

# Avance y retos de la prevención y el control del SIDA en México

José Antonio Izazola Licea, Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García, Raúl Ortiz Mondragón, Pilar Rivera Reyes y Carlos García de León

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, México, D.F.

## Resumen

*En este documento tienen por objeto presentar un panorama epidemiológico del VIH y el SIDA en México, de aspectos de la respuesta dada desde el gobierno y organismos de la sociedad civil, destacando algunos desafíos importantes para detener la epidemia.*

*La epidemia de VIH y SIDA en México es de tipo concentrada, afecta principalmente a grupos poblacionales específicos, como los hombres que tienen relaciones con otros hombres y usuarios de drogas inyectables. Su presencia en la población general es reducida y mantenerla en al menos esos niveles es un objetivo mínimo.*

*El acceso universal al tratamiento antirretroviral (tx ARV) para quienes lo necesitan en México es un éxito mayormente sostenible si se logra reducción constante del número de nuevas infecciones mediante estrategias preventivas sustentadas en conocimientos validados. El fortalecimiento de grupos de la sociedad civil que trabajan en prevención del VIH es necesario para el éxito de los programas preventivos. En el año 2009, fue relativamente bajo el número de estas organizaciones que obtuvieron un financiamiento oficial para desarrollar actividades preventivas.*

*Se requiere avanzar en sistemas de vigilancia y evaluación de la epidemia que permitan un mejor seguimiento de las diferentes actividades que se desarrollan para enfrentar la epidemia y retroalimenten los procedimientos con mejor información.*

**PALABRAS CLAVE:** SIDA. Prevención. Tratamiento. Mortalidad.

## Abstract

*This document aims to give an epidemiological overview of HIV and AIDS in Mexico, to highlight some aspects of both the governmental and nongovernmental response, and to emphasize important challenges in the fight against the epidemic.*

*The HIV and AIDS epidemic in Mexico is confined to specific groups such as men who have sex with men and intravenous drug users. It has low prevalence among general population, a percentage we aim to maintain.*

*Universal access to retroviral treatment in Mexico is an achievement that is sustainable only if a constant reduction of new cases is accomplished. This can only be obtained by preventive measures that are based on evidence. It is necessary to strengthen nongovernmental associations that are working on prevention. In 2009, the number of nongovernmental associations that received official financing was relatively low.*

*It is necessary to improve the epidemic vigilance and evaluation systems. This would allow better follow-up of the activities that confront the epidemic, and to obtain better feedback for the procedures.*

**KEY WORDS:** AIDS. Prevention. Treatment. Mortality.

### Correspondencia:

José Antonio Izazola Licea  
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA  
Herchel, 119, Col. Anzures  
C.P. 11590, México, D.F.  
E-mail: jose.zazola@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 13-09-2010

Fecha de aceptación: 24-09-2010

## Introducción

En México, el SIDA es un problema prioritario de salud pública, con repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

Según un análisis del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el VIH ha ocasionado el mayor retroceso en la historia del desarrollo humano<sup>1</sup>. La pobreza de las personas no necesariamente las expone a un riesgo mayor de adquirir el VIH; la presencia del SIDA sí puede reducir el crecimiento económico anual<sup>2</sup>. Otros estudios destacan que es la desigualdad en el ingreso la que puede relacionarse con mayor vulnerabilidad de adquirir el VIH<sup>3</sup>.

Para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 –como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas<sup>4</sup>– es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones.

## Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

Para el año 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA (ONUSIDA) estimó que a nivel mundial existían 33.4 millones de personas viviendo con el VIH, de los cuales 31.3 millones eran adultos; 15.7 millones, mujeres, y 2.1 millones, menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, es decir, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el año 2009, el SIDA causó unos dos millones de muertes. El número total fue más de un 20% superior que la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia de la infección, en líneas generales, fue tres veces superior a la de 1990. África Subsahariana concentró el 67% de las infecciones de todo el mundo en el año 2008, el Sur y Sureste de Asia es la segunda región más afectada, con el 13%, en tercer lugar aparece América Latina con el 5%, el Caribe con el 0.7% y Oceanía con el 0.2%<sup>5</sup>.

La misma publicación de ONUSIDA refiere que la epidemia a nivel mundial recientemente ha mostrado una tendencia a la estabilización. A pesar de que el crecimiento en el número de personas que viven con VIH es sostenido en los últimos años, la prevalencia

mundial del VIH permaneció relativamente estable en los últimos ocho años con una cifra de alrededor del 0.8%: aproximadamente una de cada 12 personas adultas de 15 a 49 años de edad se encuentra viviendo con el VIH.

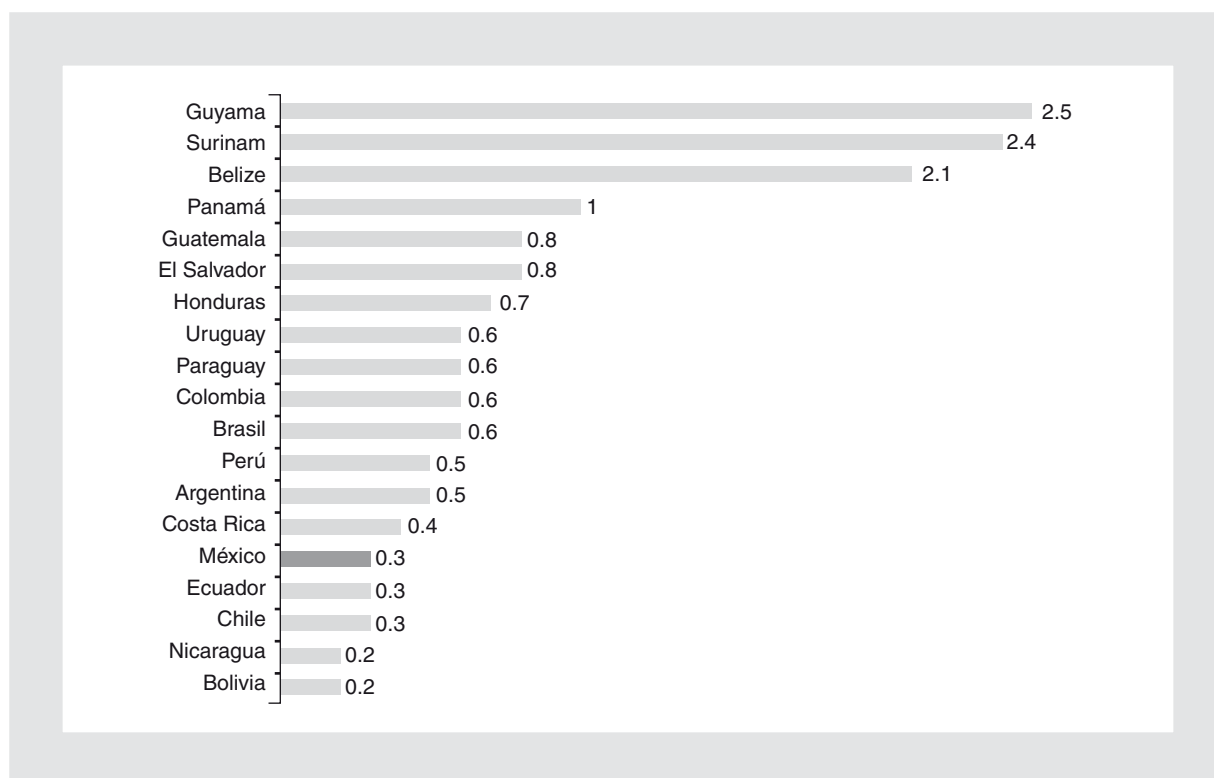
De acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta –que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales–, México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina, con una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), en comparación con los países de sus fronteras, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%), El Salvador (0.8%) y Estados Unidos (0.6%) (Fig. 1).

## Epidemiología del VIH en México

México es un país con una epidemia de VIH/SIDA concentrada, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en algunos subgrupos de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1%. En algunos estudios destacan los trabajadores sexuales con prevalencia más elevada (15%) y los hombres que tienen sexo con hombres (11%); los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%)<sup>6</sup> (Fig. 2).

De acuerdo con estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y el 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. El 3.3% correspondió a trabajadoras y trabajadores sexuales, y el 5% a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron con el 1.3 y el 1.5%, respectivamente, del total de personas que viven con VIH en México. La prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país (Fig. 3).

De las 220,000 personas viviendo con VIH en México, el 27% recibe tx ARV; el 14% han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar el tx ARV, y el 59% ignoran su estado serológico. En los Estados Unidos, el 25% de entre 900,000 y un millón de portadores del VIH no saben su estado serológico, y casi el 40% de los enfermos de SIDA recién



**Figura 1.** Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007 (adaptado de The Henry J. Kaiser Family Foundation. HIV/AIDS Epidemic in Mexico. HIV/AIDS Policy Fact Sheet. [serie en Internet]. 2008 Jul [citado 14 Feb 2008];7797. Disponible en: <http://www.kff.org/hivaids/7797.cfm>).

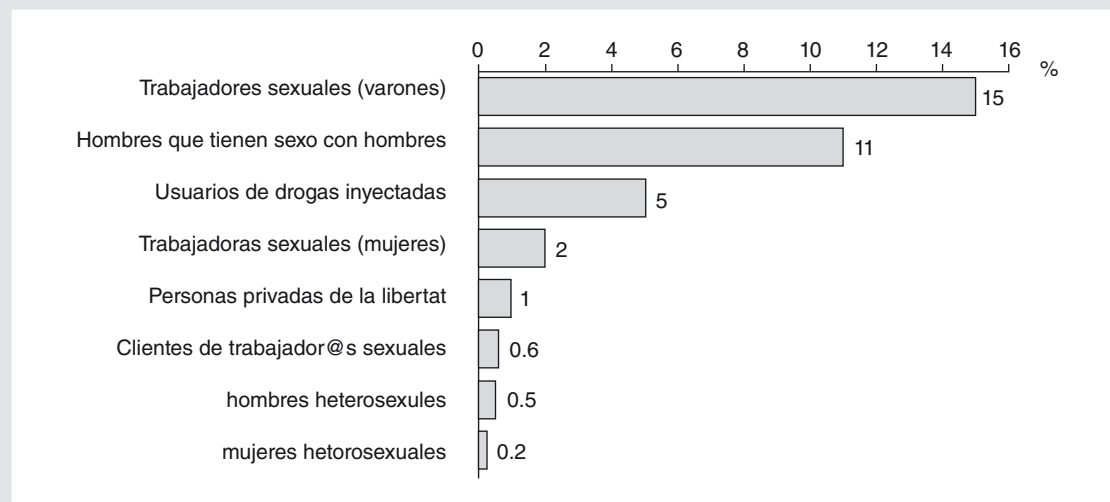
diagnosticados se descubren infectados en menos de un año antes del diagnóstico, por ello especialistas han propuesto ofrecer la prueba del VIH regularmente a quienes acuden a los servicios de salud<sup>7</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de 2007 cerca de tres millones de personas de países de ingresos bajos y medios recibían tx ARV; en contrapartida, se produjeron 2.5 millones de nuevos casos de infección por VIH. Y más del 80% de personas que viven con VIH en esos mismos países desconocen su estado serológico. Ante la necesidad de lograr que el mayor número de personas se realicen la prueba y conozcan su estado serológico respecto al VIH, la OMS<sup>8</sup>, en 2007, dio a conocer nuevos lineamientos para que los proveedores de servicios de salud ofrezcan la prueba de detección del VIH y consejería de manera complementaria a la solicitud que pueda hacer el usuario de servicios de salud. Con ello se enfatiza la necesidad de aumentar el número de personas que conocen su estado serológico en el marco de los trabajos para el acceso universal a la prevención y el tratamiento. Para países con epidemias concentradas como México, la OMS sugiere que se debe considerar la posibilidad de recomendar asesoramiento y pruebas del VIH a todos los pacientes

que acudan a ciertos establecimientos de salud (como servicios de atención prenatal, contra la tuberculosis o de salud sexual, clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y servicios centrados en las poblaciones de más riesgo), básicamente. Una de las metas de la política mexicana en materia de prevención del VIH/SIDA<sup>9</sup> es «lograr que todas las instituciones del sector salud ofrezcan servicios de detección voluntaria del VIH a la población usuaria de los servicios públicos de salud», con logros específicos en 2012 como que el 23% de la población con comportamiento de riesgo y que el 100% de las mujeres embarazadas se realicen la prueba de detección del VIH. La estrategia propuesta por la OMS está sustentada en estudios que han encontrado que el saberse VIH positivo limita la transmisión de este virus porque reduce los comportamientos de riesgo<sup>10-12</sup>.

## Casos de SIDA

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede ubicarse en 1981.

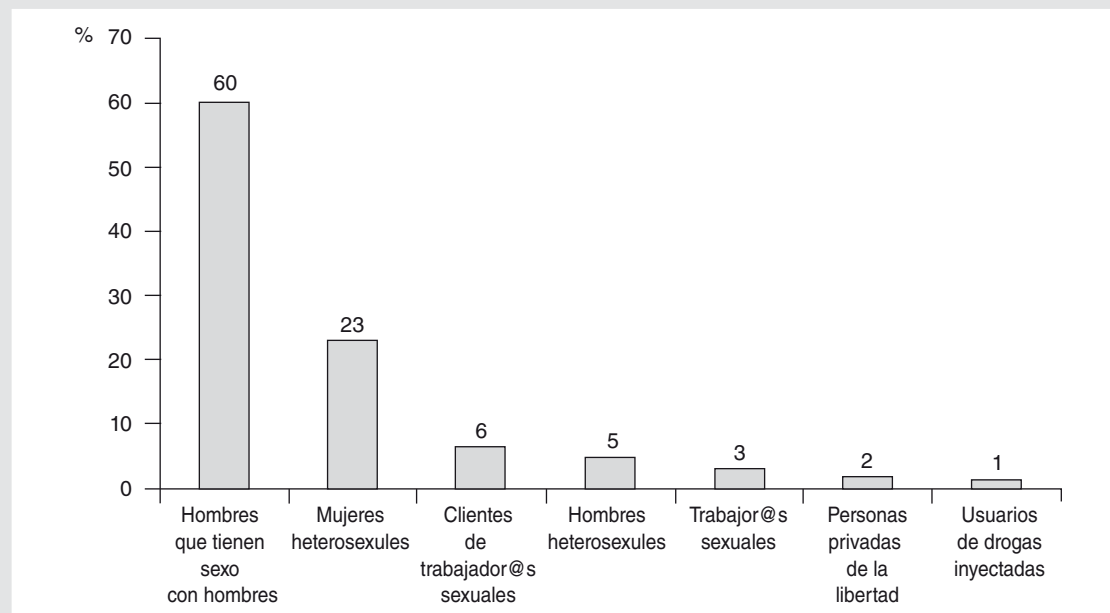


**Figura 2.** Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México (adaptado de Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca. El VIH y SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA; 2008)

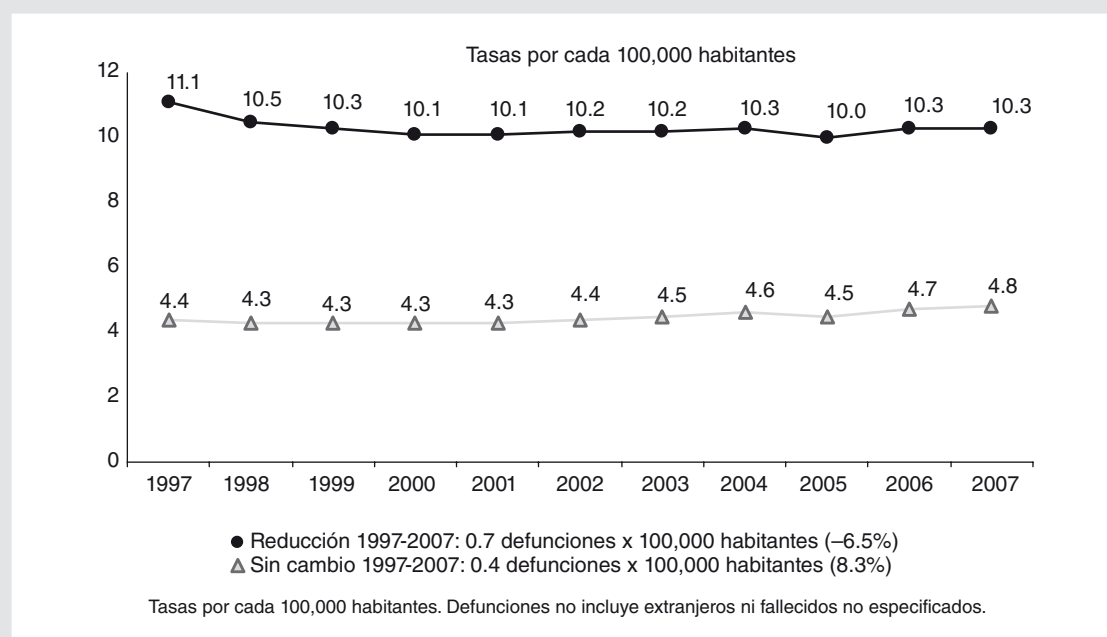
Hasta el 17 de noviembre de 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se habían contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de los cuales el 82.3% son hombres y el 17.7%, mujeres, es decir, existe una relación hombre/mujer de 4.6 a 1.

La evolución de la razón hombre/mujer disminuyó de 10.8 en 1985 hasta 3.6 en 2008, y aumentó a 4.0 para el año 2009.

El grupo de 25-34 años de edad es el de mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de



**Figura 3.** Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México (2009) (adaptado de CENSIDA. El VIH/SIDA en México. México: CENSIDA; 2009).



**Figura 4.** Mortalidad por SIDA, general y en el grupo de edad de 25 a 44 años (México 1997-2007) (adaptado de Rivera P, Sánchez K. Mortalidad por SIDA en México. Informe técnico actualización. México: CENSIDA; 2008).

35-44 años de edad. En tercer lugar en afectados aparecen los jóvenes de 15-24 años de edad. Hay una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25-44 años) y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA, y afecta predominantemente a varones de 15 o más años de edad. En los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales superaron el 90% de casos, actualmente representan alrededor del 50%; sin considerar en este análisis los casos de SIDA de categoría de transmisión desconocida. También hay una tendencia ascendente en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas y transmisión perinatal ocupan porcentajes marginales.

Entre mujeres adultas de 15 o más años de edad la epidemia del SIDA también es predominante de transmisión sexual. La transmisión heterosexual significa casi el 95% de los casos registrados en 2009, en tanto que los casos de SIDA perinatales y en usuarias de

drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante. La transfusión sanguínea, que llegó a representar más del 80% de los casos, en las mujeres desapareció como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundida y por la prohibición de comercializarla.

### **Evolución de la mortalidad por SIDA**

Para el año 2006, en el mundo la reducción en muertes por SIDA era atribuida parcialmente al tx ARV, aunque posteriormente volvió a aumentar<sup>13</sup>. Antes de la llegada a México de los tx ARV, la tasa de mortalidad general por SIDA era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990, y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.8 muertes. A partir de ese último año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de ARV conocidos como inhibidores de proteasa cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA: en combinación con los medicamentos ya existentes se le denominó tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARGA), y logró retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar sustancialmente la calidad de vida.

Ocurrieron alrededor de 72,000 defunciones asociadas al VIH/SIDA en México durante el periodo de 1988-2007 y casi 49,000 en el grupo de 25 a 44 años

de edad, precisamente el núcleo central de la población económicamente activa.

El principal logro del periodo 2001-2006 lo constituye el acceso universal al TARGA en el país; sin embargo, aún no se percibe del todo el impacto que ha tenido esta medida de salud pública en la mortalidad, ya que en el año 2000 la tasa de mortalidad por SIDA en la población general fue de 4.3 por cada 100,000 habitantes, en tanto que en 2007 fue de 4.8; ocupando el lugar 17 como causa de muerte a nivel nacional. No obstante, las tasas de mortalidad del grupo de 25-44 años de edad muestran una leve tendencia descendente (Fig. 4).

La tendencia de la mortalidad en los hombres entre 1998 y 2007 es irregularmente descendente. Partiendo de una tasa de mortalidad de 18.4 en 1998, se alcanza una de 17.7 en 2007, es decir, que en entre ambos puntos se logró un modesto descenso del -3.9% o 0.7 menos defunciones por cada 100,000 hombres.

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

Las diferencias biológicas entre hombre y mujer influyen en la salud por sexo. Las características de género socialmente constituidas también tienen relación con el estado de salud de la mujer. Las mujeres hacen frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección por VIH y de representaciones sociales adversas que las ponen en desventaja social para enfrentar el SIDA<sup>14,15</sup>.

Para el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA, el TARGA, además de reducir costos<sup>16,17</sup>, aumentó significativamente el número de años de vida<sup>18</sup>, salvó en una década más de tres millones de vidas en Estados Unidos<sup>19</sup>, aunque también destaca que los logros en países de menores ingresos son inferiores<sup>20</sup>. Alcanzar los niveles de países de ingresos altos en efectividad y años de supervivencia de pacientes VIH positivos es uno de los grandes retos para el país.

## Prevención

Para el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, fortalecer la estrategia de prevención es

indispensable para dar cumplimiento a su mandato y robustecer la respuesta ante la epidemia. Con acceso universal a tx ARV, México tiene que hacer más eficiente su estrategia preventiva para reducir la incidencia en el epicentro de su epidemia. El acceso universal a tratamiento es sostenible en el largo plazo reduciendo el número de nuevas infecciones<sup>21</sup>.

En México, los HSH y usuarios de drogas inyectables (UDI) son poblaciones esenciales en la estrategia preventiva. Entre 25 países de ingresos medios y bajos se estima que únicamente el 28% de los HSH ha recibido prevención contra el VIH, para América Latina y el Caribe con el reporte de cuatro países ese porcentaje sube al 37%<sup>22</sup>. Para los UDI se estima que en el mundo la prevención alcanza el 5%<sup>23</sup>, sin embargo, revisiones de literatura destacan un «resurgimiento» de la epidemia entre HSH<sup>24,25</sup>.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA destaca dos aspectos fundamentales relacionados con la prevención: que los programas de prevención en países con epidemias concentradas (como México) no llegan a muchas personas con un riesgo elevado de exposición al VIH, como los HSH y UDI; y la necesidad de que la prevención aborde factores sociales que favorecen el riesgo y la vulnerabilidad, como lo son el estigma y la discriminación, la desigualdad de sexos<sup>26</sup>.

Según un estudio que abarcó cuatro ciudades mexicanas el 81% de los HSH entrevistados usaron condón en su última relación sexual con pareja ocasional. Por otro lado, en el mismo estudio, un cuarto de esa población refirió haber ocultado su preferencia sexual en el ámbito escolar, casi un quinto dijo tener temor de que su preferencia sexual quedara registrada en su historia clínica y un 5% refiere maltrato en los servicios médicos<sup>27</sup>. Entre los UDI, en el 65%<sup>28</sup> de los casos los prestadores de servicios han perdido una oportunidad de realizar prevención en VIH/SIDA, principalmente entre los que acuden a servicios de atención por adicción a drogas. Según el informe del CENSIDA 2008 sobre prevención para UDI se estima que en México se dio algún tipo de prevención a 12,819 UDI y se distribuyeron un promedio de 12.3 jeringas por UDI<sup>29</sup>, cuando el informe sobre el acceso universal 2009 sugiere repartir 200 jeringas al año por UDI<sup>30</sup>.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008<sup>31</sup> estimó en poco más de 100,000 los usuarios de drogas que han consumido heroína (casi la totalidad de estos usuarios se inyectan este opiáceo). De acuerdo con la cifra de UDI alcanzados con alguna intervención

preventiva, se dio cobertura a casi el 13% de ellos, quedando sin recibir esta clase de servicio de salud el 87%.

Para mantener la prevalencia del VIH por debajo del 0.6% en personas de 15 a 49 años de edad, el CENSIDA relanzó la Estrategia nacional de prevención, que busca el fortalecimiento programático en la materia. Se pretende definir las acciones y los roles de cada uno de los actores públicos y privados en la estrategia. El documento ha sido consultado con diversos sectores, incluyendo organizaciones civiles.

### **Prevención focalizada**

La primera estrategia del programa de acción 2007-2012 es prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA, y contempla, entre sus líneas de acción, el mayor énfasis de trabajo en poblaciones clave. Al tener México una epidemia concentrada en HSH, UDI y trabajadores sexuales, los mayores esfuerzos preventivos se orientarán, básicamente, hacia las poblaciones en las que la prevalencia de infección del VIH es más elevada.

Actualmente es clara la importancia de las organizaciones civiles en la lucha contra el VIH/SIDA, sin embargo, apenas el 20% de las organizaciones civiles tienen acceso significativo a apoyo económico<sup>26</sup>. Una de las principales fortalezas de las organizaciones civiles, en general, y de las especializadas en SIDA, en particular, es su acceso y cercanía con las personas que trabajan, a partir del cual desarrollan una serie de competencias que las vuelve indispensables en las diferentes área de trabajo.

En México, se realizó un Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA, el cual estableció un registro de 211 Organizaciones de la Sociedad Civil que cumplen con los requerimientos legales para presentar proyectos preventivos de la transmisión del VIH en poblaciones clave para el desarrollo de esa epidemia en México. En 2009, se financiaron 70 proyectos, que facilitarán y ampliarán el trabajo preventivo en poblaciones mexicanas con más prácticas de riesgo para adquirir y/o transmitir el VIH.

Para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA, el fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil organizada es una necesidad tanto del gobierno federal como de las mismas organizaciones civiles. Para ello, CENSIDA convocó, también en 2009, a la consulta de la sociedad civil con trabajo en VIH de la estrategia nacional de prevención. Para asegurar el

fortalecimiento de la sociedad civil se inició un proceso de nominación de candidatos a representantes de la sociedad civil para tres órganos de toma de decisiones, mediante un proceso transparente y ampliamente participativo. Las organizaciones de la sociedad civil eligieron por votación directa y de manera independiente a sus representantes ante los diversos órganos colegiados, nacionales e internacionales, dando por resultado la elección de ocho titulares y ocho suplentes para el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), cuatro titulares y cuatro suplentes para el Grupo Temático de ONUSIDA, y cinco titulares y seis suplentes para el Mecanismo Coordinador de País (MCP)\*, y la reelección de dos representantes de poblaciones clave para este mecanismo, quienes, a su vez, requirieron ser capacitados para el desarrollo de sus actividades.

Para el año 2009, se aprobó menos de un proyecto preventivo por organización civil registrada por el CENSIDA. Es importante lograr la aprobación de un proyecto por organización y entidad federativa que permita mayor amplitud de la respuesta preventiva.

### **Educación en la sexualidad**

En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en nuestro país en agosto de 2008, se llevó a cabo la reunión ministerial «Prevenir con Educación», cuya declaración fue firmada por las naciones participantes. Uno de sus puntos de acuerdo (3.1) incluye implementar estrategias intersectoriales de educación en sexualidad que integre prevención del VIH/SIDA<sup>32</sup>. Este compromiso se ha traducido en acciones nacionales y regionales, cuyos avances permitirán el ir cumpliendo con la mencionada declaración.

Una educación relativa al VIH bien planificada e impartida adecuadamente puede redundar en un comienzo más tardío de la actividad sexual, un menor número de parejas sexuales y un uso más amplio y sistemático del preservativo<sup>33</sup>. Datos de países africanos vinculan un mayor nivel de estudios con menor prevalencia de VIH<sup>34</sup>. Y que la prevención del VIH puede tener, por ejemplo, mayores efectos entre

\*El MCP es una instancia de coordinación interinstitucional (civil y gubernamental) que da seguimiento a los lineamientos, para garantizar la transparencia en la aplicación de un financiamiento que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria otorga a México para el desarrollo de estrategias de prevención de VIH en poblaciones mexicanas con mayores prevalencias.

mujeres con más nivel académico porque aumenta el uso del condón, básicamente<sup>35,36</sup>. Es importante destacar que en un estudio realizado entre 144 países, únicamente cuatro (Botswana, China, México y Perú) habían conseguido en 2005 la paridad de mujeres y hombres en el nivel educativo superior<sup>37</sup>. Por supuesto que eso no quiere decir que la educación exime del riesgo de adquirir el VIH, pero sí contribuye a un mejor entorno para su prevención. En este aspecto, hay estudios que refieren programas exitosos educativos para jóvenes<sup>38</sup>.

### **Campañas en medios masivos de comunicación**

Las campañas en medios masivos de comunicación son un elemento importante para mantener la sensibilización y la alerta respecto de la epidemia de VIH/SIDA. Desde la primera campaña realizada en México en el plan de medios (1992-1994)<sup>39</sup> han sido continuamente consideradas en la programación de actividades preventivas. En estudios internacionales se comentan avances significativos en el diseño y la ejecución de las mismas. Uno de los cambios más destacados es que se incluyen cada vez más elementos como la investigación formativa y la medición de cambios de conductas o intención de cambiar, lo cual marca una diferencia con anteriores esfuerzos, que únicamente buscaban el aumento del conocimiento sobre el VIH/SIDA. Las evaluaciones actuales buscan identificar aspectos como logros en comportamiento de menor riesgo y conocimientos sobre VIH y SIDA<sup>40,41</sup>.

En México, se llevó a cabo la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009 con dos versiones: la primera aborda el tema de las mujeres y la segunda, el de la homofobia.

- «La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA» estuvo dirigida a mujeres, con el objetivo de concienciarlas en su particular vulnerabilidad para la infección del VIH/SIDA, que tiene que ver con su falta de argumentos para negociar el uso del condón con su pareja sexual.

La difusión de la campaña se realizó a nivel nacional, teniendo como medio principal la radio, apoyada con espacios en televisión por cable, Canal 11 del Instituto Politécnico Nacional, pantallas y dovelas en el metrobús capitalino, anuncios en laterales de microbuses del Distrito Federal, así como en paraderos de autobús, cuadernos universitarios, páginas de Internet, pantallas en

tiendas de mobiliario para el hogar y en garitas aduanales, así como inserciones en periódicos y revistas.

Esta versión de la campaña fue difundida del 16 de marzo al 18 de abril de 2009, periodo que fue determinado en base al Día Internacional de la Mujer, que se conmemora el 8 de marzo de cada año, para dar mayor relevancia e impacto.

- La segunda de las dos vertientes de la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009 fue «El estigma, la discriminación y la homofobia asociados al VIH/SIDA obstaculizan su prevención y atención», que tuvo como objetivo disminuir el estigma y la discriminación por homofobia asociados al VIH/SIDA, creando entornos de tolerancia y respeto hacia las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual que contribuyan a evitar nuevas infecciones por el VIH y detener la epidemia del SIDA.

Estuvo dirigida a madres y padres de familia, personal médico, docentes, empleadores y dueños de empresas, cuerpos de seguridad pública, líderes de opinión, periodistas, representantes de medios de difusión y servidores públicos que brindan atención y servicios a la población, como población primaria; y como secundaria tuvo como público objetivo a personas que viven con el VIH o el SIDA, con el fin de informarles que cuentan con una respuesta gubernamental en donde los tratarán con calidad y respeto, los Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del SIDA e ITS (CAPASITS).

La difusión de esta versión de la campaña se realizó a nivel nacional a través de tiempos fiscales de televisión y radio del 1 al 31 de diciembre de 2009, en el marco del arranque de la campaña mundial anual denominada «Día mundial de la lucha contra el SIDA», que se conmemora cada 1 de diciembre.

En paralelo se implementaron algunas acciones, campañas locales y boletines para fortalecer la respuesta dirigida a poblaciones clave, cooperación con las estrategias de programas estatales y de las organizaciones con trabajo en el tema y para probar algunas estrategias específicas y sus vehículos.

A modo de ejemplo, para conmemorar el día internacional contra la homofobia, el CENSIDA participó en una iniciativa ciudadana en la elaboración de un vídeo que se distribuyó por vía electrónica, denominado «Hagámonos uno contra

la homofobia», en el que participaron representantes de organizaciones civiles, población clave y líderes de opinión.

## **Día internacional de lucha contra la homofobia**

En nuestro país se conmemora anualmente, desde 2007, el Día mundial de lucha contra la homofobia, el cual corre a cargo de las organizaciones de la sociedad civil, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. El lema utilizado por el gobierno federal para 2009 fue «Hacernos uno contra la homofobia», y así evitar la discriminación de las personas en todos los ámbitos. Adicionalmente, se diseñó la campaña «La homofobia está *out*» para ser implementada en algunas marchas por la diversidad sexual.

## **Atención de pacientes con VIH/SIDA**

La atención de los pacientes con SIDA en México y el mundo ha pasado por diferentes etapas acordes a la evolución de la epidemia, el avance científico y tecnológico, las alternativas terapéuticas disponibles y la participación de la sociedad civil en demanda de atención, básicamente.

De 1983 a 1996, la atención a enfermos de SIDA se concentró en hospitales de especialidades, sin embargo, hasta 1991 el tratamiento de los pacientes se centraba en brindar apoyo psicológico, y el tratamiento de las infecciones oportunistas y neoplasias. En 1991 comenzó el tx ARV de inhibidores de la transcriptasa reversa. En 1996, la disponibilidad de nuevos ARV conocidos por su mecanismos de acción como inhibidores de proteasa cambió la el pronóstico de la enfermedad que pasó de ser mortal a un posible padecimiento crónico.

La cronicidad del padecimiento es un logro importante, porque hay estudios donde refieren que, en ausencia del tx ARV, el promedio de supervivencia después de haber contraído la infección por el VIH se calcula en 11 años en diferentes países de ingresos medios y bajos<sup>42,43</sup>. Con tratamiento contra el VIH se espera un tiempo de vida mayor<sup>44</sup>, lo cual explica una parte del aumento del número general de personas que viven con el VIH, ya que a la acumulación continua de nuevas infecciones se añan periodos más prolongados de supervivencia. La prevalencia mundial no varía porque también aumenta la población base de cálculo<sup>45</sup>.

Otro de los beneficios del tx ARV es la disminución de estigma internalizado asociado al VIH, ya que al cabo de 12 meses es más probable que los pacientes revelen su estado serológico a familiares<sup>46</sup>, sin embargo, parece difícil que por sí solo el tratamiento erradique actitudes negativas hacia personas con VIH.

## **Sistema mexicano de atención a pacientes con VIH/SIDA**

En el marco del Programa nacional de salud 1997-2001, se elaboró el primer «Modelo para la atención médica para pacientes con VIH/SIDA», conocido como «Servicios especializados para la atención del SIDA» (SEA), que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario e integral en los hospitales ya existentes en cada entidad federativa. Posteriormente, se cambia el nombre de los SEA a Servicio de atención integral de las personas con VIH/SIDA (SAI).

En 2006 se inauguró la primera Unidad de Especialidades Médicas (UNEMES) en VIH/SIDA llamadas CAPASITS. Como la mayor parte de los pacientes no requieren de hospitalización, se desarrolló este sistema de atención ambulatoria especializada.

En congruencia con el Programa nacional de salud 2007-2012, el Programa de acción en respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2012 tiene como uno de sus objetivos mejorar el acceso y la calidad de la atención integral a todas las personas con VIH y otras ITS. El gobierno federal estableció el acceso a medicamentos ARV para población sin seguridad social, a través del Fideicomiso de gastos catastróficos del Sistema de protección social en salud.

Asimismo, a partir del año 2009, se incluyó, de acuerdo a las recomendaciones de la «Guía de manejo ARV de las personas con VIH/SIDA»<sup>47</sup>, la determinación cuatrimestral de la carga viral y conteo de linfocitos CD4, así como la prueba de genotipo en caso necesario. Con ello se logrará tener un mejor control de la eficacia del tx ARV y detectar oportunamente las necesidades de cambios de medicamentos.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA cuenta con un sistema de información para el control del suministro de ARV. El incremento constante de pacientes que ingresan tratamiento hizo necesario que se estableciera un sistema para el seguimiento de los procesos relacionados con la gestión del programa de ARV: el Sistema de administración, logística y vigilancia de medicamentos antirretrovirales (SALVAR), puesto en marcha en enero de 2007.

## **Acceso al tratamiento antirretroviral en México**

El costo del tx ARV inicial para un paciente con SIDA varía entre los seis y siete mil pesos mensuales. Cuando se da la necesidad de cambio de tratamiento (habitualmente sucede en un promedio de tres años), los costos subsecuentes generalmente se incrementan porque se requieren combinaciones más potentes de ARV.

El programa de acceso universal al tx ARV para las personas con VIH sin seguridad social se inició a partir del año 2001, y alcanzó la cobertura a todas las personas sin seguridad social en el año 2004. Este logro contrasta con el de otros países, donde se llega a litigios para lograr accesos a tratamiento<sup>48,49</sup>.

En junio de 2008 se estableció la Comisión coordinadora para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud, la cual inició un proceso de negociación de precios con los laboratorios dueños de las patentes de 23 fármacos ARV, obteniéndose reducciones de costos de entre el 7 y el 41% para 19 medicamentos, los mismos que se aplicaron para la adquisición de ARV en 2009 en todas las instituciones que dan atención a las personas con VIH.

El dar tratamiento también genera beneficios en términos de los costos que permite ahorrar por la intervención oportuna<sup>50</sup>. El aumento de la calidad y el tiempo de vida, y el que se pueda mantener económicamente activa a la persona que vive con VIH también generan beneficios<sup>51</sup>.

Diferentes estudios estiman que el aumento de personas en tratamiento puede generar problemáticas de presupuesto, porque hay casos que también requieren de ARV. A su vez, la supervivencia puede llevar a tratamientos más complejos que elevan sustancialmente el costo<sup>52</sup>. Aunque actualmente se cubren las necesidades de ARV, si no se realiza prevención los costos pueden aumentar significativamente<sup>53</sup>. Cálculos recientes estiman que para países en desarrollo el costo podría elevarse a 35 billones de dólares anuales para el año 2031, tres veces el costo actual<sup>54</sup>.

En México, se estima una cobertura actual con ARV de pacientes en tratamiento superior al 95%. En 2008, el número de pacientes en tratamiento fue de 52,001, con un crecimiento del 13% de aumento anual. Se estima que el 5% de los pacientes reciben tratamiento en instituciones particulares (Fig. 1).

Para el 30 de septiembre de 2009 la Secretaría de Salud tenía a 31,203 pacientes en tratamiento por un

incremento del 33% sobre el reporte del año anterior. El 62.6% de esos pacientes (18,308) tienen carga viral indetectable. La meta para el año 2012 es superar la cifra actual en un 60%.

## **La supervivencia de los pacientes en tratamiento antirretroviral**

La Secretaría de Salud comenzó a monitorear la supervivencia desde el año 2008 utilizando el indicador recomendado por ONUSIDA, porcentaje de pacientes que logran sobrevivir a los 12 meses de haber iniciado la terapia. Se encontró que después de 12 meses de tratamiento, el 97.6% de las mujeres y el 96.2% de los hombres estaban vivos. No se consideró para este cálculo al 8% de los pacientes que no continuaron su terapia y a los que no se sabe si han fallecido. Para ambos sexos la supervivencia fue del 96.6%. De acuerdo con una revisión sistemática de la literatura sobre países en desarrollo, se encontró tasa de mortalidad a un año de entre 0.06 y 0.24, es decir, la probabilidad de supervivencia era de entre 76 y 94%<sup>55</sup>.

## **Consideraciones finales**

La epidemia del VIH/SIDA se mantiene estable en México, y se concentra en grupos que tienen prácticas de riesgo como los HSH y los UDI. El reto epidemiológico consiste en evitar que se extienda a la población general y lograr reducciones en la prevalencia por población clave afectada. Por tal motivo, se requieren estrategias de las mayores coberturas posibles y focalizadas en esos grupos poblacionales. La promoción de comportamientos saludables como el sexo protegido, siguen siendo las formas más eficaces para evitar la transmisión del VIH.

Así mismo, se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, sin olvidar que una de las bases de sustentación futura del acceso universal a tratamiento se encuentra en la prevención que incida en la reducción del número nuevos casos.

La mortalidad general por SIDA durante el periodo 1997-2005 se mantuvo estable en hombres, pero en mujeres aumentó. Adicionalmente a las diferencias biológicas presentes entre hombre y mujer, las sociales y culturalmente construidas parecen afectar el proceso de transmisión del VIH y atención de las mujeres. Para tal efecto, posiblemente se requiera de la recopilación del conocimiento que hay en México sobre la

forma en que la normatividad social afecta a la vulnerabilidad y al riesgo de infección del VIH de la mujer mexicana.

El monitoreo de la atención integral del VIH y el SIDA requiere de algunas adecuaciones que permitan mejorar aspectos como captación de información de variables de mortalidad, supervivencia de personas en tratamiento con ARV, continuidad en el tratamiento, de los estudios de laboratorio que faciliten el seguimiento del paciente en tratamiento.

La vulnerabilidad como factor ajeno al individuo puede ser objeto de políticas específicas que favorezcan un entorno más favorable para el desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento. Las creencias sociales sobre el género (incluida la masculinidad) pueden afectar el acceso a prevención y tratamiento. En el caso de las mujeres, las desigualdades entre sexos la afecta negativamente. La promoción de un abordaje nacional del estigma y las desigualdades entre hombre y mujer es de gran importancia para el desarrollo de las medidas preventivas e incluso de programas de tratamiento. ¿En qué medida estos factores afectan a la política en materia de prevención y atención del VIH y el SIDA en México?

El fortalecimiento de las organizaciones civiles con trabajo en SIDA es un paso inmediato para la ampliación de la prevención. Favorecer su participación es necesario para lograr una mayor cobertura en cada entidad federativa. Lograr que cada una de estas organización tenga al menos un proyecto preventivo aprobado y financiado con fondos públicos puede ser una meta inmediata.

México, como firmante de la Declaración del milenio de las Naciones Unidas, se comprometió a detener la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015. Para alcanzar esta meta se requiere básicamente de los esfuerzos diversos de sectores e instituciones del sector de la salud y de la participación de los grupos de la sociedad civil organizados.

## Bibliografía

1. PNUD. Informe sobre el desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2005.
2. Thurlow J, Gow J, George G. HIV/AIDS, growth and poverty in KwaZulu-Natal and South Africa: an integrated survey, demographic and economy-wide analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2009;12:18. doi:10.1186/1758-2652-12-18.
3. Piot P, Greener R, Russell S. Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS Medicine*. 2007;4:1571-5.
4. ONU. Informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio 2009. Nueva York: ONU; 2009.
5. ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2009. Suiza: ONUSIDA; 2009.
6. Magis Rodríguez C, Bravo García E, Gayet Serrano C, Rivera Reyes P, De Luca M. El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA; 2008.

7. Bayer R, Fairchild AL. *New England Journal of Medicine*. 2006; 335:647-9.
8. WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: WHO; 2007.
9. SSA. Programa de acción específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS. México: SSA; 2008.
10. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. Effects of HIV Counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997. *Am J Public Health*. 1999;89: 1397-405.
11. Marks G, Crepaz N, Senterfitt W, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behaviour in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV programs. *J Acquir Immune Defic Syndrom*. 2005;39:446-53.
12. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006;20:1447-50.
13. Bongaarts J, Pelletier F, Gerland P. Global trends in AIDS mortality. *Population Council Inc*. Estados Unidos. 2009.
14. Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate ML, Correa D. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26:502-10.
15. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH. *Gac Sanit*. 2004; 18(Suppl 2):47-54.
16. Harling G, Wood R, Beck EJ. Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes*. 2005; 13:371-94.
17. Badri M, Maartens G, Mandalia S, et al. Cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy in South Africa. *Plos Medicine*. 2006; 3:48-56.
18. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med*. 2007;146:87-95.
19. Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis*. 2006;194:11-9.
20. Beck E, Walensky RP. The outcome and impact of ten years of HAART. En: *A Decade of HAART*. Zuniga JM, et al. (Eds) Oxford: Oxford University Press; 2008.
21. ONUSIDA. Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal. Ginebra: ONUSIDA; 2007.
22. WHO/ONUSIDA/UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009. Suiza: WHO; 2009.
23. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Suiza: ONUSIDA; 2008.
24. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med*. 2007;4:1901-11.
25. Jaffe HW, Valdiserri RO, De Cock KM. The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. *JAMA*. 2007;298:2412-4.
26. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Suiza: ONUSIDA; 2008.
27. Gayet C, Magis C, Sacknoff D, Guli L. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. CENSIDA/FLACSO-México. 2007.
28. Moyer LB, Brouwer KC, Brodine SK, et al. Barriers and missed opportunities to HIV testing among injection drug users in two Mexico-US border cities. *Drug and Alcohol Review*. 2008;27:39-45.
29. CENSIDA. Actividades de reducción del daño en usuarios de drogas. México: CENSIDA; 2008.
30. WHO/ONUSIDA/UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009. Suiza: WHO; 2009.
31. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: SSA; 2008.
32. Reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe. Declaración ministerial. Prevenir con educación. México: UNFPA-México; 2008.
33. UNESCO. Un enfoque estratégico: El VIH y el SIDA y la educación. París: UNESCO; 2009.
34. Hargreaves JR. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2008;22:403-14.
35. Johnson LF, Dorrington RE, Bradshaw D, Du Plessis H, Makubalo L. The effect of educational attainment and other factors on HIV risk in South African women: results from antenatal surveillance, 2000-2005. *AIDS*. 2009;23(12):1583-8.
36. Hargreaves J, Boler T. Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa. Johannesburg: ActionAid International; 2006.
37. UNESCO. Educación para todos en el 2015. ¿Alcanzaremos la meta? Resumen. París: UNESCO; 2007.

38. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, Bankole A, Darabi L. Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. Nueva York: Guttmacher Institute; 2007.
39. Maulen-Destefani G, Silva BJ, Del Rio CC, Uribe ZP. Three years of mass media communication campaigns in Mexico. *Int Conf AIDS*. 1996 Jul 7-12;11:499 [abstract 1394].
40. Bertrand JT, O'Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education Research*. 2006;21(4):567-97.
41. Noar SM, Palmgreen P, Chabot M, Dobransky N, Zimmerman RS. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: Have we made progress?. *Journal of Health Communication*. 2009;14:15-42.
42. Marston M, Todd J, Glynn JR, et al. Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS*. 2007;(Suppl. 6):S65-71.
43. Todd J, Glynn JR, Marston M, et al. Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS*. 2007;21(Suppl 6):S55-63.
44. Stover J, Walker N, Grassly NC, Marston M. Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of Treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*. 2006;82(Suppl 3):45-50.
45. ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA: informe especial sobre la prevención del VIH: Diciembre de 2007. Suiza: ONUSIDA; 2007.
46. Kaai S. Changes in stigma among a cohort of people on antiretroviral therapy: findings from MombasaKenya. Nairobi. Research summary. Estados Unidos: The Population Council Inc.; 2007.
47. SSA. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: SSA; 2008.
48. Heywood MJ. Litigating AIDS: background, strategies and outcomes of the treatment action campaign's (TAC) case to prevent mother to child HIV transmission in South Africa. Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, 7-12 de julio. Ginebra: Sociedad Internacional del SIDA; 2002.
49. Jones P. A Test of Governance: rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa. *Political Geography*. 2005;24:419-47.
50. Harling G, Wood R, Beck EJ. Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes*. 2005; 13:371-94.
51. Badri M, Maartens G, Mandalia S, et al. Cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy in South Africa. *Plos Medicine*. 2006;3:48-56.
52. Nunn AS, Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S, Salomon JA. Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to AIDS treatment. *PLoS Med*. 2007;4:1804-17.
53. ONUSIDA. Financing resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Ginebra: ONUSIDA; 2007.
54. Hecht R, Bollinger L, Stover J, et al. Critical choices in financing the response to the global HIV/AIDS pandemic. *Health Affairs*. 2009;28:1591-605.
55. Stover J, Johnson P, Zaba B, Zwahlen M, Dabis F, Ekpin RE. The spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sex Transm Infect*. 2008;84:i24-30.