

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN URBANA

**PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA, PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE  
RIESGOS Y DAÑOS EN PAREJAS SERODISCORDANTES EN EL DISTRITO FEDERAL**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN  
CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN URBANA.

PRESENTAN:

**AGUSTÍN AGUILAR GASPAR**

**ROY NELSON CECILIO MENDOZA**

DIRECTOR DEL TRABAJO RECEPCIONAL:

**LIC. ROGELIO EDUARDO HERRERA UNDA.**

México D.F. diciembre 2014

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

### *Dedicatorias Agustín*

*Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena.*

*A tí Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.*

*A ti Papi, porque sé que desde donde estas siempre me has cuidado, desde donde quiera que te encuentres.*

*A ti Mami, que tienes algo de Dios por la inmensidad de tu amor, y mucho de ángel por ser mi guarda y por tus incansables cuidados, porque si hay alguien que está detrás de todo este trabajo, eres tú, que has sido, eres y serás el pilar de mi vida, por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser un ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento. Esta tesis es el resultado de lo que me has enseñado en la vida, ya que siempre has sido una persona honesta, entregada a tu trabajo, y un gran líder, pero más que todo eso, una gran persona que siempre ha podido salir adelante. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.*

*A mis hermanos: JUAN, CELSTINO Y TERESA, mis sobrinas y sobrino, porque de una u otra forma, con su apoyo moral me han incentivado a seguir adelante, a lo largo de toda mi vida.*

*A todos, mis amigos especialmente a Eduardo Balderas Ibarra que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad.*

*A mis estimados maestros, que, a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos; especialmente al Prof. Rogelio Eduardo Herrera Unda que muy acertadamente, dirigió nuestra tesis y a nuestros lectores, especialmente al profesor que no creyó en este tema.*

*A la UACM por todo el apoyo brindado durante mi estancia. Gracias por aceptarme como soy, por soportarme; porque juntos hemos hecho realidad este sueño.*

## *Dedicatoria y agradecimiento de Roy.*

*Dedico esta tesis A. DIOS Padre, Hijo y Espíritu Santo por darme la vida, y con ella la oportunidad de realizar todos mis anhelos; y por acompañarme todos los días de mi vida, a la Virgen María, a los Apóstoles y a los Ángeles, quienes intercedieron ante Dios por mí, para que concluyera esta carrera universitaria.*

*A mi abuelita Ceci (QEPD) y a mi tía Julia, quienes me apoyaron todo el tiempo.*

*A mis padres: la Sra. Dora E. Mendoza D. y el Sr. Arnulfo Cecilio E. A mis herman@s: Mara Elizabeth Cecilio, Carlos Alberto Cecilio y Erika Suhey Cecilio. A mis sobrín@s, Ariday, Kelaya, Carla y Carlos. A mis tíos: Leopoldo y Maximina. A mis prim@s: Argentina, Karina, Leopoldo y Zaid, y a toda mi familia.*

*A la UACM por ser mi casa durante todo este tiempo y darme las facilidades para crecer, y además por el apoyo recibido para la impresión y empastado de la misma*

*A mis queridos maestr@s que nunca desistieron al enseñarme, y continuaron depositando su esperanza en mí.*

*A mi director de tesis el profesor Rogelio Herrera U. A nuestros lectores los profesores: Beatriz Amezcua L., Josefina E. Cornejo D., Myrna Alonzo C., y Juan D. H. Blejer D., gracias por su gran apoyo.*

*A todos mis compañeros de estudio, a mis grandes amigos, que me acompañaron durante todo este tiempo, en especial a Agustín Aguilar Gaspar; y también para todos aquellos que no creyeron en mí.*

*A todos ellos les agradezco desde el fondo de mi alma.*

# PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA, PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN PAREJAS SERODISCORDANTES EN EL D.F.

Introducción.....	7
<b>Capítulo I.</b> Salud, globalización y VIH/SIDA.....	17
1.1 ¿De qué forma se relaciona la globalización con la salud?.....	17
1.1.1 La urbanización.....	18
1.1.2 El VIH/SIDA.....	20
1.1.3 Hechos sobre el VIH/SIDA.....	22
1.2 ¿Qué es una enfermedad global?.....	23
1.2.1 Globalización, violencia estructural y salud: Algunos- Comentarios desde la inequidad, estigma social y discriminación.....	24
1.3 De la inequidad económica a la violencia simbólica.....	32
1.4 VIH en México.....	34
1.4.1 Historia del VIH en México y movilización- en la era de la globalización.....	34
1.4.2 Los primeros logros y la lucha por el acceso universal al tratamiento.....	43
1.4.3 Comportamiento social y gestión gubernamental.....	45
<b>Capítulo II.</b> Políticas públicas en salud caso del VIH/SIDA: aproximación a un análisis descriptivo.....	51
2.1 El acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	51
2.2 El proceso legislativo nacional.....	58
2.3 La hechura local de la política de VIH/SIDA en la Ciudad de México.....	65
2.4 La descripción del programa para prevenir el VIH/SIDA.....	67

### **Capítulo III. Análisis crítico del programa de salud**

en materia de VIH/SIDA en el D.F.....	70
3.1 El debate ideológico, político y social sobre la problemática del VIH/SIDA en el D. F.....	70
3.1.1 La respuesta del gobierno ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.....	72
3.1.2 Respuesta de las asociaciones civiles ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.....	72
3.1.3 Actitudes y percepción de: empresarios, iglesia y partidos políticos- ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.....	73
3.2 Interpretación del programa para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.....	74
3.3. Alcances y limitaciones del programa para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.....	79
3.4 Profilaxis post-exposición (PPE) al VIH.....	82
3.4.1 Costos y efectividad de la PPE.....	83
3.4.2 Alcances y limitaciones de la PPE* a quien se le aplica- actualmente.....	83

### **Capítulo IV. Propuesta de modificación al programa**

para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.....	84
4.1 Identificación del problema: El aumento de incidencia de casos de VIH/SIDA en el D. F.....	84
4.2 Definición del problema: ¿Cómo combatir el VIH/SIDA	

desde la política pública?.....	88
4.3 Identificación de alternativas, respuestas o soluciones:	
Creación de un tríptico informativo dirigido a parejas serodiscordantes.....	90
4.4 Evaluación y selección de opiniones: .....	102
Conclusiones.....	108
Anexos.....	110
Bibliografía.....	115

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como propósito elaborar una propuesta de modificación al programa de prevención del VIH/SIDA en el D. F. Con lo cual se realizará un análisis descriptivo y crítico de la eficacia de las políticas públicas implementadas en la ciudad de México, en materia del combate al VIH-SIDA, durante el periodo 2006-2012 que abarca la administración del ex presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, con la intención de saber si aumentan o disminuyen la incidencia de casos por el virus del VIH y que sectores son los más afectados.

## **PRESENTACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

¿Cuáles son los logros y limitaciones de la política de salud para combatir la pandemia del VIH en el D.F.?

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

El presente trabajo se justifica por razones sociales, académicas y por motivos personales.

Revisaremos primero las razones sociales:

El VIH/SIDA ha sido declarado reto nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND), en el apartado de la salud; establece que su abordaje integral requiere de la participación de todos los actores, dicho Plan Nacional considera que para superar un enfoque puramente asistencial, hay que enfatizar la perspectiva de derechos humanos.

La fuerte discriminación social ejercida contra las personas portadoras de VIH/SIDA exige un esfuerzo especial para garantizar la defensa y promoción de sus derechos humanos, las deficiencias en las garantías de derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA empeora notablemente su condición y redundada además en la expansión de la pandemia, las pérdidas económicas, sociales y humanas son fuertes.

Asimismo, hay razones académicas desde el punto de vista de las políticas públicas que justifican el presente estudio:

La problemática de estudiar el tema de la profilaxis post-exposición al VIH, desde el punto de vista de las políticas públicas, viene porque: las reformas del sector salud enfocadas al combate del VIH en los últimos 12 años a nivel del Distrito Federal han generado cambios sustanciales en las políticas y en los sistemas de salud, ahora bien, su importancia para ser estudiado desde el punto de vista de las políticas públicas, primero hay que tomar la definición de política pública (policy) que para Laswell, (1992) son aquellas estrategias encaminadas a resolver problemas públicos. El enfoque de Políticas Públicas tiene dos dimensiones:

- El estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales.
- El conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones.

Con esto vemos que el concepto de Políticas Públicas define estrategias de acción encaminadas a resolver problemas públicos a partir del interés y la opinión de los grupos sociales afectados; en cambio, el concepto de Políticas Gubernamentales tiene un sentido más amplio e impreciso pues comprende en general a todas las acciones de gobierno.

Gracias a esta interlocución es que, los ciudadanos pueden ejercer sus derechos sobre el accionar del Estado y, por la otra, las políticas públicas pueden, en primer lugar, sustentar justificadamente los problemas cuya atención será priorizada, en segundo, combinar el instrumental técnico-científico disponible de las diversas disciplinas útiles con una racionalidad sensible al contexto particular en que se encuentran, en busca de sus mayor pertinencia, eficacia y eficiencia posibles.

Con lo anterior decimos que el Virus de Inmunodeficiencia Adquirido (VIH) es un problema de salud pública por que ha estado afectando a una parte de la población mexicana desde su aparición en la década de los 80, más específicos en el año de 1983 donde se registraron los primero casos de VIH y lejos de desaparecer esto ha ido

en aumento, por lo que el gobierno ha tenido que implementar una serie de políticas para combatirlo, ya que estamos en un país donde se cuenta con una constitución política en la que se establece nuestro derecho a la información y en su artículo 4 se establece el derecho a la salud, en dicho artículo se menciona: “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Hay escasez de investigaciones nacionales sobre la profilaxis post-exposición al VIH/SIDA enfocadas a las políticas públicas, realizadas desde la perspectiva de la prevención del virus a través de la profilaxis misma que serviría para disminuir el crecimiento de la pandemia y como consecuencia hacer valer los derechos humanos de los portadores.

Razones personales:

Los casos de infección por VIH van en aumento, a esto se le agrega que las personas portadoras del virus son discriminadas por la sociedad, por lo que consideramos que si existe un tratamiento para disminuir y controlar la pandemia, este debería de aplicarse a toda la población o en su defecto a la comunidad vulnerable al VIH. Esto sería a través de la creación de una política pública, con la intención de disminuir la discriminación hacia las personas portadoras del VIH, tratando de concientizarlos para posteriormente darles la información del tratamiento de la Profilaxis post-exposición al VIH. Consideramos que los costos para darle tratamiento a una persona portadora son elevados, mismos que se podrían disminuir, si se previene desde el momento en que se tuvo contacto con el virus.

Así llegamos a la conclusión, de que la relevancia social de la temática y el vacío de investigación académica sobre las políticas de salud para abordar las infecciones de transmisión sexual (ITS) específicamente el programa para combatir el VIH en torno a

la profilaxis post-exposición al VIH existente, justifican la realización del presente trabajo.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los logros y limitaciones de la política de salud para combatir la pandemia del VIH en el D.F.? Ya que la incidencia de nuevos casos de portadores va en aumento en todo el territorio nacional siendo el D.F. la entidad donde más casos se han diagnosticado, teniendo así un total de 5485 en el periodo del 2002-2012 cuando se tenían registrados 1514 casos en el periodo de 1985-2001, con esto se entiende que hubo un aumento de 362.3%.

A partir del año 2005 se ha aplicado un tratamiento para reducir el riesgo de contraer VIH después de un contacto de alto riesgo pero no es un tratamiento que esté al alcance de toda la población, este sólo se ha aplicado a personas que laboran en el sector salud y víctimas de agresión sexual. Puesto que el gobierno federal, ha bloqueado los alcances de este tratamiento preventivo, ya que proviene de un partido político con una ideología conservadora. En el caso del D.F. se han implementado políticas públicas para la prevención del VIH, siendo la más común el reparto de preservativos, esto se debe en gran medida a que desde el año 1997 se ha estado eligiendo al Jefe de Gobierno del Distrito Federal, por lo que desde entonces la ciudad de México ya no es administrada por un regente que antes era impuesto por el gobierno federal. Durante los tres periodos de gobierno que se han tenido en la capital del país, los ciudadanos han elegido ser representados por un gobierno de tendencia izquierdista, por lo tanto se han aplicado políticas más liberales en beneficio de la población.

El hecho de que, en el D.F; haya llegado un Jefe de Gobierno de ideología izquierdista generó políticas que promueven la equidad, entre los habitantes de esta ciudad, y con esto vemos que las organizaciones no gubernamentales de lucha contra

el SIDA son grupos izquierdistas, al tener ambos la misma ideología, esto ha facilitado la creación de políticas públicas para combatir el VIH.

Para poder realizar la investigación se hará la construcción de un marco bibliográfico que agrupe la investigación existente en un cuerpo unificado de indicadores y, posteriormente, el recurso al testimonio directo de las personas con VIH/SIDA sobre las condiciones vividas en su entorno.

## **Preguntas de investigación**

### **General.**

¿Cuáles son los logros y limitaciones de la política de salud para combatir la pandemia del VIH en el D.F.?

### **Específicas.**

-¿Cuáles son las características del programa (ley que crea el consejo para la prevención y la atención integral del VIH-SIDA en el Distrito Federal)?

-¿En qué forma el programa (ley que crea el consejo para la prevención y la atención integral del VIH-SIDA en el Distrito Federal) ha impactado a la población capitalina?

-¿Por qué el gobierno a través de la Secretaría de Salud no informa a la población vulnerable al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sobre el tratamiento profilaxis post-exposición al VIH?

-¿Por qué el acceso al tratamiento de la profilaxis post-exposición al VIH es restringido?

### **HIPÓTESIS.**

Los logros obtenidos para combatir el VIH son:

- Mayor difusión sobre la manera de tener sexo seguro y sexo protegido para frenar así los casos de infección de VIH

-La administración de medicamentos que se les da a personas portadoras de manera gratuita desde 2003, esto es importante porque si una persona portadora de VIH sigue los lineamientos de cómo debe tomar los medicamentos puede llegar a tener el virus indetectable y al mismo tiempo esto disminuye los riesgos de infectar a otras personas.

Las limitaciones serían:

- La discriminación y la falta de información sobre la forma de transmisión del VIH. Esto se considera ya que sin importar el nivel educativo de la población, hay quienes siguen pensando que esta infección es porque si uno no usa condón la tachan de ser un “pendejo” (sic) así es como nos lo expuso un maestro de esta casa de Estudios.

- La falta de apoyo psicológico que se le puede dar a personas infectadas, ya que se han tenido pláticas con personas portadoras y vimos que al momento de darles el diagnóstico si hay un psicólogo (esto solo en la clínica Condesa) pero el problema viene después ya que las personas muchas veces no tienen la información requerida sobre el virus, por ese motivo no saben cómo manejar este proceso de enfermedad y muchas veces se cae en la negación y por tanto se crea una cadena de infección.

Consideramos que las limitantes son un factor importante por el cual hay poca efectividad de las políticas para combatir el VIH, ya que creemos que el problema no se ataca desde su origen, que sería dando apoyo y más información a personas portadoras de VIH de cómo cuidar a su pareja.

## **DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO:**

El objeto de estudio de esta investigación se relaciona con el impacto que tuvo la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana durante el año 2000-2008 y el programa (ley que crea el consejo para la prevención y la atención integral del VIH-SIDA en el Distrito Federal) entre los años 2008-2012.

¿Por qué se investigará esta problemática desde el periodo 2000-2012? Se ha escogido este periodo porque es donde el virus ha estado en un punto donde hay más

casos de infección a pesar de que en estos años se han implementado diferentes lineamientos para luchar contra el VIH.

Uno de los objetivos centrales del Gobierno del Distrito Federal (GDF) es desarrollar la equidad entre los habitantes de la capital. Equidad entendida, en primera instancia, como la posibilidad de acceso a todos los bienes y servicios proporcionados por el ámbito gubernamental para tener una calidad de vida digna.

La delimitación de espacio ¿Por qué el D.F.? Se ha optado por esta entidad federativa ya que a pesar de ser la ciudad más poblada del país es también la que tiene mayores casos de contagio y al mismo tiempo se encuentra la clínica especializada más grande de América Latina (Clínica Condesa).

Los casos detectados por infección al VIH en su gran mayoría son personas del sexo masculino con un 72% y de estos la mayoría es por contacto sexual entre personas del mismo sexo (hombres) con un 63% y que van en un rango de edad entre los 20 y 35

Años. De estos casos el 63.5% se diagnosticó en una dependencia de la Secretaría de Salud (Seguro Popular) en el caso del D.F. es la Clínica Condesa.

## **Estrategia Teórico metodológica.**

En esta investigación se va a implementar una metodología mixta, es decir, cualitativa y cuantitativa; la primera es para conocer los motivos por lo que es de acceso restringido el tratamiento de profilaxis post-exposición, lo anterior con la finalidad de tener datos que nos permitan ver con mayor claridad las necesidades de la población. Por otro lado se hará un análisis cuantitativo descriptivo para conocer si los casos de VIH van en aumento o han disminuido de acuerdo a datos del CENSIDA.

En lo que se refiere a personas que han recibido la PPE al VIH durante el tiempo que ha sido implementado, estas han sido canalizadas por la Procuraduría General de

la Republica (PGR) a la Clínica Condesa y el 100% de las mismas han recibido el tratamiento de manera satisfactoria y gratuita.

El abordaje se hace desde la perspectiva de que somos una sociedad democrática por lo tanto se deben hacer cumplir los derechos humanos ya que eso daría más igualdad entre los habitantes de esta ciudad, lo que constituye una fortaleza de la investigación, dada la necesidad de esta perspectiva según las directrices internacionales de ONU-SIDA y otros organismos internacionales.

En el capítulo I, se hace un análisis de ¿Cómo la globalización ha favorecido para que el VIH/SIDA sea una pandemia? Así que por ese motivo el sector poblacional más afectado sea el de escasos recursos, los cuales no tienen acceso a los servicios de salud adecuados, ya que con la globalización se ha buscado el adelgazamiento del estado, de esta manera deja en el sector capitalista las funciones que los gobiernos deberían tener para la población.

Con la entrada del modelo Neoliberal en la década de los 80 se comienza con una serie de privatizaciones de empresas paraestatales, simultáneamente en esa época surge una nueva enfermedad que sigue afectando a los sectores más vulnerables, con ellos se genera una mayor discriminación, estigmatización, exclusión que al mismo tiempo provoca sero-fobia.

En el capítulo II, se hace un análisis descriptivo donde se ve a México como miembro de la Organización Mundial de la salud (OMS), está obligado a implementar políticas públicas para combatir esta pandemia, mismas que se ven reflejadas en la modificación de sus leyes, garantizando así la no discriminación, el acceso a la información, el acceso a medicamentos gratuitos, y la protección de los derechos humanos.

El VIH/SIDA ha sido declarado reto nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND), en el apartado de la salud; establece que su abordaje integral requiere de la participación de todos los actores, dicho Plan Nacional considera que

para superar un enfoque puramente asistencial, hay que enfatizar la perspectiva de derechos humanos.

La fuerte discriminación social ejercida contra las personas portadoras de VIH/SIDA exige un esfuerzo especial para garantizar la defensa y promoción de sus derechos humanos, las deficiencias en las garantías de derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA empeora notablemente su condición y redundada además en la expansión de la pandemia, las pérdidas económicas, sociales y humanas son fuertes.

Con lo anterior decimos que el Virus de Inmunodeficiencia Adquirido (VIH) es un problema de salud pública por que ha estado afectando a una parte de la población mexicana desde su aparición en la década de los 80, más específicamente en el año de 1983 donde se registraron los primeros casos de VIH y lejos de desaparecer esto ha ido en aumento.

En el capítulo III, hacemos un análisis crítico donde vemos que: De acuerdo a CENSIDA el D. F. es la entidad federativa con mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA en el país, concentrando el 15.8% de personas que viven con VIH (PVV) datos a diciembre 2012, a partir del año 2008 hay un repunte de casos, aumentando casi en un 50% los casos con relación al periodo 1983-2007, también se muestra que la población más vulnerable es la que oscila entre los 20 y 35 años mismo que abarca un 57% del total de los casos, donde los hombres tienen más índice de infección comparado con las mujeres y dentro de este segmento están los más afectados que son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), gay (homosexuales, travestis, transgénero, transexuales) y bisexuales.

En el capítulo IV se plantea la modificación del programa para combatir el VIH/SIDA en el D. F. En la ciudad se cuenta con un programa para combatir el VIH/SIDA, una crítica que le hacemos es que dicho programa no contempla a las parejas cero-discordantes (PVV y no PVV), mismo que consideramos de gran importancia para poder combatir el VIH, por lo cual hacemos una propuesta de modificación al programa para combatir el VIH/SIDA en el D. F. en cual se abarque de forma más integral a este segmento de la población.

En conclusion podemos ver que aunque durante el gobierno de Felipe Calderon se le considero a la pandemia del VIH un reto nacional, no fueron suficientes las politicas publicas implementadas desde la Secretaria de Salud para erradicar este problema de salud publica, ya que lejos de disminuir los casos de infeccion, estos aumentaron casi un 100%, otro dato destacable es que es la poblacion del Distrito Federal es la mas afectada por este mal.

El VIH debe ser considerado un mal por lo tanto sociedad y gobiernos debemos hacer un frente común para que haya insidencia a nivel politico, ya que el VIH es un problema de salud pública, que puede afectar a cualquier persona sin importar raza, condicion economica, edad, sexo o preferencia sexual.

## Capítulo I. Salud, globalización y VIH/SIDA

### 1.1. ¿De qué forma se relaciona la globalización con la salud

La globalización se manifiesta como un modelo económico-social que facilita el comercio internacional y el movimiento de personas, sin embargo para los países pobres este modelo no beneficia sus economías pues quedan expuestas por el libre tránsito de mercancías que llegan del exterior a las economías internas modificando sustancialmente la estructura productiva del país al que arriban pues estos por lo regular tienen un costo de producción más bajo en los países de origen pues tienen mayor desarrollo tecnológico y esto les permite competir frente a las economías que llegan con una mayor ventaja a los mercados de los países con menor desarrollo, sustituyendo así a los productores internos y provocando desempleo, pobreza, desigualdad. Por otro lado los países más débiles reducen el aparato administrativo de sus gobiernos y dedican menores recursos al gasto social, provocando que el gasto social se reduzca sustancialmente, esto desde luego impacta en sector salud pues se cuenta con menores recursos para atender a la población más vulnerable, en síntesis esta es la relación salud y la globalización. Además no hay que perder de vista que las grandes corporaciones empujan todos los días para que se privatice la medicina a nivel mundial.

Otro aspecto es la forma en que la globalización está promoviendo tanto la rápida propagación como el tratamiento eficaz de enfermedades altamente contagiosas.

Existen en particular cuatro enfermedades de suma importancia y preocupación. Dos de éstas son, el VIH/SIDA y la tuberculosis (TB), se encuentran en todo el mundo, mientras que las dos restantes, el cólera y la malaria, afectan primordialmente a los países más pobres. La gente que está tratando de combatirla enfrenta diferentes tipos de retos.

No es difícil imaginarse la forma en que un aumento en el comercio internacional y el movimiento de personas —que son dos rasgos determinantes de la globalización— puede incidir en la salud. Actualmente, la cantidad de bienes que se envían a más

lugares es mayor que en ningún otro momento de la historia. Asimismo, una mayor cantidad de gente viaja más lejos y más frecuentemente, por lo que entran en contacto con más personas y bienes que en ningún otro período de la humanidad.

Este aumento en el movimiento de bienes y personas también acrecienta las oportunidades de propagación de enfermedades en todo el mundo. Los bienes y los servicios no son los únicos que pueden viajar a través de los océanos y las fronteras estatales, sino también las enfermedades tales como el SIDA, la malaria o la tuberculosis. Varios países europeos representan sólo uno de los ejemplos que existen sobre la forma en que el comercio puede contribuir a la propagación de enfermedades peligrosas. Asimismo, los mosquitos que transmiten la malaria se han encontrado a bordo de los aviones, a miles de millas de sus hábitats principales. También, se han embarcado mariscos infectados con la bacteria del cólera, desde América Latina hacia los Estados Unidos y Europa.

Pero de la misma forma en que la globalización incrementa la frecuencia y la facilidad con que las enfermedades pueden propagarse en todo el mundo, también puede mejorar el acceso a las medicinas, a la información médica y a la capacitación que pueden ayudar a tratar o curar estas enfermedades.

Actualmente, tanto las compañías farmacéuticas como los gobiernos cuentan con la posibilidad de enviar medicinas a zonas remotas del mundo que resultan afectadas por los brotes de distintas enfermedades. Las instituciones y los profesionales que buscan facilitar el acceso a las medicinas y a otros tratamientos para la gente necesitada, ahora pueda utilizar las nuevas redes de distribución de productos y las tecnologías de comunicación y de transporte que ha promovido la globalización durante la última década.

### **1.1.1. La urbanización.**

En años recientes, el porcentaje de la población mundial que vive en entornos urbanos ha incrementado de forma explosiva. En 1950, menos del 30 por ciento de la misma vivía en zonas urbanas. Para el año 2000, esta cifra ya había aumentado a un 47 por

ciento y, según las predicciones de la ONU, se calcula que para el año 2030, el 60.3 de la población mundial habitará en zonas urbanas.

Debido a que las poblaciones urbanas se caracterizan por tener una densidad mucho más alta de personas —es decir, más gente que comparte los mismos espacios— las enfermedades se transmiten mucho más fácilmente.

Casi todo el futuro crecimiento de los centros urbanos en el mundo se producirá en los países en desarrollo, donde las respuestas de los sistemas de salud son más débiles. Durante los próximos 30 años —período en el cual se ha predicho que la población mundial aumentará de 6.0 a 8.1 mil millones de personas— casi todo este crecimiento se producirá en las ciudades: se espera que las poblaciones urbanas de los países en desarrollo crezcan de 1.9 a 3.9 mil millones de personas, mientras que la cantidad de habitantes urbanos en los países desarrollados se mantendrá casi inalterada.

Por lo tanto, este crecimiento de la población reviste especial interés, ya que la pobreza en los países en desarrollo se tiende a exacerbar los posibles problemas de salud pública. Muchas de estas ciudades en expansión se caracterizan por sus condiciones miserables y el crecimiento descontrolado de sus barriadas pobres y tugurios. Se ha calculado que, en 1990, unas 1.3 mil millones de personas en los países en desarrollo no tenían acceso al agua potable y unos 2 mil millones carecían de instalaciones sanitarias adecuadas (para eliminar los desechos humanos). Estas altas densidades de población y las condiciones antihigiénicas se convierten en el punto casi perfecto para la proliferación de patógenos.

Naturalmente, no se puede decir que la globalización haya ocasionado el abandono de una agricultura de subsistencia para abrirle paso a la urbanización y la industrialización. Sin embargo, la misma podría estar contribuyendo a que este proceso se acelere en muchos países, a medida que el comercio y la inversión internacionales generan más puestos de trabajo dentro del sector formal en los países en desarrollo. A la vez, la creación de más empleo tiende a producir un aumento en los niveles

salariales, lo que induce a más gente a trasladarse hacia las ciudades en busca de trabajo.

### **1.1.2. El VIH/SIDA**

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad incurable que destruye el sistema inmunológico de la persona que la padece. La infección con el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) es lo que produce el SIDA. El VIH se transmite a través de los fluidos corporales y la gente puede infectarse mediante el contacto sexual o al utilizar agujas que están contaminadas con el virus, o bien, al entrar en contacto con sangre infectada. El sistema inmunológico de una persona infectada con el VIH se vuelve más débil con el tiempo, por lo que la misma es cada vez menos capaz de combatir las infecciones. Este proceso puede llevar desde meses hasta años. La etapa final del VIH es el desarrollo del SIDA; a medida el sistema inmunológico colapsa, la persona que vive con SIDA se vuelve más vulnerable a las infecciones que producen numerosas enfermedades mortales.

El VIH/SIDA es una enfermedad verdaderamente global. Aunque las tasas de infección son más altas en los países pobres que carecen de servicios de salud pública. En los países industrializados la incidencia de esta enfermedad es menor, aproximadamente unos 40.000 estadounidenses se infectan anualmente; en el 2006 ONUSIDA calculó que más de 1.2 millones de estadounidenses viven con el VIH/SIDA. Además, 38.6 millones de personas a nivel mundial, 24.5 millones en África subsahariana, 7.6 millones en el sur y el sureste asiático, y en Europa 1.6 millones del este son VIH positivos o tienen SIDA.

Al tomar una mezcla de lo que se conoce como fármacos antirretrovirales, los pacientes con VIH/SIDA pueden prolongar sus vidas durante años. Muchos de los mismos podrían sobrevivir hasta que se desarrolle una cura para la enfermedad. Pero los medicamentos son muy caros, aún para los pacientes de los países ricos y, por supuesto, la mayoría de las personas en los países en desarrollo no pueden costearlos por cuenta propia. En el caso de los Estados Unidos el gobierno ha desarrollado políticas de apoyo en los medicamentos, asistencia psicológica, toda una política social

para este sector aunque en los últimos años se han dado recortes presupuestales que impactado a esta población. En el caso de muchos países en desarrollo carecen de sistemas adecuados de salud pública y de personal capacitado en servicios médicos. En consecuencia estas naciones tienen una capacidad limitada para educar a la gente sobre la forma de evitar una infección del VIH, distribuir las medicinas contra el SIDA y ofrecerles tratamiento a los pacientes que lo adolecen.

La comunidad internacional está respondiendo de diferentes formas ante esta amenaza global. A través del ONU-SIDA, las Naciones Unidas lanzó un esfuerzo internacional para ofrecer auxilio a los países que no pueden costear las medicinas o ejecutar programas de prevención o tratamiento. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con un programa muy importante sobre el SIDA y ha formado una alianza de trabajo con el ONUSIDA y diversas empresas privadas para ayudar a los países a controlar la epidemia mediante la prevención, el tratamiento y la investigación para el desarrollo de una vacuna.

Algunos países, en diferentes latitudes como Brasil e India, han comenzado a producir copias genéticas de los medicamentos líderes y a distribuirlos entre los pacientes que viven con VIH/SIDA a una fracción del costo de los fármacos originales. En los países de África y otras partes del mundo, han expresado su interés en comprar estas versiones más baratas de los medicamentos. La reproducción de estas medicinas es controversial. Las compañías que produjeron los fármacos originales consideran que las que los copiaron les están arrebatando las ganancias que por derecho les corresponden, ya que fueron las que originalmente desarrollaron las medicinas. Los gobiernos de los países del llamado tercer mundo y algunos expertos señalan que sería inmoral negarle a los pacientes medicamentos que les podrían salvar la vida simplemente porque no pueden costearlos.

Como respuesta a esta competencia de los fabricantes de fármacos genéricos más baratos, en los países desarrollados como en los Estados Unidos y en muchos de los países que han inventado los medicamentos para combatir el VIH/SIDA han decidido rebajar considerablemente los precios de sus medicinas en los países más

pobres del mundo. Para obtener mayor información sobre la forma en que un país en desarrollo está respondiendo frente al VIH/SIDA<sup>1</sup>.

### **1.1.3. HECHOS SOBRE EL VIH/SIDA**

- Cada día se producen unas 16.000 nuevas infecciones<sup>2</sup>.
- En el 2005, 38.6 millones de personas vivían con el VIH/SIDA, unos 4.1 millones más se infectaron y aproximadamente 2.8 millones perdieron la vida.
- Alrededor del 65 por ciento de esos nuevos casos de personas infectadas en el 2005 vivían en el África al sur del Sahara.
- El 77 por ciento de los niños con VIH a nivel mundial vive en África.
- En 2005, en Suazilandia, aproximadamente el 33 por ciento de la población tenía el VIH/SIDA.
- Unas 17.6 millones de mujeres y 2.3 millones de niños menores de 15 años vivían con el VIH/SIDA en el 2005.
- Ese mismo año, 1.4 millones de personas recibieron terapia antiretroviral en países de ingresos bajos y medios, lo que representó un incremento de 400.000 personas desde el 2003.
- Solamente una de cada diez personas infectadas con el VIH sabe de su situación y se ha hecho la prueba.

---

<sup>1</sup> Consulte el artículo que escribió Andrey Vakhovskiy en el 2001, titulado "Winning the war on AIDS, Brazil style" [Ganándole la guerra al SIDA, al estilo de Brasil]

<sup>2</sup> De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

## 1.2. ¿Qué es una Enfermedad Global?

¿Qué es una “Enfermedad Global”? ¿Son el cólera, el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis enfermedades globales?

Jean Lanjouw, economista de la Universidad de Yale, ha señalado que debemos distinguir entre las enfermedades globales y otras cuyo blanco primordial o exclusivo son los países pobres. La Dra. Lanjouw<sup>3</sup> define una enfermedad global como aquella que existe tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Las que afectan principalmente a los países pobres no son realmente globales en cuanto a su alcance. Según la OMS, más del 99 por ciento de los casos de malaria, sarampión y enfermedades diarreicas se encuentran en los países de ingresos bajos y medios.

La distinción entre las enfermedades globales y las que no lo son es importante cuando se toma en consideración las preguntas prácticas y éticas relacionadas a la forma en que respondemos ante las crisis de salud pública. Por lo general, la producción y la distribución de medicamentos para combatir el cólera, el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades cuestan mucho dinero y, en muchos casos, las compañías farmacéuticas que los generan poseen derechos exclusivos de propiedad para producirlos y venderlos. Ello significa que es necesario lograr acuerdos con las compañías farmacéuticas, si la gente desea que los tratamientos estén disponibles a precios que los países pobres puedan costear se tienen que realizar acuerdos con las farmacéuticas que hacen la investigación y estas se encuentra en los países desarrollados.

Tal como se mencionó antes, recientemente, las compañías farmacéuticas han acordado ofrecer medicamentos para combatir el VIH/SIDA a precios mucho más baratos en ciertos países pobres. Una de las razones por las que estas compañías pueden hacerlo es porque recuperan parte del costo de ofrecer medicinas a precios reducidos en los países pobres al cobrar precios normales o hasta más altos en los países desarrollados. En otras palabras, estas compañías pueden reducir los costos de

---

<sup>3</sup> Directora de programas de la Fundación Arcus y especialista internacional en investigación sobre temas de cómo se generan las enfermedades globales.

los tratamientos para combatir el VIH/SIDA en países como Sudáfrica porque pueden cobrar el precio completo del mismo medicamento en los Estados Unidos. Los consumidores estadounidenses, entonces, en parte subsidian la venta de medicinas en Sudáfrica.

Pero no existe un mercado importante en los países desarrollados para los medicamentos que combaten el cólera y la malaria, ya que son enfermedades que en su mayor parte se encuentran en las regiones más pobres del mundo. Sin la oportunidad de realizar sus ventas en los mercados de los países ricos, en ocasiones las compañías farmacéuticas

Salud y Globalización carecen de la motivación económica para desarrollar nuevos medicamentos que combatan las enfermedades más comunes en los países del tercer mundo, o para reducir los precios de las medicinas existentes. Los fabricantes de fármacos consideran que no podrán recuperar los altos costos de investigación y elaboración a través de la venta de nuevas medicinas en los países donde la gente no puede pagar mucho dinero por el tratamiento. Ello significa que parte de los recursos financieros para elaborar nuevos medicamentos tendrán que provenir de otras fuentes y no exclusivamente de las compañías farmacéuticas. También se necesita financiamiento adicional para contribuir a la adquisición y distribución de los medicamentos. La generación de los fondos necesarios será un reto importante para los gobiernos durante los siguientes años.

### **1.2.1. Globalización, violencia estructural y salud: Algunos comentarios desde la inequidad, estigma social y discriminación.**

#### **Globalización y violencia estructural.**

Desde las últimas dos décadas de la pasada centuria, intensos procesos de globalización han ido produciendo profundos cambios a nivel internacional y local. La globalización antes de ser vista como un objeto en sí misma, puede ser analizada como un conjunto de procesos contiguos e históricamente producidos. Por tanto, podemos hablar de globalización política, globalización social, globalización cultural (sexual) y globalización económica. Algunos de estos procesos globales se han

desarrollado a una velocidad más rápida que otros. Los diferentes tipos de globalización están arraigados a una serie de cambios sociales y tecnológicos,

Sin embargo, los diferentes tipos de globalización están arraigados a una serie de cambios sociales y tecnológicos, incluyendo: 1) la transformación del tiempo-espacio global, donde los avances en las telecomunicaciones y el desarrollo del transporte nos han permitido reducir sensiblemente el tiempo de viaje entre países, estados y ciudades a través del mundo 2) el intercambio global masivo, donde los avances tecnológicos en telecomunicaciones nos permiten un intercambio constante de: ideas, imágenes, creencias, capital financiero y humano. 3) la urbanización masiva y la formación de megalópolis, donde en el año 2010 ya el 75% de la población mundial vivía en sectores urbanos, con una mayor concentración en mega ciudades tales como Ciudad de México, Bombay y la Ciudad de Nueva York 4) la expansión rápida de mercados globales hacia el capitalismo informático como el modo mayor de producción, donde la producción a través de industrias y factorías cobra un rol menor y como resultado a nivel global millones de personas que antes eran empleados por industrias, pierden sus trabajos o laboran en condiciones prácticamente inhumanas; y, 5) el incremento rápido de la globalización monetaria a través de la dolarización económica, donde los mercados globales y las comunicaciones entre los sectores que controlan mercados y obtienen la mayor ganancia de ellos (en otras palabras, los sectores de mayor poder económico) han permitido que las personas ricas se hagan más ricas, mientras que las personas de escasos recursos se hagan cada vez más pobres, disminuyendo rápidamente el sector de clase media en la mayoría de nuestras sociedades. Esta situación ha significado una acelerada aparición de sectores de pobreza extrema donde los recursos de sobrevivencia son mínimos y la calidad de vida de estas poblaciones se ha visto afectada drásticamente.

Estos procesos de globalización tienen un impacto profundo en la salud pública de todos los países. Por ejemplo, la epidemia de nuevas enfermedades infecciosas (tales como: el VIH/SIDA, el virus ébola, la fiebre lassa, SARS, etc.), el re-surgimiento de enfermedades infecciosas (como: tuberculosis, cólera, dengue), la intensificación de enfermedades crónicas (como el cáncer), y aún más importante, la desintegración de las infraestructuras de salud pública y seguridad social necesarias para confrontar

estos nuevos retos. El efecto mayor de la globalización, desde la perspectiva de salud, lo podemos conceptualizar como “violencia estructural” Violencia estructural se refiere a los efectos que se producen cuando se interceptan pobreza extrema, exclusión laboral y exclusión social, tales como discriminación racial, étnica, de género y orientación sexual. Para tener una mejor comprensión de lo que es la violencia estructural y cómo se relaciona con la salud de comunidades, exploremos el caso de la pandemia del VIH/SIDA.

### **Violencia estructural y salud: el caso de VIH/SIDA**

El **triángulo de la violencia** es un concepto introducido por Johan Galtung<sup>4</sup> para representar la dinámica de la generación de la violencia en conflictos sociales. Según Galtung, la violencia es como un iceberg, de modo que la violencia visible es solo una pequeña parte del conflicto. Solucionarlo supone actuar en todos los tipos de violencia, que serían tres:

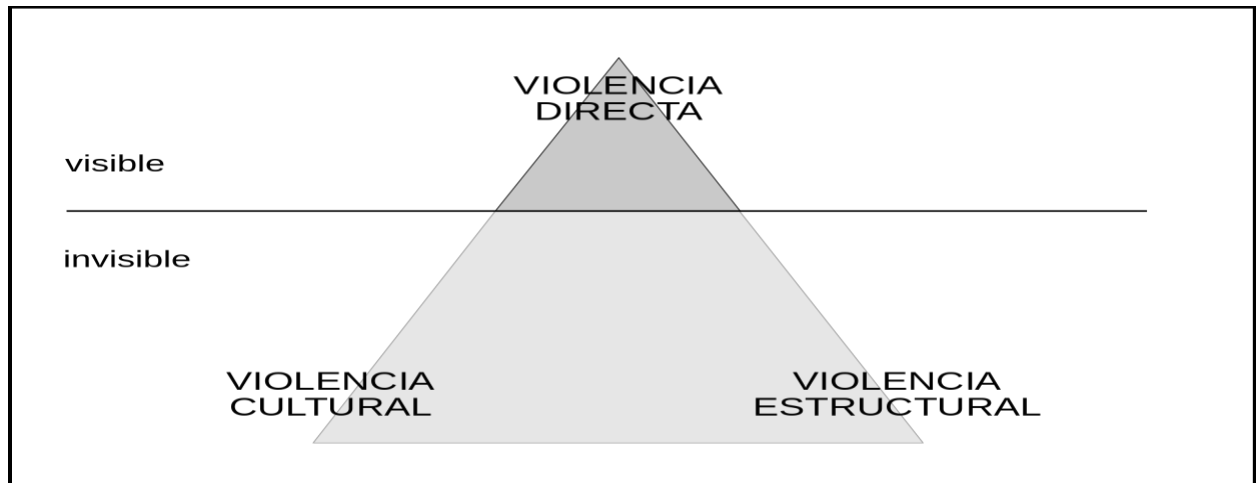
- La **violencia directa**, la cual es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia.
- La **violencia estructural**, (la peor de las tres), que se centra en el conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades.
- La **violencia cultural**, la cual crea un marco legitimador de la violencia y se concreta en actitudes.

A menudo, las causas de la violencia directa están relacionadas con situaciones de violencia estructural o justificadas por la violencia cultural: muchas situaciones son consecuencia de un abuso de poder que recae sobre un grupo oprimido, o de una situación de desigualdad social (económica, sanitaria, racial, etc.,) y reciben el espaldarazo de discursos que justifican estas violencias.

---

<sup>4</sup> Johan Galtung (24 de octubre de 1930 en Oslo) es un sociólogo y matemático noruego. Él es uno de los fundadores y protagonistas más importantes de la investigación sobre la paz y los conflictos sociales.

Triángulo de Galtung.



La violencia estructural está originada por todo un conjunto de estructuras, tanto físicas como organizativas, que no permiten la satisfacción de las necesidades. Esta es la peor de las tres violencias (cultural, directa y estructural), porque es el origen, es la que más mata y como es muy complicado distinguirla es difícil luchar contra ella. Si en un conflicto, sistemáticamente, una parte sale ganando a costa de la otra, esto no es un conflicto sino que es violencia estructural. Por tanto, nos encontramos ante un grave problema.

“Para poder responder a cuestiones como, por ejemplo, que es lo que ha ocurrido para que estalle una guerra en un país que hasta entonces habíamos creído pacífico, a inicios de la década de los años 70’ del siglo XX, Galtung”.<sup>5</sup> Y otros desarrollaron el concepto de violencia estructural, concepto que avanza a una visión de violencia más dinámica y más invisible definiéndolo así: “aquello que provoca que las realizaciones afectivas, somáticas y mentales, de los seres humanos estén por debajo de sus realizaciones potenciales”.

<sup>5</sup> Galtung, Johan (1969). “Violencia, paz e investigación para la paz” en “Sobre la Paz”. Fontamara

El término violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, por tanto, no hay la necesidad de violencia directa. El término violencia estructural remite a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos sociales (normalmente caracterizados en términos de género, etnia, clase nacionalidad, edad u otros) en el que el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de alguna de las partes y en perjuicio de las demás, debido a los mecanismos de estratificación social.

La importancia y utilidad del término violencia estructural se encuentra en el reconocimiento de la existencia de conflicto en el uso de los recursos materiales y sociales y como tal, es útil para entender y relacionarlo con manifestaciones de violencia directa (cuando alguno de los grupos quiere cambiar o reforzar su posición en la situación conflictiva por la vía de la fuerza) o de violencia cultural (legitimizaciones de las otras dos formas de violencia, como, por ejemplo, el racismo, sexismo, clasismo o eurocentrismo).

La violencia estructural sería un tipo de violencia indirecta, es decir, las acciones que provocan el hambre en el mundo, por ejemplo, no están diseñadas y realizadas directamente con ese fin, sino que son derivaciones indirectas de la política económica capitalista y del injusto reparto de la riqueza. Esto provocaría que las causas que producen la violencia estructural no sean visibles con evidencia en algunos casos o en un análisis poco profundo y, por consiguiente que sea más difícil y complicado enfrentarse a este tipo de violencia. Por el contrario, la violencia directa, al ser la más visible de todas permite con mayor facilidad afrontarse a ella.

La violencia estructural se manifiesta cuando no hay un emisor o una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia sino que es una estructura y se concreta en la negación de necesidades. También puede decirse que esta violencia es la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, cementadas y solidificadas, de tal forma que los resultados injustos y desiguales son casi inalterables.

La violencia estructural se subdivide en interna y externa:

- La interna emana de la estructura de la personalidad de cada uno.
- La externa proviene de la propia estructura social, ya sea entre seres humanos o sociedades. De acuerdo con Galtung, las dos principales formas de violencia estructural externa, a partir de la política y la economía, son: represión y explotación. Ambas actúan sobre el cuerpo y la mente, y aunque no sea consuelo para las víctimas, no necesariamente son intencionadas.

Por otro lado, también se han descrito dos tipos de violencia estructural, la vertical y la horizontal:

- Vertical: “es la represión política, la explotación económica o la alienación cultural, que violan las necesidades de libertad, bienestar e identidad, respectivamente”.
- Horizontal: “separa a la gente que quiere vivir junta, o junta a la gente que quiere vivir separada. Viola la necesidad de identidad”.

Se consideran casos de violencia estructural aquellos en los que el sistema causa hambre, miseria, enfermedad o incluso muerte, a la población. Son ejemplos los sistemas cuyos estados o países no aportan las necesidades básicas a su población. Está representada por las numerosas situaciones de injusticia que se observan: mientras unos/as comen y beben en abundancia, otros/as revuelven en la basura, no tienen qué comer, piden limosna, etc. Otros ejemplos casos de Violencia Estructural los encontramos en el Apartheid, en el hambre mundial, en la obligatoriedad del servicio militar, las dictaduras militares o en el sistema económico y jurídico internacional que empobrece continuamente a los países del Sur, en beneficio de los del Norte.

La incidencia del VIH está distribuida con mucha disparidad a través del mundo. Mientras que 920,000 personas han sido infectadas en Norte América; existen 25.3 millones de personas en África central y subsahareana y 1.4 millones en América Latina. Es decir, la concentración de la infección se da en los países pobres donde además se encuentran otros problemas serios de salud pública.

En Norte América se ha documentado la alta incidencia del VIH/SIDA entre minorías raciales y sexuales, y entre mujeres heterosexuales de áreas pobres de sectores urbanos. El elemento común entre estas dos realidades es que la población más afectada son los social y económicamente excluidos, es decir, las personas más marginalizadas de la sociedad que viven bajo diversas formas de violencia estructural.

En este contexto de pobreza, racismo, inequidad de género y opresión sexual es que el VIH/SIDA continua creciendo en las poblaciones más excluidas en todo el mundo. Del mismo modo, contribuyen a esta situación la creciente polarización entre los ricos y los pobres, la diferencia perversa entre el aislamiento de algunos segmentos de la población y la integración de otros a un sistema internacional del crimen que parece ser parte de una política económica neoliberal global. Toda esta situación nos alerta sobre algunas posturas optimistas que consideran que la epidemia del VIH está controlada y que ya no se justifica la emergencia.

El VIH quizás sea el problema de salud pública que mejor refleja esta arquitectura política, económica y social que ha sido descrita como el nuevo orden mundial. En los últimos años se ha documentado el rol del Banco Mundial en la salud pública mundial. Los ajustes estructurales que los países más pobres han realizado en sus economías han acrecentado la brecha entre ricos y pobres con incidencias directas en la salud de la población marginalizada. Debido a esta situación, el Banco Mundial, desde inicios de los 90s, ha empezado a jugar un rol muy importante en la salud pública mundial al destinar fondos para la nutrición de la población y más recientemente para la lucha contra el VIH. Sin embargo, a pesar de los bajos intereses de los préstamos, los países más pobres siguen incrementando su endeudamiento y ajustes económicos a causa de los cuales los más pobres son siempre los más afectados.

En este escenario, se observa la emergencia de activistas tanto en el Norte como en el Sur que promueven la condonación de la deuda de los países pobres como la única solución viable para mejorar la calidad de vida de las poblaciones más pobres y la salud pública en particular.

Examinemos en más detalle como las fuerzas estructurales moldean la epidemia del VIH/SIDA.

Existe una relación perversa entre desarrollo económico y creciente vulnerabilidad al VIH/SIDA. Alrededor del mundo, las condiciones de pobreza y la industrialización han expulsado a mujeres y hombres de sus contextos locales hacia nuevos ambientes en donde los hombres de comunidades rurales se convierten en obreros de grandes fábricas, hidroeléctricas o megaproyectos, y las mujeres y niños muchas veces terminan en el comercio sexual. De este modo, la pobreza se convierte en la clave para entender la emergencia del VIH en estas poblaciones excluidas y en nexo con otras formas de inequidad social, inestabilidad y discriminación.

Estas condiciones de pobreza, la migración y movilidad de las poblaciones más pobres incrementa la incidencia de VIH en contextos como migración laboral estacional, obreros contratados en fábricas lejos de sus hogares, mujeres y hombres trabajadores sexuales que emigran a otras regiones dentro o fuera de su país. Esta movilidad poblacional contribuye a una mayor diseminación de la epidemia hacia zonas que anteriormente no tenían contacto con las grandes ciudades.

Finalmente, la inequidad de género, la política de la economía y la movilidad poblacional se inserta en un contexto de jerarquías e inequidades de género que cuestionan aproximaciones e intervenciones tradicionales basadas en la tríada, reducción de las parejas sexuales, promoción del preservativo y tratamiento de ETS; debido a que las mujeres pobres tienen dificultades para negociar los términos de sus relaciones sexuales.

En este contexto, ahora más que nunca es crucial trabajar tomando en cuenta los procesos económicos y sociales que no sólo producen formas extremas de violencia física, sino que también han exacerbado las amenazas a la salud de la población. En este sentido, la investigación en salud pública juega un rol clave para el análisis de la salud pública mundial en diálogo con los procesos económicos sociales de las últimas décadas.

Cabe destacar, que la violencia estructural no es simplemente el efecto de inequidades económicas sino también de estructuras socio-culturales. El concepto de

“violencia simbólica” nos facilita el entendimiento de la violencia producida por estructuras socio-culturales.

### **1.3. De la inequidad económica a la violencia simbólica**

Entendemos violencia simbólica como el proceso a través del cual sistemas simbólicos (tales como palabras, imágenes y prácticas) promueven los intereses de grupos dominantes al mismo tiempo que profundizan diferencias jerárquicas y legitiman el dominio de los grupos de mayor poder “convenciendo” a los dominados a través de procesos de hegemonía. Mientras que las reglas están basadas en coerción directa, la hegemonía se logra a través de un complejo sistema de interacciones de fuerzas políticas sociales y culturales que organizan los significados dominantes y los valores a través del campo social con la intención de legitimar las estructuras de inequidad social.

Estigma y discriminación están más en función a inequidades sociales y estructurales que funcionando en el contexto de la diferencia (como Hoffman y Foucault tienden a enfatizar). Y más importante aún, la estigmatización no actúa simplemente de una manera abstracta sino que es parte de complejas luchas y tensiones de poder en la vida cotidiana. En forma más concreta, estigma es expresado por actores concretos que buscan legitimar su propio estatus de dominio entre las estructuras sociales existentes.

Hay nuevas formas de exclusión asociadas con una reestructuración económica y transformaciones globales que casi siempre refuerzan inequidades y exclusiones pre- existentes tales como racismo, discriminación étnica y conflictos religiosos. Esta intensificación de las interacciones entre las múltiples formas de inequidad y exclusión ofrece un modelo general para el análisis de las múltiples formas de estigma que han sido parte de la historia de discriminación contra la mujer y minorías sexuales, y de epidemias como la del VIH/SIDA. Al examinar la sinergia entre las diversas formas de inequidad y estigma, podremos entender las complejas relaciones de significados y poder que están presentes en la estigmatización y discriminación asociadas a la diversidad sexual e inequidad de género, entre otros dominios de exclusión social.

Finalmente, es importante resaltar que la violencia simbólica opera en contextos culturales específicos de poder. Es usada tanto por individuos como por comunidades, y el Estado, los cuales producen y reproducen inequidades sociales al diferenciar a las personas y grupos en categorías e insertarlas en sistemas de estructuras de poder. Estigma y estigmatización operan en la intersección entre cultura, poder y diferencia.

Sólo explorando la relación entre estos factores es posible entenderlos como elementos centrales en la constitución del orden social.

Dado este panorama de violencia estructural, ¿cómo podemos desarrollar programas para reducir los efectos de violencia estructural? Si bien es una ardua tarea el transformar el orden social, sí podemos identificar factores dentro del ámbito social que nos permitan en primer lugar reconocer las estructuras sociales, cómo éstas operan y sus efectos en la salud de las comunidades. Este proceso de concientización, es crítico para la movilización y desarrollo de políticas públicas que protejan y promuevan la salud de las comunidades, especialmente las más excluidas.

Recientes estudios sobre la transformación del sistema global y la economía política de la informática, han llamado la atención sobre la creciente importancia de las identidades como central para las experiencias contemporáneas y por tanto, posibles ejes para la formación de programas para la promoción de salud.

Trabajos recientes sobre la naturaleza de la identidad, tanto personal como colectiva, han enfatizado en su construcción y su constante mutación. De acuerdo a Castells (1997); esto permite visualizar tanto la experiencia de opresión y estigmatización como los movimientos de resistencia, quien ha diferenciado entre identidades legitimadas, las cuales son introducidas por las instituciones dominantes de la sociedad para extender y racionalizar su dominación vis a vis actores sociales; identidades de resistencia, que son generadas por aquellos actores que están en posiciones o condiciones devaluadas o estigmatizadas por la lógica de la dominación; y las identidades de proyecto que son formadas cuando los actores sociales, sobre la base de cualquier material cultural disponible a ellos, construyen una nueva identidad que redefine su posición en la sociedad y a través de esto consiguen transformar las estructuras sociales. Este marco general, nos ofrece herramientas para responder con

mayor eficacia a problemas de salud pública que son socialmente estigmatizados. De allí la importancia de contextualizar estos fenómenos en el marco general de violencia estructural, de una economía política de exclusión social que está operando en este nuevo orden global.

## **1.4. VIH-SIDA en México**

### **1.4.1 Historia del VIH en México y Movilización en la era de globalización**

En 1983, las relaciones diplomáticas en el mundo estaban agitadas, la humanidad escapaba de una catástrofe nuclear por un fallo en los sistemas de vigilancia de misiles en la extinta URSS, y el Papa peregrino Juan Pablo II corregía la condena en contra del astrónomo y matemático Galileo Galilei, miles de hombres mantenían inadvertidamente relaciones de alto riesgo, para una infección entonces poco o mejor dicho nada conocida.

De hecho, ese mismo año se descubriría que un retrovirus ocasiona una infección crónica que después de un largo período de latencia termina por evidenciar un grave deterioro inmunológico gestado a través de largos años. En los Estados Unidos la situación era materia de intenso estudio ante el creciente número de casos con características similares reportados semana a semana al Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Desde un principio, el asunto llamó la atención de todos porque al parecer esta afección solo afectaba a hombres homosexuales, un grupo social históricamente marginado, y desde las más tempranas épocas de la epidemia, todos los grupos religiosos lo calificaron como castigo divino

Mientras tanto, en el medio médico mexicano analizábamos los inusuales reportes clínicos en hombres jóvenes. Entonces nuestra perspectiva era claramente limitada y elucubramos erróneamente que una epidemia con esas características difícilmente ocurriría en nuestro país, eminentemente católico y conservador. Pronto pudimos reconocer nuestra equivocación, pues un número creciente de enfermos con

el complejo sindromático característico, buscaba atención en fases muy tardías del padecimiento.

### **Los primeros enfermos.**

Hubo que desarrollar rápidamente estrategias de atención y de apoyo. En ese momento las enfermedades de presentación no eran comunes ni de corroboración sencilla por laboratorio. La presentación más frecuente era la de un hombre joven con pérdida de peso importante, diarrea crónica, lesiones violáceas en la piel, candidiasis bucal y neumonía con insuficiencia respiratoria. Desde luego la variabilidad clínica era amplia, y así cursaban también con fiebre elevada, lesiones herpéticas múltiples, esofagitis, deterioro neurológico, linfadenopatía generalizada, tuberculosis miliar, crisis convulsivas, retinitis y ceguera. Entonces se desconocía el agente causal, pero no había duda que se trataba de un agente infeccioso, con un patrón de transmisión similar al del virus de la Hepatitis B. Por ello se postuló que el causante podría ser el Citomegalovirus (CMV), o la coinfección de diversos agentes. También se sospechó del nitrito de amilo. El caso es que la conjunción de una enfermedad debilitante que se complicaba con infecciones oportunistas graves y que culminaba en la muerte en todos los casos, con la incertidumbre de las vías de transmisión pero claramente contagiosa, produjo un grave impacto en el medio de la atención a la salud. Bien dijo Albert Camus que las epidemias mostraban las peores debilidades del hombre, pero también sus mejores virtudes. En nuestro caso las debilidades pronto salieron a la luz: había médicos que se negaban a atender a los enfermos, el personal de hospitales amenazaba con parar los servicios, los enfermos no eran admitidos en los departamentos de urgencias, y se complicaba incluso su transporte en ambulancia o en camilla. Los enfermos no solo sufrían un padecimiento grave e incapacitante, sino que además, diversos grupos sociales los acosaban y les negaban los más elementales cuidados.

Pronto se pudo sistematizar un tratamiento al reconocer las complicaciones más frecuentes. Cotrimoxazol, pentamidina, aciclovir, fluconazol, espiramicina y más, se usaban empíricamente para resolver neumonías, cuadros diarreicos y otras

complicaciones. Ante la eficacia de ciertos fármacos, su empleo profiláctico ganó popularidad. Con el uso más asequible de cuantificaciones de subpoblaciones de linfocitos, estos esquemas de profilaxis se racionalizaron mejor. Fue necesario desarrollar un gran trabajo de educación y difusión para que el personal de salud estudiara y atendiera con propiedad a los enfermos. Vale decir que todavía hoy se siguen enfrentando problemas pero ciertamente con una mejor perspectiva.

## **De medicamentos y resistencias**

El desarrollo de los antirretrovirales es una historia espectacular que inicia desde luego con el descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La historia del descubrimiento del virus es, en sí misma, una epopeya con tintes incluso trágicos, que culminó con el premio Nobel para el investigador francés Luc Montagnier y sus principales colaboradores.

La descripción de la transcriptasa reversa, enzima del VIH indispensable para la replicación del virus, permitió entonces ensayar productos ideados para terapias contra cáncer. La azidotimidina (AZT) cambió pronto la evolución de los enfermos, pero por poco tiempo, ante el rápido desarrollo de resistencia. Su llegada a México fue tardía y objeto de un encendido debate por lo mismo.

“Había médicos que se negaban a atender a los enfermos, el personal de hospitales amenazaba con parar los servicios, los enfermos no eran admitidos en los departamentos de urgencias, y se complicaba incluso su transporte en ambulancia o en camilla”.

## **El SIDA en México**

En México, los primeros casos de SIDA se identificaron en 1983. Hubo un incremento notable en los siguientes años de esa década y de la siguiente. La atención se otorgaba generalmente en hospitales de tercer nivel, aunque los institutos de seguridad social, IMSS e ISSSTE, implementaron módulos o clínicas de atención en todo el país en la década de los ochenta.

Era dramático ver la evolución de la historia natural de la infección por VIH: muerte tras muerte, al no contar con un tratamiento eficaz, ni siquiera alguna medida que produjera una mínima mejoría de la calidad de vida de los enfermos. Sólo tratábamos las enfermedades oportunistas y las neoplasias. Y esperar la muerte. Quizá servirían las palabras de aliento y acompañamiento para disminuir el peso del estigma y la discriminación que sufrían cotidianamente. A diferencia de las personas afectadas por otras enfermedades, la gente con VIH enfrentaba los prejuicios, e incluso la violencia física, solamente por sufrir el infortunio de estar infectados por el virus. La relación médico-paciente exigía estar preparados para discutir las frecuentes preguntas sobre temas como la posibilidad de hacer últimos viajes, o sobre los trámites para el certificado de defunción y el testamento. Era absurdo ver la alta frecuencia con que los enfermos eran rechazados por amigos, compañeros, aun su propia familia e, inaceptablemente, por médicos y hospitales, empleadores o los seguros médicos.

A finales de los años ochenta, en pocas instituciones de México se utilizó AZT por primera vez, como parte de los ensayos clínicos con el fármaco. Al principio, eran frecuentes los casos de anemia por las altas dosis que se empleaban en los primeros estudios clínicos. En 1991, el AZT estaba abiertamente disponible en México. Su eficacia clínica era temporal, prácticamente insignificante. En 1993 comenzó a distribuirse por las instituciones de seguridad social y en 1995 se utilizó en combinación con otros fármacos: ddI o ddC. **1996** La frustración por la mortalidad inexorable del SIDA fue sorprendida por los extraordinarios resultados de la eficacia del TAR presentados El tratamiento antirretroviral en el congreso internacional de Vancouver, Canadá, en 1996

Era dramático ver la evolución de la historia natural de la infección por VIH: muerte tras muerte, al no contar con un tratamiento eficaz, ni siquiera alguna medida que produjera una mínima mejoría en la calidad de vida de los enfermos.

La combinación de tres fármacos mostraba sus efectos. La historia natural de la infección por VIH cambió por primera vez de manera notable. Y con ello la historia de los enfermos y las frustraciones del personal de salud.

México tuvo en ese momento la oportunidad de ser el primer país en vías de desarrollo que permitiera el acceso al tratamiento antirretroviral en forma inmediata y a todos los enfermos. La falta de conciencia y de voluntad política de las autoridades en ese año y en los subsecuentes, impidieron la decisión. Como resultado, muchas personas con VIH en México pagaron con su vida tal falta de visión. Nunca se ha calculado la cantidad de personas que pudo haber sobrevivido si el programa de acceso al TAR se hubiese establecido inmediatamente. En contraste, Brasil fue el primer país en desarrollo que ofreció desde 1996 gratuitamente el TAR a las personas con VIH.

### **Los inicios del TAR**

Vale la pena recordar y reconocer, en este punto, el papel del activismo en la consecución de los objetivos primordiales en la lucha contra el VIH/SIDA en México. Fue el activismo unido y solidario, integrado en su mayoría por personas con VIH, el que literalmente dejó sin salidas a las autoridades mexicanas para que entre 1997 y 1998 se aprobara la compra de los fármacos antirretrovirales. A partir de entonces, y hasta 2003, el TAR se ofreció solamente a quienes tenían seguridad social (IMSS o ISSSTE). Los resultados sobre la calidad de vida y el control de la evolución de la infección fueron inmediatamente evidentes pero solamente para la mitad de las personas detectadas con VIH en ese tiempo.

Los años 1997 y 1998 fueron, desde nuestra perspectiva, un momento decisivo para el activismo, las autoridades de la secretaría de salud y los políticos del país. Para el activismo, se perdió una oportunidad valiosísima y única de mantener su eficaz presión para extender la cobertura a todas las personas con VIH/SIDA del país. ¿Falta de visión?, ¿conformismo?, ¿problemas protagónicos internos y ruptura?, ¿soborno y corrupción?

Por parte de los funcionarios, incluyendo los de la Secretaría de salud y de la seguridad social, no hubo la visión de implementar una estrategia eficiente que garantizara el uso eficaz de los fármacos antirretrovirales. Se observó desde el principio, por ejemplo, el uso inadecuado de las combinaciones, dosis e intervalos, sin una regulación sistemática en la distribución y en la utilización de los fármacos.

Tampoco se establecieron parámetros que permitieran medir la eficacia en la mayoría de los centros de atención de personas con VIH.

Nunca se ha calculado la cantidad de personas que pudieron haber sobrevivido si el acceso al TAR hubiese sido inmediato.

En resumen, hubo deficiencias en la organización, coordinación y regulación del uso del TAR. ¿Cuánto dinero del presupuesto asignado para la compra de los costosísimos fármacos antirretrovirales en esos años generó mayor supervivencia y cuánto no resultó en los beneficios esperados? Cada centro de atención usaba las combinaciones a la voluntad de los médicos, sin tasa ni limitación. Era evidente, por tanto, que en algunos centros de atención del IMSS predominaban los fármacos de una empresa farmacéutica y en otros de otra. Aún peor, algunos continuaron utilizando algunos fármacos de menor eficacia y otros con mayores efectos adversos, en contra de las recomendaciones internacionales.

### **La corta vida de FONSIDA**

En 1997, surgió el proyecto FONSIDA A.C. con el propósito de facilitar el acceso a los antirretrovirales de las personas con VIH/SIDA sin seguridad social y sin dinero para comprarlos. En su creación, participaron la Secretaría de Salud, CONASIDA, los Sistemas Estatales de Salud (SESA), investigadores académicos de la UNAM, organizaciones no gubernamentales relacionadas con el SIDA y representantes de algunas personas con el virus. En ese tiempo, un cuarenta por ciento de los detectados con VIH no tenía acceso al TAR, cuyo costo era de doce a catorce mil pesos mensuales. Según Censida, entre 1997 y 1999 se habían detectado más de veintiún mil casos que requerían de TAR.

El proyecto FONSIDA atendía casi exclusivamente a embarazadas y niños con VIH. Entre el año 2000 y 2001 fue evidente su fracaso. En parte se debió al desinterés de los gobiernos correspondientes para asegurar el acceso a los antirretrovirales y proteger la salud de la población con VIH, compromisos que México había establecido internacionalmente. FONSIDA fue cancelado cuando se requería tratamiento para más de treinta mil personas con VIH en el país. Irónicamente, en el mismo año 2001 la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas declara el acceso a los

medicamentos para el tratamiento del SIDA como un derecho humano. La Declaración puso claramente de manifiesto que el ejercicio de los derechos humanos constituye un elemento esencial en la respuesta global al VIH/SIDA. Para entonces, se estimaba que el cuatro por ciento de los más de treinta millones de personas con VIH en el mundo, recibían TAR. En el mundo pobre, casi la mitad del total de personas que tenían acceso a él eran brasileñas. Aunque demasiado tarde para muchas personas con VIH, en 2003 se establece oficialmente el programa de acceso universal a los fármacos antirretrovirales en México. Nuevamente, el activismo fue fundamental para lograrlo. Los esfuerzos de verdaderos y notables luchadores sociales, como Jorge Huerdo, Francisco Galván, Arturo Díaz, Alejandro Brito, Janeth Nitch, Antonio Argudín, Elisa Martínez y Arturo Vázquez, entre otros, finalmente logró el objetivo. Algunos murieron antes de verlo cumplido, varios por consecuencias del SIDA

Al año 2001 La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas declara el acceso a los medicamentos para el tratamiento del SIDA como un derecho humano.

### **¿Cuál es la situación en nuestro país?**

La experiencia de Estados Unidos y Brasil indicaba que con el uso del TAR tendríamos una disminución de la mortalidad de por lo menos cuarenta por ciento y que sería evidente en 2004 o 2005, o cuando mucho, en 2006, considerando que la infraestructura de atención en México no era óptima. Sin embargo, cuando se esperaba la disminución de por lo menos mil ochocientas muertes, no hubo cambios en el número de defunciones/año en ese periodo, ni tampoco en los años siguientes.

El número de casos nuevos detectados no disminuyó. La tasa de mortalidad por VIH/SIDA por cien mil habitantes en México tampoco cambió. Fue de 4.5 en 2003, año del establecimiento del acceso universal al TAR, y 4.6 y 4.5 en los dos años siguientes. De hecho, la tasa de mortalidad por SIDA en México ha sido muy similar desde 1997.

El presupuesto requerido para tratamientos se ha incrementado proporcionalmente a la mayor cobertura y no obstante que el costo de la mayoría de los fármacos ha tenido una disminución debido a las negociaciones de la Secretaría de salud con las

empresas farmacéuticas, esta reducción no ha sido de la magnitud observada en Brasil.

Sin duda, desde el acceso al tratamiento antirretroviral, la supervivencia de quienes lo han usado apropiadamente, y con ella la calidad de vida, ha sido notablemente mayor. Sin embargo, ¿por qué en México no se ha observado la disminución de la mortalidad por SIDA con el acceso universal al TAR? En nuestra perspectiva, no se ha cuantificado la importancia de cada uno de los factores que podrían determinar el inesperado y decepcionante resultado. Se ha especulado con varias posibilidades, como los tiempos diferentes de acceso al TAR por los derechohabientes de la seguridad social y los que no los son, la deficiente infraestructura de atención clínica y de laboratorio, la diferencia entre hombres y mujeres, la incidencia cada vez mayor

El tratamiento antirretroviral de VIH en mujeres, las diferencias en los grupos de edad más afectados y por entidades federativas, entre otros. Independientemente de que cada uno de esos factores podría explicar lo observado en México, es imprescindible saber con toda precisión, sin excusas, en qué extensión cada uno de ellos, u otros factores, ha determinado la ausencia del efecto benéfico esperado del TAR sobre la mortalidad por SIDA. Es necesario también que se informen con claridad las causas de los obstáculos que hacen que México no tenga un sistema moderno y práctico de información de lo que realmente sucede con la epidemia en el país, ni exista un verdadero sistema eficiente de regulación y rendición de cuentas del uso del TAR en cada una de las entidades federativas y en cada uno de los sistemas de atención. Y aunque ciertamente el solo acceso al tratamiento antirretroviral no es suficiente –puesto que son esenciales la prevención, la educación, las actividades comunitarias-, su disponibilidad es un componente crucial de cualquier respuesta de los sistemas de salud de cualquier nación, rica o pobre, contra la pandemia del VIH/SIDA.

No debe ser, por tanto, ni ignorada, ni ofrecida parcialmente.

## **El peligro de bajar la guardia**

Es importante reconocer hoy, a treinta años del SIDA y a quince de la identificación del TAR, que en ocho años del establecimiento del programa de acceso universal a los antirretrovirales en México, el acceso a los costosos fármacos es insuficiente. Las estimaciones oficiales de 2010 indican que doscientas veinticinco mil personas en México viven con VIH. Si se presupone que la mayoría de ellas podrían requerir el TAR, se requeriría un incremento de cuatro a cinco veces el presupuesto asignado actualmente para cubrir la demanda. Y si en México ocurre, como se ha mostrado en otros países, que por cada paciente que inicia el TAR hay dos o más personas que se infectan por el virus, el costo de la atención y del tratamiento antirretroviral se incrementarán terriblemente. En el contexto de la actual crisis económica y social que sufrimos, y la persistencia de la falta de voluntad política, esto conduciría a un colapso económico del sistema de salud de consecuencias impredecibles. La impresión falsa de que la pandemia del VIH/SIDA se ha resuelto o que se ha estabilizado y es manejable como un reto global, o que el VIH/SIDA ha pasado a la historia y es tiempo de que otras enfermedades también tengan su apoyo, podría inducir a detener el apoyo presupuestal a los programas de VIH/SIDA, lo que parecería empezar a ocurrir en la H. Cámara de Diputados. Esa actitud provocaría un enorme y difícil obstáculo para los avances adicionales o quizá resulte en la abolición de lo que se ha ganado.

Ante tal situación, es importante considerar que hace apenas unos meses se celebró la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA en la Organización de Naciones Unidas, precisamente diez años después del histórico periodo extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2001, y cinco años después de la firma en 2006 de la Declaración Política por la que los Estados miembros de las Naciones Unidas, entre ellos México, se comprometieron a avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. A pesar de las declaraciones solemnes, del drama real y de las crecientes movilizaciones nacionales e internacionales, percibo un vacío de voluntad política, de compromiso y de liderazgo para enfrentar y manejar el problema VIH/SIDA en México, tanto en los

programas de prevención y detección inmediata de la infección por VIH, como en la atención clínica y en la investigación clínica y de ciencia básica.

#### **1.4.2 Los primeros logros**

La vía política fue encabezada por el Frenpa VIH. Compuesto por más de ochocientas personas con VIH de todo el país y dirigido por un comité organizador de diecisiete miembros, realizó una serie de acciones con el fin de lograr la incorporación inmediata de los nuevos antirretrovirales inhibidores de la proteasa al cuadro básico y catálogo de medicamentos del sector salud -con el propósito de que las instituciones de seguridad social los pudieran prescribir- así como disminuir el precio de esos medicamentos, principal impedimento para volverlos accesibles, y abrir protocolos compasivos para las personas con VIH sin seguridad social. La principal movilización se dio el 16 de abril de 1997, cuando varias decenas de personas con VIH, muchas de ellas encapuchadas, se manifestaron frente al Centro Médico Nacional Siglo XXI bloqueando la avenida Cuauhtémoc por varias horas. Protesta pública sin precedentes que logró que una representación de los demandantes fuera recibida por directivos de esa institución, encabezados por el doctor Mario Madrazo Navarro, director de Prestaciones Médicas, en representación del director del IMSS, Genaro Borrego Estrada. La negociación fue pública, con los medios de comunicación presentes. Culminó con la formación de una comisión mixta para dar seguimiento a las demandas y acuerdos con el FrenpaVIH.2

La otra vía, la jurídica, la transitó varios grupos de personas con VIH apoyados por el abogado Pedro Morales Aché, de la asociación Medilex, quien promovió varios juicios de amparo en defensa del derecho a la protección de la salud establecido en el Art. 4 Constitucional, que lograron fallos favorables y sin precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. El primero de ellos fue un juicio que impugnó la exclusión de los inhibidores de la proteasa del cuadro básico de medicamentos, interpuesto por un paciente con hemofilia a quien se le transmitió el VIH en una transfusión sanguínea realizada en el IMSS. El segundo lo promovieron trece personas con VIH sin seguridad social a quien CONASIDA suspendió los tratamientos antirretrovirales que les venía dando dentro de un llamado protocolo compasivo o

humanitario. El tercer juicio fue el célebre caso de los militares dados de baja del ejército mexicano por resultar positivos a la prueba del VIH.

### **La lucha por el acceso universal**

Las autoridades de Salud exhibieron un doble discurso en torno al tema: mientras el secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, se comprometió públicamente en reunión con el Frenpa VIH a incluir dichos medicamentos en el cuadro básico de salud, en tribunales, en su respuesta a la demanda de amparo, justificó su negativa a incorporarlos con el argumento de que los inhibidores de la proteasa no son medicamentos esenciales para tratar la infección por VIH porque no son curativos. Además se argumentó que existen otras enfermedades y padecimientos que requieren igual o mayor atención que el SIDA. Por su parte, en su defensa al otro juicio de amparo, CONASIDA afirma que en su carácter de órgano normativo no es la institución responsable de proveer los medicamentos. Sin embargo, el juez dicta medidas cautelares a favor de los afectados y ordena a la institución seguir suministrando los tratamientos en tanto se da el dictamen final sobre el amparo. Ambas vías de acción, la política y la jurídica, lograron vencer la resistencia de las autoridades de Salud, y aceleraron la inclusión de los inhibidores de la proteasa en el Catálogo Básico de Medicamentos, anunciada finalmente el 16 de Mayo de 1997 en el *Diario Oficial de la Federación*. En ese mismo mes, el IMSS comienza a abastecer y suministrar los nuevos medicamentos en los hospitales del país. No está documentado, pero es claro que con esas acciones se lograron salvar miles de vidas.

### **Por fin el acceso universal y gratuito**

A mediados del 2002 el IMSS realiza la depuración de su padrón de afiliados y desincorpora a poco más de mil derechohabientes con VIH que habían dejado de cotizar por despido o pérdida de su trabajo.

Pero que, amparados en un acuerdo, gozaban de prórrogas que les permitía seguir recibiendo atención médica en esa institución. La inesperada situación colocó de nuevo en la agenda política el problema del acceso a los tratamientos y otra vez volvió exigible el derecho a la salud para las personas con VIH.

Desde años atrás varias organizaciones civiles de lucha contra el SIDA demandaban la asignación de un presupuesto etiquetado para la compra de antirretrovirales, calculado para ese año en cuatrocientos sesenta millones de pesos, para cubrir a casi seis mil seiscientas personas con VIH sin seguridad social. Sin embargo, en todos estos años, su demanda no había logrado obtener un eco favorable y sólo había recibido negativas por parte de la Secretaría de Hacienda, de la Cámara de Diputados y de las autoridades de Salud. Con la desincorporación de los derechohabientes con VIH del IMSS, el tema se volvió más apremiante. El cabildeo de activistas en la Cámara de Diputados aprovechó esta coyuntura y logró que la diputada María Elena Chapa del PRI, entonces ya parte de la oposición, presentara un Punto de Acuerdo solicitando una partida de doscientos millones de pesos por parte del ejecutivo federal para cubrir de inmediato el suministro de medicamentos a las personas desincorporadas del IMSS. Al siguiente mes, la Secretaría de Salud informa que se hará cargo de cubrir esa demanda de atención médica y de tratamientos a personas con VIH y para ello solicita la aprobación de un presupuesto de ciento sesenta y siete millones de pesos para atención del VIH/SIDA en el año 2003. Finalmente, luego de un trabajo de cabildeo de algunas organizaciones civiles de lucha contra el sida, el 16 de diciembre de 2002 la Cámara de Diputados aprueba un presupuesto de trescientos millones de pesos, consensuado por las Comisiones de Equidad de Género, de Salud y de Grupos Vulnerables, para cubrir a los ex derechohabientes del IMSS y a las personas con VIH sin seguridad social en la lista de espera. Con ello se abre la posibilidad de lograr, al fin, el acceso universal de los tratamientos antirretrovirales a todas las personas que los necesitan y, garantizar, de esta manera su derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución. La manera en que se suministran y prescriben estos tratamientos en nuestro país es materia de otra historia que merece, desde luego, también ser contada.

### **1.4.3 Comportamientos sociales y gestión gubernamental**

Rubén Antonio Valdés Núñez Presidente del Comité de Usuarios con VIH de los Servicios de Salud del INER. USINER Felipe Varela Ojeda Investigador del Área de

Transparencia y Rendición de Cuentas de Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C. En la opinión de los autores, las respuestas a estas preguntas se pueden dar desde dos ámbitos. El primero es de orden humano, cultural, de conducta: hablamos del estigma y la discriminación. Ambos problemas deben ser abordados por políticas públicas que eviten que la discriminación en sus múltiples modalidades (por condición de salud, orientación sexual, género, pertenencia a un grupo étnico, etc.), se siga presentando. Otro aspecto importante y ubicado en la misma zona de conflicto es la homofobia. El segundo ámbito es económico y político. No basta con la asignación de presupuesto suficiente para llevar a cabo campañas de prevención, atención médica ambulatoria y hospitalaria o dar acceso a tratamientos antirretrovirales, también se espera transparencia en cómo se asigna y ejerce este presupuesto. Estos dos ámbitos en su conjunto deben, desde la posición de los autores, ofrecer una respuesta integral al problema del VIH en México, mediante el diseño y la implementación de políticas públicas, mismas que deben estar dirigidas a la sociedad en general, pero particularmente, a aquellas personas que son afectadas de manera directa por el VIH.

### **El problema de la homofobia**

Las conductas impregnadas de prejuicios necesitan abordarse, contemplarse como un problema social a resolver. El mundo no necesita más personas discriminadas ni más personas discriminadoras. Necesita educación. En México, a pesar de que contamos con el acceso universal a los antirretrovirales, existen pocas campañas de prevención que hablen sobre la sexualidad humana y las relaciones sexuales sin estar impregnadas de ideas condenatorias o enfocadas exclusivamente en el uso del condón. La ausencia de campañas explica que muchas personas no tengan conciencia del riesgo que corren de ser infectadas. O del valioso tiempo que pierden, en caso de estarlo, para atenderse oportunamente. En la actualidad, muchas personas con VIH llegan a los hospitales en graves condiciones de salud cuando la enfermedad ya se encuentra en etapas avanzadas. **2** “Se concibe al estigma como una producción social de la diferencia vinculada a regímenes establecidos de conocimiento y poder para efectos de mantener ordenamientos sociales, tal y como Parker y Agletton han reformulado de la noción de Goffman basados en el estudio de Michel Foucault (1978)

y entendemos la discriminación como una conducta real por la que se priva a los miembros de un grupo de las oportunidades de que disponen otros”. Cita tomada de la tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social presentada por José Manuel Méndez Tapia. Cuerpos trazando caminos de resistencia. Procesos de estigma y discriminación en varones homosexuales viviendo con VIH. El estigma es la creencia y la discriminación es el prejuicio llevado a la acción.

Por otra parte, es necesario que el gobierno mexicano redoble esfuerzos para erradicar conductas de estigma y discriminación en la sociedad, muchas de ellas expresadas en contra de la homosexualidad. Miedo, prejuicio, agresión y discriminación hacia hombres o mujeres que se relacionan sexualmente con individuos de su mismo sexo: la homofobia. Para el caso que nos ocupa, el hecho de que uno de los grupos más afectados por el VIH al inicio de la enfermedad fueran hombres homosexuales, es uno de los factores que han hecho que se vulnere y criminalice a las personas afectadas por el VIH. Muchas personas, tanto homosexuales como heterosexuales, temen ser señalados o relacionados con grupos considerados diferentes, y prefieren renunciar a un derecho tan esencial como el de la salud. Este temor evita que busquen atención de manera digna y oportuna. Vivir en México no debería ser excusa para que un movimiento mundial que busca acabar con la homofobia termine siendo una causa para “tolerar” las diferencias. Se tolera lo que desagrada. El gobierno actual perdió la oportunidad de declarar al día 17 de mayo como el Día Internacional en contra de la Homofobia (como han hecho tantos países) y prefirió llamarlo Día Internacional de la Tolerancia y el Respeto a las Preferencias. Mientras la homosexualidad sea vista como una práctica estigmatizada en cualquier esfera de gobierno, los intentos de sentar las bases de una política en salud incluyente continuarán lejanos.

### **Discriminación hospitalaria**

Otro problema generalizado al que se enfrenan las personas con VIH, es la mala atención en algunos servicios de salud. Independientemente del sistema en el que se atiendan (IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud, que en su conjunto atienden al mayor número de personas que viven con VIH), pocos gozan de buenos servicios de atención médica apropiada, o de laboratorios especializados en el diagnóstico y seguimiento de

la infección por VIH. En los últimos años, el problema parece haberse agudizado en las instituciones de seguridad social, IMSS y el ISSSTE. La atención inadecuada a las personas con VIH ha sido evidente en algunos centros de atención como son el Hospital General Tacuba y el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, donde se ha limitado el acceso a medicamentos complementarios a los antirretrovirales que ayudan a que los usuarios de estos servicios gocen de buena salud (Según datos del Comité de Usuarios de los servicios de salud del INER, USINER). Es importante mencionar que algunas personas con VIH con enfermedades graves, han sido rechazadas en el IMSS o el ISSSTE a pesar de ser derechohabientes. Muchas veces han tenido la necesidad de acudir a otros hospitales o institutos de salud, como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) que cuenta con una clínica especializada en VIH: el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas o CIENI donde se les ha dado la atención apropiada. Ante esta situación es válido hacerse algunas preguntas: ¿de qué sirve cotizar por años en seguridad social como el IMSS o el ISSSTE si llegado el momento de necesitar la atención médica, ésta es negada? ¿Qué pasa con todas aquellas personas con VIH que no tienen seguridad social, que son la mayoría, y que tienen que absorber los costos de su atención? ¿Qué pasa en el caso de las localidades no urbanas que no tienen acceso geográfico a un centro de salud como los que existen en la Ciudad de México?

### **Presupuestos y VIH**

El avance del VIH es una realidad en México. Para muestra veamos las cifras. La tasa de mortalidad relacionada con el VIH en 2000 era de 4.3 por 100 000 habitantes y en 2008 de 4.9. En 2000, 10 189 personas recibían tratamiento antirretroviral. Para 2008 el número se incrementó a 52 001 personas.<sup>3</sup> De ésta última cifra, la mitad recibió tratamiento mediante la Secretaría de Salud, a diferencia del 23.41% en 2000. Este último dato es un indicador no sólo del avance del VIH en México, sino de que las personas que han adquirido el VIH durante los últimos diez años pertenecen a lo que se conoce como “población abierta”, la cual no cuenta con ningún esquema de seguridad social y que, por lo tanto, está en situación de mayor vulnerabilidad, sobre todo económica, por no contar con un empleo formal. Estos indicadores contrastan,

paradójicamente, con los esfuerzos que se han hecho durante las dos administraciones anteriores (2000-2006 y 2006-2012). Por un lado, en estos dos sexenios se han elaborado sendos planes sexenales para dar respuesta al problema de VIH/SIDA, como son el *Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2001-2006* y el *Programa de Acción y Control del SIDA en México, 2007-2012*. Por otro lado, después de 20 años de abandono financiero, estas administraciones volvieron asignar presupuesto para apoyar el trabajo de organizaciones civiles que trabajan en VIH y SIDA. Para comenzar a entender esta paradoja, es importante decir que a pesar de la facilidad para disponer de la información oficial relacionada con la situación epidemiológica del VIH en México, no pasa lo mismo con la información relacionada con los costos y gastos que el VIH y el SIDA tienen para nuestro país. La mayor parte de la información en términos monetarios (tanto de asignación de presupuesto como de su ejercicio) fue solicitada a la Secretaría de Salud mediante solicitudes de acceso a la información. Así se obtuvo el documento *Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) 2008-2009*. Dicho documento reportaba en 2009 un gasto total en VIH/ SIDA en México de 5185.6 millones de pesos.

### **Estigma, VIH y globalización**

Al lado de la globalización del comercio y de los subsidios desleales al agro ocurren también procesos silenciosos que promueven el estigma como forma de regulación social. Se trata de un medio que agudiza la polaridad entre ricos y pobres y refuerza desigualdades y exclusiones preexistentes.

El estigma opera dentro de un sistema de relaciones sociales y lleva implícito un sentido peyorativo de desprecio y señalamiento a ciertas personas o conjuntos sociales; se trata de castigarlas porque no responden a los esquemas convencionales; el motivo no importa. Uno de los blancos más vigentes y visibles del estigma lo representan sin duda las víctimas de esa nueva enfermedad crónica y mortal que se extiende velozmente en las poblaciones más pobres: el VIH/sida.

Como otrora la peste bubónica, el tifo, la lepra o la sífilis, el sida ha sido visto, desde su inicio hasta nuestros días, como el justo castigo divino por los pecados

sociales e individuales; ha sido fuente de nefastos presagios, de temores apocalípticos atribuidos a un supuesto desorden social imperante como resultado del desacato de los hombres a las normas civiles y religiosas.

Como dijera Susan Sontag: este tipo de transmisión ha sido considerada una calamidad que uno mismo se ha buscado y que merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión. Lo que se señala como mayor peligro no es la promiscuidad, sino una determinada costumbre considerada contra *natura*; el sida no es sólo causado por el exceso sexual, sino también por la perversión sexual.

Atrás de esta visión distorsionada está la condena del Vaticano que recientemente difundió al mundo que se considere de gravedad moral el apoyo a los reconocimientos legales de las uniones entre homosexuales.

Hoy es realmente inconcebible que en la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, la doctora Verónica Muñoz Parra suspendiera apenas el mes pasado una campaña de prevención del VIH/sida ante las presiones del arzobispo de Acapulco, Felipe Aguirre Franco, quien valoró que atentaba contra la moral social y promovía deformaciones sexuales. Hoy y siempre, definir las políticas de salud pública con base en los juicios de los jefes eclesiales es una manera de violentar el Estado Laico y los valores constitucionales, tal como vienen haciendo en múltiples actos los funcionarios de Acción Nacional, incluyendo al actual Presidente del país.

Además, organismos internacionales como ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud han demostrado que la estigmatización de las víctimas del VIH/sida contribuye a la extensión de la epidemia al negar el derecho a la información y a los servicios entre quienes de por sí tienen menor capital cultural y social.

Tal como queda documentado en un amplio estudio con seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz, realizado por Rosa María Lara y Mateos, el VIH se inicia en un contexto de globalización que lleva en sí mismo procesos de exclusión social de la población más vulnerable tanto de los países desarrollados como en los de economías dependientes, porque las personas que viven con VIH/sida están atrapados en una cadena de estigmas.

Comienza con el estigma del bajo estatus, pues la mayoría de los infectados son pobres; en segundo lugar está el de enfermedad endémica que se transmite por contacto sexual y, por si faltara, se agrega el estigma de apartarse de la norma de la heterosexualidad, como es el caso de la mayoría de las víctimas en América, que son hombres que tienen sexo con otros hombres, los llamados HSH.

Como dijera Ervin Goffman en su reconocido estudio sobre el estigma: el *status* de clase baja funciona como estigma de clase, sus miembros llevan la marca de su estatus en su lenguaje, su apariencia y sus modales, indicadores que los catalogan como ciudadanos de segunda clase.

Hoy por hoy el sida se ha convertido en una enfermedad cara entre gente pobre; la epidemia viene avanzando entre los países con mayor población en condiciones de marginalidad y desigualdad social en el mundo; progresa allí donde la pobreza, la opresión, las migraciones y la violencia social se agudizan. Además del sufrimiento que impone a las personas y a sus familias, afecta profundamente el tejido social y económico de las sociedades.

El VIH/sida constituye una amenaza mayor para el mundo del trabajo porque afecta al sector más productivo de la población activa, reduce los ingresos e impone costos elevados a las empresas por causa de la disminución de la productividad, el aumento del costo de la mano de obra y la pérdida de trabajadores calificados.

## **Capítulo II. Políticas públicas en salud caso del VIH/SIDA: aproximación a un análisis descriptivo**

### **2.1 El acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en materia de prevención contra el VIH/SIDA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción

e intervención en salud a nivel mundial. La OMS tiene 193 Estados Miembros, incluyendo todos los Estados Miembros de la ONU.

La OMS es responsable de ofrecer liderazgo en cuestiones de salud mundial, definir la agenda de investigación en materia de salud, establecer normas y estándares, articular opciones políticas basadas en pruebas, ofrecer asistencia técnica a los países y vigilar y evaluar las tendencias de salud.

El objetivo de la presencia de la OMS en los países es posibilitar que toda la organización preste apoyo a éstos a fin de que alcancen sus metas nacionales de salud, contribuir a las actividades de salud pública mundial y regional y aprender de la experiencia de cada país en relación con la colección de un acervo de conocimientos de salud pública que pueda beneficiar al resto del mundo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud. Es parte del Sistema de las Naciones Unidas y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. La OPS es también la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano de la OEA (Organización de Estados Americanos).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue adoptada el 22 de julio de 1946 y establece, de conformidad con la carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”<sup>6</sup>

En México, opera una representación de OPS/OMS desde 1952. La cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de Mayo de 1984 (en la administración de Miguel de la Madrid, el poder legislativo se compuso por 64 senadores del PRI, y 51 diputados del PAN, 299 del PRI, 10 del PPS, 12 del PDM, 11 del PST y 17 del PSUM)<sup>7</sup> y que está sustentada en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

El trabajo de la OPS/OMS en México tiene retos diversos de aportar al desarrollo de las instituciones de salud de alto nivel científico con que cuenta el país; apoyar los

---

<sup>6</sup> La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26.<sup>a</sup>, la 29.<sup>a</sup>, la 39.<sup>a</sup> y la 51.<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han incorporado al presente texto.

<sup>7</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/LII\\_Legislatura\\_del\\_Congreso\\_de\\_la\\_Uni%C3%B3n\\_de\\_M%C3%A9xico](http://es.wikipedia.org/wiki/LII_Legislatura_del_Congreso_de_la_Uni%C3%B3n_de_M%C3%A9xico)

esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas aún prevalentes; contribuir a la respuesta sanitaria que se está dando al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables. Asimismo, la extensión territorial del país, su organización constitucional de tipo federal y el acceso segmentado de la población al sistema público de salud, condiciona que la cooperación técnica genere iniciativas y trabaje con creatividad en apoyo a la interlocución y puesta de acuerdo entre las diversas instituciones y organizaciones del espectro sanitario: públicas y de la sociedad civil; con y sin fines de lucro; nacionales e internacionales.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

En años recientes, México ha incursionado en el establecimiento de una serie de políticas y creación de leyes contra el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia en el marco de la respuesta al VIH y al Sida que a nivel internacional lo convierte en un referente. El gobierno mexicano ha firmado y ratificado una serie de instrumentos internacionales; en consecuencia ha manifestado su compromiso explícito de adherirse a lo estipulado en estos documentos, incluyendo aquellos que se refieren específicamente a revertir el avance de la epidemia del sida y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con VIH/Sida. Actualmente, México ha adquirido a nivel internacional diversos compromisos para el combate del VIH/Sida.

Destacan las directrices internacionales en materia de VIH/Sida como: Declaración Universal de Derechos Humanos; Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Convención para la Protección de los Derechos de Niñas y Adolescentes; Convención Americana sobre Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales;

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; Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida (Declaración UNGASS/Sida. Declaración del Milenio; Declaración de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la Infancia (PAFI) y Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT (Organización Internacional del trabajo) sobre VIH/Sida y el mundo del trabajo.

Finalmente, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

“es un programa destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el sida; el cual tiene como objetivos: Reducción de la transmisión sexual; Prevención del VIH entre usuarios de drogas; Acceso al tratamiento para 15 millones de personas; Erradicación de las muertes por tuberculosis; Reducción de las diferencias de recursos; Eliminación de las desigualdades por género; Erradicación del estigma y la discriminación; Eliminación de las restricciones de viaje, y Fortalecimiento de la integración del VIH.”<sup>8</sup>

En conjunto para estas iniciativas se han aportado avances significativos en el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, mediante la celebración de eventos técnico-científicos sobre temas como la evaluación del programa contra el sida, la planificación estratégica, las políticas de tratamiento del VIH/Sida, las redes de vigilancia epidemiológica, las acciones de asesoramiento, entre otros.

En su carácter de copatrocinadora de ONUSIDA, la OMS lidera la respuesta del sector de la salud al VIH/SIDA. La OMS apoya la ampliación rápida y progresiva del tratamiento y la atención relacionados con el VIH, junto con la aceleración de la

---

<sup>8</sup>Consultado en: [www.unaids.org](http://www.unaids.org) (más conocido por ONUSIDA)

prevención del VIH y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, de forma que la respuesta del sector a la epidemia sea más exhaustiva y eficaz.

Según el reparto de tareas de ONUSIDA, la OMS es la encargada principal de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, la prevención del VIH en lugares de atención sanitaria, el asesoramiento y las pruebas del VIH, el vínculo entre la prevención y el tratamiento del VIH, y el control de la tuberculosis y el VIH.

De manera específica, se destacan las siguientes declaraciones que contienen compromisos específicos en materia de VIH/Sida, para las cuales actualmente se reportan avances periódicos como país. Las declaraciones de compromisos UNGASS/sida contiene noventa y tres metas de acción mundial, distribuidas en diez temáticas de interés para la epidemia: a) liderazgo, b) prevención, c) apoyo y tratamiento, d) el VIH/Sida y los derechos humanos, e) reducción de la vulnerabilidad, f) las niñas y niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/Sida, g) mitigación de los efectos sociales y económicos, h) investigación y desarrollo, el VIH/Sida en las regiones más afectadas por conflicto o desastres naturales, y recursos. Asimismo, existen tres de seguimiento para cada uno de los planos: nacional, regional; y cuatro para el mundial.

La Declaración del Milenio está estructurada por ocho objetivos de desarrollo, dentro de los que se incluye incrementar la salud; los cuales deberán ser cumplidos en el 2015. Dentro de los problemas de salud incluidos, se encuentra el VIH/Sida, que se refiere en el objetivo 6, y plantea la necesidad de combatir esta infección, así como el paludismo y otras enfermedades. La meta 6A de este objetivo, establece para el año 2015 haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida.

La Declaración Política sobre el VIH/Sida 2011:” intensificando esfuerzos para eliminar el VIH/Sida, aprobada en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los países miembros el 10 de junio de 2011, se fundamenta en la

## Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida (2001) y en la Declaración Política sobre VIH/Sida (2006)".<sup>9</sup>

“Esta nueva declaración política, tiene 7 objetivos

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015;
3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.

Cada objetivo, está relacionado para su seguimiento con una serie de indicadores básicos propuestos por ONUSIDA, a los que los Estados Miembros, incluido México. Los países se comprometieron a informar los avances”.<sup>10</sup>

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social.

---

<sup>9</sup> ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012. Ginebra, Suiza. Diciembre 2011. OMS, UNICEF y ONUSIDA. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA 2012. Enero, 2012

<sup>10</sup>[www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx](http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx)

## **2.2 El Proceso Legislativo Nacional.**

México forma parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y a su vez está dentro de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos; por lo que en el año 1992, se hacen modificaciones a la carta magna, donde se contemplan la protección de los derechos humanos, entre ellos se encuentran la protección a la salud y la no discriminación (artículo 1 y 4 respectivamente).

En años recientes, México ha incursionado en el establecimiento de una serie de políticas y creación de leyes contra el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia. Asimismo, es importante destacar que a finales del 2003, México alcanzó el acceso universal a tratamiento Antirretroviral (ARV) a través de ofrecer tratamiento gratuito para las personas sin seguridad social que lo requieren a través del Fideicomiso de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular (FPGC).

Las acciones del gobierno Mexicano en materia de prevención de la transmisión del VIH son una prioridad de la Secretaría de Salud (SS), mediante el Programa de Acción Específico 2007-2012, en respuesta al VIH/Sida e ITS (PAE VIH/Sida), se establecen las estrategias, líneas de acción y actividades y define las metas así como sus respectivos indicadores en atención, prevención y promoción. De igual modo, México ha firmado y ratificado una serie de instrumentos internacionales donde ha manifestado su compromiso explícito de adherirse a revertir el avance de la epidemia del sida y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con VIH/Sida.

Con el objetivo de reducir la carga de la enfermedad en estas poblaciones, el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), están financiando, a través de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) la implementación y la evaluación de una serie de estrategias de prevención focalizada en

las poblaciones clave, donde se concentra las mayores prevalencias del VIH en México, cuyas actividades se enmarcan en el Programa Nacional 2007-2012.

La lucha contra el VIH/Sida en México se sustenta en el fortalecimiento de las políticas de prevención, que incluyen la educación sexual, los métodos para evitar la transmisión, como el uso del condón; el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento.

El programa nacional de prevención y control de VIH/Sida e ITS ha tenido un fuerte componente preventivo que se basa en las mejores prácticas recomendadas internacionalmente y sustentadas en evidencias científicas, entre las que se incluyen la distribución gratuita y focalizada de condones y la detección de sífilis en mujeres embarazadas. Además se ha dado seguimiento a las personas con enfermedades de transmisión sexual y a las personas bajo tratamiento con antirretrovirales. Estas medidas, sumadas a las dirigidas a garantizar la calidad de la sangre para transfusión, han permitido atenuar tanto la incidencia como la mortalidad por sida.

En México, las actividades en materia de salud relacionadas con la prevención, atención y control del VIH/Sida e ITS, están respaldadas por un marco jurídico nacional e internacional, que han permitido cambios para la población en general en esta área. Los sustentos jurídicos que respaldan este plan de acción en nuestro país se encuentran plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la legislación federal, entre las que se encuentra, la Ley General de Población, la Ley General de Salud y su reglamento interno, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y las Normas Oficiales Mexicanas que en la materia se han elaborado para estos fines; y en el marco internacional se encuentran en un conjunto de instrumentos internacionales que van desde pactos, convenciones, declaraciones y acuerdos internacionales.

Ante este panorama, México ha asumido un compromiso social con la población. Esto se ha reflejado en la rápida ruta de acceso al tratamiento de antiretrovirales para la población afectada por el VIH y a los compromisos establecidos en la materia. La subvención que obtuvo en 2009 en la Ronda 9 del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha venido a fortalecer las acciones de promoción, prevención y reducción del daño en las poblaciones clave y a fortalecer las capacidades del gobierno y la sociedad civil.

### **La respuesta política y programática al VIH en México**

Las aportaciones del sector gubernamental, han permitido ir consolidando la estructura y los ejes de operación claves en la respuesta al VIH de nuestro país. En el 2003, se incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), dentro del Plan Maestro de Infraestructura de la Secretaría de Salud, la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del sida e ITS (CAPASITS), con la finalidad de ampliar el acceso a la atención integral, incluyendo el tratamiento con antirretrovirales, así como la prevención y la detección oportuna del VIH e ITS, en la población que carece de seguridad social. Su creación tuvo como propósito garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/Sida. Estas acciones formaron parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que continúan en la presente administración (2007-2012).

En el 2010 se desarrolló la propuesta preliminar del Plan de Acción para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis congénita (PTV), por lo que durante el 2011 se presentó esta propuesta en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA). Durante este año, se trabajó en la estandarización de procedimientos entre las instituciones del sector público en salud que atienden personas con VIH.

Actualmente, los CAPASITS continúan operando como unidades operativas de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida e ITS en el país. En diciembre de 2011 se contaba con 70 CAPASITS operando en las entidades federativas, de los cuales 46, estaban acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

### **Prevención del VIH/Sida**

La prevención de la transmisión del VIH es una prioridad de la Secretaría de Salud (SS), por ello a través del CENSIDA se han llevado a cabo distintas estrategias como la Intensificación del esfuerzo para eliminar el VIH/Sida y lo determinado en el marco normativo vigente, que establece los compromisos y prioridades en materia de salud dispuestos en la estrategia No. 2 del Programa Nacional: “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades”; y en su línea de acción 2.8 estipula que se deberá: “impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS”. El PAE en respuesta al VIH/Sida e ITS establece estrategias, líneas de acción y actividades y define las metas así como sus respectivos indicadores”<sup>11</sup>.

Las acciones para cumplir con los compromisos de salud de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, han intensificado el trabajo con las entidades federativas para que se institucionalicen acciones para alcanzar el cumplimiento de esta declaración. Dentro de las acciones realizadas, en 2011, se lanzó por primera vez la Convocatoria: Categoría 8 “Prevenir con Educación”, mediante la que se financiaron 23 proyectos de OSC, dentro del financiamiento que el CENSIDA otorga a las OSC.

El Gobierno Federal, a través de la SS definió al acceso universal a medicamentos antirretrovirales, como uno de los ejes de trabajo prioritarios para dar

---

<sup>11</sup> Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA. Secretaría de Salud – CENSIDA. México 2012

respuesta a la epidemia. A través del FPGC del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la SS garantiza la compra de estos medicamentos para su distribución gratuita a todas las personas con VIH que no cuenten con seguridad social y que se encuentren en necesidad de recibir este tratamiento conforme a indicación médica.

En el marco del Programa Nacional de Salud 1997-2001, se elaboró el primer “modelo para la atención Médica para paciente con VIH/Sida conocido como Servicios Especializado para la Atención del Sida (SEAS)”<sup>12</sup> que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario con el objetivo de proporcionar atención ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada entidad federativa y pertenecientes a la SS.

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

Por su parte, los CAPASITS se constituyen actualmente como unidades operativas de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida e ITS en el país.

La Secretaría de Salud a través de la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) norma y coordina el sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que incluye todas las instituciones del sector salud. De este sistema de vigilancia el Programa Nacional de VIH/Sida e ITS utiliza:

- El Registro Nacional de casos de sida (RNCS) que permite determinar el tipo y las características de la epidemia del sida en México;

---

<sup>12</sup> Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el sida. Secretaria de Salud – CENSIDA. México

- El Registro Nominal de personas con VIH;
- El Registro Nominal de Casos de Sífilis Congénita;
- El Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que concentra información sobre incidencia del VIH/Sida e ITS.
- Encuesta centinela de Infección en grupos específicos mediante la identificación de factores de riesgo, y se determinan las áreas geográficas con mayor prevalencia en el país;
- El sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED), posibilita el monitoreo de la mortalidad por sida mediante cifras preliminares,
- El registro de Mortalidad (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) /Secretaría de Salud): el cual cuenta con la notificación de las defunciones ocurridas por sida en el sector público y privado.

No se omite mencionar que cada una de las instituciones de salud del sector público, cuentan con sus propios sistemas de información sobre la entrega servicios e insumos en salud los cuales incluyen la información que cada institución considera esencial, pero no existe un registro nacional que concentre información básica.

Asimismo, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño norma y coordina las actividades relacionadas con la generación de datos e información y administra el Sistema de Información en Salud (SIS), el cual se constituye como una fuente para el seguimiento de los diferentes programas de la Secretaría de Salud entre ellos el PAE. Este sistema genera información sobre los daños a la salud, los recursos disponibles y la prestación de servicios otorgados por la institución. El SIS es el principal canal y flujo de comunicación desde los centros de atención hasta el nivel normativo. Esta dirección pública de manera periódica información relevante para el programa de acción, como las estadísticas vitales, series de mortalidad, boletines de información estadística, situación de los estados de la República y el anuario estadístico.

Adicionalmente el CENSIDA, coordina los sistemas de información referente al seguimiento de personas en tratamiento ARV. El sistema de Administración y Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR) es una herramienta de cómputo institucional, cuyos objetivos son:

1. Verificar el manejo clínico de las personas en tratamiento ARV,
2. Controlar la prescripción de medicamentos y
3. Las entradas y salidas de los ARV en la farmacia donde se almacenan y custodian.

Este sistema, para satisfacer las necesidades de monitoreo en materia de atención integral siempre ha estado en constante mejora. Asimismo el Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA concentra información nacional en materia de VIH/Sida e ITS y publica a través del Grupo de Información Sectorial (GIS) un Boletín Anual que concentra información sobre VIH/Sida e ITS. El Boletín Anual GIS contiene información sobre prevención sexual, sanguínea, perinatal, y atención integral, de las instituciones del sector público (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, y SEDENA).

Anexo a lo anterior existe una fuente de generación de información transversal que ha resultado ser una herramienta útil para mejorar el flujo y la asignación de recursos en materia de Sida, el cual se encarga de la Medición de Gasto en sida (MEGAS), cuya metodología propuesta por ONUSIDA dirige el rastreo de recursos destinados al VIH/Sida a nivel nacional. Esta herramienta ha contribuido a que se optimice la utilización de recursos dirigidos a aquellas funciones básicas que eviten la propagación de la epidemia y atiendan de forma integral a las poblaciones claves.

Adicionalmente, como iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), y como parte de las estrategias generales del programa de acción que promueven el desarrollo del mecanismo de monitoreo y evaluación del

desempeño de los Programas Estatales en VIH/Sida/ITS, surge la estrategia “Caminando a la Excelencia” cuyo propósito es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes programas de acción y así cumplir con las metas del Programa Nacional de Salud desde 2006. La supervisión permite identificar si las actividades de prevención y control del VIH/Sida e ITS y de cada programa de acción presentaron limitaciones en los diferentes niveles de atención, al detectar fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en cada entidad federativa, y generar propuestas de solución que fortalecieron los servicios y los programas estatales.

### **2.3 La hechura local de la política para combatir el VIH en la Ciudad de México.**

Las personas portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), residentes o visitantes del Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, tendrán derecho a acceder de forma gratuita a la atención y medicamentos en centros de salud de la capital.

La norma informa que se deberán gestar la capacitación para el empleo, apoyos para el transporte público y de alimentación para mujeres embarazadas que viven con el virus, desde el Centro para la Prevención y Atención Integral del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que deberá poner en marcha la jefatura de gobierno capitalina.

Otras de las tareas del centro de atención son la creación de proyectos de participación comunitaria para prevenir la enfermedad y la formación de grupos de ayuda mutua para informar las vías de transmisión, detección y tratamiento, y brindar orientación a la población sobre la adopción de estilos de vida saludables.

La Secretaría de Finanzas preverá anualmente en el Proyecto de Presupuesto de Egresos los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones de prevención y

atención integral, que posteriormente el jefe de gobierno enviará a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) para su análisis, discusión y aprobación.

El 24 de abril del 2012 El Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó la creación de la nueva Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/Sida en la capital del país, así como reformas en la materia a la Ley de Salud local.

Por unanimidad ese órgano legislativo aprobó dicha ley, que pretende desarrollar mecanismos y herramientas para el diseño de políticas públicas en materia de prevención y atención de las personas infectadas con VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

La nueva ley, que fue propuesta por la Comisión de Salud y Asistencia Social, busca también vincular a los sectores público, social y privado en los programas de prevención y atención integral.

Además establece la obligación del gobierno capitalino de adoptar medidas generales en favor de la igualdad de oportunidades y de trato, como la operación de programas de apoyo a transporte público en favor de las personas con el virus o el apoyo alimentario a mujeres embarazadas infectadas, el cual no se implementa aun.

Con la nueva ley se crea el Centro de Prevención y Atención Integral del VIH/Sida del Distrito Federal, como una instancia rectora dependiente de la Secretaría de Salud local, con facultades para emitir el programa de VIH/Sida de la Ciudad de México.

Esa instancia evaluará de forma periódica y esquemática las líneas de acción, los objetivos, estrategias y los avances de la cobertura de los servicios de salud, y garantizará el cumplimiento de los derechos humanos en las acciones de prevención, atención e investigación.

Los legisladores destacaron que el objetivo de esta ley es evitar la reinfección, apoyar la prevención enfocada a las personas afectadas por la epidemia, es decir que no están infectadas pero que sufren directamente el embate y la mortalidad asociada con la enfermedad.

Con la nueva legislación se abroga la Ley del Consejo para la Prevención y la Atención Integral del VIH/Sida, y de igual forma se pretende focalizar la atención a las personas con alta vulnerabilidad para contraer la infección.

Señala que las acciones de prevención con relación al VIH/Sida deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas.

Además se consolida la Clínica Condesa (ubicada en Benjamín Hill 24, Cuauhtémoc, 06140 Distrito Federal) como un órgano desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud, a la que corresponde definir, impulsar y garantizar la prevención y la atención integral de los capitalinos con VIH/Sida.

La presidenta de la Comisión de Salud, Maricela Contreras Julián, resaltó que se considera que en el Distrito Federal casi 40 mil personas viven con VIH, lo que representa 15.8 por ciento del total nacional.

#### **2.4 La descripción del Programa para combatir el VIH en la Ciudad de México.**

El Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, se ha convertido, en tan solo tres años, en un modelo de buena práctica en la atención de este problema de salud pública que afecta a miles de personas en nuestro país. La actual dirección del Programa ha logrado organizar y desarrollar una serie de programas y servicios que han beneficiado a miles de personas con VIH, con SIDA o en riesgo de infección por

el virus en esta ciudad. El equipo de servidores públicos que lo dirige no se ha limitado a proporcionar tratamiento antirretroviral y análisis clínicos de monitoreo médico a la personas usuarias de la Clínica Especializada Condesa (CEC), adscrita al Programa, sino que, siguiendo las recomendaciones internacionales, ha creado una serie de programas y servicios dirigidos a atender a las personas más expuestas y vulnerables al riesgo de infección por VIH. Por ejemplo:

Atención a Infecciones de Transmisión Sexual en la Población de Hombres que tienen sexo con Hombres, la población más afectada por la epidemia.

Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres en Alta Marginación

Programa de Atención y Control del VIH en centros penitenciarios del DF, que ha logrado abatir la mortalidad y elevar la calidad de vida de los internos con VIH.

Prevención del VIH e infecciones de Transmisión Sexual en Personas Víctimas de Violencia. Centro de Atención a Personas Transgénero, único en su tipo en donde, además del tratamiento antirretroviral se proporciona tratamiento hormonal y que tiene el enorme beneficio de mantener cerca de los servicios de atención y prevención a una población particularmente vulnerable.

Detección y diagnóstico integral de VIH. Este programa es único e innovador no sólo en nuestro país, sino a nivel internacional. Modelo que se está buscando replicar en otros lugares dentro y fuera del país. En la Clínica Especializada Condesa, que actualmente atiende a más de 6 mil pacientes, se organizaron los servicios para proveer una atención integral de calidad que permitió elevar sensiblemente la calidad de la atención; puso en orden la farmacia; ha logrado mantener el abasto ininterrumpido de los antiretrovirales a los pacientes; avanzó en la actualización de expedientes; e inició el boletín de la Clínica en el que se hace público su desempeño en términos de indicadores claros sobre sus procedimientos y rendición de cuentas. Una vez más, un modelo ejemplar con estándares internacionales.

Por el lado de prevención, el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad inició un proceso dinámico y de vanguardia para la generación de evidencia como la implementación de un programa en el sistema penitenciario de la Ciudad de México; donde se implementó un programa de detección integral que ya ha cubierto a más de 25 mil internos y en forma paralela dio un avance espectacular en la cobertura de tratamiento, logrando en un año que el 85% de los pacientes se encuentre indetectable. En la CEC los capitalinos cuentan con un servicio de detección de VIH ágil, confiable y gratuito. El tema que se está discutiendo con mayor intensidad entre la comunidad científica y responsable de políticas públicas a nivel internacional, que es la importancia de la detección oportuna y el acceso a tratamiento antirretroviral a la mayor cantidad posible de personas con VIH, como medida preventiva eficaz para disminuir el avance de la epidemia se ha traducido en un programa concreto en la CEC que seguramente servirá como referente para otros espacios.

El Programa de VIH/Sida también ha mostrado un enorme liderazgo en la generación de conocimiento y de evidencia científica para sustentar sus acciones y la implementación de sus programas. De manera notable abrió sus puertas a investigadores de la salud y de las ciencias sociales en el campo del VIH de los Institutos Nacionales de Salud Pública, de Cancerología y de Ciencias Médicas y Nutrición; del Hospital General Manuel Gea González; de la UAM y de la UNAM; así como de reconocidas instituciones internacionales como los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Universidad de Emory en Atlanta con quienes realiza o está por iniciar proyectos de investigación clínica y social diversos. Esta red tan amplia de colaboración con el sector académico es única en nuestro contexto, a pesar de los obvios beneficios que tiene para apoyar la generación de evidencia.

Además, el Programa de VIH/SIDA ha establecido alianzas y colaboraciones con diversas organizaciones de la sociedad civil e instituciones como la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal para mejorar la calidad de la atención y garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas con VIH usuarias de sus

servicios. Desde hace más de un año funciona dentro de las instalaciones de la Clínica Especializada Condesa un Módulo de Atención en Derechos Humanos manejado de manera autónoma por una organización civil. Estos son ejemplos del carácter innovador, no solo en el ámbito de la atención médica y científica, sino en el campo de los derechos humanos que ha desarrollado el grupo al frente del Programa de VIH/SIDA y la Clínica Especializada Condesa.

### **Capitulo III. Análisis crítico del programa de salud en materia de VIH/SIDA en el D.F.**

#### **3.1 El debate ideológico, político y social sobre la problemática del VIH/SIDA en el D. F.**

A partir de 1984 se dio inicio la vigilancia epidemiológica a escala nacional, y en 1987 se adiciono el Sida a la lista obligatoria de enfermedades sujetas a dicha vigilancia, en 1985 se comienzan a practicar pruebas serológicas, “la epidemia del sida en México ha presentado tres tendencias:

- La primera, hasta 1986, el incremento fue lento
- Entre 1987-1990, el crecimiento fue exponencial
- A partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado

Durante la primera y la segunda tendencias, la estimación del número de casos de sida se efectuó atendiendo a dos parámetros: el subregistro y ver retraso en la notificación. Según parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 5,908 casos reportados como acumulados hasta 1990 solo el 50.8% iniciaba el padecimiento, era diagnosticado y reportado como caso en los últimos 24 meses. Igualmente, la estimación de personas viviendo con VIH se realizaba multiplicando el número de casos por 30-50 (entre 177,240 295,400), que era la cantidad de personas que se estimaba que vivían con el virus, pero sin manifestaciones o sin saberlo.

En la década de los 90 “la OMS desarrollo un modelo (para la proyección de casos de sida) llamado Epimodel que permite el cálculo en periodos cortos y su adaptación a cada región o país. En México se empezó a usar en 1995.

Cuando aparece el VIH se generan conflictos en cuanto a la forma de abordar el problema:

Aspecto	Liberales	Conservadores
Problemática	Salud publica	Moralista
Motivos	Biológicos	Morales
Reacción de la sociedad	Solidaridad social y gubernamental	Arrepentimiento y asistencia al infectado
Reacción del gobierno	Aplicación de políticas públicas de salud	Fomento a valores; fidelidad y abstinencia.

### 3.1.1. La respuesta del gobierno ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.

Tres aspectos determinaron un cambio en la primera reacción de las autoridades sanitarias de México, mismos que obligaron a responder a la realidad de la pandemia: el contexto internacional; el número de casos y los costos de su atención.

En cuanto al contexto internacional, las autoridades sanitarias mexicanas consideraron necesario atender las recomendaciones emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus reuniones ordinarias y extraordinarias sobre sida, celebradas entre 1984 y 1986, donde se sugería el incremento de acciones de difusión e intercambio de experiencias e información científicamente los países miembros de las organizaciones antes mencionadas, e incluso la creación de instituciones gubernamentales destinadas a la prevención y control de la pandemia. En este marco se generaron las primeras acciones de respuesta gubernamental, con vigilancia epidemiológica (1984), la realización de pruebas de detección de VIH (1985), la creación del CONASIDA (1986) que era un órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud y dependiente de la

Dirección General de Epidemiología, y las modificaciones a la Ley General de Salud (1986-1987), que vinieron a regular el uso médico de la sangre y sus derivados.

En la lucha contra el Sida no sólo el gobierno ha hecho su labor sino también hay organizaciones que han combatido este mal para que este afecte lo menos posible a la sociedad mexicana. Una pionera en esto, fue la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, en la actualidad existe un grupo fuerte que apoya la causa de lucha contra el Sida es el Movimiento de Disidencia Sexual.

### **3.1.2. Respuesta de las asociaciones civiles ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.**

En México las asociaciones en defensa de la comunidad lésbico, gay, bisexual, travesti, transgénero, transexual e intersexual (LGBTTTI), surgen a finales de la década de los 60 inspirados por los movimientos de liberación homosexual de Europa y Estados Unidos, estos grupos lucharon principalmente por los derechos de la comunidad LGBTTTI, pero a mediados de la década de los 80 aparecen los primeros casos de VIH en México, mismo que provocó la fractura de este movimiento, dividiéndolo en 2 tipos de exigencias (los derechos de la comunidad LGBTTTI y la lucha contra el VIH).

De forma paralela a la creación del Conasida, se crearon las primeras organizaciones de la sociedad civil en respuesta al sida, siendo la primera la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el Sida en el año de 1987, AVE de México y La Casa de la Sal en 1988, como intermediarias entre las necesidades de las personas afectadas y las instituciones encargadas de su atención, y ello incorporándose de diversas formas en el proceso de atención gubernamental al problema.

Las relaciones entre las organizaciones civiles que luchan contra el VIH/SIDA y la institución gubernamental (CONASIDA), tuvieron dos limitantes: la escases de recursos de la segunda y las limitaciones institucionales de la primera.

Con el paso de los años se han multiplicado por todo el país las organizaciones relacionadas al trabajo en VIH/sida en áreas como la atención, prevención, educación,

investigación y formación de especialistas. En diciembre de 2010 el directorio de Amigos Contra el Sida contaba con 274 organizaciones registradas.

Pero no todas las organizaciones civiles eran en lucha contra el VIH, también había grupos organizados de una mente conservadora, que estaban en contra de apoyar la lucha contra el VIH. Estas organización eran: La Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), el Movimiento Universitario de Renovadora Orientación (MURO), Desarrollo Humano Integral y Acción Ciudadana (DHIAC) y PROVIDA, siendo esta ultima la más estigmatizadora y discriminatoria

### **3.1.3 Actitudes y percepción de: empresarios, iglesia y partidos políticos ante la pandemia del VIH/SIDA en el D. F.**

Cuando aparecen los primeros casos de VIH/SIDA en México, se forman dos grupos en cuanto a la forma de abordar y difundir la información acerca del virus, un grupo se conforma por la iglesia, los partidos de derecha (Partido de Acción Nacional), y empresarios de la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX) y la confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO), las empresas pertenecientes a estos grupos o que apoyaban a estas organizaciones era: Bimbo, Casa de Bolsa, Cervecería Modelo, Gerver, Gigante, Hermanos Vázquez, Palacio de Hierro, Mabe, Sabritas, Tía Rosa y Barcel, condicionaron a Televisa en 1992 a no transmitir comerciales sobre el uso del condón en horario estelar, ya que de hacerlo ellos retiraban el contrato de patrocinio.

La iglesia tuvo una postura igualmente conservadora, desde la aparición del VIH, haciendo cometarios como “es su castigo por entregarse a los perversos placeres de la carne, inmorales” la cual estuvo en contra del movimiento de lucha contra el VIH/SIDA.

### 3.2 Interpretación del programa para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.

A pesar de que en la ciudad de México se cuenta con un programa para combatir el VIH/SIDA, este no se ha logrado disminuir ni estabilizar, si retomamos la principal función de las políticas públicas, para Laswell, 1992 son aquellas estrategias encaminadas a resolver problemas públicos. El enfoque de Políticas Públicas tiene dos dimensiones:

- El estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales.
- El conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones.

Con esto vemos que el concepto de Políticas Públicas define estrategias de acción encaminadas a resolver problemas públicos a partir del interés y la opinión de los grupos sociales afectados.

Gracias a esta interlocución es que, los ciudadanos pueden ejercer sus derechos sobre el accionar del Estado y, por la otra, las políticas pueden, en primer lugar, sustentar justificadamente los problemas cuya atención será priorizada, en segundo, combinar el instrumental técnico-científico disponible de las diversas disciplinas útiles con una racionalidad sensible al contexto particular en que se encuentran, en busca de su mayor pertinencia, eficacia y eficiencia posibles.

De acuerdo a datos de CENSIDA podemos ver que en los últimos años los casos detectados por VIH van en aumento, siendo el D.F. la entidad federativa con mayor índice de casos, con un 15.8% como lo muestran las siguientes tablas.

Casos de VIH por entidad federativa.

Estado	1985-2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	% (*)
Aguascalientes	89	18	13	18	25	16	179	0.50
Baja California	957	153	125	141	158	77	1611	4.24
Baja California Sur	165	23	16	36	23	15	278	0.73

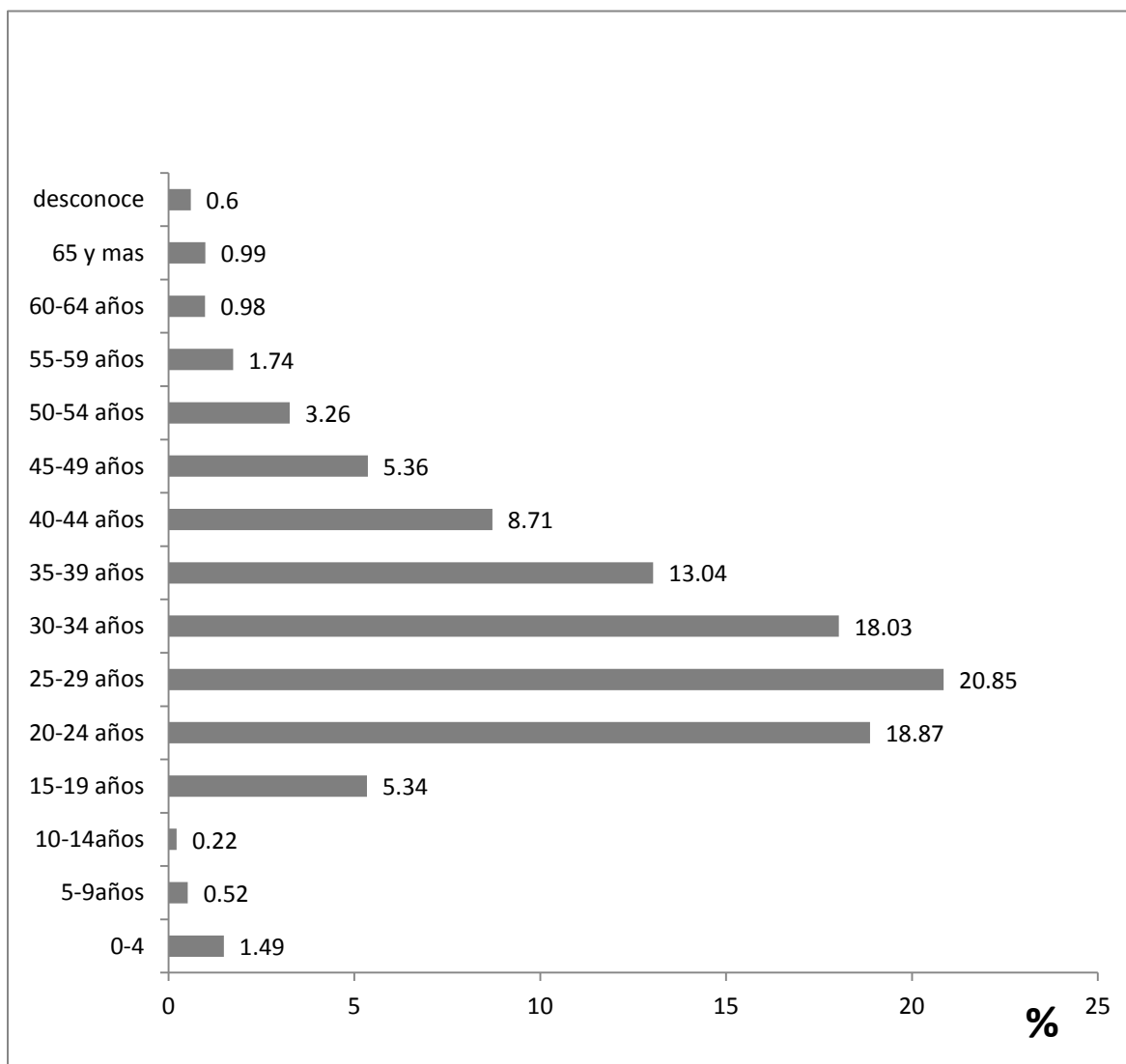
Campeche	67	22	16	20	55	71	251	0.66
Chihuahua	1272	109	133	149	141	116	1920	5.05
Chiapas	655	174	231	158	216	212	1646	4.33
Coahuila	280	31	41	20	13	15	405	1.07
Colima	57	19	35	24	11	13	159	0.42
Distrito federal	4362	520	541	586	777	1063	7849	20.64
Durango	121	29	19	21	29	28	247	0.65
Guerrero	388	23	55	79	79	127	753	1.98
Guanajuato	275	65	91	62	126	138	750	1.97
Hidalgo	128	19	29	25	31	39	271	0.71
Jalisco	584	119	96	108	98	70	1075	2.83
México	1174	158	194	257	296	206	2285	6.01
Michoacán	531	57	59	50	65	108	870	2.29
Morelos	168	44	42	65	66	42	417	1.10
Nayarit	95	18	12	11	28	36	201	0.53
Nuevo León	864	138	137	115	169	116	1539	4.05
Oaxaca	543	102	102	144	148	132	1171	3.08
Puebla	658	131	131	144	136	148	1348	3.54
Quintana Roo	421	96	129	149	146	108	1049	2.76
Querétaro	88	27	67	52	79	69	382	1.00
Sinaloa	551	47	19	20	46	49	732	1.92
San Luis Potosí	122	25	40	33	53	63	336	0.88
Sonora	510	54	62	65	83	68	842	2.21
Tabasco	461	122	168	126	162	160	1199	3.15
Tamaulipas	609	167	212	215	97	104	1404	3.70
Tlaxcala	37	8	3	9	17	34	108	0.28
Veracruz	2264	515	558	622	505	603	5067	13.32
Yucatán	716	81	127	148	149	172	1393	3.66
Zacatecas	88	26	24	14	31	33	216	0.57

Extra	55	6	6	1	3	4	75	0.20
Total	19346	3146	3533	3687	4061	4225	38028	100
% (*)	50.87	8.73	9.29	9.70	10.68	11.11	100	

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Diciembre del 2011. Procesó: SS/CENSIDA.  
Nota: Fue excluido para análisis un caso de VIH detectado desde 1984 y que recién fue incluido en la base por la DGE.

(\*) Esta parte correspondiente a lo porcentual fue creado por el autor con datos de CENSIDA

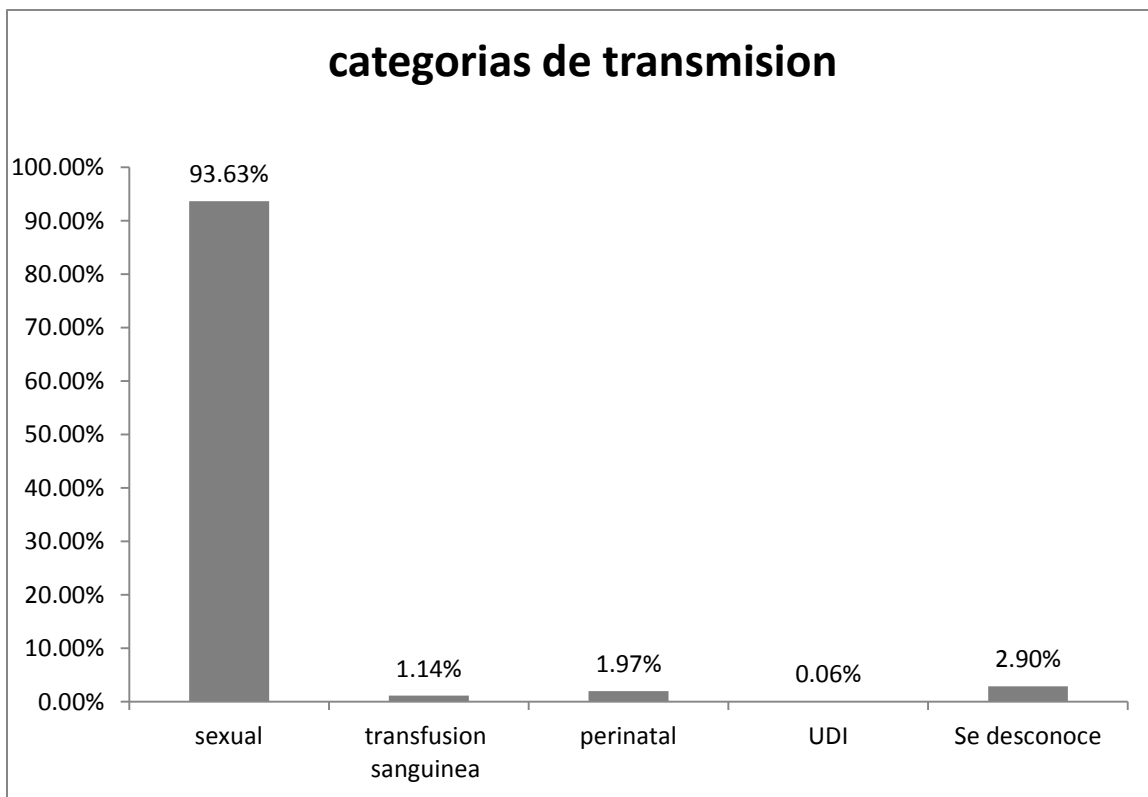
En el siguiente gráfico observamos en que edades oscila la población más afectada



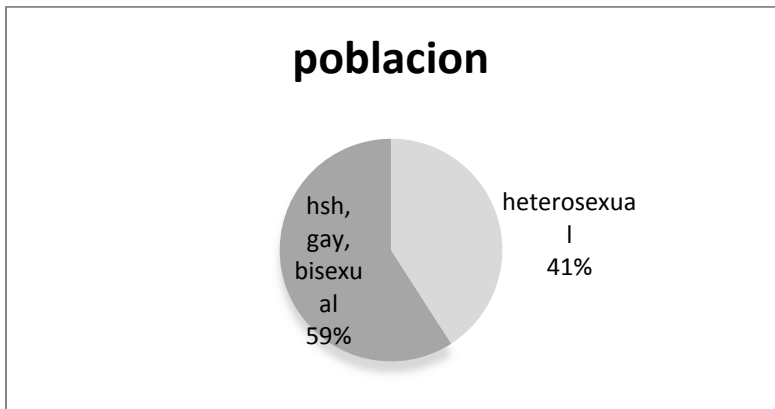
Como podemos ver las edades con mayor prevalencia está entre los 25 y 35 años, curiosamente es donde la gente tiene mayor actividad sexual misma que se comprueba en la siguiente tabla.

Categoría de transmisión	Casos	%
-Sexual	35605	93.63
-Transfusión sanguínea	433	1.14
-Perinatal	749	1.97
-UDI	21	0.06
-Se desconoce	1220	2.90
Total	38028	100%

Creado por el autor con datos de CENSIDA



Del total de casos de transmision sexual el59% son HSH, gay, o bisexuales.



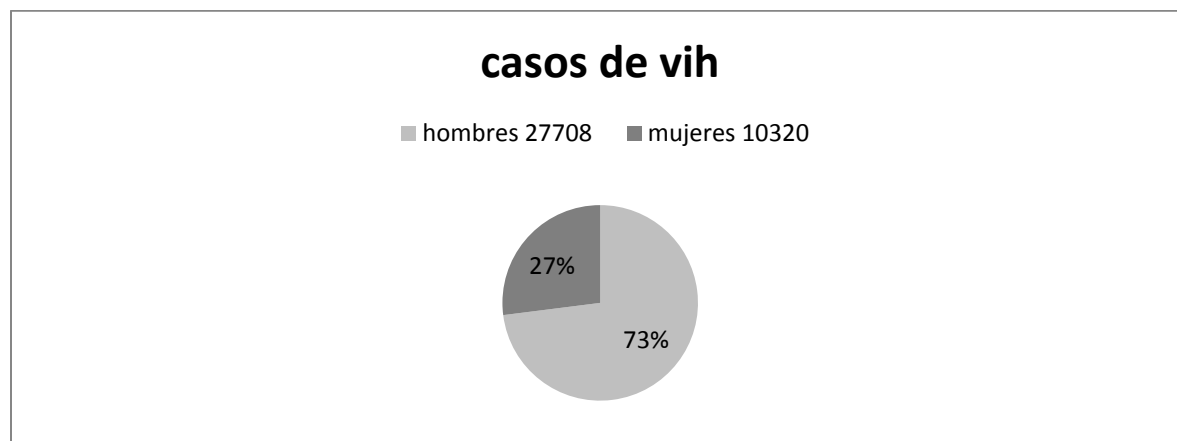
Por ultimo vemos que los casos de infeccion a aumentado en los ultimos años

Casos detectados por VIH

Año	Casos
1985-2001	1548
2002	360
2003	325
2004	771
2005	692
2006	666
2007	520
2008	541
2009	586
2010	777
2011	1063
2012	1150

En esta tabla nos muestra que a partir del año 2008 los casos fueron en aumento, se incrementó en el período del 2008-2012 cerca de un 60%

De ese total un 27% son mujeres y un 73% hombres que son PVV.



En conclusion podemos ver que en el período 2006-2012, no fueron suficientes las políticas públicas implementadas desde la Secreatria de Salud del D.F. para erradicar este problema de salud pública, ya que lejos de disminuir los casos de infeccion, estos aumentaron.

### **3.3 Alcances y limitaciones del programa para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.**

De acuerdo a la Dra. Andrea González coordinara del programa de VIH/SIDA de la Clínica Condesa, en la ciudad de México se ha logrado tener una cobertura de casi el 80% de medicamentos para la población PVV, estos medicamentos que se administran en su mayoría son los siguientes:

ABACAVIR (ABC) 300mg, ABACAVIR (ABC) Solución Oral 20mg/ml, AMPRENAVIR (APV) Solución Oral 15mg/ml, ATAZANAVIR (ATV) 150mg, ATAZANAVIR (ATV) 200mg, DARUNAVIR (DRV) 300mg, DIDANOSINA ENTÉRICA (ddI EC) 250mg, DIDANOSINA ENTÉRICA (ddI EC) 400mg, DIDANOSINA (ddI) Polvo para Solución Oral, EFAVIRENZ (EFZ) 200mg, EFAVIRENZ (EFZ) 600mg,

EFAVIRENZ (EFZ) Solución Oral 30mg/ml, ENFUVIRTIDA (T-20) 90mg/ml, ESTAVUDINA (d4T) 30mg, ESTAVUDINA (d4T) Polvo para Solución Oral, FOSAMPRENAVIR (FPV) 700mg, INDINAVIR (IDV) 400mg, LAMIVUDINA (3TC) 150mg, LAMIVUDINA (3TC) Solución Oral 10mg/ml, LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/r) 200mg + 50mg, LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/r) Solución Oral 80/20mg/ml, NEVIRAPINA (NVP) 200mg, NEVIRAPINA (NVP) Suspensión Oral 10mg/ml, RITONAVIR (RTV) 100mg, SAQUINAVIR (SQV) 200mg, TALIDOMIDA 100mg, TENOFOVIR (TDF) 300mg, ZIDOVDINA (AZT) 100mg, ZIDOVDINA (AZT) Solución Inyectable 200mg/20ml, ZIDOVDINA (AZT) 300mg + LAMIVUDINA (3TC) 150mg, ZIDOVDINA (AZT) Solución Oral 10mg/ml.

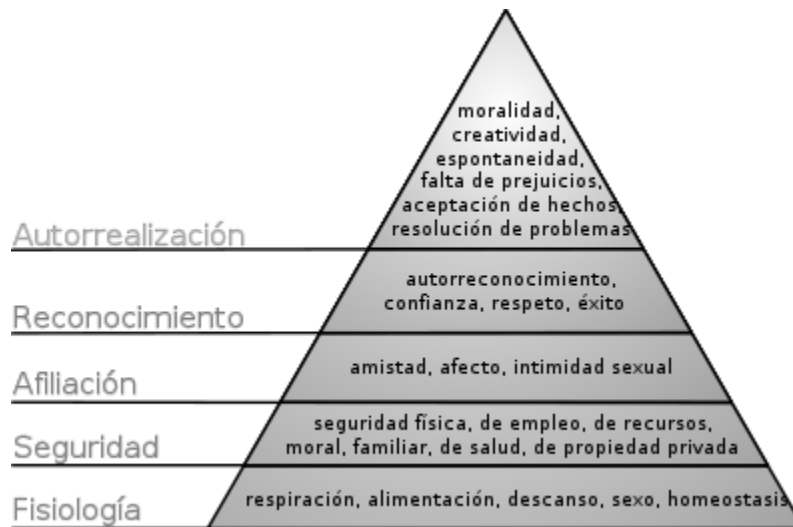
Los servicios que se otorgan por medio del Programa para prevenir el VIH/SIDA, en la Clínica Condesa son: detección del VIH a través de pruebas rápidas, apoyo psicológico, grupos de autoapoyo, administración de tratamiento, atención a enfermedades oportunistas, atención y disminución de riesgo de contraer el VIH a personas agredidas sexualmente, administración de medicamentos a reclusos.

La clínica de especialidades Condesa es la más grande en América Latina y atiende a gente de la Ciudad de México y sus alrededores, pero a pesar de ser un programa que tiene la intención de reducir los casos de infección por el VIH, también tiene sus limitantes.

Las limitantes de este programa es que a pesar de que trata de cubrir a una de las poblaciones más afectadas que son los gay, bisexuales y HSH que según datos de la clínica Condesa son alrededor de poco más de 150,000 personas gay, bisexuales y HSH, como podemos ver entonces hay 150,000 personas vulnerables a contraer el VIH o a reinfectarse.

Una segmento de la población que el programa no ha contemplado son las parejas serodiscordantes (una pareja serodiscordante es donde hay un miembro que vive con VIH y el otro no), que serían las que mayor riesgo tienen de contraer el virus, ya que como seres humanos tienen la necesidad de relacionarse sexualmente con

otros individuos, de acuerdo a Maslow la sexualidad está dentro de una necesidad biológica, como vemos en la siguiente pirámide.



<http://icimerchandising.blogspot.mx/2011/11/quien-es-maslow-y-en-que-consiste-su.html>

Entonces vemos que como seres humanos tenemos la necesidad de ejercer nuestra sexualidad, de ahí la importancia de abarcar a este segmento de la población que son las parejas serodiscordantes, y si también vemos que el ejercer libremente la sexualidad, así como la protección a la salud son derechos humanos marcados en la constitución, mismos que se recalcan al prohibir la discriminación son motivos para que el programa tome en cuenta a esta población.

Un factor importante para que la administración de medicamentos sea más eficiente es elevar la autoestima de la PVV, esto se logra reduciendo el estigma y la discriminación que la sociedad ejerce hacia ellos, ya que al haber estigma y discriminación genera mayor estrés en la persona.

Lo anterior es importante porque de acuerdo al DR. Cesar Rivera Benítez director de la jefatura de infectología del Hospital General de México comentó en el primer foro para pacientes con VIH/SIDA y familiares en conmemoración del día mundial de lucha contra el VIH/SIDA 2012 realizada el lunes 3 de diciembre del 2012 “Una buena calidad de vida inicia cuando disminuye el estrés, la depresión, la ansiedad, en una persona portadora de VIH, esto ayuda a que sus células CD4

aumenten y su organismo pueda combatir al virus más efectivamente, esto sumado a una buena adherencia al medicamento ayuda a que sea más efectivo el tratamiento ya que disminuye su carga viral hasta lograr convertirse en indetectable, por consiguiente la posibilidad de transmitir el virus disminuye considerablemente”

Como vemos, al incluir a las parejas serodiscordantes de una manera más integral al programa para prevenir el VIH/SIDA, se estará abarcando a un segmento de la población PVV en potencia, con esto, tenemos la hipótesis de que se reducirían los índices de transmisión del VIH.

### **3.4 Profilaxis post-exposición (PPE) al VIH**

En la actualidad hay maneras de prevenir la infección del VIH, una de ellas y la más conocida es el uso correcto del preservativo, la otra es la aplicación de la profilaxis post-exposición al VIH, una más es que el PVV tenga una carga viral indetectable.

La Profilaxis Post Exposición al VIH es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición al virus por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario.

En la actualidad este tratamiento llamado profilaxis post-exposición al VIH (PPE) se divide en ocupacional y no ocupacional. La PPE no debe suplir a la prevención primaria y sólo debe considerarse en situaciones excepcionales que se producen de forma esporádica, en todo caso requiere valoración médica porque conlleva riesgos y efectos secundarios. La PPE es un tratamiento con fármacos antirretrovirales durante 28 días; debe administrarse antes de 72 horas desde la exposición y su efectividad es mayor cuanto antes se administre, preferiblemente en las primeras 6 horas. Para su aplicación debe acudir a un servicio de urgencias, donde se valorará su posible administración. De acuerdo al Dr. Cesar Rivera Benítez encargado del Área de infectología del Hospital General de México, comparte la idea de que este tratamiento se dé a conocer a las parejas serodiscordantes, como medio de prevención del VIH.

### **3.4.1 Costos y efectividad de la PPE.**

El costo del medicamento es el mismo que se genera al administrar el tratamiento a una PVV ya medicada, pero con la diferencia de que al aplicarla durante este tiempo de la PPE en los 28 días señalados se reduciría el costo ya que no es lo mismo darle el medicamento a una persona PVV por años que a una persona por solo 28 días.

En la actualidad se ha aplicado este tratamiento a personas agredidas sexualmente y a personas del sector salud obteniendo resultados muy satisfactorios por encima del 95% según el Dr. Cesar Rivera Benítez.

Este tratamiento también es aplicado a personas embarazadas para reducir el riesgo de infectar al bebe.

### **3.4.2 Alcances y limitaciones de la PPE**

En la Clínica Condesa es el lugar donde se aplica la PPE, pero esta solo se le administra a personas agredidas sexualmente, personal que labora en el sector salud y a mujeres embarazadas que viven con VIH.

Con esto vemos que la PPE es un tratamiento excluyente ya que deja fuera a gente que está en riesgo de contraer el VIH como lo hemos mencionado que son las parejas serodiscordantes.

El hecho de que se le aplique solo a personas agredidas sexualmente implica que la persona tiene que levantar un acta ante la Procuraduría General de la Republica, y una valoración médica. En este aspecto decimos que una limitante del programa ya que la gran mayoría de la gente que es agredida sexualmente no lleva a cabo la demanda, y más aún si las personas son del sexo masculino.

## **Capítulo IV. Propuesta de modificación al programa para prevenir el VIH/SIDA en el D. F.**

### **4.1 Identificación del problema. El aumento de incidencia de casos de VIH/SIDA en el D.F.**

La ciudad de México es la entidad donde hay mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA, se llegó a esa conclusión al analizar la política pública implementada en la Ciudad de México, durante el periodo 2006-2012, que abarca la administración del ex Jefe de Gobierno Marcelo Ebrard; la intención de saber; si aumenta o disminuye la incidencia de casos por el virus del VIH, y que sectores de la sociedad son los más afectados ante esta pandemia.

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirido (VIH) es un problema de salud pública porque afecta a una parte de la población mexicana, por lo que el gobierno implementa una serie de políticas para combatirlo. Ya que estamos en un país donde se cuenta con una constitución política en la que se establece en su artículo 4° el derecho a la salud.

De acuerdo a las estadísticas de Clínica Condesa los casos detectados por infección de VIH en su gran mayoría son personas del sexo masculino con un 72% y de estos la mayoría es por contacto sexual entre personas del mismo sexo (gay, HSH, bisexual) con un 63% y que van en un rango de edad entre los 20 y 35 años. De estos casos el 63.5% se diagnosticó en una dependencia de la Secretaría de Salud (Seguro Popular) en el caso del D.F. es la Clínica Condesa. Se estima que en la ciudad de México hay poco más de 150,000 personas gay, bisexuales y HSH, como podemos ver entonces hay 150,000 personas vulnerables a contraer el VIH.

**Análisis retrospectivo:** A partir de 1984 se dio inicio a la vigilancia epidemiológica a escala nacional, y en 1987 se adiciono el Sida (Síndrome de inmune deficiencia adquirida) a la lista obligatoria de enfermedades sujetas a dicha vigilancia; y ya desde 1985 se comienzan a practicar pruebas serológicas, “la epidemia del sida en México ha presentado tres tendencias.

Durante la primera y la segunda tendencias, la estimación del número de casos de sida se efectuó atendiendo a dos parámetros: el sub-registro y el retraso en la notificación. Según parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 5,908 casos reportados como acumulados hasta 1990 solo el 50.8% iniciaba el padecimiento, era diagnosticado y reportado como caso en los últimos 24 meses. Igualmente, la estimación de personas viviendo con VIH se realizaba multiplicando el número de casos por 30-50 (entre 177,240 295,400), que era la cantidad de personas que se estimaba Vivian con el virus causal, pero sin manifestaciones o sin saberlo. En la tercera fue en la década de los 90 “la OMS” desarrollo un modelo para la proyección de casos de sida, que permite el cálculo en periodos cortos y su adaptación a cada región o país. En México se empezó a usar en 1995.

Al aparecer el VIH se generan conflictos en cuanto a la forma de abordar el problema:

Aspecto	Liberales	Conservadores
Problemática	Salud publica	Moralista
Motivos	Biológicos	Morales

Reacción de la sociedad: Solidaridad social y gubernamental Arrepentimiento y asistencia al infectado

Reacción del gobierno: Aplicación de políticas públicas de salud Fomento a valores; fidelidad y abstinencia.

**Análisis descriptivo:** De acuerdo a CENSIDA vemos que hasta el mes de diciembre del año 2006 los casos de infección por VIH fueron de 19346 y para el periodo 2007-2011 aumento a 38026. Con ello vemos que la prevalencia por VIH aumento un 49% en el periodo comprendido de 2007-2011; esto durante la administración de Felipe Calderón. También vemos que la población más vulnerable es la que oscila entre los 20 y 35 años mismo que abarca un 57% del total de los casos, donde los hombres

tienen más índice de infección comparado con las mujeres y dentro de este segmento están los más afectados que son los hombres que tienen sexo con otros hombres, gay y bisexuales.

**Prácticas de análisis: (Estilo cognitivo):**

**El gobierno:** El VIH/SIDA ha sido declarado reto nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND), en el apartado de la salud; establece que su abordaje integral requiere de la participación de todos los actores, en el PND se considera que para superar un enfoque puramente asistencial, hay que enfatizar la perspectiva de derechos humanos. Dentro de las políticas públicas que se implementaron en la administración de Felipe Calderón para combatir el VIH/SIDA, viene por motivo de prevenir el VIH y evitar que se desarrolle el SIDA. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre) por lo que en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se estipularon cinco objetivos: mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las desigualdades en salud mediante intervención focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; prestar servicios sanitarios seguros y de calidad; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y garantizar que la salud contribuya con el embate a la pobreza y al desarrollo del país (Secretaría de Salud, 2007b).

Con el fin de cumplir con los objetivos se diseñaron 10 estrategias: 1) fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios; 2) fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades; 3) situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; 4) desarrollar

instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el sistema de salud; 5) organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; 6) garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; 7) consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a la salud; 8) promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector; 9) fortalecer la investigación y enseñanza en la salud para el desarrollo del conocimiento y de los recursos humanos; y 10) apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y equipamiento necesario (Secretaría de Salud, 2007b).

**La sociedad:** En México, las actividades en materia de salud relacionadas con la prevención, atención y control del VIH/Sida e ITS, están respaldadas por un marco jurídico nacional e internacional, que han permitido cambios para la población en general en esta área. Los sustentos jurídicos que respaldan este plan de acción en nuestro país se encuentran plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la legislación federal, entre las que se encuentra, la Ley General de Población, la Ley General de Salud y su reglamento interno, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y las Normas Oficiales Mexicanas que en la materia se han elaborado para estos fines; y en el marco internacional se encuentran en un conjunto de instrumentos internacionales que van desde pactos, convenciones, declaraciones y acuerdos internacionales.

## **4.2 Definición del problema ¿Cómo combatir el VIH/SIDA desde la Política Pública?**

Retomemos la definición de política pública (policy) para H. Laswell, 1992. Son aquellas estrategias encaminadas a resolver problemas públicos. Las políticas públicas son las respuestas que el estado puede dar a las demandas de la sociedad, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. En este sentido, está ligado directamente a la actividad del Estado en tanto ejecutor, es decir, aludiendo a la Administración del Estado, centralizada o descentralizada. Involucra una toma de decisiones y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades. El enfoque de Políticas Públicas tiene dos dimensiones: El estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales, y el conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones. Con esto vemos que el concepto de Políticas Públicas define estrategias de acción encaminadas a resolver problemas públicos a partir del interés y la opinión de los grupos sociales afectados; en cambio, el concepto de Políticas Gubernamentales tiene un sentido más amplio e impreciso pues comprende en general a todas las acciones de gobierno.

De acuerdo a Laswell el objetivo de modificar la política pública en materia de VIH es para crear un tríptico dirigido a persona PVV con pareja sexoafectiva estable seronegativa (parejas serodiscordantes).

**Análisis normativo:** comprobamos que hay marco jurídico donde se establecen los derechos humanos y vemos que en la constitución política, tenemos un marco legal para la protección de estos donde vemos en los artículos 1 El derecho a la no discriminación; en el artículo 3 nos muestra el derecho a la educación y en el artículo 4 de la constitución. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley

definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la constitución.

Además se cuenta con una ley para prevenir y erradicar la discriminación, la norma mexicana para combatir el VIH 010, ley de privacidad para pacientes con VIH/SIDA.

**Características del problema:** Podemos ver que aunque durante el gobierno de Felipe Calderon se le considero a la pandemia del VIH un reto nacional, no fueron suficientes las politicas publicas implementadas desde la Secreatria de Salud para erradicar este problema de salud publica, ya que lejos de disminuir los casos de infeccion, estos aumentaron casi un 100%.

**\_Interdependencia:** La fuerte discriminación social ejercida contra las personas portadoras de VIH/SIDA, empeora notablemente su condición y redundando además en la expansión de la pandemia, las pérdidas económicas, sociales y humanas son fuertes, la estigmatización se convierte en un mal endémico en nuestra sociedad trayendo como consecuencia la exclusión sistemática.

**\_Subjetividad:** En un taller con activistas de todo el país se concluyó que el problema viene a raíz de que el gobierno le deja la responsabilidad de cuidar a la sociedad a las personas que viven con VIH.

**-Artificialidad:** La sexualidad está dentro de una necesidad biológica, como vemos, entonces tenemos que como seres humanos ejercemos nuestra sexualidad, de ahí la

importancia de abarcar a toda la población sexualmente activa, ya que como dicen los activistas el VIH no distingue raza, edad, condición social, preferencia sexual.

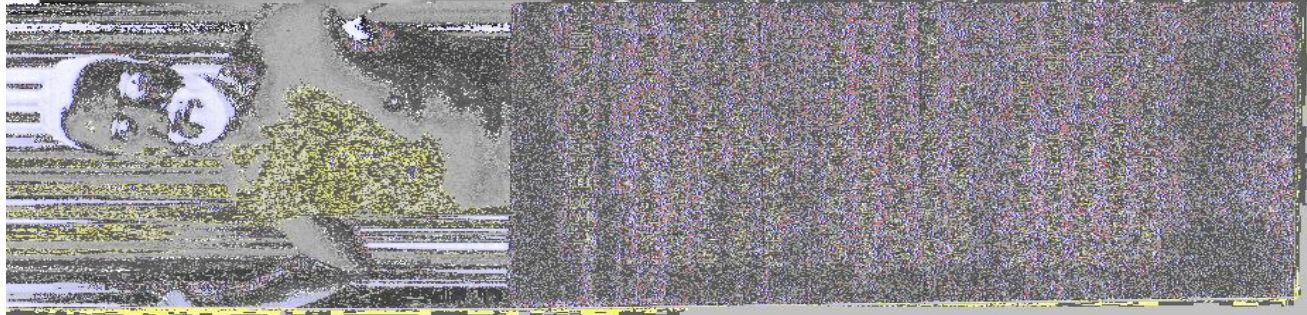
El hecho de enfocarse a la población HSH, Gay, Bisexual es porque el VIH afecta más a este sector poblacional, por lo tanto se hace mayor énfasis en trabajar con esta sociedad para combatir la pandemia, además vemos que desde la administración de Marcelo Ebrard se han hecho políticas para esta población, ya que son seres que aportan impuestos como cualquier otro individuo.

**\_Dinámica:** En México la lucha contra el VIH/SIDA se empezó demasiado tarde gracias al sector conservador y a la negación del gobierno frente a la pandemia en el país.

**Pronóstico:** De seguir con las políticas públicas actuales, al PND y las políticas aplicadas, el pronóstico que hacemos es que los casos de VIH irán en aumento en los próximos años, debido a que no se está atacando el problema de raíz.

#### **4.3 Identificación de alternativas, respuestas o soluciones: creación de un tríptico informativo dirigido a parejas serodiscordantes.**

**Análisis prospectivo:** se plantea la modificación de la política pública para combatir el VIH/SIDA en la Ciudad de México se cuentan con políticas públicas para combatir el VIH/SIDA, una crítica que le hacemos es que dicho programa no contempla a las parejas serodiscordantes (pvv y no pvv), mismo que consideramos de gran importancia para poder combatir el VIH. Ya que al garantizar la salud y hacer valer el derecho de libre relacion se puede prevenir con mayor eficacia la transmision del VIH.



## SEXUAL Y VIH

...n y sin VIH tienen de-  
su vida y sexualidad  
arse y ser cuidados  
namente las relacio-

...n derechos humanos  
libertad, dignidad e  
es humanos y deben  
os, ejercidos, promo-

...este tratamiento de-  
s requisitos. Puedes  
dico tratante si eres  
o del ISSSTE. Si no  
s, por ley, si vives en

el Distrito Federal o eres afiliado al Seguro Po-  
pular, la clínica de Especialidades Condese te  
apoya. La clínica Condese está ubicada en Ben-  
jamín Hill, 24, col. Condese, del. Cuauhtémoc,  
c.p. 06140, México, DF.

Así que en cualquier caso, dirígete y pregunta a  
tu médico tratante.

Investigación, diseño y contenido:

Agustín Aguilar Gaspar y Roy Nelson Cecilio Mendoza

Modelo: Edgar Mendoza

Diseño editorial: Marco Antonio González Rodríguez

«Viviendo en plenitud mi relación» es producto del  
Diplomado Teoría y Práctica de las Organizaciones  
Civiles con Trabajo en Disidencia Sexual y VIH/SIDA,  
organizado por el Programa de Estudios en Disidencia  
Sexual de la UACM.



Viviendo en  
plenitud mi  
relación

Parejas  
Serodiscordantes

Donde yo vivo  
con VIH, y mi  
novio no

## El cuidado sexual en la pareja

Tomar medicamentos a la hora y días indicados sin excepción es muy importante, ya que ayuda a disminuir la carga viral en tu organismo y aumenta el conteo de los CD4. De esta forma, tu carga viral se puede volver indetectable en tu organismo, lo cual ayuda a disminuir la posibilidad de transmitir el VIH.



El sexo seguro se vive mediante juegos eróticos. Como masturbación mutua, caricias y besos. El sexo protegido implica la utilización de una barrera que impida el intercambio de fluidos corporales al llevar a cabo la penetración anal.

## ¿Cómo se usa el condón?



1. Revisa fecha de caducidad, que el empaque no esté maltratado y tenga una burbuja de aire.



2. Abrir el empaque del condón por la parte bordada (no uses uñas, dientes o utensilios punzo cortantes).



3. Coloca el condón en el pene erecto, presionando la punta del condón, para evitar que quede aire. Desenrolla suavemente hasta que llegue a la base del pene.



4. Para iniciar la penetración anal, se puede agregar sólo lubricante a base de agua en el exterior del condón y ano.



5. Después de eyacular, sujeta la base del condón y retíralo del pene erecto. Esto evita que se derrame el semen o se quede dentro el condón.



6. Envuelve el condón con papel higiénico y tíralo al bote de la basura.

## ¿Qué hago si se me rompió el condón?

Si penetras, o te penetran y se ha roto o deslizado el condón, o si te eyaculan en la boca, tienes el riesgo de infectar a tu pareja o reinfectarte del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Puedes valorar, junto con el médico de la unidad de urgencias del hospital, la posibilidad de iniciar la Profilaxis Postexposición (PEP), que es un tratamiento de 28 días que se utiliza de manera excepcional y reduce la probabilidad de infección por VIH si se inicia antes de 72 horas del contacto de alto riesgo (de preferencia durante las 6 primeras horas).

**En la determinación y resolución del problema:** vemos lo siguiente: La fuerte discriminación social ejercida contra las personas portadoras de VIH/SIDA exige un esfuerzo especial para garantizar la defensa y promoción de sus derechos humanos, las deficiencias en las garantías de derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA empeora notablemente su condición y redundada además en la expansión de la pandemia, las pérdidas económicas, sociales y humanas son fuertes, además de que las estrategias implementadas en este sexenio iban dirigidas a las personas que viven con VIH, y si se pretende reducir los índices de infección, esta debería ser enfocada a la población vulnerable o general.

Con la modificación de la política de salud en materia de VIH/SIDA se pretende disminuir el estigma que se le hace a las PVV, ya que por medio del tríptico se le daría opciones de cómo cuidar la salud de la pareja seronegativa, de esta manera además se pretende disminuir el estrés por el que pasan las PVV, misma que se acentúa al iniciar o estar en una relación amorosa, ya que se puede poner en conflicto a la pareja seronegativa (Salud, descremación, estigmatización).

Una problemática que tiene la población que vive con VIH es el estigma que le pone la sociedad al catalogarlos como personas muy promiscuas que no se cuidan y que nada más se la pasan infectando a la gente, esto haciéndolo deliberadamente, como forma de venganza.

El tríptico va dirigido a ese segmento de la población, debido a que existe un alto índice de discriminación social ejercida contra las personas portadoras de VIH/SIDA, esto exige un esfuerzo especial para garantizar la defensa y promoción de sus

derechos humanos, las deficiencias en las garantías de derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA, empeoran notablemente su calidad de vida.

- Objetivos particulares

- Debido a la escasez de investigaciones nacional sobre la profilaxis post-exposición al VIH/SIDA enfocadas a las políticas públicas, realizadas desde la perspectiva de la prevención del virus a través de la profilaxis misma, esperamos que este tríptico sirva para disminuir el crecimiento de la pandemia y como consecuencia hacer valer los derechos humanos de los portadores.

-Se pretende hacer que el PVV y el no PVV conozcan los medios de prevención del VIH, como lo es el uso del preservativo, que el PVV tenga una carga viral indetectable y la aplicación oportuna de la PPE.

Las reglas de operatividad para este proyecto son las siguientes:

-Vivir en el Distrito Federal.

-Ser portador del VIH y estar en atención médica.

-En caso de estar medicado tener adherencia y mostrar un control de su carga viral y cd4 (análisis clínicos anteriores).

-Registrar a tu pareja amorosa seronegativa, misma que se entenderá que es la única que podría ser beneficiado por este tratamiento.

-El registro se llevara a cabo por medio de la persona seropositiva que va a dar el nombre legal de su pareja (sólo uno por persona), mismo que se debe actualizar cada año. Si se inicia una relación con otra persona, la nueva pareja se podrá registrar hasta que se venza el registro anterior (que es de cada año), el tratamiento sólo se podrá aplicar una vez al año, con una canalización previa de tu médico tratante, cumpliendo con los puntos anteriores.

Los puntos de distribución de este tríptico serán en los centros donde se da tratamiento a personas que viven con VIH, estos centros deben ser dependencias de la secretaria de salud del Distrito Federal y se les dará a personas seropositivas.

Así llegamos a la conclusión, de que la PPE al VIH debe ser una alternativa para combatir los casos de infección de VIH, haciéndolo desde la población más afectada que son las parejas serodiscordantes.

Además de darle al VIH el trato que se les da a las enfermedades que puedes tener por un descuido, como la diabetes u otras, entonces no debe ser estigmatizada la persona que vive con el virus. Por eso se propone la alternativa de 1 tríptico para parejas serodiscordantes, recordando que la ignorancia es el principal aliado del virus.

LOS TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES (ARV) y la carga viral indetectable.

El objetivo de los tratamientos actuales con los nuevos fármacos, es suprimir la replicación del VIH, pero todavía no disponemos de medicamentos que lo consigan por completo. Sin embargo, es cierto que esos nuevos medicamentos, combinados entre sí, han mejorado de forma muy sensible la expectativa y la calidad de vida, y han reducido notablemente la aparición de complicaciones infecciosas.

Se entiende por terapia antirretroviral (ARV) la aplicación de una serie de medicamentos que tienen por objetivo impedir la replicación del virus y restaurar el sistema inmunológico del paciente. Actualmente, el tratamiento consiste en la combinación de varios fármacos.

Los medicamentos antirretrovirales son de gran eficacia, retrasan la progresión de la infección por VIH y aumentan la supervivencia de los pacientes. La terapia ARV actualmente disponible no elimina el virus del cuerpo, pero prolonga la vida y la salud mediante la reducción de los efectos adversos del VIH en el sistema inmunológico.

La terapia es individualizada y debe ser prescrita, revisada y modificada por un especialista, que habrá evaluado previamente el estado general de salud del paciente. El tratamiento ayuda a que el virus no se multiplique, reduciendo su presencia en el

organismo. Disminuye por tanto la carga viral y esto reduce la capacidad de transmitir el virus hasta un 96%.

En relación a esta terapia es muy importante una buena adherencia al tratamiento (toma de las dosis indicadas y cumplimiento de horarios) ya que, de no ser así, disminuye la concentración de medicamento en sangre aumentando el riesgo de que el virus se haga resistente a los antirretrovirales usados y de que éstos pierdan eficacia.

Hoy en día el VIH es considerado una enfermedad crónica, en dónde la expectativa de vida para una persona viviendo con VIH es igual a la de cualquier persona, esto exige un apego y adherencia al tratamiento, ya que con ello se garantiza una buena calidad de vida.

En México, el tratamiento antirretroviral y la atención médica son gratuitos

**Objetivos:** Generar políticas públicas en materia de salud para la reducción de riesgos y daños en parejas serodiscordantes en el distrito federal.

**Alternativas:** Un factor importante para que la administración de medicamentos sea más eficiente es elevar la autoestima de la PVV, esto se logra reduciendo el estigma y la discriminación que la sociedad ejerce hacia ellos, ya que al haber estigma y discriminación genera mayor estrés en la persona.

Lo anterior es importante porque de acuerdo al DR. Cesar Rivera Benítez director de la jefatura de infectología del Hospital general de México comento en el primer foro para pacientes con VIH/SIDA y familiares en conmemoración del día mundial de lucha contra el VIH/SIDA 2012 realizado el lunes 3 de diciembre del 2012 “Una buena calidad de vida inicia cuando disminuye el estrés, la depresión, la ansiedad, en una persona portadora de VIH esto ayuda a que sus células CD4

aumenten y su organismo pueda combatir al virus más efectivamente, esto sumado a una buena adherencia del medicamento ayuda a que sea más efectivo el tratamiento ya que disminuye su carga viral hasta lograr convertirse en indetectable, por consiguiente la posibilidad de infectar disminuye”

Con eso vemos que al incluir a las parejas serodiscordantes de una manera más integral al programa para prevenir el VIH/SIDA, se estará abarcando a un segmento de la población PVV en potencia, tenemos la hipótesis de que se reducirían los índices de transmisión del VIH. En la actualidad hay maneras de prevenir la infección del VIH, una de ellas y la más conocida es el uso correcto del preservativo y la otra es la aplicación de la profilaxis post-exposición al VIH. La Profilaxis Post Exposición al VIH es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición al virus por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario.

Consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales durante 28 días. Debe administrarse antes de 72 horas desde la exposición y su efectividad es mayor cuanto antes se administre, preferiblemente en las primeras 6 horas. En la actualidad este tratamiento llamado profilaxis post-exposición al VIH (PPE) se divide en ocupacional y no ocupacional. La Profilaxis Post Exposición La PPE NO debe suplir a la prevención primaria y sólo debe considerarse en situaciones excepcionales que se producen de forma esporádica, en todo caso requiere valoración médica porque conlleva riesgos y efectos secundarios. Debe acudir a un servicio de urgencias, donde se valorará su posible administración. De acuerdo al Dr. Cesar Rivera Benítez comparte la idea de

que este tratamiento se dé a conocer a las parejas serodiscordantes, como medio de prevención del VIH.

**Factibilidad:** El costo del medicamento es el mismo que se genera al administrar el tratamiento a una PVV ya medicada, pero con la diferencia de que al aplicarla durante este tiempo de la PPE en los 28 días señalados se reduciría el costo ya que no es lo mismo darle el medicamento a una persona PVV por años que a una persona por solo 28 días. De esta manera vemos que se tiene un costo elevado al aplicar esta propuesta a corto plazo, pero el resultado de disminuir los casos de infección y económicos disminuyen a largo plazo.

**Prospectivo:** De no modificar las políticas públicas en materia de VIH, este tendrá un costo económico, social y político más elevado. Para disminuir los casos de infección por VIH proponemos un tríptico informativo para parejas serodiscordantes.

### **Justificación del tríptico**

Cada vez hay más parejas en las que uno vive con VIH y el otro no. Son las llamadas parejas serodiscordantes. Algunas llevan más de 20 años juntas, y teniendo sexo seguro, permanecen sin transmisión entre ellos. Actualmente el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, gracias a los tratamientos cada vez más eficaces. Esto permite vivir una relación larga, sin estar obsesionados por las consecuencias de la enfermedad, y teniendo un sexo bastante completo, excepto por el mantenimiento de las precauciones para evitar una transmisión. El hecho de que uno sea seropositivo y el otro no, hacen que se viva la relación de forma diferente. Quizás

el que es seronegativo, puede sentir culpa, por su suerte, (es un fenómeno paradójico, pero frecuente: ¿por qué a mí no?), o sentirse responsable de cuidar al otro, y tenga miedo de que pueda desaparecer antes de tiempo. También puede sentir rabia, si su pareja se contagió en una relación con otro, y darle vueltas al riesgo de haberse podido contagiar al no haber usado preservativos en sus relaciones. Ambos (aunque principalmente el seropositivo) van a tener que vivir las fases del duelo al conocer que uno está contagiado. Esto implica múltiples fases como momentos de negación, de rabia, de falta de aceptación, de confusión, de depresión, y por fin, de aceptación de la nueva situación. El compañero tendrá que estar a su lado y tolerar momentos malos, hasta que se pasen. Dar cariño, comprensión, y participar de todos los pasos que tiene que dar su pareja para enfrentarse a la infección: visitas al médico, análisis, búsqueda de información, contacto con grupos o asociaciones de apoyo, etc. El seronegativo tiene que informarse para tener muy claros los riesgos de contagio y no exagerarlos, pero tampoco negarlos. Es muy normal que a causa del amor que se tengan, la pareja tienda, con el tiempo, a familiarizarse con el tema y no quieran asumir que hay riesgos, y que tienen que estar protegiéndose de ellos. Es verdad que la infección es como un tercero que estorba permanentemente los encuentros sexuales, pero que no va a dejar de estar ahí porque no se piense en ello. Hay que automatizar los hábitos de protección, para actuar, responsablemente siempre negociando; realizando sexo seguro; o negociando en todo caso los riesgos. Que no haya excusas como que “estábamos bebidos” o “fue un calentón” o “ya estamos cansados de tantos cuidados”. En caso de rotura de preservativo o de sexo con riesgo, existe un tratamiento llamado PPE (Profilaxis Post-Exposición), que debe comenzarse entre 6 y 72 horas tras la

exposición al virus. Puede haber un deseo inconsciente de contagiarse, por parte del seronegativo, como una forma de estar más unido al otro. En otros casos puede ser para así eliminar el temor al contagio y la tensión. Pero si ambos fueran seropositivos deberían evitar el contagiarse con otras cepas del virus (re-infección), que pueden activar la enfermedad, o contagiarse de otras infecciones de transmisión sexual. Utilizar una barrera protectora no impide una entrega total. Esta entrega no tiene que incluir el riesgo a infectarse, innecesariamente. Se puede desarrollar una vida sexual plena a pesar de no realizar prácticas de riesgo. Es cuestión de cuidar la vida erótica, desarrollarla con fantasía y responsabilidad.

Para la aplicación de la PPE tenemos la Opinión de especialistas que forman parte de la declaración británica: El tratamiento para combatir el VIH “es tan eficaz como los preservativos” para reducir la transmisión del mismo.

El Grupo Asesor Experto en Sida del Reino Unido (EAGA, en sus siglas en inglés) y la Asociación Británica del VIH (BHIVA) han publicado un documento de posicionamiento respecto al uso del tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Por primera vez, el documento ofrece a los profesionales sanitarios del Reino Unido una declaración de consenso que puede utilizarse para orientar los debates con los pacientes. Los autores del texto señalan que en el estudio HPTN 052 se comprobó que en una pareja heterosexual ser discordante (donde un miembro tiene VIH y el otro no), la probabilidad de transmisión del virus de un miembro a otro fue un 96% menor cuando la persona infectada tomaba terapia antirretroviral. En consecuencia, indican: “La reducción observada de la transmisión del VIH en [este] ensayo clínico demuestra que el uso de una terapia antirretroviral exitosa por parte de

la persona con VIH resulta tan efectivo como el empleo constante del preservativo a la hora de limitar la transmisión viral”. Nunca se ha realizado un ensayo de distribución aleatoria con control para determinar la eficacia del uso del preservativo. Sin embargo, los metanálisis de estudios observacionales con parejas serodiscordantes que declararon utilizar el preservativo el 100% de las ocasiones revelaron que esta estrategia tenía una eficacia de un 80% en la reducción de la transmisión del VIH. La declaración añade que, a diferencia de la terapia antirretroviral, los preservativos permiten prevenir otras infecciones de transmisión sexual. El documento afirma que el riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales por vía vaginal es “extremadamente bajo”, siempre que la persona seropositiva esté tomando una terapia antirretroviral y haya tenido una viremia por debajo de 50 copias/ml de forma continua durante más de seis meses, que ninguno de los dos miembros de la pareja tenga una infección de transmisión sexual y que se realice una prueba de carga viral cada tres o cuatro meses. En la declaración se apunta que no existen datos disponibles relativos a las relaciones anales o a la transmisión a través del uso compartido de jeringuillas, pero se señala: “La opinión experta es que cabe esperar también que estas prácticas entrañen un riesgo extremadamente bajo de transmisión, siempre que se cumplan las condiciones mencionadas con anterioridad”.<sup>13</sup> Asimismo, se añade que los profesionales sanitarios deberían comentar el impacto de la terapia antirretroviral sobre el riesgo de transmisión sexual con todas las personas que viven con VIH. En el caso de las personas que en ese momento no tomen terapia, debería debatirse la posibilidad de iniciar el tratamiento para reducir el riesgo de transmisión. Comentario de NAM: Las actuales directrices de tratamiento de la BHIVA ya recomiendan que los especialistas

---

<sup>13</sup> El Grupo Asesor Experto en Sida del Reino Unido (EAGA, en sus siglas en inglés) y la Asociación Británica del VIH (BHIVA)

en VIH debatan la eficacia del tratamiento antirretroviral como prevención con todos sus pacientes. La relevancia de esta declaración es que está coescrita por la EAGA, que fue creada en 1985 para “proporcionar consejo sobre aquellos temas relacionados con el VIH/sida que le sean derivados por el Responsable Médico de los Departamentos de Salud del Reino Unido”. EAGA está compuesta por especialistas en VIH, otros expertos médicos y miembros legos, mientras que entre los autores de la declaración se cuentan representantes de la BHIVA, NAT, MEDFASH, NAM y el Departamento de Salud. Este documento consultivo pretende servir de ayuda para que médicos y pacientes debatan acerca del uso de la terapia antirretroviral como prevención, pero también proporciona pruebas científicas que justifican la provisión de recursos para respaldar su empleo.

**Metas:** Es reducir los índices de infección por el VIH, garantizar la salud sexual, emocional, disminuir el estigma y la discriminación

#### **4.4 Evaluación y selección de opiniones**

Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención Según ha confirmado un ensayo realizado en fecha reciente, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona portadora, con independencia de su recuento de células CD4.

## Qué es un Conteo de Células T o de CD4?

El conteo de células T, o conteo de CD4, indica el número de células CD4 en tu cuerpo. Una célula CD4 es un tipo especial de linfocito y, a mayor número, más fuerte es el sistema inmune. Cuando adquirió el VIH, el virus entró en algunas de sus células CD4. A medida que las células CD4 se multiplican para luchar contra una infección, también pueden hacer más copias del VIH. Además el virus puede destruir las células CD4 y las células circundantes. Después de vivir con VIH por un tiempo (si no tomas medicamentos) por lo general el número de células CD4 que tenga bajará. Ésta es una señal de que tu sistema inmune está siendo debilitado. Cuanto más bajo sea tu conteo de CD4, mayor será el riesgo de que te enfermes. Un conteo de CD4 normal para alguien que no tiene VIH, suele ser entre 500 y 1,400

## ¿Qué es la Carga Viral?

Los niveles de carga viral revelan la cantidad de VIH que está circulando por tu sangre. Cuanto más VIH haya en la sangre, más tenderá a bajar su conteo de CD4. Esto hace que el análisis de carga viral sea útil para pronosticar problemas de salud que pueda desarrollar. Además sirve para medir cómo están funcionando las medicinas una vez comenzado el tratamiento. La prueba de carga viral mide la cantidad de VIH por mililitro (ml) en tu sangre y puede detectar hasta un mínimo de 50 copias de VIH por mililitro. Cuando tiene menos de 50 copias de VIH por ml, tu doctor te dirá que tu carga viral está por "debajo del límite de detección" o "indetectable". Esto no significa que no haya más VIH en tu cuerpo.

Una revisión realizada a varios estudios de parejas serodiscordantes (en las que un miembro tiene VIH y el otro no) determinó que la tasa de transmisión del virus dentro de la pareja iba del 0,0 al 0,14 por cada 100 persona-años cuando la persona con VIH tenía una carga viral indetectable gracias a la terapia antirretroviral. Dos análisis distintos [presentados en el III Taller Internacional sobre VIH y Mujer celebrado recientemente en Toronto, Canadá recopilaron y trataron de forma conjunta los datos procedentes de varios estudios, entre ellos el NPTN 052 (el ensayo en el que se

descubrió una tasa de reducción del 96% en el riesgo de transmisión del virus en parejas serodiscordante.

A pesar de las pruebas reveladas en el ensayo HPTN 052 respecto a la reducción de la transmisión del VIH cuando la carga viral es indetectable, no se había determinado el riesgo de que sucediera. Para abordar este tema, un equipo de investigadores de Canadá efectuó una revisión sistemática y un [meta-análisis](#) de estudios en los que se registraron las tasas de transmisión del virus, el historial de tratamiento antirretroviral y la viremia de la persona con VIH.

El equipo de investigadores solo encontró tres estudios que cumplieran todos los criterios de elegibilidad, incluyendo la confirmación de que la persona con VIH de la pareja había alcanzado una carga viral indetectable. Otros tres ensayos cumplieron únicamente los dos primeros criterios de elegibilidad, pero no se confirmó la supresión de la carga viral (incluyendo el HPTN 052).

Los tres estudios que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad contaron, en conjunto, con una participación de 991 parejas heterosexuales y aportaron datos equivalentes a 2.064 persona-años de seguimiento. Los resultados acumulados arrojaron una tasa de transmisión del VIH de 0,0 por cada 100 persona años (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0 - 0,5).

A continuación, en la revisión se tuvieron en cuenta los tres estudios que contenían datos sobre las tasas de transmisión e historial de tratamiento, pero no habían confirmado la carga viral. El estudio HPTN 052 aportó 1.763 parejas participantes y los otros dos estudios, 3.470 parejas más. Al tener en cuenta los datos agrupados de los seis estudios, se comprobó que el riesgo de transmisión global fue de 0,14 por cada 100 persona-años (IC95%: 0,04 - 0,31).

Los seis ensayos detectaron cuatro casos de transmisión del virus y en las cuatro ocasiones tuvieron lugar en los seis primeros meses de la terapia antirretroviral de la persona con VIH, por lo que es posible que aún tuviera una carga viral detectable.

El equipo de investigadores señaló que su estudio presentaba varias limitaciones, como por ejemplo: No incluyó parejas del mismo sexo, no tuvo en cuenta diferencias entre sexo vaginal y anal, no determinó la frecuencia de las prácticas sexuales, no comprobó el origen de la infección por VIH, no comprobó la carga viral exacta en el momento de producirse la infección, no tuvo en cuenta las posibles infecciones de transmisión sexual (ITS) ni precisó el grado de uso del preservativo.

A la luz de los resultados del metanálisis, los autores concluyen que existe un riesgo mínimo de transmisión sexual del VIH en parejas heterosexuales serodiscordantes en donde la persona seropositiva tiene una viremia indetectable con la terapia antirretroviral. Consideran que estos hallazgos pueden ser útiles a la hora de asesorar a las mujeres con VIH sobre temas de fertilidad y salud sexual.

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprobó la droga Truvada, que redujo hasta un 78 por ciento la infección en parejas en donde uno de los miembros era portador del VIH, en estudios clínicos con Truvada que se realizaron en África.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de sus necesidades básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

Para fomentar que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, Apoyo Positivo ha determinado que la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce los siguientes derechos sexuales:

**El Derecho a la Libertad Sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de que los individuos expresen su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso. Todavía en más de setenta países del

mundo se persigue a las personas que se definen como homosexuales, y en cinco países son condenados a muerte si expresan de manera libre su opción sexual. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual: Este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de cada uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo. Aunque cada vez se denuncia con más frecuencia, todavía hay una cifra negra: los expertos consideran que se cometen cuatro veces más delitos sexuales de los que se denuncian, de manera que se estiman casi 30.000 casos sin denunciar en España. El Derecho a la Privacidad Sexual: Es el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad, siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros. A diario se viven ejemplos en los que se viola de forma pública la privacidad de personas y su sexualidad, como en la persecución a homosexuales en Rusia u otros movimientos en contra de la privacidad sexual como el homófobo Proyecto Pilla Pilla en nuestro país. El Derecho a la Equidad Sexual: La oposición a todas las formas de discriminación, con independencia del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional. Es evidente que la igualdad en términos de sexualidad no existe en muchos lugares de este planeta, desde la desigualdad estructural hombre-mujer, a la limitación de derechos según orientación sexual. El Derecho al Placer Sexual: el placer sexual, que incluye el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual. Un derecho que está limitado incluso físicamente en el cuerpo de algunas personas, como con la mutilación genital femenina. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional: La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor. En muchos países no se puede hablar de manera abierta de determinada sexualidad y se establecen leyes explícitas que vulneran este derecho a la expresión, como la ley anti-propaganda gay rusa o la situación de silencio que viven muchas personas en Uganda. El Derecho a la Libre Asociación Sexual: La posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales. Se trata del acceso o no al matrimonio de forma libre,

al contrario de lo que sucede en numerosos matrimonios forzados, incluso en países como Francia, Portugal, o Inglaterra, así como un acceso libre y efectivo al divorcio. El Derecho a Hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables: Es el derecho que nos permite decidir tener hijos o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad. Vemos como las leyes se hacen de nuevo más restrictivas ante recursos como el aborto, como ha ocurrido recientemente en España con la nueva ley del aborto, que no sólo condena a la mujer que lo ejecute sino que ataca de forma directa a los médicos que lo practiquen. El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico: La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales. Ya conocemos y manejamos información para rechazar declaraciones como algunas procedentes de sectores de la iglesia Católica que siguen tachando de enfermedad la homosexualidad. Incluso hay organismos, como la Organización Mundial de la Salud, que siguen considerando la transexualidad como un desorden mental, a pesar de no reconocerse en textos oficiales como el DSM-V. El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva: Este proceso dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales. En nuestro país no forma parte del currículum escolar, por lo que no se imparte en los colegios y se le ponen trabas en su ejecución. El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales. El Real Decreto, 16/2012, que limita el acceso sanitario en España, establece copagos, así como con los numerosos cierres y recortes de los dispositivos y recursos, en especial para jóvenes, de información y gestión de la salud sexual.

## **Conclusiones.**

De acuerdo a la implementación de las políticas neoliberales impuestas por el gobierno de México desde la década de los '70s, podemos ver que el resultado de las mismas es el menoscabo del bienestar social de toda la población en general, siendo la más afectada los grupos en alta vulnerabilidad; en este caso las personas que vienen con VIH/SIDA, PVV's, y por ende las parejas serodiscordantes de las mismas. Por eso tomando en cuenta que cada vez el adelgazamiento del estado en rubros indispensables para toda sociedad, como es la protección de la salud, donde las políticas públicas son muy austeras, para brindar una solución integral efectiva y eficaz, es que con la investigación realizada concluimos lo siguiente: que al aplicar la propuesta que hacemos se puede llegar a reducir considerablemente la incidencia de casos de transmisión por VIH. Con la investigación realizada concluimos que al aplicar la propuesta que hacemos se puede llegar a reducir considerablemente la incidencia de casos de transmisión por VIH.

Al aplicar los cambios que proponemos al Programa de VIH/SIDA del Distrito Federal, podemos ver que en un principio los costos económicos de este cambio serian elevados, pero, a mediano plazo estos costos económicos se reducirían considerablemente, ya que no es lo mismo darle medicamento a una persona durante 30 años (es la esperanza de vida que tiene un PVV en la actualidad), que proporcionárselo por 28 días (tiempo que se requiere para que la PPE sea afectivo).

Al aplicar las recomendaciones del tríptico vemos lo siguiente:

El uso correcto del condón es 98% efectivo, es decir por cada 100,000 personas hay 2000 potenciales personas a contraer la infección por VIH.

Ahora de estas 2000 personas si tuvieron contacto de riesgo con un PVV que este medicado correctamente es decir que tenga su carga viral indetectable y CD4 elevados) el riesgo de transmisión disminuye un 86%, es decir de los 2000 casos solo quedaría como posibles pvv 280 personas.

De estas 280 si se les aplica la PPE en tiempo y forma recomendados por los especialistas se reduce el riesgo de transmisión a un 95%, es decir de estas 280 personas quedarían como posibles pvv 14.

Es decir al seguir estos tres pasos por cada 100,000 personas solo habría 14 posibles pvv a diferencia; si solo se sigue recomendado el uso del condón, como hasta ahora, por cada 100,000 personas las posibles pvv son 2000 personas.

Con la política actual que se aplica en el programa podemos ver que lejos de dar una solución se está haciendo que los pvv tenga una mayor carga emocional al no querer revelar su estado serológico, por lo que caemos en un círculo vicioso.

Al darle este tríptico a los pvv como herramienta para manejar mejor su situación serológica tanto con su familia y parejas sentimentales, provocamos que haya un cambio de círculo vicioso a un círculo virtuoso.

Este círculo virtuoso se logra al darle herramientas al pvv elevar su autoestima y no sufra estigma y discriminación por parte de la sociedad.

Un pvv al sentir presión, discriminación, estrés, angustia, rechazo, provoca que no revele su estado serológico a su entorno familiar, sentimental y social. Por el contrario si el pvv tiene menos presión, discriminación, estrés, angustia, rechazo, esto ayuda a que su autoestima se eleve, al igual que su cd4 y por lo tanto su carga viral disminuya, al lograr esto sería más fácil que el pvv pueda decidir si revela su estado serológico o no.

Al proponer estos cambios en el programa de VIH/SIDA del Distrito Federal, no pedimos otra cosa más que sean cumplidos los tratados internacionales que México ha firmado y ratificado, también que al mismo tiempo los derechos humanos de los PVV sean cumplidos.

La mejor manera de combatir la serofobia es con información adecuada, al igual que esta nos sirve para combatir el VIH y evitar que esta pandemia siga creciendo.

Recordemos que el principal aliado de la serofobia y del VIH es la ignorancia.

## Anexos

### Marco Normativo en Derechos Humanos.

<b>Instrumentos Nacionales</b>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Última reforma publicada DOF 26-02-2013
Ley General de Educación
Tesis Jurisprudencial del Pleno de la Suprema Corte de Justicia, marzo de 2000.
Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-2010 (modificada en 2010)
Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010
Cartilla de Derechos Humanos de las PVV- CNDH
<b>Instrumentos internacionales</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad aplicables en el Contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1992).
Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el SIDA (1992).
Declaración Cumbre de París sobre el SIDA (1994).
Directrices Internacionales, el VIH/Sida y los Derechos Humanos (1996-2002).
Acceso a la Medicación en el Contexto de Pandemias como la de VIH/Sida. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. 2002/32. (2002)
Declaración de Compromiso de la ONU en la lucha contra el VIH/Sida (2001).

## **Glosario de términos.**

<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CAPASITS</b>	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida y las ITS
<b>CENSIDA</b>	Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el Sida
<b>CNDH</b>	Comisión Nacional de Derechos Humanos
<b>CONAPRED</b>	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
<b>CONASIDA</b>	Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida
<b>FSS</b>	Fortalecimiento de los Sistemas de Salud
<b>FUNSALUD</b>	Fundación Mexicana para la Salud
<b>GNP+</b>	Red Global de Personas que Viven con VIH (por sus siglas en inglés)
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>ITS</b>	Infección de transmisión sexual
<b>MCP</b>	Mecanismo Coordinador de País
<b>MIPA</b>	Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas
<b>NOM</b>	Norma oficial mexicana
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre Sida
<b>OSC</b>	Organización de la sociedad civil
<b>PVV</b>	Persona que vive con VIH
<b>SSA</b>	Secretaría de Salud
<b>TAR</b>	Terapia Antirretroviral

<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>VIH</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana
<b>VPH</b>	Virus del papiloma humano

## **ANTIRETROVIRALES APROBADOS POR LA OMS A LA FECHA 2013**

ANTIRETROVIRALES USADOS EN TODO EL MUNDO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR VIH APROBADOS POR LA OMS HASTA LA FECHA NOVIEMBRE 2013, dato de:<http://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForPatientAdvocates/HIVandAIDSActivities/ucm118915.htm>

### **1) COFORMULADOS (ASOCIACION DE 2 o MAS DROGAS EN UN MISMO COMPRIMIDO)**

Nombre Genérico -- Fecha de Aprobación -- DOSIS DIARIA

Atripla: efavirenz+ emtricitabina + tenofovir ---12-Julio 2006 1 x día

Complera: emtricitabina +rilpivirina + tenofovir --- 10-Agosto 2011 1 x día

Stribild: elvitegravir+ cobicistat+ emtricitabina, tenofovir -- 27 de agosto 2012 1 x día

Combivir: lamivudina+zidovudina -- 27-Septiembre 1997 1 cada 12 horas: 2 x día

Kivexa: abacavir+ lamivudina 2-Agosto 2004 1 cada 12 horas: 2 x día.

Trizivir: abacavir+ zidovudina+ lamivudina -- 14-Noviembre 2000 --1 cada 12 horas; 2 x día

Truvada: tenofovir + emtricitabine 2-Agosto 2004 1 x día

Kaletra: lopinavir+ ritonavir 15-Sep 2000 2 cada 12 horas 4xdia

### **2) INHIBIDORES NUCLEOSIDOS**

Emtriva: emtricitabina -- 02-Julio 2003 1 x día. 1 x día

Epivir: lamivudine, --- 17-Noviembre 1995 1 cada 12 horas: 2 x día

Retrovir: zidovudina azidothymidina AZT -- 19-Marzo 1987 1 cada 12 horas: 2 x día

Videx didanosina, 9-Oct- 1991 1 cada 12 horas 2 x día

Viread: tenofovir 26-Oct-01 1 x día

Zerit: stavudina d4T 24-Jun-1994 1 cada 12 horas 2 x día

Ziagen; abacavir 17-Diciembre 1998 1 cada 12 horas 2 x día

### **3) INHIBIDORES NO NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA**

Sustiva: efavirenz 7-Sep-1998 1 x día (al acostarse)

Edurant: rilpivirine 20-May-2011 1 x día

Intelence: etravirine 18-Enero 2008 2 cada 12 horas 4 x día

Rescriptor: delavirdine 4-Abril 1997 2 cada 12 horas 4 x día

Viramune: nevirapine, 21-Junio 1996 1 cada 12 horas 2x día

Viramune XR (Liberación Prolongada) 25-Mar 2011 1 x día

### **4) INHIBIDORES DE LA PROTEASA**

tipranavir 22- Junio 2005 2 cada 12 horas 4x día

indinavir 13-Marzo 1996 2 cada 8 horas 6 x día

saquinavir 6-Diciembre 1995 1 cada 12 horas 2 x día

Telzir Fosamprenavir 20-Oct-2003 1 cada 12 horas 2 x día

Norvir: ritonavir 1-Mar-1996 (actualmente se usa 1 x día para potenciar el efecto de otros I.P.

Prezista: darunavir 23-Junio 2006 1 cada 12 horas 2 x día

Reyataz: atazanavir 20 Junio 2003 1 x día

Viracept: nelfinavir 14-Marzo 1997 3 cada 8 horas 9x día

### **5- INHIBIDORES DE LA INTEGRASA**

Isentress. Raltegravir 12 Octubre 2007 2 cada 12 horas 4 x día

Tivicay dolutegravir 1 cada 12 horas 2 x día.

#### 6- INHIBIDORES DE CORECEPTORES CCR5

Selzentry --- Maraviroc 6 Agosto 2007 1 cada 12 horas 2x día.

#### 7- INHIBIDORES DE LA FUSION

Fuzeon enfuvirtide, 13-Marzo 2003

## **Bibliografía:**

- Aguilar, Agustín y Cecilio, Roy. (2014). *Viviendo en plenitud mis relaciones. UACM.*
- Aguilar Villanueva, Luis f. (1992) “Estudio Introductorio” en *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Antologías de Política Pública Vol. 3; Luis F. Aguilar Villanueva (ed.); México Miguel Ángel Porrúa. Pp. 15-72
- Bazúa, Fernando y Giovanna Valenti (1995), “Políticas Públicas y Desarrollo”, en *Políticas Públicas y Desarrollo Municipal*, Carlos E. Massé y Eduardo Sandoval (coords.), México: el Colegio Mexiquense y Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 51-82.
- Carbonell, Miguel. (2011). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Porrúa
- Foucault, Michel. (1977). *Historia de la sexualidad 1 la voluntad del saber*. México: siglo veintiuno
- Foucault, Michel. (1984). *Historia de la sexualidad 2 el uso de los placeres*. México: siglo veintiuno
- Foucault, Michel. (1987). *Historia de la sexualidad 3 la inquietud de sí*. México: siglo veintiuno
- Galtung, Johan. (2003). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Gernika: Bakeaz/Gernika Gogoratuz.
- Herrera Unda, Rogelio E. y Domínguez Cornejo, Josefina E. *Documental, Organización Bienestar, “Unidos en Esperanza”* Los Ángeles Cal. Estados Unidos. (año 1997)
- Lasswell, Peter, Corinne Larrue y Frédéric Varone (2003), “Capítulo 2 Las Políticas Públicas”, en *Análisis y conducción de las Políticas Públicas*, U. de Monterrey, p. 25-37.
- Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2012.
- Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012.
- RodgerA, BruunT, CambianoV, et al. *El riesgo de transmisión del VIH a través de relaciones sexuales sin condón si la pareja VIH+ en tratamiento antirretroviral supresora: compañero de estudio*. CROI 2014. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas. 3-6 marzo 2014.

-Salinas Hernández, Héctor M. (2008). Políticas de Disidencia sexual en México. México: CONAPRED

-[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih\\_sidapub31dic2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf)

<http://www.chueca.com/articulo/santiago-moreno-500-cd4-es-una-cifra-buena-para-iniciar-el-tratamiento-antirretroviral>

<http://www.espolea.org/3/post/2014/04/iniciativa-para-la-denuncia-de-violaciones-a-dh-a-personas-con-vih-o-sida.html>

<http://www.chueca.com/articulo/que-es-la-serofobia>

<http://www.chueca.com/articulo/infeccion-por-vih-que-es-y-como-se-produce>

<http://www.chueca.com/articulo/ampliando-conocimientos-sistema-inmune-y-carga-viral>

- <http://www.chueca.com/articulo/santiago-moreno-500-cd4-es-una-cifra-buena-para-iniciar-el-tratamiento-antirretroviral>

<http://www.espolea.org/3/post/2014/04/iniciativa-para-la-denuncia-de-violaciones-a-dh-a-personas-con-vih-o-sida.html>

<http://www.chueca.com/articulo/apoyo-positivo-publica-una-declaracion-de-derechos-sexuales-y-reproductivos>

<http://www.chueca.com/articulo/que-es-y-para-que-sirve-la-profilaxis-postexposicion>

<http://www.chueca.com/articulo/que-es-la-serofobia>

<http://www.chueca.com/articulo/infeccion-por-vih-como-enfrentarse-al-tratamiento>

[http://www.dexeus.com/es\\_es/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=51](http://www.dexeus.com/es_es/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=51)

<http://bit.ly/1flv4Zr>

[http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/14-03-14](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/14-03-14)

<http://youtu.be/VhAHFKvKEQQ>

[www.chip.dk/portals/0/files/CROI\\_2014\\_PARTNER\\_slides.pdf](http://www.chip.dk/portals/0/files/CROI_2014_PARTNER_slides.pdf)2.RodgerAJ,BruunT,VernazzaP,etal.L  
a investigación adicional necesaria para apoyar una política de la terapia antirretroviral como una  
iniciativa de prevención del VIH. Antivir Ther. 2013;18:285-287.