

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

**ESCUELA DE GRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y
POLÍTICA PÚBLICA, CAMPUS CIUDAD DE MÉXICO**

**Efectividad de la gestión gubernamental en salud, en la prevención de la
transmisión perinatal del VIH en México**



Mónica Chalchy García

Proyecto de Investigación Aplicada

Maestría en Administración Pública y Política Pública

Asesor Dr. Carlos Brambila Paz

Marzo, 2009

Resumen Ejecutivo

Los avances científicos en el combate a la infección del virus del VIH y la respuesta de los gobiernos y la sociedad civil, han tenido éxito en la contención de la enfermedad y la disminución en la prevalencia de casos en la población en riesgo. Sin embargo ese éxito no se refleja en los casos de transmisión del virus de madre a hijo, no en razón de la falta de programas de acción, protocolos de tratamiento, guías de atención o campañas de prevención, sino en la poca efectividad de las acciones derivadas de los mismos y debido a que los programas de atención y control del VIH/SIDA, se ocupan de lo urgente, descuidando lo trascendente. Por ello no se ha logrado reducir los casos de transmisión perinatal del virus y no se ha logrado que las mujeres sean un grupo prevaleciente que se beneficie de las medidas de prevención y control que garantizarían la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH/SIDA. No es extraño que una mujer embarazada descubra que está infectada, mucho después de la concepción y que durante el embarazo, parto y lactancia no obtenga la atención médica y psicológica que evite que su hijo adquiera el virus y que ella misma goce de salud para criarlo. El número de casos de niños que nacen con el virus por transmisión materna, es bajo: 2,269 niños han enfermado de SIDA, la mayoría de ellos morirá antes de llegar a la adolescencia. Pero se trata de una situación prevenible aunado a que el número de casos se ha mantenido no solo estable sino que ha crecido al paso de los años. En términos prácticos es más conveniente evitar la enfermedad que curarla. La investigación señala los factores vinculados al estado actual del problema de salud por infección del VIH/SIDA de madre a hijo, y las propuestas de cambio costo-efectivas para lograr las metas contempladas en los programas de acción nacionales.

Para tener avances verdaderos en la prevención de la transmisión perinatal del VIH en México, debe comenzarse a detectar a toda mujer embarazada infectada, ofreciendo la prueba de detección a todas las mujeres embarazadas, y no solo a las que refieren factores de riesgo. Para ello es necesario contar con personal de salud capacitado para identificar factores de riesgo. La administración de antirretrovirales a las mujeres embarazadas VIH+, debería ser una realidad no solo una suposición en los informes de las autoridades de salud. Sin embargo los sistemas de información y bases de datos sobre el VIH/SIDA no son útiles para identificar con precisión los problemas de atención.

Índice

Resumen Ejecutivo	2
Introducción	4
I. Marco Teórico	
1. Protección a la salud	19
2. VIH y SIDA	23
3. Panorama mundial de la epidemia	27
4. Panorama nacional de la epidemia	29
II. Desarrollo de la investigación	
PRIMERA PARTE	
1. Perspectiva actual del VIH/SIDA en niños	32
2. La transmisión perinatal del VIH/SIDA y su prevención	35
SEGUNDA PARTE	
3. Acciones estratégicas y avances gubernamentales en la prevención del VIH/SIDA perinatal.	38
III. Conclusiones y aportaciones	
1. Prevención	50
2. Vigilancia	51
3. Educación	53
Bibliografía y Fuentes	55

“Victoria tiene veintitrés años, es menuda y muy delgada. En la primera visita me pareció una chica de la secundaria... Victoria tiene un hijo de tres años que apenas pesa siete kilos. Sólo el amor y la inmensa dedicación lograron hacerlo llegar a esta edad, después de innumerables visitas a médicos, medicamentos, inyecciones y hospitalizaciones. Finalmente un médico dio con el diagnóstico; le solicitó una prueba para detectar el virus que causa el sida. Fue positivo. El pequeño Luis Enrique tiene sida. Para un médico experto el diagnóstico era más que obvio, pero no lo fue para la decena de médicos que lo vieron desde que nació. ¿Por qué? Porque este niño no tuvo el beneficio de que su madre tuviera un diagnóstico oportuno y recibiera medicamentos contra el virus del sida que le habrían evitado a él que naciera infectado. A pesar de que el parto se atendió en un hospital. Las estadísticas dicen que México tiene una epidemia de sida concentrada, por eso, no se justifica un programa universal de prevención perinatal, contestó el director del CENSIDA a la petición de extender la cobertura de los servicios médico preventivos gubernamentales a la transmisión perinatal del VIH. Seiscientos casos de sida en niños en los dos últimos años ¿No les parecen suficientes? ¿Cuántos niños tendrían que nacer infectados...?” (Volkow, 2006).

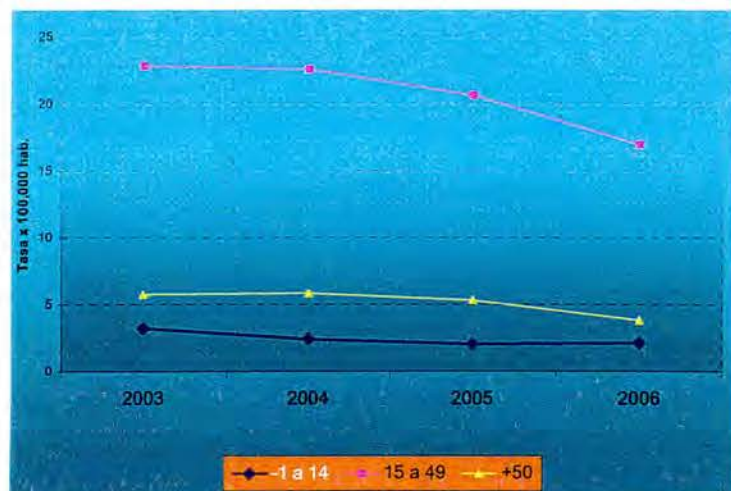
Introducción

En el mundo nacen a diario aproximadamente 1,160 niños infectados con el VIH (ONUSIDA-OMS, 2007. p.1), en varios países se han tomado medidas preventivas para impedirlo. UNICEF reconoce que a nivel mundial “la infancia y el SIDA se integró más claramente en los marcos nacionales de política, en los planes de acción y en los documentos estratégicos para la reducción de la pobreza”, sin embargo no todos los niños reciben tratamiento, aunque las mujeres tienen acceso a los servicios de prevención del VIH/SIDA, son pocas las que reciben el servicio necesario para interrumpir la transmisión del virus de madre a hijo, en algunos países solo una mujer embarazada de cada once que viven con el VIH, recibe profilaxis antirretroviral a fin de evitar la transmisión del VIH de la madre al hijo; solo un niño de cada siete que necesitan una terapia antirretroviral se beneficia de este servicio, solo un niño de cada veinticinco niños nacidos de una madre con VIH, recibe profilaxis para evitar infecciones secundarias que pueden ser mortales, menos de un joven de cada tres dispone de los conocimientos esenciales que le permitirían protegerse contra el SIDA (UNICEF/ HQ01-0259/Pirozzi).

El problema es particularmente grave debido a que, en muchos casos la madre desconoce que esta infectada. La protección del derecho de las mujeres a tener hijos y a protegerles de la transmisión del VIH, depende de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, de la eficacia de las acciones preventivas y de la participación de la mujer durante el embarazo, el nacimiento y la lactancia.

En México la prevalencia del VIH y del SIDA se concentra en la población en edad reproductiva, (Gráfica 1). Del inicio de la epidemia en 1983 al 15 de noviembre de 2007, se han registrado 115,651 casos acumulados de SIDA, las personas heterosexuales y las mujeres en particular han ido ganando representación de manera progresiva, por lo que al año 2007 la relación es de 5 hombres enfermos por cada mujer enferma. (Gráficas 2 y 3) y el 100% de las mujeres infectadas por vía sexual, son heterosexuales.

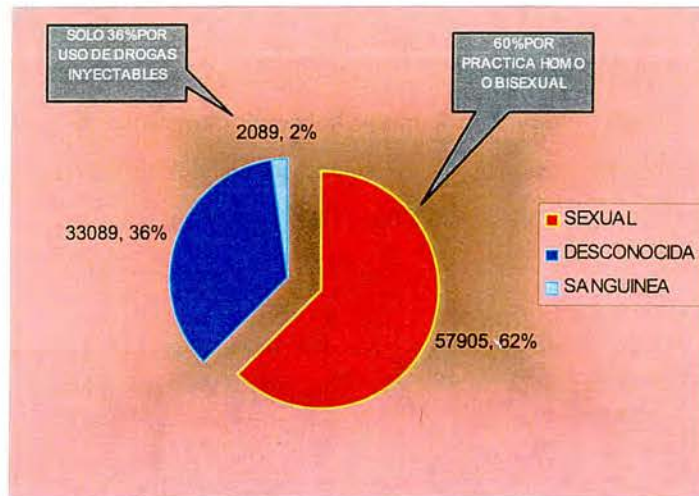
Gráfica 1. Incidencia de casos de infección por VIH, población en general.



Fuente: Anuarios estadísticos, del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México

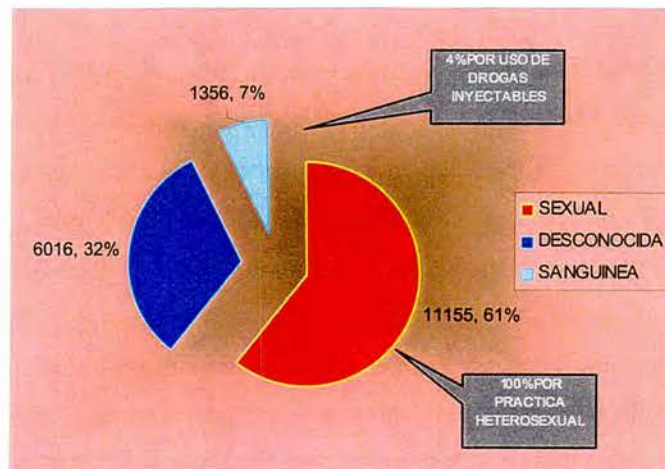
Entre la población adulta la incidencia de casos muestra una tendencia a la baja, mientras que en la población infantil aun cuando la incidencia de casos es menor, muestra una tendencia estable.

Gráfica 2. Casos acumulados de SIDA en hombres adultos por categoría de transmisión



Fuente: Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, Diciembre 2006, CONASIDA.

Gráfica 3. Casos acumulados de SIDA en mujeres adultas por categoría de transmisión



Fuente: Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, Diciembre 2006, CONASIDA.

Con todo es relevante el porcentaje de contagios por vía heterosexual y la incidencia del VIH/SIDA va en aumento entre los jóvenes y las mujeres, esto se relaciona directamente con el avance de la epidemia de SIDA en niños, según Peter Piot “el perfil de la epidemia es cada vez más joven y más femenino”. Al inicio de la epidemia, el tema del

VIH/SIDA era concebido como un problema de “otros”, básicamente de homosexuales y drogadictos.

En los niños de catorce años y menos no sólo se trasmite por vía sexual, ellos la adquirieron VIH primordialmente a través de sus madres, es decir durante la gestación y nacimiento, ésta es la principal vía de infección del VIH/SIDA en esta población, con 84.4% de los casos de SIDA acumulados y 96.8% de los casos diagnosticados en el año 2007 (Cuadro 1).

Cuadro 1. Casos de SIDA en niños de 14 años y menores, según categoría de transmisión.

Categoría de transmisión *	Casos acumulados (1983-2003)		Casos diagnosticados en el año 2004		Casos diagnosticados en el año 2005		Casos diagnosticados en el año 2006		Casos diagnosticados al 15 de noviembre de 2007		Casos acumulados 2007	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Perinatal	1326	81.1	77	92.8	97	99.0	107	95.5	91	96.8	1698	84.4
Transmisión sanguínea	239	14.9	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	240	11.9
Transmisión sexual	60	3.8	5	6.0	11	11.0	8	4.5	3	3.2	74	3.7
Se desconoce **	755	47.2	9	10.8	3	3.0	3	2.6	4	4.2	774	37.9
Total	1580	100	82	100	111	100	118	100	98	100	2006	100

(*) Clasificación agrupada de factores de riesgo.

(**) Estos casos se excluyen de la suma de porcentajes, se precisan en rojo para conocer su magnitud.

Fuente: Reportes del Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, CENSIDA. Años 2004, 2005, 2006 y 2007 hasta el 15 de noviembre.

La epidemia en México es principalmente urbana y masculina y se clasifica como concentrada de acuerdo a los criterios de vigilancia del VIH de segunda generación, establecidos por el ONUSIDA, es decir que mantenga una prevalencia en por lo menos un sub-grupo de la población igual o mayor a 5%, en este caso hombres que tienen sexo con otros hombres (15%), pero menor a 1% en población en general, en este caso mujeres embarazadas de zonas urbanas (0.09%). (IRCA 2000-2006. p. 48). Las acciones de protección a la salud, en el caso del VIH/SIDA en nuestro país dado que la epidemia esta concentrada, están orientadas a la población masculina adulta de 15 a 49 años (Gráfica 2), por ello no se da prioridad a las acciones de prevención de la transmisión perinatal del virus en población de bajo riesgo.

Los hijos concebidos por madres VIH+ aun cuando no gozan ellas mismas de buena salud pueden nacer sanos si se evita la transmisión del virus a los hijos durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia materna, ya que actualmente existen métodos efectivos y científicamente comprobados para prevenir este tipo de transmisión con el uso de antirretrovirales. Desde 1994, con el protocolo clínico conocido ACTG 076 (AIDS Clinical Trial Group protocol 076), se demostró que el riesgo de transmisión perinatal

puede reducirse hasta en dos tercios mediante la administración de zidovudina a la madre durante el embarazo, trabajo de parto, parto y al bebé durante los primeros meses de vida. Y desde 1999, en otro estudio publicado en The Lancet, se demostró que la aplicación de nevirapina, administrada en un régimen más sencillo de una sola dosis al momento del parto también puede descender la incidencia de transmisión materno-fetal del VIH.

Aproximadamente la quinta parte de los niños con VIH, desarrolla SIDA durante el primer año y muere a los cuatro. El resto puede presentar problemas de aprendizaje o de la función motora e infecciones oportunistas y en la adolescencia es cuando muestran síntomas más graves asociados al SIDA. (Aysa, 2007, p.2). 695 niños con VIH/SIDA registrados hasta el 15 de noviembre de 2007 (SS.CENSIDA), han muerto innecesaria y prematuramente, no obstante que se cuenta en nuestro país con la infraestructura y el conocimiento medico para el diagnostico oportuno y la prevención de una enfermedad previsible. La falta de efectividad de las acciones preventivas para evitar la transmisión del virus de madre VIH+ a hijo en la población mexicana, ocasiona pérdida en salud y por lo tanto en vida, pérdidas que podrían evitarse si los recursos y tecnología con los que ya se cuenta, se distribuyeran mejor. La contribución a la mortalidad de la población infantil, por causa del VIH/SIDA; es un indicador de la debilidad e ineficiencia del sistema de atención a la salud (La mortalidad en México 2000-2004, Secretaría de Salud. p. xvi).

Estas muertes evitables se deben a diversos aspectos sociales, económicos, biológicos y conductuales que le corresponde controlar a la Secretaría de Salud, como autoridad rectora de las políticas y líneas de acción de salud del país destinadas a contener el problema de salud relacionado con el VIH/SIDA y al Centro Nacional para la Prevención y Protección del VIH/SIDA (CENSIDA), órgano desconcentrado dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud que persigue los objetivos estratégicos siguientes (IRC 2000-2006, p.3):

- 1) Incrementar el uso de medidas preventivas entre las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS.
- 2) Disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS, en las poblaciones y entidades mas afectadas del país.

- 3) Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información y a las pruebas de detección y tratamiento.
- 4) Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud.
- 5) Disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos.

Para cumplir con esos objetivos con la función de formular, difundir las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de las infecciones, así como de proponer los mecanismos de coordinación estatales, sectoriales e intersectoriales para enfrentar el problema de salud, el CENSIDA adoptó el Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, alineado a los objetivos del Programa Nacional de Salud 2000-2006 instrumentado por la Secretaría de Salud, que buscaba contribuir al desarrollo de la población a través de la promoción de la salud como un objetivo social, y lograr el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, en el marco de un financiamiento equitativo, transparente y eficiente de los recursos para cumplir con ello planteó las siguientes metas:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud, estas metas se concretarían con la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud.

- a. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
- b. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
- c. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
- d. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.

- e. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- f. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
- g. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.
- h. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud.
- i. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- j. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Las estrategias sustantivas: enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades y brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, con la línea de acción: Prevenir y controlar las ITS y el VIH/SIDA; así como las estrategias instrumentales del Programa Nacional de Salud, constituyen el marco al que se vincula el Programa de Acción VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, como instrumento normativo de las acciones y políticas de protección, equidad y calidad en materia de salud de las personas afectadas por el VIH/SIDA, a cargo del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

A su vez se amolda al marco de referencia del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2000-2006 que enfatizó la importancia de la salud como punto esencial para la educación y el desarrollo de los mexicanos. Uno de los objetivos rectores del PND consistió en “mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos”, mediante la estrategia “elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud”. Dicha estrategia busca asegurar el acceso a los servicios de salud con calidad y trato digno y, al mismo tiempo, proteger la economía familiar de gastos excesivos. A la par implica la participación responsable por parte de la población para el cuidado preventivo, en el plano individual, familiar y colectivo de la salud.

El Programa de Acción: VIH/SIDA e ITS, enfatiza que la coordinación estatal, debe establecerse con los 32 servicios de salud descentralizados desde 1996. Asimismo que la coordinación sectorial es indispensable para la optimización de los recursos y establecimiento de metas y objetivos conjuntos (Cuadro 2). Y resalta que la coordinación intra e intersectorial, es relevante para impulsar las acciones preventivas. Sin embargo la participación de las Secretarías del Trabajo y Previsión Social, de Educación y de

Desarrollo Social, se limita a su representación en el CONASIDA, ya que no se identifican actividades programadas en sus presupuestos o programas de trabajo sectoriales.

Cuadro 2. Coordinación sectorial del Programa de Acción: VIH/SIDA e ITS.

Componente del programa	Principales instituciones o áreas involucradas	Principales programas de acción del sector salud
Prevención sanguínea	Centro Nacional de Transfusión Sanguínea Centro Nacional de Trasplantes Servicios de Salud del Sector Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Dirección Nacional de Promoción de la Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Consejo Nacional contra las Adicciones	Sangre Segura Trasplantes Salud del Adolescente Adicciones Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)
Prevención perinatal	Dirección General de Salud Reproductiva Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Servicios de Salud del Sector Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud Servicios especializados para la atención del VIH/SIDA Dirección General de Promoción de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección General de Comunicación Social	Salud Reproductiva Salud de la Infancia Arranque Parejo en la Vida Mujer y Salud Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)
Prevención sexual	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Consejo Nacional contra las Adicciones Dirección General de Salud Reproductiva Dirección General de Promoción de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Equidad y Desarrollo Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección General de Comunicación Social	Salud del Adolescente Adicciones Salud Reproductiva Vete sano, Regresa Sano Mujer y Salud Educación Saludable Comunidades Saludables Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) Salud y Nutrición para los pueblos Indígenas Cáncer cervicouterino Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)
Atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS	Servicios de Salud del Sector Servicios especializados para la atención del VIH/SIDA Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Protección Financiera en Salud Dirección General de Equidad y Desarrollo	Modelo Integrado de Atención en Salud (MIDAS) Hospital Universal Formación y Capacitación del Personal de Salud Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud Servicios de Salud Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) Seguro Popular Tuberculosis Vete sano, Regresa Sano Mujer y Salud Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)
Mitigación del Daño	Servicios de Salud del Sector Servicios especializados para la atención del VIH/SIDA Dirección General de Equidad y Desarrollo Coordinación de Enlace con el Congreso y Participación Ciudadana Comisión Nacional de Arbitraje Médico Dirección General de Promoción de la Salud	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud Servicios de Salud Protección Financiera Comunidades Saludables Mujer y Salud

El Programa tiene cinco componentes, uno de ellos es la Prevención Perinatal en el que se estableció como política nacional que el tratamiento para prevenir la transmisión perinatal del virus sería gratuito; el componente tenía como meta incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA perinatal, de acuerdo a la norma en el 100% de las

instituciones del sector salud. Para ello enfatiza las siguientes necesidades 1) detectar oportunamente a toda mujer infectada, 2) contar con personal de salud capacitado para identificar factores de riesgo, 3) promover la atención prenatal 4) proporcionar información y consejería sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitirlos a los hijos. Y reconoce que mientras no se realicen estas acciones en el 100% de mujeres que acuden a control prenatal, seguirán presentándose casos de VIH/SIDA que pudieron evitarse. No obstante con esto, se esperaba reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del virus.

Las acciones estratégicas que se plantearon en el componente de prevención perinatal fueron, entre otras las siguientes:

- I. Proveer información y consejería adecuada a las mujeres con ITS o VIH positivas.
- II. Ofrecer la detección del VIH/SIDA al 100% de las mujeres embarazadas, negociando la gratuidad de los servicios de laboratorio para que sean accesibles a la mujer no asegurada.
- III. Ofrecer medicamentos antirretrovirales gratuitos al 100% de las mujeres embarazadas infectadas que acuden al control prenatal.
- IV. Garantizar alimentación artificial, segura y adecuada al 100% de los hijos de madres infectadas por el VIH.
- V. Incluir las actividades para la prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA como criterio de los programas de atención perinatal.
- VI. Mejorar la vigilancia epidemiológica de las embarazadas infectadas VIH positivas y de sus hijos, incorporando los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.
- VII. Capacitar al personal y supervisar el cumplimiento de la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar y los lineamientos para el manejo de la mujer embarazada con infección por el VIH/SIDA.
- VIII. Fortalecer la coordinación con los Programas de Salud Reproductiva, de promoción de la Salud y de Salud en la Infancia y Adolescencia, para prevenir la transmisión del VIH por vía perinatal.

El seguimiento y evaluación de los avances del Programa se realizaría a través de dos herramientas informáticas; el Sistema de Control de Medicamentos (SICOME) cuyo

objetivo es verificar el manejo clínico de las personas que viven con VIH/SIDA, registrar pacientes que ingresan al Programa de Acción, controlar la prescripción de medicamentos, las entradas y salidas de los mismos en la farmacia donde se almacenen y custodien. Así como el Sistema de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, cuyo objetivo es sistematizar información útil para el diseño de estrategias encaminadas a mejorar el flujo y la asignación de los recursos en la materia, lo que permitirá dirigir el gasto hacia las funciones básicas que optimicen los recursos, eviten la propagación de la epidemia y atiendan de forma integral a los afectados. Específicamente, la evaluación se realizaría en base al seguimiento trimestral, semestral y anual de indicadores de proceso, de resultado y de impacto de los componentes del programa: prevención sexual, sanguínea y perinatal. Indicadores contruidos a partir de la información de otros sistemas de información tales como el SICOME, el Sistema de Información de Población Abierta (SISPA), el Sistema Único de Información Epidemiológica (SUIVE), las Estadísticas Vitales y la recabada a través de encuestas.

Resalta por su contradicción que en la estrategia, la gratuidad de las pruebas de detección del VIH, se condicione a la negociación, ya que en el mismo programa de acción se afirma que existe una política nacional de tratamiento gratuito para prevenir la transmisión perinatal del virus. Además de que el VIH/SIDA se incluyó como uno de los padecimientos que causan gastos catastróficos y por ello a partir del 2005 los recursos utilizados para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral de las personas sin acceso a la seguridad social han sido cubiertos por el fideicomiso de gastos catastróficos.

El Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, señalo como meta incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA perinatal, de acuerdo a la norma en el 100% de las instituciones del sector salud. Es la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 21 de junio del 2000; el instrumento que actualiza y uniforma los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, de carácter obligatorio en todo el territorio nacional y para todo el personal que labore en unidades de servicios de salud de los sectores publico, privado y social del Sistema Nacional de Salud. Entre otros ordenamientos señala que las personas en riesgo de adquirir infección por el VIH son las

personas que realizan practicas sexuales de riesgo: que tienen una vida sexual activa y que independientemente de su preferencia sexual, realizan practicas sexuales sin protección, que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual, que son compañeros sexuales de personas con VIH/SIDA, o que tienen a su vez varios compañeros sexuales, de usuarios de drogas inyectables, de hemofílicos o de personas transfundidas entre 1980 y 1987. Los usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa o que comparten agujas o jeringas contaminadas. Y las personas expuestas a riesgos distintos a la actividad sexual: hemofílicos o transfundidos entre 1980 y 1987, personas transfundidas después de 1987 con sangre y hemoderivados no analizados, personas expuestas a agujas u objetos punzo-cortantes contaminados o a contacto o salpicadura de sangre o secreciones. Entre estos se encuentran los hijos nacidos de mujeres infectadas con VIH/SIDA.

De acuerdo a la norma las medidas de control del paciente con VIH, comprenden actividades de 1) detección y diagnóstico, 2) atención y tratamiento, 3) Notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos e 4) investigación y seguimiento de los contactos. La detección y diagnóstico del paciente con VIH se lleva a cabo mediante la comprobación de los antecedentes de exposición y estudios de laboratorio. La entrega de resultados de detección debe ser en forma individual y confidencial, por personal capacitado; en este sentido las instituciones del sector salud deben ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entreguen resultados VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a la nueva situación. (NOM, 6.1, 6.2, 6.4, 6.5).

Para elección e inicio del tratamiento antirretroviral, el elemento más importante a considerar en el estadio clínico en que se encuentre la infección por VIH, que puede ser medido a través de los linfocitos CD4, cuya presencia es una condición definitoria de SIDA (NOM, 6.13).

Dado que existen estrategias para disminuir la probabilidad de transmisión de la infección por VIH, de una mujer VIH+ embarazada a su hijo, se debe brindar asesoría en todos los casos, con el fin de dar toda la información relacionada con el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento. El esquema de tratamiento de la mujer embarazada VIH+, debe considerar tres aspectos fundamentales 1) mantener la salud de la madre, 2) disminuir el riesgo de transmisión perinatal y 3) debe estar de acuerdo con los

lineamientos establecidos en la Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, vigente emitida por la Secretaría de Salud. (NOM, 6.13.4 y 6.13.5). Este documento es el protocolo de atención integral del VIH/SIDA, mismo que se ha definido y actualizado a través de la Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA, aprobada por el Consejo de Salubridad General y de cumplimiento obligatorio para las instituciones públicas del sistema nacional de salud por acuerdo publicado en el diario oficial el viernes 12 de noviembre del 2004.

Con todo ello se esperaba reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del virus. Es así que en la interrupción de la transmisión perinatal del VIH/SIDA para la prevención de la enfermedad y en consecuencia evitar muertes infantiles por SIDA, figuran las autoridades federales, estatales y locales de salud, como la propia Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, Secretaría de Marina y Secretarías de Salud estatales, en su carácter de instancias operadoras de los Sistemas de Salud en sus tres niveles y de ejecutoras de los programas de salud pública para la prevención del VIH/SIDA. La Secretaría de Educación Pública y la sociedad civil, son también actores relevantes involucrados en las acciones de prevención, a través de las acciones de educación para la salud, promoción de la salud y participación social dirigida a la comunidad. De igual forma comparte la responsabilidad sobre estas muertes evitables el personal de salud que brinda atención prenatal a las mujeres embarazadas y a ellas mismas, como principales interesadas en el bienestar y vida saludable de sus hijos.

El Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, instrumento operativo del Plan Nacional de Salud 2001-2006 y eje de la política de protección de la salud ante el VIH/SIDA y los instrumentos de planeación nacional, contienen numerosas declaraciones y compromisos sobre el tema de la prevención de la transmisión perinatal, también afirman la disponibilidad de las intervenciones y conocimientos médicos para atender el problema; sin embargo las acciones ejecutadas no han tenido un impacto real y tangible en la población infantil expuesta, ya que no se han logrado las metas y objetivos planeados; en primer lugar por que el número de casos no se considera relevante y por ello no se fortalecen los mecanismos de información y consejería, de acceso a métodos de detección y tratamiento para mujeres embarazadas y de

alimentación a los recién nacidos hijos de madres VIH+, así como los mecanismos de vigilancia epidemiológica de embarazadas VIH+ y sus hijos. En segundo lugar aun cuando se planeo incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA perinatal, de acuerdo a la norma en el 100% de las instituciones del sector salud, las acciones de promoción para la salud, participación social y educación para la salud necesarias involucran la participación intersectorial, de las autoridades gubernamentales federales y estatales, así como de los individuos y grupos sociales. Las acciones que se han realizado se han enfocado en los grupos de riesgo, que son los hombres que tienen sexo con otros hombres, los adolescentes y los usuarios de drogas inyectables. Ya que las mujeres no son un grupo prevaeciente no se benefician de las medidas de prevención y de control que garantizarían la detección, diagnóstico y tratamiento de la mujer embarazada VIH+.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental, su salud es una condición básica para asegurar el desarrollo del potencial humano de la nación, y depende de la mas amplia cooperación de las personas y de los estados, así lo declara la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946. p.1), por ello independientemente del tamaño de la población expuesta, las medidas de prevención que se proponen, se basan en un principio de justicia, ya que desde que el ser humano es concebido, debe tener la oportunidad de disfrutar de la salud que contribuya a su desarrollo individual e interacción social en condiciones armoniosas (Velasco, 2002, p.196). En el vulnerable periodo del embarazo, nacimiento y lactancia, es responsabilidad del estado organizar y realizar las acciones necesarias para preservar la salud de los individuos en riesgo.

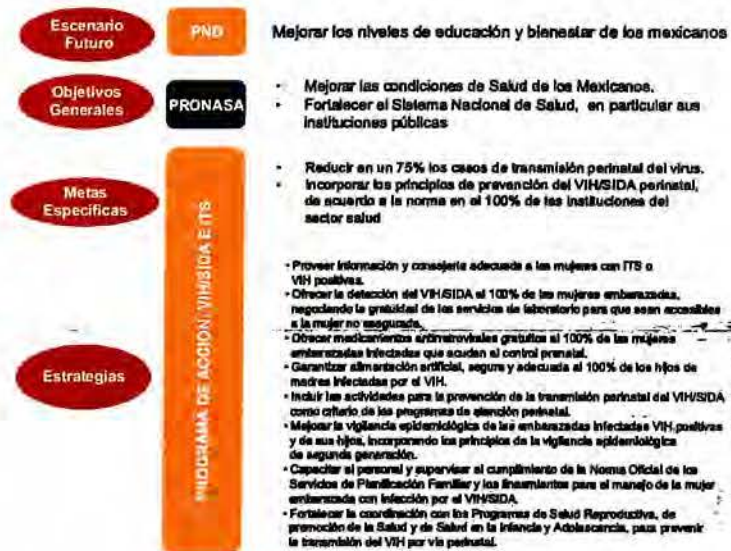
Por las razones anteriores, es necesario desarrollar políticas públicas más efectivas, orientadas a la prevención de los daños a la salud en niños concebidos por mujeres con VIH o SIDA, con la inclusión y realización de estrategias y programas basados en medidas de prevención primaria, dirigidos especialmente a esta población vulnerable. La investigación realizada busca aportar elementos que permitan identificar áreas de oportunidad en la calidad de la atención y funcionamiento de los servicios de salud, asimismo pretende sustentar políticas de salud más amplias basadas en intervenciones de prevención primaria, que eviten la transmisión perinatal del VIH/SIDA. Así como programas específicos de educación y promoción de la salud, vinculantes de los sectores salud y educación, que

busquen formar conciencia y auto-responsabilidad de la protección de la salud, entre individuos, familias y comunidades o grupos sociales. Estos programas sin embargo deben adecuarse al impacto que se espera lograr en una población con necesidades variadas.

Es el estado el que cuenta con los recursos para dar una respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población y se trata de una enfermedad transmisible cuyo contagio es evitable en el caso de la transmisión materno-infantil, ya que existen terapias psicoprofilácticas científicamente probadas para evitar la transmisión perinatal, por lo que es posible que los programas gubernamentales de protección a la salud, incorporen acciones preventivas y control efectivas.

Así tenemos que para la protección de la salud de los niños expuestos a la infección del VIH/SIDA por contagio perinatal, la gestión gubernamental se enmarco en un conjunto de acciones estratégicas, que pretendían lograr específicamente: reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del virus e incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA perinatal de acuerdo a la norma en el 100% de las instituciones del sector salud. Con ello se concibo contribuir a la mejora de las condiciones de salud de los mexicanos y al fortalecimiento el Sistema Nacional de Salud, en particular de sus instituciones públicas. Y un objetivo más elevado justificar su razón de existir en la consecución de la mejora de los niveles de educación y bienestar de los mexicanos.

Figura 1. Organización estratégica de la gestión gubernamental en la prevención del VIH/SIDA Perinatal.



En la primera parte de la investigación se examinará el problema planteado desde su perspectiva actual luego de que ha concluido el periodo para el que se fijaron metas a alcanzar con la aplicación del Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; para conocer el grado en que se ha interrumpido o reducido la epidemia del VIH/SIDA entre la población infantil, que se sitúa entre los catorce años o menos y el logro en la incorporación de los principios de prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 y su nivel de cumplimiento, para la prevención y control de la infección por VIH, para propiciar la atención de los problemas de salud del binomio madre-hijo ocasionados por el VIH/SIDA.

Después se ocupa de evaluar los avances gubernamentales en la interrupción de la transmisión perinatal del VIH/SIDA, en base a la información al respecto disponible en los sistemas de evaluación y seguimiento, el SICOME, el Sistema de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA y los informes gubernamentales y de avances del programa de acción de 2003, 2004, 2005 y 2006. Así mismo, indaga sobre la información cuantitativa relativa al: número de mujeres VIH+, que participan en esquemas de consejería; al número de mujeres embarazadas que decidieron hacerse la prueba de detección del VIH con resultado positivo confirmado, en relación con el número total de mujeres embarazadas, en control prenatal en unidades de salud; mujeres embarazadas VIH+ a las que se les proporcionan tratamiento antirretroviral, con el fin de impedir la transmisión de virus a sus hijos; hijos de madres VIH+ que reciben alimentación artificial en sustitución de la leche materna e hijos de madres VIH+ sanos, y personal capacitado en el cumplimiento de las normas y lineamientos para el manejo de la mujer embarazada con VIH/SIDA. Al hacerlo se explora sobre la coherencia de las actividades estratégicas planeadas, con las metas específicas establecidas en el sistema y sobre la cobertura real de la población objetivo.

Con los datos identificados en los programas, actividades, y metas se evaluará la coherencia, suficiencia e idoneidad de los factores que influyen en la prestación de los servicios de salud para la prevención del VIH/SIDA perinatal en niños.

En la última parte, a partir de las necesidades de salud de la población afectada que ya han sido especificadas, se harán propuestas de políticas que den respuesta a esas necesidades:

- 1) Detectar oportunamente a toda mujer infectada.
- 2) Contar con personal de salud capacitado para identificar factores de riesgo.
- 3) Promover la atención prenatal.
- 4) Proporcionar información y consejería sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitirlos a los hijos.
- 5) Mejorar la educación en temas de sexualidad.

I. Marco teórico

1. Protección a la salud

Según una definición elaborada en 1920, por C. E. Winslow misma que se considera vigente: “La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicio médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (Álvarez, 2002, p. 32). La salud pública bajo la conceptualización amplia propuesta por C. E. Winslow, tiene una cualidad de integración multidisciplinaria y “parece ofrecer soluciones a varios problemas de nuestro tiempo” (Frenk, 1993. pp. 31), reúne en si misma a la atención médica preventiva en sus tres niveles, la asistencia social y los servicios no personales, con una perspectiva individual y poblacional. La salud pública entonces debe dar respuesta a las necesidades o condiciones de salud de la población, cualquiera de ellas que se presente en el transcurso de los procesos vitales del individuo: nacimiento, crecimiento, desarrollo, reproducción, bienestar, disfunción, dolor, enfermedad, incapacidad o muerte; mediante los servicios y recursos disponibles.

Dentro de las actividades de prevención dirigidas al individuo que se desarrollan en los programas de salud se reconocen tres niveles de acción relacionados con la historia natural de la enfermedad: prevención primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 3). Actuar sobre las causas potenciales de la enfermedad antes de que ésta ocurra se consideran

medidas de prevención primaria. Cuando se llevan a cabo acciones en etapas tempranas de la enfermedad, se trata de medidas de prevención secundaria. En la etapa de prevención terciaria se llevan a cabo acciones para prevenir la recurrencia de la enfermedad o disminuir el grado de incapacidad causado por la misma. (Lazcano y Hernández, 2003, p.273):

Cuadro 3. Niveles de Prevención en Salud.

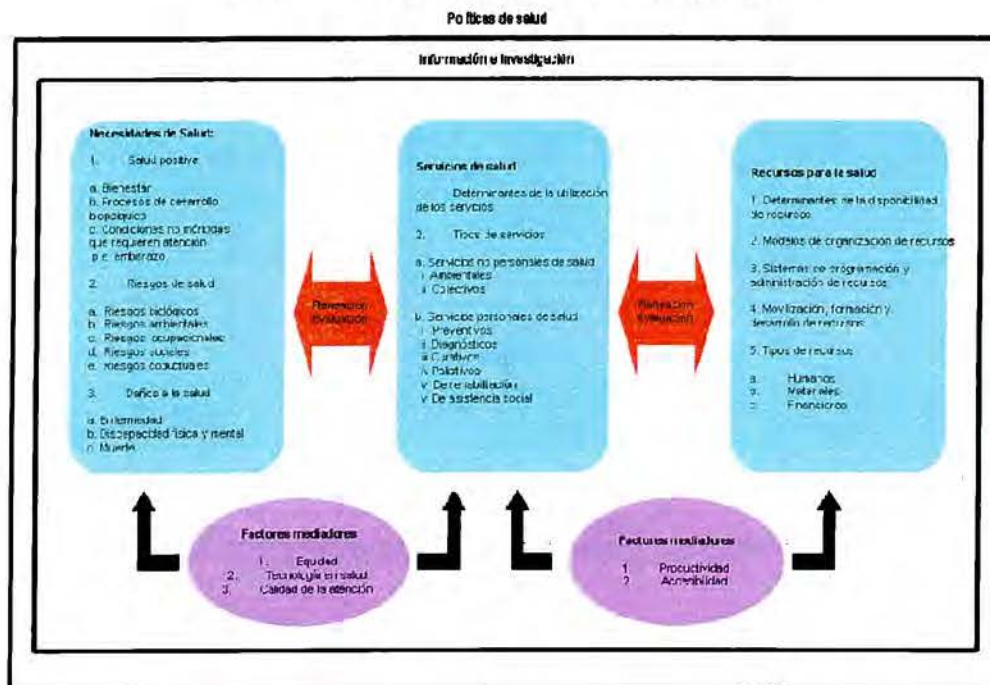
Nivel	Objetivo	Actividades
Primaria	Promover la salud Evitar la aparición de la enfermedad	Educación para la salud Prevención específica
Secundaria	Evitar que las enfermedades progresen Limitar la invalidez	Detección Diagnostico temprano-oportuno y tratamiento inmediato y adecuado
Terciaria	Rehabilitar al enfermo	Rehabilitación

En el campo de la salud pública, se encuentran tres fenómenos sustantivos que son su materia de acción: a) las necesidades de salud, b) los servicios que satisfacen esas necesidades y c) los recursos requeridos para producir esos servicios (Figura 2). Las necesidades de salud se definen como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención y refieren una situación que de no ser satisfecha, tendrá consecuencias negativas en el individuo. La especificación de esas necesidades, permite determinar los servicios que habrán de satisfacerlas y que recursos deben estar disponibles para producir esos servicios. (Frenk, 1993. pp. 58-62)

Estos tres fenómenos se relacionan entre ellos por los ciclos de planeación y evaluación, a la vez se entrelazan con varios factores, los que a su vez median e influyen en las relaciones entre ellos. (Frenk, 1993. pp. 62-69)

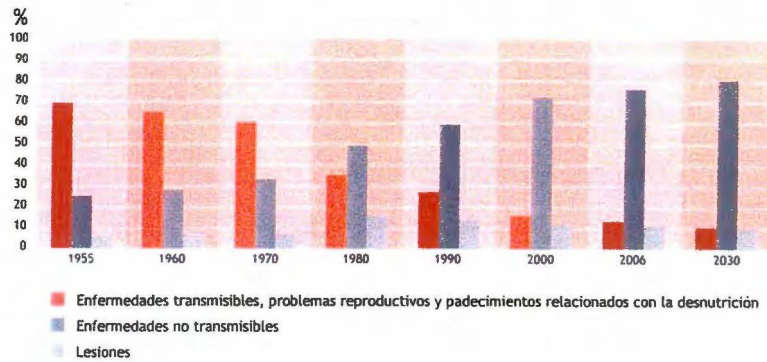
En conjunto, se encuentran inmersos en un entorno delimitado por la información, la investigación y las políticas públicas, que “permea en todo el sistema de salud” como se muestra en la figura 1 (Frenk, 1993. pp. 58-69):

Figura 2. Salud pública, fenómenos, factores y entorno.



A lo largo de las últimas décadas la salud ha sufrido una transición, en principio esta era afectada en mayor medida por las enfermedades transmisibles, que fueron causa principal de muerte entre la población mundial. En la actualidad sobresalen como causa de muerte de la población, las enfermedades no transmisibles también conocidas como crónicas degenerativas o de evolución prolongada como las cardiovasculares, neoplásicas, endocrinológicas, padecimientos mentales y adicciones, así como los accidentes (Gráfica 4). Esta transición ha sido causada por la elevación de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, por la reducción de la tasa de mortalidad infantil, por el incremento de la tasa de natalidad, así como por algunas condiciones ambientales, económicas y sociales como la industrialización, la urbanización y la migración. También juega un papel preponderante entre las causas, las condiciones de vida y la actitud de las personas hacia la salud propia y de sus dependientes, es decir el ambiente, los hábitos y conducta de vida.

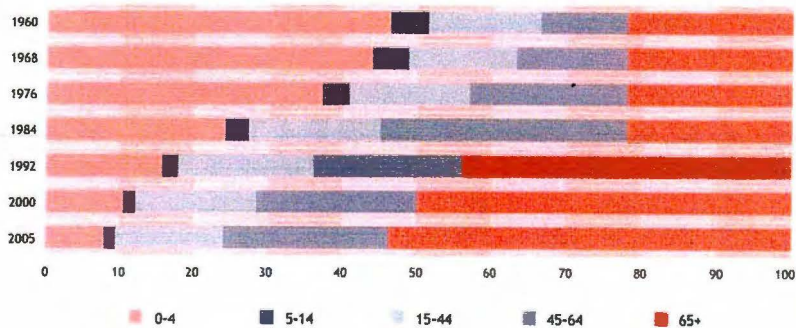
Gráfica 4. Causas de mortalidad. Transición epidemiológica en México.



Fuente: Plan Nacional de Salud 2007-2012. Elaborado por la Secretaría de Salud.

La esperanza de vida actual de más de 70 años y la mejora en las tasas de mortalidad (Grafica 5) y morbilidad se deben principalmente a las acciones preventivas que han influido en la adopción de estilos de vida mas saludables y el auto-cuidado de la salud; sin embargo una proporción de más del 70% del gasto en salud se destina a las acciones curativas (Uribe, 2001, p.18). Las acciones curativas se orientan por criterios cuantitativos hacia las enfermedades de mayor prevalencia y en los grupos más representativos que se encuentran expuestos a riesgos. Las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades trasmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, han disminuido pero no se han eliminado. Entre este grupo de enfermedades se encuentra un riesgo emergente ocasionado por la epidemia del VIH/SIDA (Gráfica 2).

Gráfica 5. Contribución a las causas de mortalidad por grupos de edad.



Fuente: Plan Nacional de Salud 2007-2012. Elaborado por la Secretaría de Salud.

No obstante el modelo de protección de la salud que prevalece en nuestro país es curativo-individual, ya que esta estructurado para satisfacer las necesidades que se derivan de los estados que se desvían de la salud, lo que coloca al hospital, clínica, centro de salud como su centro estratégico, y no permiten percibir donde se encuentran las verdaderas fuentes de salud (Kumate-Soberón 1989. p. 5). Por ello los recursos disponibles se han destinado mayoritariamente a la atención de las manifestaciones biológicas individuales de la enfermedad e incapacidad física-orgánica de las personas, privilegiando las acciones de prevención secundaria y terciaria y la práctica médica y atención hospitalaria curativa; dejando de lado las acciones preventivas primarias mas eficaces en el combate de las causas y mecanismos que deterioran y destruyen al organismo humano, mediante acciones sociales y ambientales, que restauren en equilibrio físico, biológico y psicosocial (Frenk, 1993, p. 28-31).

2. VIH y SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que origina una deficiencia inmunológica progresiva e irreversible. Las repercusiones biológicas, psicológicas, éticas, sociales, económicas y políticas, que la enfermedad ha causado en la humanidad, desde que fue identificada, la colocan en los primeros lugares de la agenda de los estados y organizaciones civiles.

Actualmente solo la raza humana es portadora de la enfermedad, la cual se adquiere por transmisión de los retrovirus VIH-1 y VIH-2 a la corriente sanguínea de una persona sana, por las siguientes vías:

- a. Sexual: a través del contacto con fluidos preeyaculatorios, vaginales, semen y sangre, durante las relaciones sexuales o por contacto físico sexual sin protección con personas infectadas por el VIH.
- b. Perinatal: de madre a hijo en cualquiera de tres etapas: en la gestación por vía transplacentaria, en el parto por la sangre o secreciones en el canal de parto y durante la lactancia a través de la leche materna. En este caso la madre puede estar infectada antes de embarazarse o bien, resultar infectada durante el embarazo.

c. Sanguínea: por transfusión de sangre o de sus componentes contaminados, trasplante de órganos y tejidos contaminados, por uso de agujas, jeringas y objetos punzo cortantes infectados y exposición a instrumental médico contaminado.

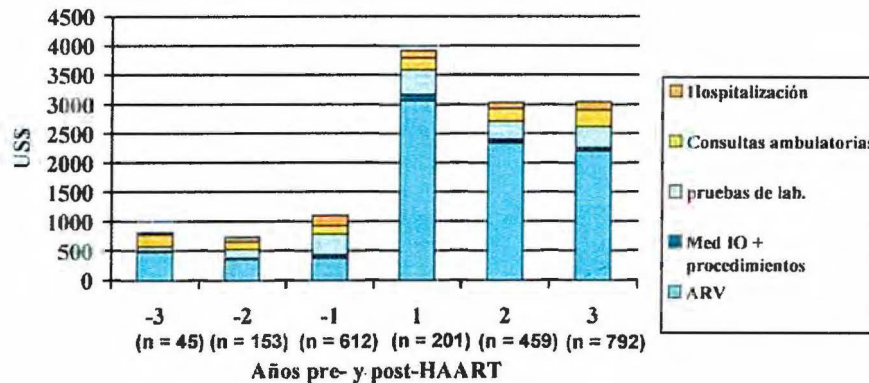
Debido a que el periodo de incubación de la enfermedad es extraordinariamente prolongado, en general de hasta diez años, se distinguen dos estados: 1) a partir de la infección y mientras el individuo no presente síntomas clínicos, se considera portador del virus o VIH+. Siempre que con base en estudios de laboratorio, presente dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos y una prueba suplementaria positiva, aun si se trata de pacientes asintomático que nieguen factores de riesgo y 2) una vez que la infección avanza provoca manifestaciones clínicas y de laboratorio, entonces se considera al individuo enfermo de SIDA.

Las personas infectadas con el VIH, en la siguiente década inevitablemente evolucionaran hacia la enfermedad y la muerte, al mismo tiempo son una posible fuente de transmisión y diagnostico de futuros casos. “El gobierno enfrenta un gran reto para cubrir los costos relacionados con los enfermos de SIDA; en 1993 los costos directos del tratamiento del SIDA en México habían sido estimados entre 5 mil 300 a 16 mil 900 pesos por paciente por año sin incluir el costo de los medicamentos antirretrovirales, lo cual podría aumentar el costo de 9 mil a 27 mil pesos. A los costos directos debían sumarse costos indirectos, tales como los Años de Vida Potencialmente Productiva Perdidos (APVPP) y los costos sociales. En cuanto a los Años potenciales de vida perdidos APVP, se estimó en ese año que en nuestro país el SIDA habría causado 304 mil 990 APVP, cifra equivalente aproximadamente a la población masculina del Estado de Tlaxcala en 1990; en cuanto a los APVPP, la cifra sería aproximadamente 238 mil años, lo que equivaldría a poco menos de la Población Económicamente Activa del Estado de Aguascalientes en 1990” (Oceguera, 1994. p. Crónica parlamentaria).

Diez años después, en un estudio retrospectivo con expedientes clínicos de pacientes reales de 18 años y mas, se estimo el costo total de los servicios otorgados por Secretaria de Salud, IMSS e ISSSTE, que abarca atención de hospitalización, incluyendo urgencias y cuidados intensivos; atención ambulatoria, pruebas de laboratorio, medicamentos antirretrovirales y otros. En el primer año (Grafica 6) de uso de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART); esquema mas recomendable y de uso

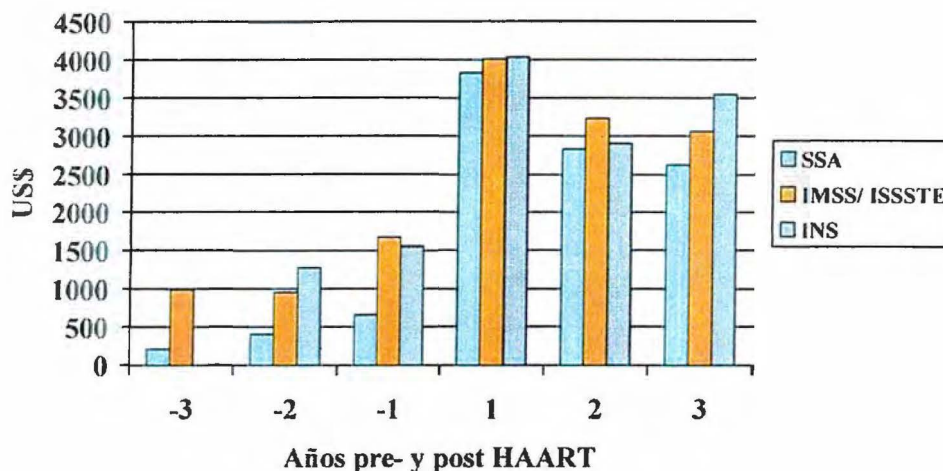
generalizado en el 88% de los pacientes en tratamiento; el costo promedio anual por paciente del tratamiento fue aproximadamente de 38,700 pesos constantes del 2002, disminuyendo a 33,900 a partir del segundo año de tratamiento (Bautista, 2003. pp. 29-30). El costo varía entre instituciones (Gráfica 7), siendo los Institutos Nacionales de Salud, por arriba del IMSS e ISSTE y Secretaria de Salud, en donde resulta más caro el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. El estudio también revela que el costo promedio del tratamiento de los pacientes es mas alto cuanto mas enfermo está (Gráfica 8), debido principalmente a que se duplica el numero de días que pasan hospitalizados y requieren de mayor numero de pruebas de diagnostico no especificas de SIDA. La atención medica busca extender los años de vida, sin embargo, excluyendo el costo de los antirretrovirales, mientras mas tiempo sigan el tratamiento mas altos será el costo, que es entre dos y tres veces mas alto para los pacientes a punto de fallecer que para el promedio de los pacientes (Bautista, 2003. p. 35).

Gráfica 6. Costo promedio anual por paciente del tratamiento, por años pre y post HAART



Fuente: Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México, octubre 2003. Instituto Nacional de Salud Pública y ABT Associates Inc. Tipo de cambio 1USD=9.67 pesos en 2002.

Gráfica 7. Costo promedio anual por paciente del tratamiento con ARV, por subsistema y por años pre y post HAART.



Fuente: Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México, octubre 2003. Instituto Nacional de Salud Pública y ABT Associates Inc.

Gráfica 8. Costo promedio anual del tratamiento por paciente, excluidos los costos de los medicamentos ARV, durante el último año de vida.

Año	Consultas ambulatorias	Días de hospitalización	Pruebas de laboratorio	Medicamentos + procedimientos IO	Total
-1 (n = 23)	152	917	491	108	1668
1 (n = 51)	189	732	699	273	1893
2 (n = 30)	204	1002	643	244	2092
3 (n = 13)	296	795	1111	251	2452

Fuente: Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México, octubre 2003. Instituto Nacional de Salud Pública y ABT Associates Inc.

Los antirretrovirales representan el mayor porcentaje en el costo de atención del paciente con VIH/SIDA y su alto precio el principal obstáculo para lograr el acceso universal (MSAN y OPS, p-2). Aun cuando se han realizado negociaciones con la industria farmacéutica para la reducción de los mismos (Cuadro 4), aun resulta una opción no competitiva con aquella de incrementar la efectividad de las acciones de prevención primaria en la interrupción de la transmisión perinatal del VIH/SIDA, mejoraría el costo-efectividad de las intervención de salud en la atención del VIH/SIDA en México.

Cuadro 4. Costo de esquemas más habituales y precios negociados 2003 y 2005.

Países	Costo anual por paciente. 2003 (Dolares)			
	AZT+3TC+EFV	AZT+3TC+NVP	D4T+DDI+IDV/rfv	D4T+DDI+LPV/rfv
Argentina	631	185	372	493
Bolivia			226	12.045
Brazil	671	124	1.392	1.824
Chile	2.227	1.957	3.094	5.979
Colombia	1.146	267		
Ecuador	1.560			
Paraguay		971		
Peru	617	31	1.577	5.297
Uruguay	1.208	56	1.261	5.172
Venezuela	748	36	1.124	4.197
México	2.622	5.351	1.016	6.333
Valores negociados	573,05	240,9	762,12	1123,47

Fuente: II Ronda de negociación conjunta de precios antirretrovirales y reactivos para los países de Sudamérica y México. Buenos Aires, agosto 2005.

Los niños que han adquirido el VIH/SIDA se enfrentan a los problemas de acceso a las terapias antirretrovirales, que varía de un grupo socioeconómico a otro, sin embargo para la población de menores ingresos que no cuenta con seguridad social resulta mucho más difícil tener acceso al tratamiento y apearse al mismo, durante el tiempo que se prolongue su vida.

3. Panorama mundial de la epidemia

Se estima que hasta finales del 2007 viven en el mundo 33.2 millones de personas con el VIH, de ellos 2.5 millones son menores de 15 años. En ese mismo año 2.5 millones de personas resultaron infectadas con el virus, el 17% de ellos son adolescentes y niños. (ONUSIDA-OMS, 2007. p.1) Las cifras que reportan los organismos internacionales, son estimadas debido a varios factores, entre ellos el subregistro y retraso en la notificación de casos en cada país pero sobre todo a que gran número de personas infectadas, ignora que lo está.

Hacia el grupo de nuevos casos, se enfocan las acciones de prevención y a nivel mundial, presenta una tendencia a disminuir desde la década de 1990 en que se presentaron más de 3 millones de nuevas infecciones por año. Sin embargo el número general de personas que viven con VIH, sigue aumentando, debido la acumulación de nuevas infecciones y periodos más largos de supervivencia. Con excepción de África, en el resto del mundo la epidemia se concentra en poblaciones de mayor riesgo, como hombres que

tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas sexuales, entre ellos las mujeres (ONUSIDA-OMS, 2007. p. 4-6)

La epidemia afecta principalmente a la población en edad reproductiva. Lo anterior influye en el incremento de número de mujeres que viven con VIH, que aumenta de manera acelerada y constante, el VIH se trasmite a las parejas femeninas heterosexuales de varones que probablemente se encuentran entre los grupos de riesgo. También el número de menores de 15 años que viven con el virus, aumentó de 1.5 millones en 2001 a 2.5 millones en 2007. En la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de las Naciones Unidas, se reconoce la importancia de vigilar la tendencia del VIH y de la conducta sexual entre los jóvenes, identificando a las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, como el grupo más accesible y adecuado para realizar la vigilancia, en este grupo la infección del VIH puede ser relativamente reciente y por lo tanto está menos influido por la mortalidad y los tratamientos antirretrovirales (ONUSIDA-OMS, 2007. p. 12).

Con alcance global la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrada en Nueva York del 25 al 27 de junio del 2001, fijó como objetivos que la proporción de VIH+ infantiles se redujese un 20% antes de 2005 y un 50% antes de 2010 (UNICEF/HQ05-1726/Cranston). A finales de 2005 la UNICEF y ONUSIDA entre otras organizaciones, encabezaron la campaña “Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al SIDA”, en la que se reúnen las prioridades de UNICEF en materia de organización y de cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en especial el 6: que persigue detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

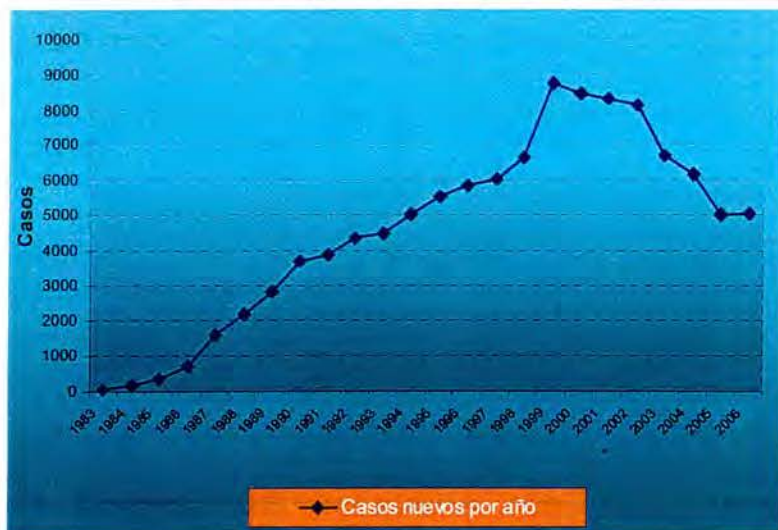
La campaña se orienta a la protección de la infancia y proporciona un marco que persigue inspirar los programas nacionales en torno a cuatro prioridades conocidas como las Cuatro P. 1) Prevención primaria: Reducir al menos a la mitad, del número de nuevas personas jóvenes infectadas por VIH para 2010. 2) Prevención de la transmisión madre-hijo: Incrementar la cobertura de la proporción de mujeres embarazadas que viven con VIH y que tienen acceso a servicios para la prevención de la transmisión vertical, del 3% al 80% para 2010. 3) Provisión de tratamiento pediátrico: Proporcionar antibióticos, como cotrimoxazol y terapia antirretroviral, a niños y niñas infectados con lo que busca reducir la mortalidad de los niños y niñas que viven con VIH en un 43%. Busca también establecer

seguimiento clínico y pruebas de VIH para niños nacidos de madres que viven con VIH después del periodo de prevención durante el embarazo y parto, así como a niños en unidades pediátricas y centros de alimentación terapéutica. 4) Protección, cuidado y apoyo a niños afectados por el VIH/Sida - Alcanzar al 80% de los niños y niñas en necesidad de protección, servicios esenciales y apoyo para 2010.

4. Panorama nacional de la epidemia

“La tendencia de la epidemia de SIDA en México ha sido de tres tipos, en los primeros años de 1983 a 1986, el crecimiento fue lento; de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial y a partir de 1991 y hasta 1987, ha sido de tipo exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización” (Álvarez, 2002 pp. 364-369). A partir del 2002, la tendencia en la incidencia de casos en población general disminuye, (Gráfica 9). De las 115,651 personas que han adquirido el SIDA hasta el 15 de noviembre de 2007, el 2.4% son menores de 15 años y del total solo 35% siguen vivos según el Registro Nacional de Casos de SIDA, (Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, p.8).

Gráfica 9. Tendencia del SIDA en México.

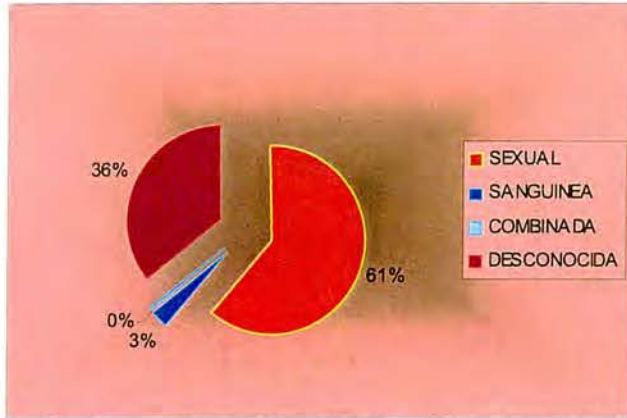


Fuente: Panorama epidemiológico del VIH/SIDA en México, 2006. CENSIIDA

Escuchar hablar del SIDA nos hace pensar en personas adultas enfermas a consecuencia de sus conductas sexuales de riesgo (Gráfica 10), efectivamente el grupo mas afectado por casos diagnosticados de SIDA esta en población adulta en edad reproductiva,

seguido de la población de mas de 45 años. Sin embargo la incidencia de la enfermedad en niños y mujeres le da otro carácter, la población en riesgo esta más cerca de nosotros en lo cotidiano y lo familiar.

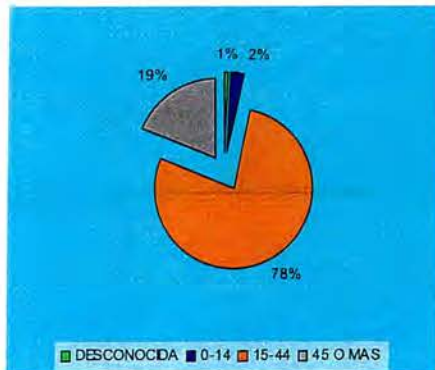
Gráfica 10. Casos acumulados de SIDA en personas de 15 años y más, por categoría de transmisión.



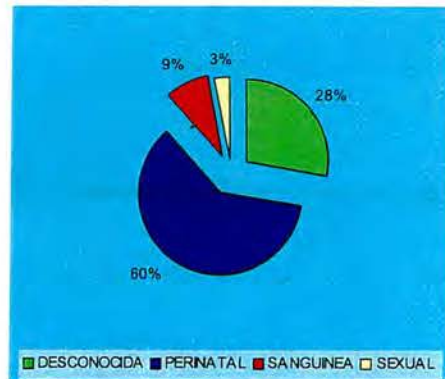
Fuente: Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Diciembre 2006, CONASIDA.

Los niños son un grupo vulnerable que esta padeciendo la enfermedad. Este representa el 2% de los casos (Gráfica 11). De 1983 al 15 de noviembre de 2007 los casos acumulados de niños de 14 años o menos, diagnosticados con SIDA suman 2,786 (SS/CENSIDA). La principal causa de transmisión en los casos diagnosticados de SIDA en niños, es la vía perinatal con 60%. Resalta en este grupo un 28% de casos de los que se desconoce la causa de la infección del virus (Gráfica 12).

Gráfica 11. Proporción de casos de SIDA por grupos de edad



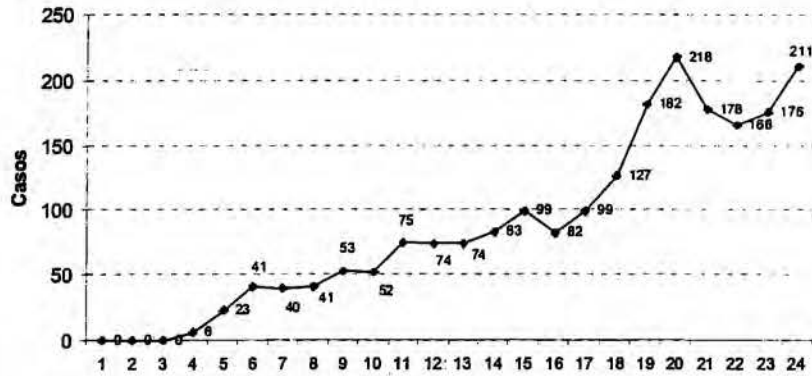
Gráfica 12. Proporción de casos de SIDA pediátricos por vía de transmisión



Fuente: Reportes de casos nuevos y acumulados al 15 de noviembre del 2007. CENSIDA

El SIDA perinatal en niños ha crecido de manera constante y geométrica año tras año, de los primeros 6 casos diagnosticado en 1986 a los 211 casos diagnosticados en el 2006.

Gráfica 13 Casos de VIH/SIDA Perinatales por año de diagnostico



Fuente: Información proporcionada por el Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud con la solicitud 0001200089208. Registro Nacional de VIH/SIDA.

En 2003 la incidencia de la enfermedad en los niños de 0 a 14 años como grupo de población, sobrepasó los tres puntos, disminuyendo a 2.11 en 2005, con tendencia nuevamente creciente al año siguiente (Gráfica 14).

Gráfica 14. Incidencia de casos nuevos por VIH. Tasa acumulada para la población de 14 años o menos



Fuente: Anuarios estadísticos, del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México

Desarrollo de la Investigación

PRIMERA PARTE

Perspectiva actual del VIH/SIDA en niños

Con solicitud de información numero 0001200089208 que conforme a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Publica Gubernamental, se dirigió a la Secretaria de Salud, se obtuvo información referente a la morbi-mortalidad del VIH/SIDA en la población infantil mexicana y las acciones de prevención y efectividad de las mismas que ha realizado el gobierno para el control de la infección. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENVECE), fueron las unidades administrativas encargadas de dar respuesta a la solicitud de información. La respuesta esta contenida en la resolución del Comité de Información de la Secretaria de Salud, de fecha 9 de junio de 2008, emitida en sesión ordinaria celebrada el 4 del mismo mes y año.

Así tenemos que de 1983 a 2007 de los 2,786 niños de catorce años o menos han enfermado de SIDA, 2,269 lo han adquirido por vía perinatal; de estos han fallecido 695 niños. La información relativa al numero de niños infectados con el VIH, por vía perinatal (casos nuevos), se encuentra en el Registro Nacional de Seropositivos a VIH bajo la responsabilidad de la Dirección General de Epidemiología (DGE). Por conducto del CNVECE se obtuvo información sobre los casos de VIH/SIDA perinatal y los fallecimientos respectivos (Cuadros 5 y 6).

Cuadro 5. Casos de VIH/SIDA perinatales por año de notificación y de diagnóstico, 1983-2007

	Número de casos	
	Notificados	Diagnosticados
1983	0	0
1984	0	0
1985	0	0
1986	0	6
1987	5	23
1988	9	41
1989	23	40
1990	47	41
1991	51	53
1992	44	52
1993	65	75
1994	40	74
1995	56	74

1996	32	83
1997	40	99
1998	104	82
1999	54	99
2000	45	127
2001	84	182
2002	77	218
2003	94	178
2004	535	166
2005	307	176
2006	336	211
2007*	221	169
Total	2,269	2,269

* La cifra reportada para el año 2007 es preliminar

Fuente: Registro Nacional de VIH-SIDA/ DGAE/ Secretaría de Salud, México.

Solicitud número 0001200089208

Cuadro 6. Casos de VIH/SIDA perinatales por edad, 1983-2007

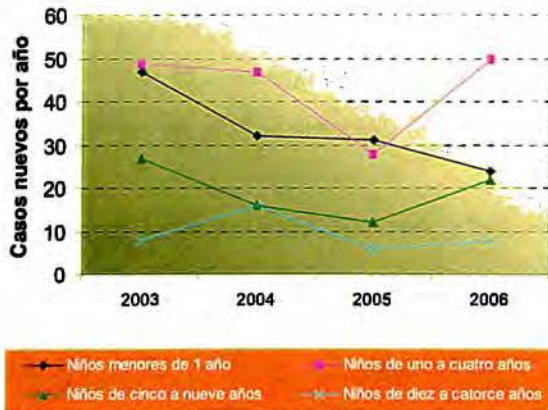
Grupo de edad	Número de casos
Menos de 1 año	764
1 - 4	1,017
5 - 9	379
10 -14	92
Desconocida	17
Fallecidos	695

Fuente: Registro Nacional de VIH-SIDA DGAE/ Secretaría de Salud, México

Solicitud numero 0001200089208.

De acuerdo con la información del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en el que se encuentran registrados los casos nuevos de VIH y de SIDA de los años 2004, 2005 y 2006, la situación no es satisfactoria, de 2003 a 2006 la incidencia del VIH ha disminuido sólo en niños menores de un año, en este grupo se logró reducir en un 51% los casos de transmisión perinatal del virus. En el resto de la población infantil la incidencia va en aumento, con mayor concentración en el grupo de niños menores de cuatro años, con el 48% de los casos nuevos del 2006 y 41% de los casos nuevos acumulados en el periodo 2003-2006 (Gráfica 15).

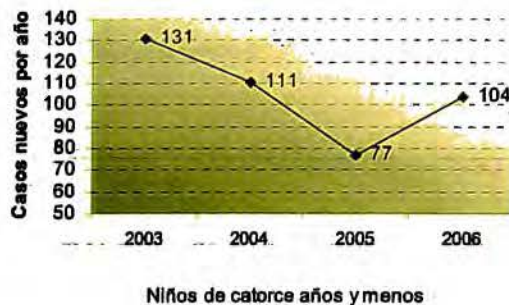
Gráfica 15. Casos nuevos de VIH en niños por grupo.



Fuente: Anuarios estadísticos, del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México

Aproximadamente del 15 al 20% de los hijos de madres VIH+ adquieren la infección durante el embarazo, 50% la adquiere al momento de nacer y 33% a través de la leche materna. (Ayza, 2007, p.2). Entonces y de acuerdo con la información disponible, 423 niños se han infectado con el VIH en los últimos cuatro años (Gráfica 16), no todos siguen vivos, aproximadamente 85 desarrollaron SIDA antes de cumplir un año y morirán a los cuatro, el resto probablemente llegará a la adolescencia, pero eventualmente desarrollará la enfermedad.

Gráfica 16. Casos nuevos de VIH en niños.

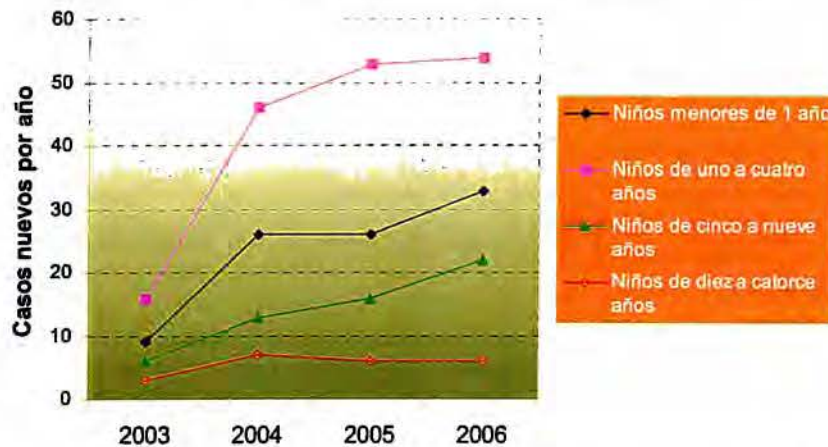


Fuente: Anuarios estadísticos, del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México

Contrario a la tendencia de la incidencia del SIDA en la población en general, en la población infantil esta ha aumentado en los últimos quince años, según datos publicados en el Boletín mensual SIDA/ETS (Año 4, Num. 1) del CONASIDA, a las cifras de los años más recientes que muestran que el número de niños diagnosticados con SIDA se incrementó de 2,320 en el año 2003 a 2,662 en 2006 (CONASIDA. Estadísticas 2004 y 2006).

De igual forma el número de niños enfermos de SIDA, contrario a la tendencia mundial también ha aumentado, con treinta y cuatro casos en 2003, noventa y dos casos en 2004, ciento un casos en 2005 y ciento quince casos en 2006. Hay una incidencia mayor en el grupo de niños menores de cuatro años, con el 78% de los casos nuevos en el periodo 2003-2006 (Gráfica 17).

Gráfica 17. Casos diagnosticados de SIDA en niños.



Fuente: Anuarios estadísticos, del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México

2. La transmisión perinatal del VIH/SIDA y su prevención

La enfermedad se trasmite de la madre al hijo en la gestación, a través de la placenta y por contacto con sangre y otros líquidos corporales contaminados. El contagio puede ocurrir hacia la mitad de embarazo, ya que se han detectado tejidos fetales infectados de 15 a 20 semanas de gestación. Sin embargo el virus no se puede detectar en el feto con una prueba in útero, para determinar si el niño fue infectado durante la gestación se aplican

pruebas de laboratorio post parto, al recién nacido. Durante el parto la transmisión del virus ocurre por contacto con las secreciones del cuello del útero. Durante la lactancia, se transmite a través de a leche materna, por contacto de esta o del calostro con el sistema digestivo del recién nacido. La madre le transmite al hijo anticuerpos contra el VIH, que conservará hasta los dieciocho meses de edad lo que complica el diagnóstico temprano en el recién nacido; es a partir de los 15 meses de edad que se puede diagnosticar la infección de VIH por la presencia de anticuerpos, virus en sangre o tejidos o cuando presenta síntomas asociados al SIDA. (Martínez, 2005, p.12-17).

Si existe el riesgo de transmisión perinatal, existe la infección del virus; sin embargo no es extraño que la madre ignore que es VIH+. Lo más importante para evitar la transmisión perinatal del VIH es saber que la madre esta infectada. Para la determinación del estado serológico en VIH en una mujer embarazada, debe evaluarse positivamente que existe riesgo de exposición. El riesgo de exposición lo evalúa cada individuo, dando respuesta a las preguntas:

¿Has tenido relaciones sexuales sin utilizar condón?

¿Tienes o has tenido varias parejas sexuales?

¿Has utilizado y compartido jeringas para inyectarte alguna droga, intravenosa y no ha sido desinfectada?

¿Tu pareja tiene o ha tenido múltiples parejas sexuales?

¿Te han realizado transfusiones de sangre o plasma? ¿Cuándo?

¿Estás embarazada o estás planeando embarazarte?

¿Tienes o has padecido tuberculosis?

¿Tienes o has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ITS)?

Al contestar afirmativamente al menos a una de las preguntas, es recomendable que la persona considere realizarse la prueba de detección de VIH/SIDA, en este proceso decisorio debe recibir consejería y aunque se trata de un acto voluntario, se le solicita que firme una carta de consentimiento informado, como documento ético indispensable que garantiza ese carácter y la confidencialidad de la prueba y su resultado. La consejería la debe proporcionar personal capacitado, antes y después de la aplicación de la prueba, para disminuir el nivel de angustia y prevenir un impacto psicológico negativo (Hernández, Fernández, León, Morales, Varela, 2006. Guía para la aplicación de pruebas rápidas. p.10).

Se determina si existe infección por VIH/SIDA en la madre, mediante el procedimiento de detección usual para población adulta en el que se requieren al menos tres pruebas, la primera es una prueba de laboratorio presuntiva o de tamizaje (ELISA), que detecta los anticuerpos del virus. Es una prueba muy sensible, rápida, de bajo costo y sencilla de llevar a cabo. En ocasiones pueden resultar falsas positivas, por lo que usualmente se requiere realizar una segunda prueba. Ante un resultado positivo se requiere realizar una prueba de confirmación (Western Blot), la cual también detecta los anticuerpos del VIH. Es una prueba más específica y más costosa, toma más tiempo realizarla y es técnicamente más compleja de realizar e interpretar. No da resultados falsos positivos, pero sólo se utilizan como prueba confirmatoria. (Guía para enfermeras en la atención del paciente con HIV/SIDA, p. 5-6).

Actualmente se está iniciando en el uso de un método de detección de anticuerpos contra el VIH, denominado pruebas rápidas que utiliza suero, plasma, sangre o fluido oral, con la ventaja de que el resultado se obtiene en un lapso de 20 a 40 minutos, no requieren de un laboratorio con infraestructura compleja, el equipo y reactivos que requiere son menores y no necesita ser realizada por personal altamente capacitado. La desventaja que presenta es que todos los casos de resultados positivos, deben ser enviados a los servicios de atención integral (CAPASITS) de los servicios estatales o federales de salud, para que se realice la prueba de confirmación y en su caso, es ahí donde reciba atención médica y psicológica (Hernández, 2006. p.24).

La mujer embarazada con VIH confirmado, que va a iniciar tratamiento, necesita recibir consejería, antes y después de la confirmación de la infección, también debe ser canalizada a los servicios de atención integral y recibir consejería durante el tratamiento con antirretrovirales “las diferentes opciones incluyen un plan completo de tratamiento de zidovudina (ZDV) durante las últimas semanas de embarazo, o una única dosis de nevirapina durante el parto, seguida de otra dosis al recién nacido dentro de las primeras 72 horas después del nacimiento. El tratamiento completo puede administrarse por sólo 10 dólares”, (UNICEF/HQ02-0391/Pirozzi). El tratamiento con antirretrovirales ha probado su eficacia, aun en niños expuestos a la infección durante el parto, la aplicación del tratamiento durante o después de la exposición puede reducir e incluso bloquear la infección (Martínez, 2005, p.24). Entonces es indispensable que la madre reciba asistencia

Cuadro 7. Publicaciones producidas por el CONASIDA

			Ejemplares Distribuidos
Guías específicas	7	43,500	25,416
Manuales	3	1,091	591
Normatividad e informes	7	6,424	3,214
Folletos	32	1,821,163	3,219
Material de apoyo	1	100	83
Carteles	29	706,558	0
Mini dípticos	2	198,289	0

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006

Entre ellas se identificaron los instrumentos dirigidos a mujeres embarazadas, tal como la Guía para el manejo de la mujer embarazada, con un tiraje de 5,000 ejemplares, los carteles “Mujer embarazada” y “Mujer embarazada, no permitan que su bebe...” con un tiraje de 10,000 y 7,146 ejemplares, respectivamente (IRC Etapa 1, pp. 13-21).

En 2006, CENSIDA destino 35 millones de pesos para la planeación, diseño y elaboración de una campaña de comunicación social en la que se realizaron spots radiofónicos y video filmaciones, anuncios espectaculares, exhibición de videos en autobuses y puntos de espera de personas, videos educativos dirigidos a diversas poblaciones (IRC Etapa 3, p.4).

Se examinaron los spots televisivos y videos creados para las campañas publicitarias del CENSIDA, que se encuentran disponibles en su página web www.censida.gob.mx, y en otras: www.video.google.es y www.prevencion.red2002.org.es los cuales abordan los mensajes centrales de las campañas desarrolladas alrededor de la enfermedad, ninguna de las cuales esta dirigida a la prevención de la transmisión perinatal del virus:

- 1 “Usa siempre condón”: Formó parte de la campaña "Hombre factor clave". Destaca la importancia del uso del condón en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
- 2 “Al cuidarte nos cuidas a todos”: Parte de la campaña "Prevención y auto cuidado". Promociona el uso del condón siempre y en todas las relaciones sexuales, como una acción para promover la salud de toda la sociedad.

médica prenatal durante y después del parto, el cual debe ser por cesárea, para evitar puntos de contacto. Después del nacimiento la madre y el niño necesitan recibir consejería durante la lactancia, para garantizar el total reemplazo de la leche materna o de la adopción de las medidas adecuadas para la sana y segura alimentación del recién nacido.

A pesar de la descentralización de los servicios de salud, “mas del 50% de las personas se detectan en etapas tardías o a menos de un año de desarrollar síntomas” (Hernández, Fernández, León, Morales, Varela, 2006. p.24), las acciones de prevención de la enfermedad en hijos de madres VIH+, esta sustentada en la detección e intervención oportuna, por lo tanto los factores que provocan la detección en un estado avanzado de la enfermedad, son los mismos factores críticos de éxito de las acciones de prevención perinatal. La poca accesibilidad a lugares que ofrezcan servicios de detección, el periodo de espera de los resultados de la prueba de confirmación y el estigma y discriminación que predomina para las personas con VIH/SIDA y los grupos vulnerables.. Adicionalmente un factor critico del éxito del tratamiento, es el apego al mismo, por lo que es indispensable el seguimiento durante la atención medica previa y posterior al nacimiento.

Por otra parte, la educación es un instrumento indispensable para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, la difusión del conocimiento sobre la enfermedad, sus causas y efectos, la promoción de los servicios de detección y de consejería, su acceso universal y confidencial, son la vía mas eficaz para lograr la participación de la población y particularmente de la mujer, en la prevención de la infección.

SEGUNDA PARTE

3. Acciones estratégicas y avances gubernamentales en la prevención del VIH/SIDA perinatal.

Los resultados obtenidos por cada una de las acciones estratégicas que se plantearon en el componente de prevención perinatal fueron, siguientes:

A. Proveer información y consejería adecuada a las mujeres con ITS o VIH positivas.

Del 1° de diciembre de 2000 al 31 de diciembre de 2005, el CENSIDA desarrollo campañas preventivas en medios de comunicación, impresos y de participación de las organizaciones no gubernamentales, por medio de la producción y distribución de publicaciones técnicas normativas y especiales las que se agrupan en (Cuadro 7):

- 3 “Protégete, usa siempre Condón”: Su mensaje central fue que el auto cuidado tiene un importante aliado en el uso del condón para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
- 4 “AGUASK”: Forma parte de la campaña: ¿Qué es el VIH/SIDA? Su mensaje fue: "Protégete del VIH/SIDA con el uso del condón porque un clavado sin condón esta cañón, una sola situación puede poner en riesgo toda tu vida".
- 5 “Exige el uso del Condón”: Se incluyó en la campaña "Mujer, aprende a negociar con tu pareja". Enfatiza la situación subordinada de la mujer que debe exigir el uso del condón en su pareja, para prevenir el contagio y transmisión de las enfermedades de transmisión sexual. Acción que va en contra del estereotipo de género implicado en el video.

Los materiales de las campañas del CENSIDA que fueron examinados, son los que se encuentran disponibles en su página electrónica, abordan temáticas de prevención y de grupos específicos, y difunden las guías de prevención enfocadas a poblaciones con factores de riesgo de adquirir VIH, especialmente a grupos de riesgo específicos: hombres que tiene sexo con hombres (HSH); trabajo sexual comercial (TSC); transgénero, mujeres parejas de HSH, PVVS, UDI y personas privadas de su libertad, migrantes y jóvenes. Si bien existe el video “Prevención perinatal” que aborda las acciones necesarias para evitar la transmisión del virus entre madre e hijo, este parte del supuesto de que el personaje es VIH+ por la práctica de conductas de riesgo, es decir mantener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección, por lo que también resulta con un embarazo no deseado. Los videos “Antirretroviral”, “Más vale prevenir” y “Un compromiso de todos” hablan sobre la transmisión perinatal del virus, como una consecuencia de otras formas de contagio y como parte de la información general sobre el tema del SIDA que abordan:

**VIH / SIDA
y EMBARAZO**

VIH/SIDA y embarazo:

“Resalta la importancia de hacerse la prueba del VIH/SIDA al establecer cualquier relación de pareja, incluso como un prerrequisito de nuestros tiempos para aceptar y/o proponer matrimonio”



Condón de mujer:

“Versa sobre el condón de mujer como método anticonceptivo revolucionario, que proporciona control total del cuerpo y la vida de una mujer, con el mensaje: si no se lo pone él, te lo pones tú”

Antirretroviral:

“Sobre el tratamiento antirretroviral y las disposiciones para la atención a pacientes con VIH/SIDA, video dirigido a personal de salud”

Estigma:

“Se analiza la discriminación y estigma que rodea a las personas con VIH/SIDA, así como los problemas que esto genera en la vida de las personas que lo sufren directa e indirectamente (los enfermos y sus familiares)”

Prevención perinatal:

“Historia de una mujer joven embarazada con VIH/SIDA, al informarse con su médico descubre que puede prevenir la transmisión a su bebé mediante el apego al tratamiento adecuado, así como una calidad de vida para enfrentar y sobreponerse al VIH”

De Chile De Dulce y de Manteca:

“En forma de historia brinda información sobre medias preventivas y las vías de transmisión del VIH/SIDA en las relaciones homosexuales y bisexuales, necesaria para entender la diversidad sexual que actualmente es una realidad ya no velada”.

Cuando Joven y en caliente:

“A través de la historia de un grupo de adolescentes se presentan las dudas e inquietudes ante las relaciones sexuales que surgen en esta etapa de la vida, así como las alternativas para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, aceptación y uso correcto del condón, la toma de decisiones responsable, individual y con la pareja”.

Más vale prevenir:

“Se narran los riesgos que enfrentan los migrantes mexicanos de adquirir el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, durante sus estancias de trabajo temporal en Estados Unidos. Al regresar a sus comunidades comparten con sus parejas sexuales los riesgos de transmisión del VIH o cualquier otra ITS. La historia también aborda temas como los prejuicios, la ignorancia, la solidaridad e iniciativa comunitaria para enfrentar estos sucesos. La historia es

hablada en español y náhuatl producto de una investigación etnográfica en el área rural de Zongolica, Veracruz, donde importantes núcleos poblacionales rurales son hablantes de dicha lengua y emigran como jornaleros agrícolas”



Un compromiso de todos:

“Información básica sobre el VIH/SIDA: su historia, evolución de la pandemia, vías de transmisión, medidas de prevención, uso correcto del condón, diferencias entre un seropositivo y una persona con SIDA, sintomatología y manifestaciones clínicas. Con la participación de actores de la televisión mexicana.”

Diversos documentos y material educativo están disponibles en formato electrónico en el sitio del CENSIDA, los mas recientes relacionados con acciones primarias de prevención y tratamiento, han sido elaborados en 2007 y 2006:

- 1 Guía de tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, 3ª edición 2007
- 2 Guía para aplicación de la prueba rápida, 2006
- 3 Manual de consejería en VIH/SIDA e ITS, 2006
- 4 Guía para la atención medica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, 4ª edición, 2000.
- 5 Guía para enfermeras en la atención del paciente con HIV/SIDA, 1992
- 6 Manual para la capacitación de instructores en medidas preventivas sobre el SIDA, 1988
- 7 Guía sobre prevención de VIH para personal que vive en centros penitenciarios,
- 8 Guía para la instalación de centros de información
- 9 Guía para la atención psicológica
- 10 Guía para la atención domiciliaria del PVVIH
- 11 Guía para la planificación y organización de los COESIDAS
- 12 Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables
- 13 Manual de procedimientos para el manejo de residuos peligrosos
- 14 Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las ITS
- 15 Los caminos de la vida

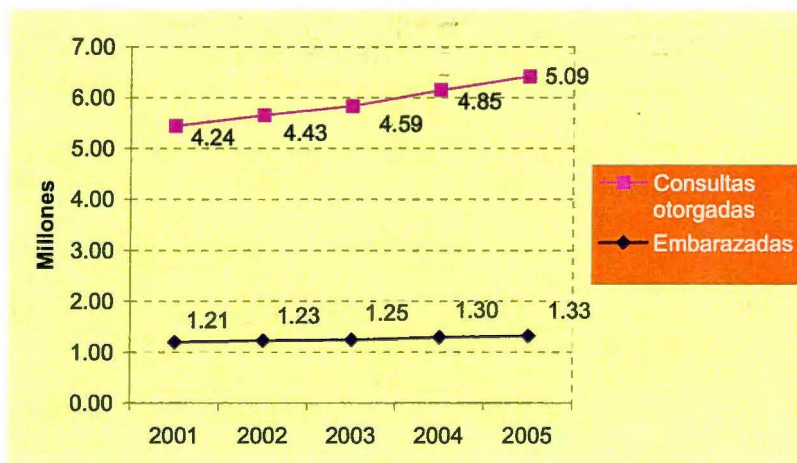
A pesar de la diversidad de instrumentos existentes, la mayor parte de los mensajes contenidos en ellos se dirigen a población masculina en riesgo, asumiendo que las mujeres en general son ajenas al mismo. Primordialmente se advierte una baja difusión, los mensajes no se transmiten públicamente, no se escuchan en lo cotidiano y no se encontró un patrón de actualidad entre los diversos mensajes e instrumentos.

B. Ofrecer la detección del VIH/SIDA al 100% de las mujeres embarazadas, negociando la gratuidad de los servicios de laboratorio para que sean accesibles a la mujer no asegurada.

El Sistema Nacional de Información en Salud, en su apartado de información general respecto a los servicios otorgados para la salud de la mujer y atención materna, reporta 1'329,947 mujeres embarazadas atendidas en las unidades de la Secretaría de Salud, y 5'090,080 consultas otorgadas (Gráfica 18).

Sin embargo este sistema no capta información respecto al número de mujeres que acudieron a control prenatal en unidades de salud en quienes se detectó la infección del VIH (Solicitud de información número 0001200089208).

Gráfica 18. Atención materna.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud. Servicios Otorgados. Secretaría de Salud, México

Cuadro 8. Atención Prenatal a mujeres embarazadas atendidas en Sistema Nacional de Salud

Año	Número de mujeres embarazadas atendidas en el Sistema Nacional de Salud.	Número de consultas prenatales otorgadas, primera vez y subsecuentes
2006	1'308,151	5'173,917

Fuente: Boletín de Información Estadística, volumen III, Anexo H Salud reproductiva, Secretaría de Salud, México.

Tampoco cuenta con registros nacionales del número de mujeres embarazadas que han recibido consejería para darles un diagnóstico positivo de VIH/SIDA y para prevenir la transmisión perinatal del virus en alguna etapa de cobertura: embarazo o parto o lactancia (Solicitud de información número 0001200089208).

C. Ofrecer medicamentos antirretrovirales gratuitos al 100% de las mujeres embarazadas infectadas que acuden al control prenatal.

Al término de la administración 2000-2006 se ofrecía tratamiento antirretroviral de 15,750 personas que representaba el 85% de las personas viviendo con SIDA registradas vivas. El sistema SICOME-SIDA se encontraba funcionando y cumpliendo con el objetivo de garantizar una distribución oportuna de medicamentos a nivel nacional y mejorar el control de los mismos. El suministro de medicamentos se realiza a través del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, para las personas que no son derechohabientes, se establecieron los Servicios Especializados de Atención para personas con el VIH/SIDA (SEA) en las 32 entidades federativas, que cuentan con el apoyo de 29 laboratorios certificados para la realización de pruebas. (IRCA etapa 1, p. 50 y etapa 3, p.2).

Cuadro 9. Cobertura de personas vivas, que reciben tratamiento antirretroviral

Institución	Número de personas con VIH/SID de cobertura
IMSS	14,000
ISSSTE	1,756
SS	2,800
SEA	3,000

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006, etapa 3.

La Dirección de Atención Integral del CENSIDA, es la responsable del Programa de Detección del VIH en Mujeres Embarazadas, sin embargo no cuenta con registros nacionales del número de mujeres embarazadas que recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión perinatal del virus (de madre a hijo), por año desde 1983 a la fecha (Solicitud de información número 0001200089208).

La falta de mecanismos de medición de resultados se confirma con el informe internacional de la Declaración de Compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2008 elaborado por CENSIDA, que detalla el seguimiento a diversos indicadores

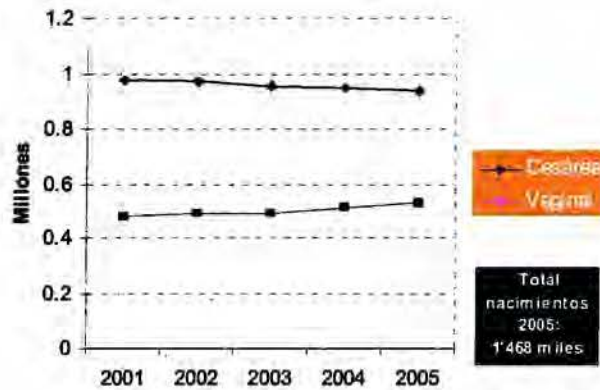
propuestos por ONUSIDA. En el informe 2008 para el indicador 5: porcentaje de embarazadas VIH+ que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil, en el que se reporta que 908 mujeres recibieron la terapia respectiva, se aclara en la metodología de calculo que, “debido a la falta de información y el subregistro de los sistemas de información disponibles, el numero de mujeres embarazadas viviendo con VIH/SIDA, así como aquellas que recibieron tratamiento preventivo completo con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil, se estimó...”. En el informe se infiere que dada la política de acceso universal a los antirretrovirales, las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, recibieron los medicamentos requeridos para prevenir la transmisión perinatal de la infección, pero no existen registros formales que avalen esa información. Así mismo reconoce problemas de desabasto de los medicamentos que afectan el acceso universal mencionado. Precisa que la cobertura abarca únicamente a las mujeres embarazadas a las que se les detecta el VIH/SIDA, dejando fuera a las mujeres que están infectadas pero no se les detecta la infección. Por ello reconoce que en términos reales no se ha alcanzado un 100% de cobertura en tratamiento perinatal (UNGASS 2008, p.5).

D. Incluir las actividades para la prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA como criterio de los programas de atención perinatal.

La Dirección de Atención Integral del CENSIDA, responsable del Programa de Detección del VIH en Mujeres Embarazadas, niegan contar con registros nacionales del número de niños nacidos sanos de madres VIH+ que recibieron tratamiento prenatal para prevenir la transmisión perinatal. Existen los registros de los recién nacidos a los que se la ha aplicado el tamiz neonatal de 2000 a 2007, pero no de la información relativa a cuantos de ellos se les hubiera detectado infección del VIH (Solicitud de información número 0001200089208).

En el Sistema Nacional de Información en Salud, se cuenta con la información relativa al número de recién nacidos a los que se les aplicó el tamiz neonatal en 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007, en su apartado de información general respecto a los servicios otorgados para la salud de la mujer y atención materna, para el año 2005 reporta 1'468,210 nacimientos atendidos en unidades de salud (Gráfica 19).

Gráfica 19. Atención de partos. SS.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud. Servicios Otorgados. Secretaría de Salud México

Cuadro 10. Nacimientos atendidos en Sistema Nacional de Salud

Año	Número de niños	Estudios de tamizaje neonatal
2006		

Fuente: Boletín de Información Estadística, volumen III, Servicios otorgados y programas sustantivos, Anexo Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

E. Mejorar la vigilancia epidemiológica de las embarazadas infectadas VIH positivas y de sus hijos, incorporando los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.

“En México, la vigilancia epidemiológica de VIH se inició en 1985 a través de encuestas serológicas en hombres homosexuales y bisexuales. Posteriormente, en 1988, se aplicaron dichas encuestas en 18 ciudades a grupos de homosexuales y bisexuales, de sexoservidores, a poblaciones cautivas, en centros de detección, a hemofílicos y pacientes neurológicos y psiquiátricos. En estos grupos se realizaron encuestas de tipo transversal. A partir de 1991 se adoptó la metodología de vigilancia epidemiológica en población centinela recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se trabajó con las poblaciones arriba mencionadas (excepto hemofílicos, pacientes neurológicos y psiquiátricos), y también con mujeres embarazadas, pacientes con tuberculosis, y hombres y mujeres con antecedentes de tener alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). En

1995 CONASIDA, por acuerdo de la Dirección General de Epidemiología (DGE), se hace cargo de continuar con esta vigilancia y sigue realizando estas encuestas en grupos específicos, dando prioridad al grupo de mujeres embarazadas. En 1996 se realizó una revisión y actualización en los formatos, y hasta el momento la metodología que se usa es la encuesta ligada a nombre de acuerdo con el Programa Regional de SIDA/ETS de la Organización Panamericana de la Salud.2”. (Magis, C. Loo, E. Santarriaga, 1997).

Cuadro 11. Encuestas de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA

Año(s)	G	Encuesta
1985		Encuesta seroepidemiológica en HSH
1987-1989		Encuestas CAP en 6 ciudades
1988-1989		Encuesta HSH en Centro de Información de FLORA”
1992-1993		Conducta sexual y prevención del SIDA en hombres de la Cd. De México
1991-1997		Encuestas Centinela en 18 entidades
2000-2002	2a	Encuestas de Vigilancia de VIH de Segunda Generación en 4 entidades
2003-2004		Encuestas de prevalencia y de vigilancia de comportamiento en VIH/SIDA en 3 ciudades
2004-2005		Prevalencia de VIH y Comportamientos Sexuales en Poblaciones de Alto Riesgo en 3 ciudades

A partir del 2000, se busca que los sistemas de vigilancia tengan una mayor capacidad de explicar la información y de utilizar mejor los datos generados por lo que se construyen los sistemas de segunda generación, que se enfocan en subgrupos de población de riesgo. Bajo convenio con la OMS, el Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con CENSIDA y los organismos estatales de prevención del VIH/SIDA en Chihuahua, Morelos, Puebla y Michoacán, realizó la validación y aplicación de la encuesta para la vigilancia epidemiológica de comportamientos de riesgo para la infección por VIH, el instrumento se desarrolló para su aplicación en las poblaciones de mayor vulnerabilidad: jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), migrantes y usuarios de drogas inyectables (UDI).

El panorama mundial de la epidemia de VIH/SIDA, muestra que las nuevas infecciones y la mortalidad por el VIH están descendiendo, y la prevalencia del VIH se está

estabilizando. Ron Bloomberg afirma en un artículo publicado por OMS (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/index.html>), después de presidir el Grupo de Revisión Independiente en la consulta internacional sobre estimaciones epidemiológicas organizada por el ONUSIDA y la OMS, que “los datos para medir la epidemia de VIH utilizados por el ONUSIDA/OMS se han ampliado y mejorado de forma considerable en los últimos años. Sin embargo, es necesario mejorar más la representatividad de dichos datos. Es necesario también ampliar los sistemas de vigilancia de la enfermedad para hacer un mejor seguimiento de las subepidemias en las poblaciones de riesgo dentro de cada país. Unas estimaciones más precisas y unas tendencias mejor definidas culminarán en definitiva en mejoras en el diseño y evaluación de los programas de prevención.”

Debido a la necesidad de seguir avanzando en el conocimiento de los niveles y determinantes de los comportamientos de riesgo frente al VIH/SIDA a partir de 2003, en el país se desarrollaron encuestas de comportamiento en los grupos más afectados por la epidemia, que constituyen la vigilancia de **tercera generación**. La estrategia planteada se adecuó a las nuevas demandas de información, pero no considera a las mujeres embarazadas entre los grupos más afectados, por la baja prevalencia del VIH.

En las encuestas centinela realizadas de 1985 a 1996, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas como grupo representativo de la población general fue nula en el primer quinquenio y de 0.09 en el segundo (Magis, Loo, Satarriaga, 2000. P.61). La prevalencia del VIH es baja y así se ha mantenido, de acuerdo a información del CENSIDA, obtenida en esos estudios centinela en varios estados y otras encuestas tal como la Encuesta Nacional Seroepidemiológica (1987); así como en la Encuesta Nacional de Salud (2000) en la que se observó una prevalencia en mujeres adultas de 0.13 (Valdespino, García, Conde, Olaiz, Palma, Sepúlveda, 2008. p.388). En un estudio más reciente realizado en el Hospital de Gineco-pediatría del IMSS en Guanajuato, denominado “Prevalencia de anticuerpo anti-VIH en embarazadas con un factor de riesgo”, estudio financiado por el Fondo Mixto CONACyT-Guanajuato; en 2,257 mujeres embarazadas con al menos un factor de riesgo para VIH, se encontraron dos casos positivos confirmados, con una prevalencia de 0.08.

Cuadro 12. Prevalencia del VIH en población general

	1995-1990	1991-1996	2000	2007	2007
	CONASIDA		INSP	IMSS	INSP
	Encuestas centinela		ENS	CONACyT-Gto.	ENS
Número total	1,432	3,085		2,257	
VIH+	0	3		2	
Prevalencia	0.0	0.09	0.13 *	0.08	

La baja prevalencia lleva a la interpretación de un avance lento de la epidemia en población general. Sin embargo no debe perderse de vista que la proporción de niños infectados por vía perinatal continúa aumentando todos los años. También es relevante resaltar que las muestras poblacionales estudiadas no son representativas (Cuadro 11).

De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, para la vigilancia de las epidemias concentradas, y observando el número, frecuencia, cobertura cuantitativa y geográfica de las encuestas realizadas en mujeres embarazadas, es evidente que no se incorporaron los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.

F. Capacitar al personal y supervisar el cumplimiento de la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar y los lineamientos para el manejo de la mujer embarazada con infección por el VIH/SIDA.

El CENSIDA mantiene coordinación con el Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva para capacitar al personal de primer nivel de atención, para promover la detección oportuna del VIH por medio de pruebas rápidas a las embarazadas que acuden a control prenatal (IRCA etapa 3, p.4). Sin embargo es en 2006 cuando se inicio la aplicación de las Pruebas rápidas en embarazadas, en coordinación con el Programa de Arranque Parejo en la Vida (Cuadro 13). De los años anteriores no cuentan con información respecto al número de trabajadores de salud: médicos, enfermeras, personal técnico y paramédico que recibió capacitación en consejería para la prevención perinatal del VIH/SIDA (Solicitud de información número 0001200089208). El número de personas que recibieron capacitación, representa apenas el 0.05% del total de recursos humanos en unidades medicas de todo el Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 13. Personal de salud que ha recibido capacitación sobre consejería en pruebas rápidas (para embarazadas) en los años 2006 y 2008.

Especialidad	Número de personas
Doctoras y doctores	45
Enfermeras y enfermeros	18
Trabajadoras y trabajadores sociales	16
Psicólogas y psicólogos	49
Químico fármaco biólogo	1
Consejera	1
Otros	5
Total	135

Fuente: Listas de asistencia correspondientes a 4 talleres impartidos en 2006 (3) y 2008 (1). Departamento de Detección y Consejería de la Dirección de Atención Integral, CENSIDA. (Solicitud de información número 0001200089208)

No se encontró información concluyente sobre el esfuerzo de capacitación del personal para el manejo de la mujer embarazada con infección por el VIH/SIDA. Tampoco sobre la supervisión del cumplimiento de la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar.

III. Conclusiones y aportaciones

1. Prevención

La atención primaria en salud (APS) se concibe como la asistencia sanitaria esencial, basada en metidos y tecnologías adecuados y científicamente fundados; que requiere la plena participación de los individuos y familias de la comunidad; que representa el primer contacto con el sistema nacional de salud; que se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción y prevención dirigidos sobre todo a grupos de riesgo; que entraña la participación de otros sectores que desarrollan actividades relacionadas con la salud y que se apoya en un equipo de salud en el que participan médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad. En México la APS se brinda en el primer nivel de atención constituido por las clínicas familiares y centros de salud, en donde se concentran las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sin embargo en el nivel operativo no se ha logrado implantar la APS con todas sus características ya que se ha privilegiado a la atención médica moderna y la formación de recursos humanos orientados la especialización (Kumate-Soberón, 1989, p.3).

En los países desarrollados “se ha generado un descenso pronunciado en la tasa de transmisión perinatal del VIH de alrededor del 2%. La reducción se produjo por medio de medidas esenciales como establecer un censo de las mujeres embarazadas infectadas por VIH mediante pruebas de detección sistemáticas, inscribiéndolas en programas para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, asegurando que los sistemas de salud puedan proporcionar regímenes antirretrovirales eficaces y prestando apoyo a las mujeres para que sus hijos reciban una alimentación óptima y sin riesgos” (ONUSIDA, UNICEF, OMS, p.6).

Para prevenir de manera efectiva la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo, se requiere detectar oportunamente a las mujeres afectadas y brindarles el tratamiento antirretroviral necesario; para ello todas las instituciones de salud, deberían cumplir con los lineamientos y protocolos establecidos en la Norma Oficial y Guías de manejo específicas, cuya obligatoriedad debe elevarse a rango de Ley. De ahí se deben desprender las líneas de acción que alineen los programas de acción gubernamental y orienten las metas e indicadores relativos a la prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA.

La participación de las mujeres es parte esencial en la prevención, las campañas de comunicación deben enfocarse a recomendarles que sean ellas las que demanden las pruebas de detección oportunamente. Asimismo deben informar sobre los esquemas de atención prenatal en general y en caso de infección del VIH, dotándoles del conocimiento para convertirse en protagonistas en la protección de su salud.

Un esquema que ha probado su efectividad en la prevención de la transmisión del VIH es la creación de redes de apoyo.

2. Vigilancia

Hay una baja cobertura de los servicios de acceso a antirretrovirales para las mujeres VIH+ embarazadas y de los servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH. Al menos los Sistemas información no aportan información confiable sobre los problemas y dificultades, que de conocerse serían el punto de partida de las políticas públicas: tal como, cuántas mujeres embarazadas VIH+ acudieron a atención prenatal, en que momento se detecta la infección del VIH en la mujer embarazada y en que momento inicia tratamiento, cuántas de ellas completaron un plan de atención médica integral y protocolizada, cuántos casos no fueron exitosos en evitar la transmisión del VIH/SIDA al

bebe y cuales fueron las causas, cuantos niños hijos de madres VIH+ nacen por cesárea, cuantos de ellos reciben lactancia materna, cual es el estado de salud de las madres VIH+ y sus hijos y como es su entorno social y familiar.

La infección de VIH toma varios años en presentarse como enfermedad sintomática, el impacto de la epidemia en población general, comenzara a observarse mucho después de que la prevalencia de VIH comience a aumentar (OMS, 2000. p.5.). El sistema de vigilancia debe advertir el riesgo de infección más que la infección misma. Considerando el riesgo de las mujeres jóvenes de adquirir el VIH de su pareja, por las características del contagio en población adulta y por el alto riesgo de las practicas sexuales no protegidas.

La vigilancia en población general, tomando como grupo representativo a las mujeres embarazadas o a las mujeres que admiten tener factores de riesgo podría llevar a suponer que la epidemia es muy incipiente, sin embargo debe asegurarse que el grupo vigilado represente ampliamente a la población general, para ello deben realizarse vigilancia epidemiológica mas amplia y en la población femenina de mucha exposición, distinta de las trabajadoras sexuales y usuarias de drogas inyectables. La mujer embarazada que se sabe monógama y que desconoce las conductas de riesgo de su pareja, no se percibe en riesgo ella misma, y por lo tanto no se realizan la prueba de detección como parte de su tratamiento neonatal. El enfoque de aplicación de la prueba debe cambiarse, con el objetivo de identificar sistemáticamente a toda mujer embarazada VIH+, generalizando la oferta de la prueba de detección a toda la población femenina con embarazo, en la primera consulta prenatal para asegurar el inicio del tratamiento en el primer trimestre de la gestación.

Los servicios de atención prenatal deben estar articulados y vinculados a la atención del VIH/SIDA, aprovechando que la capacidad de infraestructura de los hospitales públicos de primer nivel garantiza la atención medica necesaria. Sin embargo, existe un reto en la formación de personal capacitado ya que la investigación confirma que no existe un esfuerzo coordinado e institucionalizado para formar equipos médicos especializados en la atención y tratamiento del VIH/SIDA. Por otra parte, es necesario revalorar las actividades de consejería previa, durante y posterior al parto, ya que la calidad y disponibilidad de este servicio evitara el abandono del tratamiento y asegurara la sobrevivencia de la madre.

3. Educación

“Para concebir políticas eficaces y perdurables en el campo de la educación, resulta necesaria la vinculación con la educación (Devries, 1995, p. 135). Las políticas de salud que se plantean tienen una perspectiva comunitaria basadas en estrategias de prevención con alcances de mediano y largo plazo. En ellas la educación es el eje central.

La educación en salud para la comunidad, es necesaria desde la escuela, concebida esta como el “principal agente institucional de salud comunitaria” (Devries, 1995, p.29) y formadora de valores y actitudes sociales. Por ello y ante la falta de políticas de educación se propone una articulación de los programas de salud y de educación, partiendo de la idea de que la salud es un valor y un bien social cuya conservación depende de la acción comunitaria en su propio beneficio y que esta última bajo esa responsabilidad, puede adquirir los conocimientos para participar activamente en el cuidado y protección de la salud, así como tomar conciencia y realizar los cambios de actitud tendientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El sistema educativo es el medio apto para la ejecución de políticas de salud preventivas. Sin afectar la función prioritaria del sistema educativo, de transmitir conocimientos y cultura, la escuela puede convertirse en el lugar ideal para la transmisión y promoción de conocimientos extracurriculares (Devries, 1995, pp. 28-29). Los programas y acciones preventivas pueden agruparse en los siguientes rubros:

- 1 Acciones de mediano plazo sobre la adquisición de hábitos perjudiciales para la salud propia y de terceros, como la drogadicción, tabaquismo, alcoholismo y conductas sexuales de riesgo.
- 2 Acciones informativas y formativas sobre enfermedades transmisibles como el VIH-SIDA.
- 3 Acciones de prevención de conductas antisociales, como la falta de respeto a otros y comportamientos discriminatorios.
- 4 Acciones de detección y tratamiento temprano de patologías de la visión, cardíacas, psíquicas y otras.

Además de otras acciones de promoción y colaboración con las acciones directas que ya se llevan a cabo como los programas de vacunación, programas para la formación de hábitos de higiene personal general y dental, programas para la adquisición de hábitos y conductas lúdicas y deportivas.

Las acciones descritas caen bajo la responsabilidad de los docentes, por lo que en una primera etapa es necesario formarles e informarles en su papel de promotores de las acciones preventivas en materia de salud. Más adelante se integrarían en los programas educativos los objetivos relacionados:

- 1 Desarrollo y coordinación de acciones permanentes orientadas al conocimiento de formas de prevención de enfermedades y riesgos, así como para la conservación de la salud física, mental y social y el bienestar en general.
- 2 Impulso en la comunidad educativa de la concientización sobre la necesidad de una cultura de prevención y auto-cuidado y de responsabilidad por la salud individual y de la comunidad.
- 3 Promoción de actitudes no discriminatorias hacia las enfermedades, en particular el VIH/SIDA
- 4 Desarrollo y coordinación de acciones permanentes de colaboración interinstitucional entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación, para la realización de actividades de extensión, como talleres para padres, alumnos y docentes. De acompañamiento de enfermos y portadores y de asesoría, consulta e información.

El programa apoyado en la cobertura de los servicios de educación básica y el personal respectivo, son suficientemente amplios para llevar a cabo la promoción de la salud. Para el óptimo aprovechamiento de esos recursos deben abrirse vías de concertación entre la Secretaría de Salud y la de Educación Pública.

Bibliografía y Fuentes

Aguilar, L. F. (2003, March 5). Luis F. Aguilar/ Servicio publico profesional. Palabra, p. 4. Retrieved April 2, 2008, from Latin American Newsstand database. (Document ID: 701831201).

Álvarez, R. (2002), Salud pública y medicina preventiva. Manual Moderno, México.

Análisis del Cumplimiento de las metas presupuestarias. Secretaría de Salud, Cuenta de la Hacienda Pública Federal de 2005 y 2006.

Anuarios de morbilidad 1984-2006. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Secretaría de Salud, México. Disponibles en línea www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html

Aysa, J. Parissi, A. (2007). Boletín Epidemiológico de los servicios de salud de Veracruz, Número 39. Volumen 24. Semana 39. México

Bautista, Sergio Antonio. Dmytraczenko, Tania. Kombe, Gilbert. Bertozzi, Stefano, (Versión revisada en octubre de 2003). Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. Reporte técnico No. 020. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.G

Boletín de estadísticas vitales 2006. Dirección General de Estadística, INEGI.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma D.O.F, 29 junio de 2005.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de Salud, OMS (1946).

www.who.int/about/definition/es/

Coplamar, Dirección General de Estudios Socioeconómicos. (1989), Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Siglo XXI editores, S.A. de C.V.

Devries, O. (1995). Salud y Educación, Sida en una escuela. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.

Frenk, J. (1993). La salud de la población, hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica.

Hernández, G. Fernández, I. León, E. Morales, A. Varela, C. (2006) Guía para la aplicación de la prueba rápida. CENSIDA. Secretaría de Salud. México

Informe UNGASS México 2008. CENSIDA. Secretaría de Salud.

IRCA 2000-2006. Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Secretaria de Salud, México. Etapa 1, del 1 de diciembre de 2000 al 31 de diciembre de 2005. Etapa 3, del 1 de enero de 2006 al 31 de noviembre de 2006.

Kumate, J. Sepúlveda, A. y Gutiérrez, T. (1993), Información en salud: la salud en cifras. Fondo de Cultura Económica.

Kumate, J. Soberón, G. (1989) Salud para todos ¿utopía o realidad?. El Colegio Nacional. México.

Lara, G. Hofbauer, H. (2006). VIH/SIDA y el presupuesto federal. Balance de los recursos para combatir la epidemia. Fundar Centro de análisis e investigación A.C.

Ley General de Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 6 de junio de 2006. México

Magis, C. Loo, E. Santarriaga, M. Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas centinela 1991-1996, CONASIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.2. pp. 60-61.

<http://bvssida.insp.mx/articulos/2378.pdf>

Magis, C. Vargas; C. Gutiérrez, J. Noriega, S. Bertozzi, S. (2003). Segunda generación de vigilancia epidemiológica de comportamientos de riesgo para VIH/SIDA, Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección de Economía y Políticas de la Salud.

<http://ciss.insp.mx/ciss/contenidoArt.php?id=25>

Martínez, (2005), El VIH/SIDA dentro de la pediatría. Revisión y conceptos actuales.

Margarita, E. Del Rio, C. Franco, M. Navarrete, S. Uribe, P. Vallejo, O. (1992) Guía para enfermeras en la atención del paciente con HIV/SIDA. Coordinación editorial Hospital Infantil de México” Federico Gómez”. CONASIDA. Secretaría de Salud

MSAN y OPS (2005). Países latinoamericanos logran descuentos de hasta 55% en tratamiento para VIH/SIDA. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/comunicado_de_prensa.pdf

Muñoz, M. Cano, F. (2001), Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. SIDA/VIH. Universidad Autónoma de México.

Muñoz, M., Coordinadora. (2002). Temas selectos de salud y derecho. Universidad Autónoma de México.

Oceguera, J. Diputado del grupo parlamentario del PFCRN, en la sesión de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, del estado Mexicano del martes 14 de junio de 1994.

Exposición de motivos del decreto que reforma, modifica y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley Federal del Trabajo, la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y del Código Penal del Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. (2001-2007). CONASIDA. Secretaría de Salud. México

Plan Nacional de Desarrollo para los sexenios 2000-2006 y 2007-2012. México

Prevalencia de anticuerpo anti-VIH en embarazadas con un factor de riesgo. (2007). Guanajuato, México. CONACYT-IMSS.

<http://www.conacyt.mx/Comunicacion/Agencia/notas/Salud/vih-leon-imss.htm>

Programa Nacional de Salud 2001-2006 y Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Documento de seguimiento. México

Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión sexual (ITS). Secretaría de Salud, México. (2002). PA VIH/SIDA e ITS

Situación de la epidemia del sida, (2007). Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

The Lancet, (1999). Vol.354 No.9181. <http://www.thelancet.com>

ONUSIDA, UNICEF, OMS. La infancia y el SIDA. Un inventario de la situación. 2007.

OMS. (2000). Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5UNAIDS/00.03S

UNICEF, página electrónica http://www.unicef.org/spanish/aids/index_introduction.php

Uribe E. y López C. editores (2001), Reflexiones acerca de la salud en México. Fundación Clínica Medica Sur.

Valdespino, J. García, M. Conde, C. Olaiz, G. Palma, O. Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. Revista de Salud Pública de México. Vo. 49, suplemento 3 de 2007.

Volkow, P. (2006). La derrota de Victoria, Letras, salud, sexualidad, sida. Num. 21. La Jornada, suplemento.

<http://www.jornada.unam.mx/2006/08/03/ls-opinion.html>

Yáñez C. (2000), La Administración pública y el derecho a la protección de la salud. Instituto Nacional de Administración Pública.