% del gasto en salud corresponde al pago de bolsillo.

Para la prestación de los servicios se requiere de la reestructuración del Sistema de Salud. Este modelo está basado en tres grandes retos: a) la equidad en salud, b) la calidad de la atención y c) la protección financiera.

En el 2002, se puso en operación el Seguro Popular de Salud como programa piloto en cinco estados: Aguascalientes, Colima, Campeche, Jalisco y Tabasco. Para abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó reformas a la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud. Al finalizar 2003, el número de familias afiliadas en el sistema llegó a 641,000 y para julio del 2005, los 32 estados firmaron acuerdos de coordinación para operar el Seguro Popular. Algunos beneficios del Seguro Popular son:

- Eliminación de cuotas de recuperación.
- Reducir el pago de bolsillo.
- Acceso a medicamentos en forma gratuita,
- Ampliación de la oferta pública de servicios, y
- Evitar injusticias y discriminación por razones económicas.

El sistema de prestaciones inició en 2002 con la creación de un paquete de servicios de salud basado en el estudio de costos con una reconocida efectividad y de carga de la enfermedad realizados por FUNSALUD.

Para la selección del paquete de servicios se utilizaron principalmente las fuentes oficiales de información conformadas por: el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), el Sistema de Atención y Egresos Hospitalarios (SAEH), el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), las estadísticas de mortalidad y morbilidad nacionales, la revisión de otros paquetes de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), el Programa Oportunidades y la normatividad vigente de todos los programas federales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, además de las estadísticas del IMSS y el ISSSTE.[3]

Cada año se integraran al sistema 1.4 millones de familias, de tal manera que en un periodo de 10 años todos los mexicanos que no cuenten con seguridad social formal se incorporen al Seguro Popular. Esta integración, de acuerdo con la Ley, se dará de acuerdo con el presupuesto que la Cámara de Diputados apruebe para llegar a cobertura universal en el 2010.[4]

Como se dijo antes, este seguro está dirigido a todas aquellas personas que no cuenten con seguridad social, como son la población del Programa Oportunidades, los campesinos, indígenas, las personas que prestan servicios informarles, los profesionistas independientes y comerciantes, entre otros. Para el pago de los servicios de cada familia se realiza un estudio socioeconómico basado en deciles de ingresos que van del nivel I al X, donde las personas de los niveles I y II no pagan nada por su inclusión al sistema, siendo a partir del nivel III el pago de una cuota anual.

Todas las personas que se encuentren dentro de la familia nuclear tienen derecho a la prestación de los servicios, es decir, desde el recién nacido hasta los padres del jefe de la familia si éstos viven dentro de la misma casa. También se incluyen personas con discapacidad y personas solteras.[5] Actualmente están dentro del sistema 5.4 millones de familias que equivalen a 16.5 millones de personas afiliadas en 32 entidades federativas.[6]

La prestación de los servicios

La prestación de los servicios está basada en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye una cobertura de 100% de los padecimientos por los cuales acude una persona a consulta a los centros de salud y 95% de las principales causas de hospitalización y cirugías de un Hospital General.

La integración de un paquete de servicios que incluya 100% de cobertura en hospitales se encuentra en desarrollo y depende de la disponibilidad financiera que se otorgue al sistema para la incorporación gradual de las intervenciones antes del 2010. Para cada uno de los servicios o intervenciones incluidas en el CAUSES se tiene desarrollada una guía clínico-terapéutica con fines de cálculo de costos de los servicios y para la determinación del cuadro de medicamentos del Seguro Popular, ya que el otorgamiento de medicamentos gratis es una de las fortalezas del sistema.

Los servicios incluidos en el CAUSES son: consulta médica, detección y prevención de enfermedades, medicina ambulatoria, servicios odontológicos básicos, salud reproductiva, atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones, rehabilitación, urgencias, hospitalización y cirugía.[7]

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Con el objeto de dar continuidad a la atención médica proporcionada por el Seguro Popular y poder cubrir algunas enfermedades de alto costo como: cáncer, enfermedades cardiovasculares, renales, mentales y el VIH/SIDA, se creó el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Éste es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo.

Este fondo se encuentra financiado a través de una aportación de 8% de la cuota solidaria federal y la aportación solidaria estatal. Dicho fondo se maneja a través del comité del Fondo de Gastos Catastróficos que tiene como objetivo determinar el uso de los recursos en forma adecuada y transparente.

Corresponde al Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud determinar las enfermedades que se incluyen en el Fondo de Gastos Catastróficos y la validación de los protocolos de atención, siendo la Comisión Nacional de Protección Social en Salud la responsable de los estudios de costos para cada padecimiento y de las proyecciones actuariales para dar certeza financiera y la autorización para incluirlas en el fondo.

VIH/SIDA

Dada la importancia que representa el VIH/SIDA dentro de la salud pública y debido a que esta enfermedad se considera de alto costo, se decidió incluirla dentro del paquete de servicios del Seguro Popular. Para poder llevar a cabo esto, se tuvieron que desarrollar estudios de costos de la enfermedad basados en los protocolos de atención que maneja el Centro Nacional de Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

Dentro del CAUSES se incluyeron la realización de pruebas diagnósticas para personas que tienen factores de riesgo para la enfermedad. Estos estudios incluyen la realización de la prueba de Elisa y la prueba confirmatoria de Western Blott. Una vez determinado que el paciente es seropositivo, se le refiere al centro regional o estatal de CENSIDA para su atención. Existe en cada estado un consultorio o centro estatal para la atención de los pacientes donde se cuenta con personal especializado para su atención. Dichos centros cuentan con la infraestructura y los recursos humanos e insumos necesarios ya que deben pasar por un proceso de acreditación para poder otorgar los servicios a los pacientes afiliados y de población abierta.

En este centro, el médico determinará la conducta a seguir dependiendo las particularidades del caso, la necesidad de desarrollar exámenes de laboratorio básicos como biometría hemática, química sanguínea, general de orina, cultivos, PPD, IgG o HbsAg y citología vaginal, que se cubren a través del CAUSES, así como la realización de pruebas específicas como carga viral y CD4, que se cubren a través de los Fondos Estatales.

Corresponde a CENSIDA desarrollar los protocolos de atención y definir los medicamentos que se incluirán para el tratamiento de estos pacientes, dependiendo de la etapa de su enfermedad así como la compra consolidada de estos medicamentos y su distribución a los

centros estatales de atención. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la instancia que vigila y proporciona los recursos financieros para la compra de servicios y medicamentos y su distribución a los estados, además de garantizar el abasto y la calidad de la atención a los pacientes.

Si un paciente requiere atención médica por alguna de las complicaciones más frecuentes como pueden ser diarrea, neumonía, candidiasis o tuberculosis, se le otorgará el tratamiento médico a través del CAUSES, ya que su cuadro de medicamentos incluye terapia para este tipo de complicaciones (ver Cuadro I).

Cabe señalar que en 2008 se están realizando estudios de costos para algunas complicaciones que requieren una estancia hospitalaria importante y la utilización de medicamentos caros actualmente no cubiertos por el seguro.

Cuadro 1: Paquetes de Servicios Médicos para VIH-SIDA Seguro popular 2008

Etapa	Servicios	Cobertura
Detección de la enfermedad	Prueba de ELISA y Western Blott	100% Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)
Diagnóstico y exámenes de laboratorio y gabinete básicos	Biometría hemática, Quimica Sanguínea, General de orina, PPD, Cultivos IgG o HbsAg, citiología vaginal	100% Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)
Tratamiento ambulatorio	Medicamentos antirretrovirales	100% Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos a través de la distribución de medicamentos por CENSIDA
Seguimiento del tratamiento	Realizar carga viral, y determinación de CD4, por lo menos dos veces al año	100% Servicios Estatales de Salud
Complicaciones menores	Diarrea, neumonía, tuberculosis no complicada, candidiasis y todo tipo de infecciones ambulatorias	100% Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)
Complicaciones mayores	Infección por citomagalovirus, sepsis, coriorretinitis, sarcoma de Kaposi, coccidiomicosis, encefalopatía, linfoma no Hodking, Sindrome de desgaste, resistencia a tuberculosis, toxoplasmosis, entre otras	0% Actualmente se esta realizando el análisis para su inclusión

En el Cuadro 2 se presentan las combinaciones de medicamentos antirretrovirales que se están otorgando gratuitamente como tratamiento al VIH/SIDA a los pacientes del Seguro Popular. CENSIDA analiza y selecciona con una periodicidad anual estos medicamentos.[8]

Costos de los servicios

Los medicamentos antirretrovirales son la base del tratamiento del paciente con VIH/SIDA. El costo varía de acuerdo con el esquema de tratamiento en el que se encuentre de $38,000 pesos hasta $95,000, siendo el costo promedio de $74,500 pesos.

Para la determinación de los costos de atención de los pacientes con VIH/SIDA se llevó a cabo una descripción detallada de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para cada etapa, la elaboración de árboles de decisiones y algoritmos respetando la normatividad oficial.

Los estudios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento se dividieron en estudios de laboratorio y gabinete, comprendiendo todos los necesarios para la prestación del servicio por medio del CAUSES. Estos algoritmos permitieron establecer las funciones básicas de producción para cada servicio y reconocer los insumos y recursos que se requieren. Otra actividad fue la discusión de ciertas acciones en comités de expertos (CENSIDA) con el objeto de validar, actualizar o unificar criterios de tratamiento. En la estimación de los costos variables se consideraron los medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete, los estudios de diagnóstico, de seguimiento, e insumos para la atención. Los costos fijos incluyen funciones como: salarios del personal, servicios y costos de capital anualizado (equipo, instrumental e inmobiliario) (Ver Figura 1).

Cuadro 2: Guía de Antirretrovirales (Esquemas de tratamiento) 2007

Recomendaciones para Tratamiento Inicial	Costo Anual Promedio (Pesos)
AZT/3TC+Efavirenz	40,740
AZT/Emtricitabina/ Efavirenz	38,175
Tenofovir/3TC/ Efavirenz	84,146
Tenofovir/ Emtricitabina / Efavirenz	84,146
AZT/3TC/Atazanavir/Ritonavir	85,111
AZT/ Emtricitabina /Atazanavir/ Ritonavir	82,546
Tenofovir/ Emtricitabina / Atazanavir/Ritonavir	128,516
AZT/3TC/Lopinavir-ritonavir	88,316
AZT/ Emtricitabina/ Lopinavir-ritonavir	85,750
TDF/Emtricitabina/Lopinavir-ritonavir	131,140

Alternativas para Tratamiento Inicial	Costo Anual Promedio (Pesos)
AZT+3TC/Indinavir/Ritonavir	49,840
AZT/3TC/Nelfinavir	77,916
AZT/3TC/Saquinavir/Ritonavir	72,247

Fuente: CENSIDA

El costo promedio anual por la atención de un paciente con VIH/SIDA en el 2007 fue de $74,500 pesos, de los cuales 10% corresponde a estudios de seguimiento (Carga Viral, CD4) y 90% a medicamentos antirretrovirales.

Cabe señalar que este cálculo anualizado no incluye el costo por los servicios de hospitalización y tratamiento de complicaciones como puede ser la coriorretinitis, la infección por citomegalovirus, farmacorresistencia a la tuberculosis, el síndrome de desgaste y algunos tipos de cáncer. El esquema de atención del Seguro Popular se centra en el tratamiento ambulatorio de antirretrovirales, exámenes de laboratorio y tratamiento de complicaciones menores que se cubren por medio del CAUSES.

Conclusiones

El Seguro Popular es el instrumento para brindar protección financiera en materia de salud a la población no asegurada en nuestro país, entendiendo la protección financiera como una de las líneas estratégicas del Programa Nacional de Salud 2006-2012 para proteger los ingresos de las familias que tienen que pagar altos costos por su atención médica.

Este sistema pretende brindar un servicio integral al paciente por medio de un paquete de servicios que incluye pruebas diagnósticas, tratamiento antirretroviral, estudios de seguimiento y tratamiento de complicaciones menores.

La integralidad del tratamiento al combinar los servicios del Catálogo Universal de Servicios de Salud y su continuidad con el Fondo de Gastos Catastróficos permite esquemas de tratamiento actualizados para garantizar la calidad en la atención de estos pacientes.

La incorporación del tratamiento de complicaciones severas con periodos de hospitalización largos dependerá de los recursos disponibles que se autoricen y se dará en forma gradual.

Es preciso reforzar la prevención del padecimiento con el objetivo de disminuir la transmisión y, por ende, el costo de los servicios y mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes.

Referencias bibliográficas

1. FUNSALUD. Economía y Salud, FUNSALUD: México, 1994: p.160-161.
2. Secretaría de Salud. Salud México 2001, Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud: México; 2002: p. 22-23.
3. Secretaría de Salud. Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Secretaría de Salud: México; 2002: p. 13-15.
4. Diario Oficial de la Federación, Modificaciones al artículo 77 de la Ley General de Salud. 15 de mayo de 2003.
5. Diario Oficial de la Federación. Reglas de operación e indicadores de gestión y operación del Seguro Popular. 15 de marzo de 2002.

6. Informe de Indicadores del Sistema de Protección Social en Salud hasta junio de 2007. Dirección General de Afiliación: México; 2007.
7. Secretaría de Salud. Estimación de costos de producción de servicios del Seguro Popular. Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES). Secretaría de Salud: México, 2002: 35-55.
8. CENSIDA/Secretaría de Salud. Guía para la atención médica de pacientes con infección con VIH/SIDA. CENSIDA/Secretaría de Salud: México; 2007.
9. Sistema de Protección Social en Salud, Compilación Jurídica 2007: p. 42-43.
10. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2007. Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Secretaría de Salud: México; 2007.

Actividades complementarias

Navegar en la página del Seguro Popular y consultar el CAUSES 2008 y el listado de medicamentos.

Autoevaluación

Instrucciones: Subraye la respuesta que considere correcta. Posteriormente, verifique sus respuestas con las que están al final de este apartado. En caso de error, le sugerimos revisar nuevamente el capítulo.

1. El Seguro Popular está dirigido a:

a. Personas que buscan ahorrar en sus gastos de salud.
b. Todas las personas que quieran inscribirse en él.
c. Personas sin seguridad social.

2. El CAUSES incluye:

a. Cerca del 70% las causa de hospitalización.
b. El 100% de los padecimientos por los que acude una persona a consulta médica.
c. El 95% de las consultas médicas.

3. Los recursos que cubren el tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/SIDA provienen de:

a. El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.
b. El CAUSES.
c. CENSIDA.

4. El Seguro Popular cubre los siguientes costos de VIH/SIDA:

a. Diagnóstico, tratamiento antirretroviral, seguimiento y complicaciones menores.
b. Prevención y capacitación.
c. Tratamiento antirretroviral y pruebas confirmatorias.

Respuestas

1. c
2. b
3. a
4. a

Sobre los autores

Enrique Acosta Gío
División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson
Instituto Mexicano de Sexología

Ana Barrera Vargas
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Hermelinda Barrientos Bárcenas
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Enrique Bravo García
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Mario Bronfman
Programa de Derechos Humanos de la Fundación Ford, México

Marta Caballero
Dirección Adjunta del Centro de investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública

Alejandro Cruz Sánchez
División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Silvia Magali Cuadra Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública

Hazel Gloria Davenport
Asesora de prevención del VIH en población trans

Laura Elena de Caso González
Dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Marcelo De Luca
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Fátima Estrada Márquez
Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública

Cecilia Gayet
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México

Griselda Hernández Tepichín
Dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Emilio Antonio Herrera Basto
Dirección de Administración de Planes Médicos del Seguro Popular y Coordinación del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, Secretaría de Salud

César Infante Xibillé
Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

José Antonio Izazola Licea
Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Brenda Jiménez
Programa de Investigación en Matemáticas Aplicadas y Computación del Instituto Mexicano del Petróleo

Tamil Kendall
Estudios Culturales, Comunitarias & Globales, Universidad de British Columbia, Canadá y Balance. Promoción para el desarrollo y juventud, A.C., México

E. Antonio León Juárez
Dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

René Leyva Flores
Departamento de Economía Ambiental y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Anuar Luna Cadena
Red Mexicana de Personas que viven con VIH/SIDA

Carlos Magis Rodríguez
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

María Consuelo Mejía
Católicas por el Derecho a Decidir

Anette Morales Carcaño
Dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Tiberio Moreno Monroy
Clínica Especializada Condesa

Ken Morrison
Health Policy Initiative y Constella Futures México

Mirka J. Negroni Belén
Constella Futures México

Yadira Olguín Barreto
División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Raúl Ortiz Mondragón
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

María de la Luz Ortiz Ruiz
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Manuel Palacios Martínez
Coordinación de Proyectos, CISEI e Instituto Nacional de Salud Pública

Rodrigo Parrini Roses
Profesor-investigador. Departamento de Educación y Comunicación. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Frida Quintino Pérez
Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Pilar Rivera Reyes
Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Javier Romo García
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Cinthia Diana Sabás Mendieta
División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Jessica Salas Martínez
Consultora independiente

Leonor Sánchez Pérez
Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Juan G. Sierra Madero
Jefatura de la Clínica de VIH, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Dámaris Sosa de Antuñano
Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana, Región Poza Rica

Luis Enrique Soto Ramírez
Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

María del Pilar Torres Pereda
Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Jorge Valencia
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

M. Carmen Varela Trejo
Dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Jorge X. Velasco Hernández
Programa de Investigación en Matemáticas Aplicadas y Computación del Instituto Mexicano del Petróleo

Ismael Velásquez Ramírez
Programa de Investigación en Matemáticas Aplicadas y Computación del Instituto Mexicano del Petróleo

Patricia Volkow
Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Cancerología

Dilys Margaret Walker
Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública

Ángel Zarco Mera
Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social

VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud
se terminó de imprimir en abril de 2010,
en los talleres de Producción Groppe,
Hospital 2295 B, Col. Ladrón
de Guevara, C.P. 44650,
Guadalajara,
Jalisco.

Gobierno Federal
SALUD

CENSIDA

Instituto Nacional
de Salud Pública