

DS. 34
C-743
1997
1/9/



PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GÉNERO - U.N.A.M.

PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA

1997-2000

004175



SECRETARIA DE SALUD
CONASIDA

Febrero 1997

PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA 1997-2000

I.	ANTECEDENTES	1
II.	MARCO JURÍDICO	3
III.	DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	4
IV.	LINEAMIENTOS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS	13
V.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y METAS	15
VI.	REFERENCIAS	27

I. ANTECEDENTES:

Los primeros casos de la enfermedad que se conocería como Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) se diagnosticaron en junio de 1981. Para 1985, ante el crecimiento de una enfermedad que ya se vislumbraba como pandémica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para que todos los países establecieran comités de lucha contra el SIDA. El gobierno mexicano que había participado en la reunión mundial de ministros de salud para establecer la estrategia global para su control reforzó las actividades que se realizaban creando en mayo de 1986 el Comité Nacional de Prevención de SIDA (CONASIDA) que fue constituido como grupo interinstitucional y cuyos objetivos eran evaluar la situación nacional en lo concerniente a la infección por el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y SIDA; establecer criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas¹. En 1988, por el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de ese año, el Comité adoptó el carácter de Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). A partir de ese momento se destinaron recursos propios para su funcionamiento, pero la mayoría de sus actividades se realizaron con financiamiento internacional, principalmente con fondos del Programa Global de SIDA de la OMS, hasta 1991, en que dispuso de presupuesto federal dentro de la SSA. Para 1997 el CONASIDA se consolida como órgano desconcentrada de la SSA.

A finales de 1989 y con el propósito de definir directrices para las acciones de prevención y control del VIH/SIDA en nuestro país se elaboró el primer Programa de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA (PMP) de México para el periodo comprendido entre 1990 y 1994², de acuerdo con al Programa Global de SIDA de la OMS, con los siguientes objetivos generales:

-
- Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal del VIH.
 - Reducción del impacto individual y social.
 - Movilización y unificación de esfuerzos nacionales.

Al término del PMP en 1994, las autoridades de salud de México solicitaron la colaboración de la OPS para realizar una evaluación externa de las actividades de prevención y control del VIH/SIDA, con el objeto de estimar los logros alcanzados hasta ese momento y hacer las recomendaciones pertinentes para orientar las estrategias de los próximos años. De acuerdo a los resultados de esta evaluación y considerando los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud y la relación funcional con programas afines, como el Programa Nacional de Población, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y el Programa Nacional de la Mujer, entre otros, CONASIDA elabora el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA 1997-2000, el cual deberá constituirse como documento rector para la organización y coordinación de las acciones que diversos sectores realizan en todos los estados en favor de la prevención y control del SIDA.

De acuerdo a la situación de la epidemia en 1996, el programa incorpora objetivos, estrategias generales y líneas de acción para hacer frente a la epidemia en su estado actual y a los retos que plantea su comportamiento esperado en los próximos años.

II. MARCO JURÍDICO

El presente programa se estructura con base en los siguientes soportes legales:

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 5 de febrero de 1917, fe de erratas de 6 del mismo mes y año, en vigor desde el 1º de mayo de 1917.
2. DECRETO DE CREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA. (CONASIDA). Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 24 de agosto de 1988, y fe de erratas de 19 de octubre del mismo año.
3. LEY GENERAL DE SALUD. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 7 de febrero de 1984.
4. REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD. Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 31 de diciembre de 1992.
5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 17 de enero de 1995.
6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993 PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 18 de julio de 1994.
7. LEY DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 29 de diciembre de 1976.
8. DECRETO POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000. Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 31 de mayo de 1995.
9. DECRETO POR EL QUE SE APRUEBA EL PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000. Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 11 de marzo de 1996.

III. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

En México, los primeros casos identificados de SIDA fueron identificados en 1981 y su vigilancia epidemiológica comenzó en 1983. Con estos antecedentes se puede afirmar que el VIH fue introducido en México a mediados de la década de los setentas. Desde entonces y hasta el 31 de Diciembre de 1996 se han notificado 29, 962 casos acumulados de SIDA a la Secretaría de Salud.

Por su naturaleza misma, los sistemas de vigilancia epidemiológica dependen de múltiples variables como la definición y notificación de caso, la recolección y la confiabilidad de los datos y los medios para la difusión de la información. En nuestro país, los casos de SIDA se han notificado de acuerdo con los criterios internacionales que se han adaptado a la evolución de los conocimientos³. La información obtenida se ha sistematizado en el Registro Nacional de Casos de SIDA, que funciona desde 1987⁴ como base electrónica de datos. La información periódica sobre los casos se publicó inicialmente en el Boletín mensual de SIDA/ETS, cuyo primer número apareció en marzo de 1987, hasta marzo de 1995⁵. A partir de entonces y hasta la fecha, la información se publica en la separata de la revista SIDA/ETS, así como en la página de Internet de la Secretaría de Salud (<http://www.ssa.gob.mx/conasida>).

A quince años del primer reporte de la enfermedad a nivel mundial⁶, el subregistro de la información causada principalmente por retraso en la notificación de casos, constituye el principal problema de vigilancia epidemiológica de SIDA en México y en otros países, -para Estados Unidos este retraso se calcula en el 18%⁷. El retraso en la notificación está determinado por el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y la notificación. En México se ha observado que la gran mayoría de los casos de SIDA ocurridos en un año determinado y que serán objeto de reporte epidemiológico no son notificados en forma inmediata como lo estipula la Ley General

de Salud en sus artículos 134 y 136, sino que son notificados varios meses e incluso hasta más de tres años después de su diagnóstico, por lo que el retraso se calcula tomando en cuenta el comportamiento de la notificación en los años anteriores. La primera evaluación publicada calculó el retraso en 36.7%⁸ mientras que la última estimación nos indica que el retraso equivale al 35%⁹. Por otro lado el subregistro también debe de contemplar el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. Este se ha estimado de acuerdo con los resultados de visitas de supervisión realizadas a las unidades notificantes, donde se revisaron expedientes clínicos y sobre todo certificados de defunción. La cifra fue cuantificada inicialmente en 26%¹⁰ y la última estimación es de 18.5%¹¹. (Gráfica 1)

Como ejemplo de la importancia que tiene el subregistro de los casos cabe mencionar que recientemente la proporción de los casos en donde el factor de riesgo es desconocido, pasó del 7.3% en 1989 al 25.4% para el 31 de diciembre de 1996. Esto se debe a que ahora una proporción de casos cada vez mayor es captada por los sistemas de vigilancia epidemiológica sólo a través del certificado de defunción que no consigna variables sobre los factores de riesgo.

Cualquier estimación del número de infectados deberá incluir por tanto los factores arriba mencionados. Así, al número acumulado de casos notificados hasta el 31 de diciembre de 1996, se le debe aumentar de manera conservadora un 35% por retraso en la notificación y 18.5% por subregistro. De este cálculo resulta la cifra de 45,991 casos estimados de SIDA que han ocurrido en México desde el inicio de la epidemia.

TENDENCIAS Y PREVALENCIAS:

La epidemia de SIDA en México ha presentado tres tendencias: en la primera, hasta 1986, el incremento fue lento; entre 1987 a 1990, el crecimiento fue exponencial; a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado y presenta períodos de duplicación de

16 meses. (gráfica 2). Sin embargo, este crecimiento se observa principalmente en las áreas metropolitanas del país (el Distrito Federal y los estados de México y Jalisco acumulan más del 54.8% de los casos de SIDA en México), en tanto que en las entidades del Pacífico, Centro y Sur se observan períodos de duplicación de sólo ocho a diez meses. El análisis comparativo de las prevalencias de los estudios centinela realizados por CONASIDA, considerando dos períodos de 5 años cada uno (1985-1990 y 1991-1996), permite estimar los cambios que han ocurrido en el tiempo. Se han registrado seroprevalencias promedio que van de 0.09% en mujeres embarazadas (con tres casos detectados) hasta 15.5% en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En las trabajadoras del sexo y en los hombres homo y bisexuales la prevalencia no ha aumentado, pero sí lo ha hecho en hombres trabajadores del sexo en los que el promedio pasó de 10.2% en el primer periodo a 13.6% en fechas más recientes.

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN:

a) Transmisión Sexual

La epidemia en México mantiene un patrón mixto pero es predominantemente una enfermedad de transmisión sexual (ETS), con una proporción de casos atribuibles a transmisión sexual en hombres del 90.4% y en mujeres del 53.3%. En hombres con prácticas homosexuales y bisexuales, la principal vía de transmisión es la sexual, todavía con tendencia a aumentar¹²; observándose también un aumento discreto de la transmisión heterosexual en hombres. La proporción de casos asociados al uso de drogas intravenosas es baja, con la excepción de la situación de la región Norte-Occidente del país¹³.

Hay que señalar que la transmisión heterosexual documentada en hombres a través de los casos se encuentra sobrestimada en el Registro Nacional de casos de

SIDA¹⁴. Un indicio de lo anterior es que en México la cifra de hombres reportados por transmisión heterosexual es tres veces mayor a la de los casos en mujeres por la misma vía de transmisión, mientras que por este mecanismo en Estados Unidos se reportan dos hombres por cada mujer¹⁰. Otra indicación indirecta de este sobrereporte es que en los múltiples estudios realizados en mujeres que ejercen la prostitución se han encontrado prevalencias bajas: en 1986 en la ciudad de Guadalajara esta fue de 0.4%; la Dirección General de Epidemiología entre 1987 y 1988 realizó un estudio en seis ciudades encontrando una seroprevalencia de 0.9% al 5.2%. En 1990 en un estudio en 20 ciudades de la República se encontró una seroprevalencia de 0.4%. Finalmente, las prevalencias en mujeres trabajadoras sexuales que acuden al centro de información de CONASIDA en la ciudad de México han sido: en 1989 de 2.6%, en 1990 de 0.2%, en 1991 de 0.4%, en 1992 de 0.05%, en 1993 de 0.04%, y en 1994 de 0.02%. Los resultados publicados muestran que en general se ha mantenido una seroprevalencia relativamente baja (0.04% a 2.6%) en trabajadoras sexuales ¹⁵.(gráficas 3 y 4)

b) Transmisión Sanguínea

En México, además de las disposiciones legales que prohíben la venta de sangre y que obligan a que toda sangre transfundida haya sido previamente analizada, se han realizado actividades educativas dirigidas a los donadores con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre. La prevalencia de infección en donadores ha presentado descenso durante estos últimos años ya que en 1990 fue de 0.06% y en 1995 es de 0.05% a nivel nacional. La prevalencia de donadores y donadoras altruistas varía por región geográfica: en la región Centro Oriente la prevalencia fue de 0.09% siguiéndole en orden de importancia la del Sur con 0.06%, el Distrito Federal con 0.04%, la del Norte con 0.03% y por último Centro Occidente con 0.01%. Por entidades federativas, Hidalgo ocupa el primer lugar con una prevalencia de 0.4%, a continuación se ubica Yucatán con 0.3%, Chihuahua con 0.16%, Veracruz con 0.13% y Baja

California Norte con 0.1%. Cabe destacar que en 1995 en el 50% de las entidades la prevalencia en donadores y donadoras fue de 0%.

La transmisión sanguínea ha mostrado un marcado descenso. El porcentaje más alto de casos transmitidos por transfusión sanguínea fue de 17% en 1989 y disminuyó a partir de 1991 hasta representar el 8.4% del total para 1996. Entre mujeres el impacto de SIDA postransfusional fue mayor que en hombres, por lo que la disminución de SIDA postransfusional entre ellas fue más marcada, pasando del 100% de los casos en 1985, 75% en 1986, 69% en 1987, 68% en 1988, 66% en 1989, 60% en 1990, y 51% en 1991, llegando al 46.7% para el 31 de diciembre de 1996¹⁶.

c) Transmisión Perinatal:

Al observarse un incremento de los casos debidos a transmisión heterosexual en hombres y mujeres se da un aumento concomitante de los casos en niños por transmisión perinatal de acuerdo a las tasas de natalidad registradas en cada país. Para finales de 1995 existían 1.5 millones de niñas y niños infectados por VIH en el mundo, y se calcula que para el año 2,000 se habrá acumulado un total de 10 millones.

Hasta el 31 de Diciembre de 1996 se registraron en México 795 (2.7%) casos acumulados en menores de 15 años, de los cuales el 40.9% fueron secundarios a transmisión perinatal. La tasa de transmisión perinatal calculada para países en vías de desarrollo es de 25 al 30% en promedio, la cual varía de acuerdo a factores maternos que favorecen la transmisión perinatal, como la presencia de corioamnioititis, ETS concomitantes, uso continuo de drogas intravenosas, ruptura prematura de membranas, bajo nivel de anticuerpos neutralizantes, nivel bajo de CD4 maternos, eventos obstétricos y fenotipo viral. La transmisión del VIH de la madre al hijo puede ocurrir durante el embarazo desde la 8ª semana de la gestación, durante el parto y mediante la lactancia materna. Los estudios realizados han demostrado que por lo menos el 50% de las in-

fecciones ocurren muy cerca del parto y que la lactancia materna aumenta la tasa de transmisión perinatal en un 10-20%; no obstante se sigue promoviendo la leche materna como política general en países en vías de desarrollo, con altas tasas de enfermedades infectocontagiosas, malas condiciones de higiene, educación y pobreza; ya que son más los beneficios que los riesgos, aunque se recomienda particularizar en cada país, tomando en cuenta las condiciones y recursos existentes.

En México, se ha calculado que existen aproximadamente 4'200,000 embarazos al año, de los cuáles sólo el 60% llegan al término de la gestación, es decir 1'700,000 embarazos se pierden en sus etapas tempranas. En 1990 se reportaron 2'735,312 nacidos vivos en todo el país. En diversas encuestas centinela realizadas en mujeres embarazadas de 12 entidades de la República Mexicana, se ha encontrado una prevalencia promedio acumulada de 0.001% y en los últimos años del 0.04%, lo cual significa que a la fecha existe la posibilidad de que hasta 4 de cada 10,000 mujeres embarazadas que tienen hijos vivos estén infectadas por el VIH y tomando en cuenta la tasa de fecundidad actual esperaríamos anualmente 1,094 mujeres embarazadas infectadas.

TUBERCULOSIS Y SIDA:

Al igual que en muchos países, en México la tuberculosis constituye una enfermedad que va en ascenso y que presenta nuevos retos para su control, entre ellos el riesgo que representa su asociación con la infección por VIH. La tuberculosis constituye una de las infecciones más frecuentes en los pacientes con SIDA en México, ocupando el tercer lugar entre las infecciones oportunistas más frecuentes. La proporción de mujeres y hombres adultos jóvenes, de usuarios de drogas intravenosas y de fallecimientos es mayor entre los casos de SIDA con tuberculosis que entre los casos de SIDA sin esta asociación. La frecuencia de infección por VIH detectada en pacientes tuberculosos (hombres 0.0% a 5.4%; mujeres 0.0% a 2.4%) es mayor que la encontrada en donadores y donadoras de sangre (0.05% a 0.09%)¹⁹.

USO DE DROGAS INTRAVENOSAS (UDIV):

De acuerdo al Registro Nacional de Casos de SIDA de México, hasta el 1o. de octubre de 1996 se han registrado un total de 401 (2%) casos a nivel nacional cuya categoría de transmisión está asociada a UDIV. Después de Jalisco, los estados con mayor número de casos registrados con esta categoría de transmisión son Baja California y Sonora con 70, 68 y 36 casos respectivamente.

La relación del total de casos de SIDA en Baja California respecto al total nacional es de 3.5%, mientras que la relación de casos de SIDA por UDIV en este estado respecto al total nacional es de 16.9%. Como puede apreciarse, el comportamiento en esta región guarda mayor semejanza con el patrón de los Estados Unidos que con el de México.

En un estudio epidemiológico realizado en grupos de hombres homosexuales y bisexuales, internos, prostitutas y UDIV en Tijuana, B.C., se encontró que la prevalencia de VIH entre estos últimos fue de 1.92%, frente a 11.6% en homosexuales y bisexuales, 0.5% en internos y 2% en prostitutas¹⁷. A través de la investigación para la vigilancia centinela de la prevalencia de infección en Tijuana y Mexicali, en 1995 se obtuvo una prevalencia de 9% para VIH en usuarios(as) de drogas intravenosas de Baja California.

RURALIZACIÓN:

Otra tendencia de la epidemia del VIH/SIDA en México es la ruralización ya que cada vez aumenta el número de casos autóctonos en comunidades de menos de 2,500 habitantes. Hasta 1994 se habían registrado 699 (3.7%) casos acumulados en este grupo, manifestando un crecimiento continuo¹⁸. Si bien la media nacional de casos rurales es de 6.0%, existe gran variabilidad regional encontrando estados como Zacatecas e Hidalgo donde los casos de SIDA rurales representan más del 20% de sus casos. La

ruralización del SIDA se asocia significativamente con el antecedente de migración a los Estados Unidos.

MORTALIDAD:

En 1994 se registraron 3,518 defunciones por SIDA en México con una tasa global de 3.9 por 100,000 habitantes, ocupando el 17o. lugar como causa de muerte general. En particular, la mortalidad por SIDA en hombres en el grupo de edad de 25 a 44 años ha ascendido rápidamente. En 1988, en este grupo etéreo ocurrieron 340 defunciones por SIDA con una tasa de 34 por 100,000 habitantes ocupando el decimocuarto lugar como causa de muerte; para 1992 fueron 1,530 las defunciones ocurridas dentro de este mismo grupo con una tasa de mortalidad de 130 por 100,000 habitantes, desplazándose hasta el sexto lugar ¹⁹ como causa de muerte. En 1994 el SIDA fue la cuarta causa de muerte en hombres entre 25 y 44 años de edad.

PERSPECTIVAS:

La OMS estima que desde el inicio de la epidemia han ocurrido en el mundo aproximadamente 29 millones de infecciones por VIH y más de 8 millones de casos de SIDA²⁰. Los modelos más recientes para la predicción del crecimiento epidémico incorporan aspectos sobre la transmisión, historia natural de la enfermedad y variables de comportamiento. La OMS desarrolló un modelo que permite el cálculo del número de casos de SIDA en períodos cortos (4 a 6 años) y permite su adaptación a las condiciones de cada país o región ²¹.

En 1995 el Comité de Epidemiología de CONASIDA incorporó las siguientes consideraciones para utilizar el modelo en México:

- Tasa de progresión de infección de SIDA con una media de 10 años.
- Tasa de supervivencia promedio de 2 años.
- Fecha de inicio de la transmisión en 1978

-
- Prevalencia de VIH de 0.05% en población general adulta -0.04% donadores y 0.02% en embarazadas- y de 1 a 35% en grupos con prácticas de riesgo.

De acuerdo con el modelo, se estima que desde la introducción del VIH en México, han ocurrido en forma acumulada 154,000 infecciones; 42,000 casos de SIDA y 24,000 muertes por SIDA. Para junio de 1996 se estimó que existirían 120,000 infectados por VIH asintomáticos y 17,000 enfermos vivos . Se calcula que durante 1996 se presentaron en el país 12,000 nuevas infecciones por VIH; que 9,000 pacientes evolucionaron de infección asintomática a caso de SIDA y que fallecieron 4,000 personas a consecuencia del SIDA en México. Para el año 2,000, se espera que en el país se hayan presentado entre 77,000 y 90,000 casos de SIDA en forma acumulada, de los cuáles solo una cuarta parte estarán vivos.

IV. LINEAMIENTOS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS:

Las estrategias fundamentales en la lucha contra el SIDA en el mundo, se han enfocado a la información y a la educación como elementos decisivos en el desarrollo de las estrategias nacionales. En México, las estrategias y actividades en la promoción de la Salud contra el VIH y el SIDA, se han basado en la experiencia obtenida en la última década dentro del campo de la promoción de la salud, ajustada a las características específicas del VIH/SIDA. Sin embargo, al igual que en otras áreas, el reto que plantea este problema de salud ha puesto de manifiesto debilidades, desequilibrios y desigualdades en los esfuerzos realizados para la promoción de la salud. En congruencia con los lineamientos establecidos en la reforma del Sector Salud, el Programa para la Prevención y Control del SIDA 1997-2000 propone las siguientes estrategias en busca de una mayor cobertura de los servicios, enfatizando sus acciones en los grupos de población más desprotegidos y con mayor riesgo de contraer la infección por VIH y comprometiendo a todos los sectores e instituciones de Salud a nivel federal, estatal y local a coordinarse de manera eficiente y oportuna para disminuir la morbilidad y mortalidad en el país debida a la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Ello implica tres objetivos básicos:

1. Disminuir la transmisión de la infección por el VIH.
2. Reducir el Impacto de la infección por VIH/SIDA en individuos, grupos y la sociedad en conjunto.
3. Coordinar y unificar los esfuerzos nacionales en la lucha contra el SIDA.

Para el logro de estos tres objetivos se consideran fundamentales las siguientes estrategias:

- a) Difundir información clara y fomentar una cultura de protección a la salud a través de la educación sexual para reducir los riesgos y promover estilos de vida saludables en la población.

-
- b) Fortalecer los programas preventivos y de vigilancia epidemiológica en torno al VIH/SIDA
 - c) Fortalecer la descentralización de las actividades para la prevención y control del VIH/SIDA.
 - d) Favorecer la extensión de la cobertura de las actividades de prevención y control del SIDA a través de una adecuada coordinación intra e interinstitucional.
 - e) Contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de prevención, detección y atención de los individuos y grupos afectados por el VIH/SIDA.

SENSIBILIZAR A GRUPOS AUTOCONSIDERADOS DE BAJO RIESGO
— MUJERES, LESBIANAS —.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y METAS

— INVESTIGACIÓN —

1. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA

1.1. Prevención de la Transmisión Sanguínea

El mayor avance en la prevención de la transmisión sanguínea del VIH se ha logrado a través del tamizaje de donadores de sangre, la autoexclusión de donadores y donadoras con prácticas de riesgo y la prohibición del comercio de la sangre. Estas medidas entre otras, se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos cuyo cumplimiento es menester para eliminar, hasta el límite de la tecnología disponible, la transmisión de VIH por esta vía. Sin duda la tendencia descendente en el número de casos de SIDA asociados a transfusiones, a la donación remunerada de sangre y a la administración de hemoderivados que se aprecia desde fines de 1991 en México, ha sido el resultado de la aplicación en conjunto de estas medidas. Su impacto se puede apreciar fácilmente si se considera que se han evitado más de 2 750 casos de SIDA y un número semejante de defunciones, con un promedio de 36 años de vida potencial (AVP) recuperados por cada caso (un total aproximado de 100 000 AVP), de los cuáles el 80% corresponde a personas entre los 15 y 65 años de edad, es decir, en plena edad productiva.

No obstante, es necesario mejorar la cobertura de las acciones, particularmente en localidades pequeñas y en todas las instituciones de atención médica privada, ya que, de consolidarse la ruralización de la epidemia asociada a la migración interna y externa, podría elevarse la prevalencia de la infección por VIH en los donadores y las donadoras potenciales.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Informar a través de diferentes medios a la población en general y a grupos con prácticas de riesgo sobre el mecanismo de transmisión sanguínea y medidas preventivas.
- Difusión de la NOM 003-SSA2-1993 para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, promover y vigilar el cumplimiento de la misma.
- Difusión de la NOM 010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Fortalecer el programa de auto exclusión de donadores.
- Reforzar la adopción de medidas de bioseguridad que reduzcan el riesgo de transmisión ocupacional por VIH en las y los trabajadoras de salud (precauciones *standard*).
- Reforzar estrategias educativas para usuarios y usuarias de drogas intravenosas en coordinación con organismos públicos y privados.

METAS:

- Garantizar que el 100% de los establecimientos de salud públicos y privados utilicen sangre y sus componentes únicamente después de haber sido sometidos a la prueba de detección de VIH.
- Fortalecer medidas de bioseguridad que impidan la transmisión de VIH por el uso de objetos punzocortantes en el 100% de las unidades aplicativas.
- Conocer oportunamente el 100% de los casos de infección por VIH por transmisión sanguínea.
- Elaborar normas que establezcan una adecuada calidad y manejo de los reactivos utilizados para la detección de anticuerpos contra el VIH-1 y VIH-2.
- Realizar anualmente mil encuestas centinela en usuarios(as) de drogas intravenosas.

1.2. Prevención de la Transmisión Sexual

El mayor número de casos de SIDA se reporta en personas entre los 25 y 45 años de edad; tomando en cuenta que la enfermedad se manifiesta después de 5 a 10 años de haber contraído la infección, es un hecho que esta población se infectó entre los 15 y 20 años de edad. Por ello, los esfuerzos preventivos deben dirigirse prioritariamente a este grupo, en el que la actividad sexual es la práctica que determina el riesgo.

Es preciso impulsar un enfoque integral de la salud sexual, planificación familiar y salud reproductiva, con especial atención en las poblaciones más vulnerables: jóvenes, mujeres y grupos socialmente marginados, considerando como estrategias fundamentales: retrasar el inicio de la actividad sexual, disminuir el número de parejas sexuales, utilizar condón y promover el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Reforzar a través de diferentes medios la información sobre mecanismos de transmisión sexual y medidas preventivas a la población en general y grupos específicos, en el marco de una educación sexual científica, laica, integradora, oportuna, con perspectiva de género y respetuosa de los valores de cada comunidad.
- Promover y vigilar el cumplimiento de la NOM 010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Fomentar el uso del condón entre la población que ejerce relaciones coitales.
- Coordinar con instituciones gubernamentales y privadas, una estrategia educativa para la prevención del VIH/SIDA y ETS a través de un enfoque integral de la salud reproductiva.
- Mantener líneas de investigación en grupos con prácticas de riesgo para establecer intervenciones educativas específicas.

-
- Mantener estudios centinela en población homosexual, bisexual , heterosexual, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial para conocer las tendencias de la epidemia a nivel nacional.
 - Simplificar el procedimiento para la notificación de casos e infectados en todas las entidades federativas
 - Reforzar la educación sexual en diferentes sectores de la población: escolares, adolescentes, mujeres, hombres y grupos específicos con prácticas de riesgo.
 - Ampliar el acceso a los servicios de detección y tratamiento oportuno, así como a la información y consejería para promover la adopción de medidas preventivas que disminuyan el riesgo de contagio.
 - Incrementar la cobertura de las acciones educativas y de capacitación en la población general y grupos específicos con prácticas de riesgo, utilizando diversos canales con objeto de mejorar conocimientos sobre la transmisión del VIH y medidas preventivas, así como reducir actitudes de estigmatización y violación de derechos humanos.
 - Mejorar la educación relacionada con la sexualidad y salud reproductiva de acuerdo a lo establecido en el Programa de Desarrollo Educativo, para que los estudiantes reciban una orientación respetuosa y clara sobre estos temas contribuyendo a disminuir la incidencia de las ETS .

METAS:

- Lograr que el 90 % de la población sexualmente activa tenga acceso a la información necesaria para adoptar medidas preventivas en las relaciones sexuales.
- Realizar 4 cursos anuales para formar replicadores de información sobre VIH/SIDA.
- Elaborar un modelo de atención integral del VIH y otras ETS.
- Difundir el modelo de atención integral para SIDA/ETS en unidades aplicativas de las 31 entidades federativas.

-
- Mantener una dotación anual mínima de 3 millones de condones entre grupos con prácticas de riesgo que no tienen acceso a ellos por otros programas.
 - Incrementar en un 20-30% el uso del condón en poblaciones con prácticas de riesgo a través de intervenciones específicas.
 - Realizar anualmente 10,000 encuestas centinela en grupos con prácticas de riesgo a nivel nacional.
 - Disminuir en un 50% el subregistro y retraso en la información.
 - Disminuir en un 50% la notificación de casos con categoría de transmisión desconocida.
 - Incluir, en colaboración con la SEP, el tema SIDA/VETS en el libro de texto de 5o y 6o años de primaria
 - Establecer como obligatorio el uso del condón en el 100% de las zonas de tolerancia de comercio sexual.

1.3. Prevención de la Transmisión Perinatal

Entre los grandes avances de los últimos años destacan los resultados del estudio multicéntrico ACTG 076 (AIDS Clinical Trials Group Protocol 076) llevado a cabo en Estados Unidos y Europa, donde se demostró que la administración de zidovudina (AZT) a mujeres embarazadas infectadas por el VIH durante las semanas 14^a-34^a de gestación y durante el parto, así como al recién nacido durante 6 semanas, disminuye el riesgo de transmisión del 25.5% al 8.3%. Los estudios realizados hasta la fecha con seguimiento a largo plazo de los hijos(as) de madres tratadas con AZT no han reportado efectos adversos y han demostrado la seguridad de su uso en mujeres embarazadas, por lo que se ha propuesto ofrecer este tratamiento a toda mujer embarazada infectada, ya que reduce en 67.5% el riesgo de transmisión perinatal.

De acuerdo a la prevalencia encontrada en mujeres embarazadas y la tasa de transmisión perinatal en México, se espera que anualmente nazcan 330 niños infectados

por VIH, de los cuales se podría prevenir la infección en 220 niños al año haciendo una detección oportuna y administrando tratamiento antirretroviral (AZT) a las mujeres embarazadas infectadas. Por ello es imprescindible establecer medidas efectivas para controlar la infección en hijos (as) de madres infectadas y disminuir la magnitud del problema.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Difundir información sobre este mecanismo de transmisión y medidas preventivas entre la población en general con énfasis en mujeres en edad reproductiva.
- Capacitar al personal de salud para la detección oportuna y manejo del VIH en mujeres embarazadas.
- Integrar y coordinar actividades de información y capacitación con las Direcciones Generales de Salud Reproductiva y Medicina Preventiva.
- Aumentar la detección oportuna del VIH en mujeres embarazadas y administrar tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el parto a mujeres infectadas y al recién nacido.
- Revisar y actualizar permanentemente la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-1993 para la Prevención y Control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Mantener la vigilancia centinela en mujeres embarazadas.
- Simplificar el procedimiento para la notificación de casos de SIDA e infección por VIH en todas las entidades federativas, para disminuir el subregistro y retraso en la información e identificar la vía de transmisión, manteniendo la calidad y cantidad de información que permita una vigilancia epidemiológica adecuada.
- Impulsar la coordinación interinstitucional para la detección oportuna del VIH en áreas de atención prenatal.
- Promover acciones de educación sobre transmisión perinatal entre la población general con énfasis en mujeres y sus parejas sexuales.

-
- Fomentar actividades educativas de planificación familiar en mujeres infectadas por VIH y en mujeres parejas de hombres infectados.
 - Promover la detección voluntaria e informada del VIH en embarazadas en los servicios de atención prenatal.
 - Integrar y coordinar actividades de información sobre SIDA y otras ETS con los servicios de Salud Reproductiva y Medicina Preventiva.

METAS:

- Disminuir en un 50 % el número de niñas y niños infectados con el VIH por vía perinatal.
- Administrar tratamiento antirretroviral al 100% de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, que lo soliciten voluntariamente.
- Difundir la recomendación técnica para evitar la transmisión perinatal del VIH en el 100% de las unidades de atención médica de 1er y 2o. nivel
- Ofrecer el acceso al tratamiento antirretroviral a las embarazadas VIH positivas .
- Difundir anualmente el estado de la transmisión perinatal del VIH y las acciones para evitar esta vía de transmisión en México.
- Realizar anualmente 2,000 encuestas centinela en mujeres embarazadas.
- Realizar 3 reuniones anuales de un grupo interinstitucional materno-infantil para promover la investigación y coordinar las actividades de prevención en esta área.

2. REDUCCIÓN DEL IMPACTO DEL VIH/SIDA EN INDIVIDUOS, GRUPOS Y SOCIEDADES:

La epidemia de SIDA en el mundo se ha acompañado de otra epidemia de miedo, estigmatización y discriminación. Para quienes trabajan en Salud Pública, esto ha significado el nuevo reto de incorporar la protección de los derechos humanos de los/las afectados/das

como parte fundamental de cualquier programa eficaz contra la epidemia. Las reacciones negativas ante el VIH/SIDA no son únicas en la historia de las enfermedades y cabe recordar que la respuesta de los seres humanos a las grandes pandemias ha sido inadecuada y se ha caracterizado por la búsqueda de culpables.

Mientras la discriminación, la estigmatización y las violaciones de los derechos humanos continúen, la idea de que las personas infectadas pertenecen a "grupos especiales" no dejará de existir y la percepción de riesgo de quien no se considere parte de estos grupos será nula, aumentando la posibilidad de ser infectado. Al mismo tiempo los afectados se alejarán de las medidas de prevención y se mostrarán renuentes a asistir a los lugares dónde reciban atención, por miedo a ser discriminados/das.

Es por ello que la Secretaría de Salud y la OMS coinciden en oponerse a la obligatoriedad de pruebas de detección del VIH, a la discriminación y a la negación de empleo, servicios de salud o educación a las personas infectadas. Una persona asintomática infectada por el VIH debe ser tratada como cualquier otro individuo, una persona enferma de SIDA debe ser tratada como cualquier otro enfermo.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Difundir información y promover el respeto a los derechos de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA.
- Difundir y vigilar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Fortalecer la coordinación con la Comisión Nacional de Derechos Humanos y con organismos no gubernamentales, para crear modelos normativos y evaluar modelos de intervención en derechos humanos para las personas con VIH/SIDA.

-
- Promover el desarrollo de protocolos de investigación con nuevos medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH/SIDA.
 - Promover y coordinar acciones para aumentar y acelerar la accesibilidad al tratamiento médico.
 - Promover en México el registro acelerado de nuevos medicamentos que se consideren útiles para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH que hayan sido aprobados por organismos internacionales.
 - Revisar, analizar y proponer modificaciones a la Legislación Federal en materia de VIH/SIDA.
 - Elaborar modelos para extender y mejorar la atención integral de las personas afectadas por el VIH/SIDA.
 - Promover estrategias educativas entre la población que modifiquen actitudes de estigmatización hacia grupos vulnerables e infectados.
 - Incrementar la detección temprana de la infección por VIH de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del SIDA. NOM-010-SSA2-1993
 - Apoyar la difusión de información sobre VIH/SIDA así como intervenciones en crisis a través de la línea telefónica.

METAS:

- Difundir el Manual de Aspectos jurídicos del VIH/SIDA en el 100% de las entidades federativas.
- Establecer un marco legislativo para asesorar a las personas afectadas en la solución de problemas legales y de derechos humanos.
- Lograr que cada Estado cuente con un lugar para la detección temprana del VIH y otras ETS.
- Difundir el Manual de Atención Domiciliaria en las 31 entidades federativas.

-
- Distribuir la nueva "Guía para la Atención Médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales" en las 31 entidades federativas
 - Instalar 3 laboratorios de referencia en el país para la determinación de la carga viral.
 - Disminuir en un 80% las violaciones a los derechos humanos de las personas infectadas, cometidas en el sector salud.
 - Lograr que el 100% de las entregas de resultados de las pruebas para la detección del VIH sean entregados de acuerdo a los lineamientos de privacidad y confidencialidad.
 - Realizar 3 cursos anuales de capacitación y actualización del personal de salud para mejorar la calidad de la atención de las personas afectadas por el VIH.
 - Someter ante la Cámara de Diputados la propuesta para eliminar el diagnóstico de SIDA en el acta de defunción.

3. COORDINAR Y UNIFICAR ESFUERZOS NACIONALES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA.

La Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades. En este marco, el 24 de Agosto de 1988 se creó por Decreto Presidencial el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) cuyo objetivo principal es coordinar de manera organizada las acciones de todos los sectores tendientes a luchar contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Para ello se considera fundamental la coordinación intra y intersectorial, así como el fomento y apoyo al proceso de descentralización de los servicios de salud y a la participación social. El CONASIDA inició el proceso de descentralización en enero de 1995, definiendo las 10 funciones básicas que los Consejos Estatales deben ejercer. Es preciso continuar con dicho proceso, fortaleciendo a los gobiernos estatales.

La coordinación intersectorial implica la participación de todos los organismos del Gobierno Federal, no obstante tomando en cuenta que las acciones preventivas deben encaminarse hacia las poblaciones más vulnerables, se considera indispensable concertar acciones principalmente con la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Gobernación y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Con la finalidad de fortalecer la coordinación interinstitucional para analizar, proponer y avalar acciones en la lucha contra el SIDA, el 2 de octubre de 1996 se instaló el Grupo Técnico Interinstitucional integrado por 11 instituciones.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Fortalecer la participación interinstitucional a través del grupo técnico interinstitucional de VIH/SIDA para el desarrollo de acciones de prevención, atención, vigilancia epidemiológica y prevención.
- Integrar la opinión de organizaciones gubernamentales, civiles y de personas que viven con el VIH/SIDA en la planificación y ejecución de las actividades de prevención y control de la infección en el ámbito nacional y en los estados, a través de los Comités Estatales (COESIDAS) y otras organizaciones.
- Asesorar y capacitar continuamente a los responsables de los programas estatales.
- Impulsar la participación municipal en el desarrollo de los programas estatales.
- Coordinar, asesorar, supervisar y renovar la planeación, desarrollo y consolidación de los programas estatales de prevención y control del SIDA.
- Incentivar y fortalecer de manera coordinada la investigación multidisciplinaria en materia de VIH/SIDA, con la finalidad de conocer la magnitud del problema y los principales factores de riesgo a nivel estatal y nacional.
- Establecer un inventario permanente sobre la investigación que en el área de VIH/SIDA se hace en México.

-
- Fortalecer la comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones.
 - Mantener un seguimiento de las acciones del programa a nivel estatal que permita la evaluación permanente de su efectividad (impacto), eficacia (logro de objetivos) y eficiencia (reducción de costos).
 - Coordinar los esfuerzos de las instancias involucradas en la prevención y control del SIDA con las responsables de la vigilancia epidemiológica.
 - Coordinar y evaluar el apoyo internacional en el combate del VIH/SIDA en México.

METAS:

- Asesorar a las 31 entidades federativas en la consecución del Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Realizar anualmente 1 reunión nacional con los coordinadores de los COESIDAS para actualización, evaluación y seguimiento.
- Realizar por lo menos 16 visitas anuales de supervisión a las entidades federativas para consolidar el proceso de descentralización.
- Lograr que más del 80 % de las investigaciones realizadas en el país estén sistematizadas en una base de datos que permita obtener resultados y avances periódicos.
- Dar seguimiento a todos los acuerdos internacionales que México suscriba en relación a la prevención y control del VIH/SIDA.

REFERENCIAS:

- 1 SSA. La Salud Pública en México. Reseña Histórica 1982-1988. Pag 242. Dirección General de Comunicación Social. 1988
- 2 CONASIDA. Programa de Mediano Plazo para la prevención del SIDA. 1990-1994. México.
- 3 García ML, Valdespino JL, Loo E, Palacios M, Salcedo A, del Río A, Magis C, et al. Evolución de la definición de caso de SIDA en México. *Enferm Infecc Microbiol* 1994 ; 14 :171-177
- 4 Magis C, González G, Condela E, Mora JL, Valdespino JL. Epidemiological database management of the AIDS National Registry 1983-1992. Lessons learned. IX International Conference on AIDS. Berlin, Alemania 1993. (Abst No. PO-C06-2178). Abstract book No. 2; pág 670.
- 5 Dirección General de Epidemiología. Presentación. *Boletín Epidemiológico de SIDA del Sector Salud* Marzo de 1987; Año 1, Núm 1.
- 6 Centers for Disease Control. *Pneumocystis carinii* pneumonia. Los Ángeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1981; 30: 250-252.
- 7 Rosemberg PS. Scope of the AIDS epidemic in the United States. *Science* 1995; 270 (5270): 1372.
- 8 Valdespino JL, del Río C, García ML, del Río A, Magis C, Salcedo RA, Loo E. Situación y perspectivas del VIH/SIDA en México. *Enfermedades Infecc y Microbiol* 1995; 15 (1): 29-42.
- 9 Valdespino JL, García ML, del Río A, Loo E, Magis C, Salcedo A. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Publ de Méx.* 1995; 37 (6): 556-571.
- 10 Valdespino JL, García ML, Sepúlveda J. Efecto del retraso en la notificación y el subregistro sobre el número de casos de SIDA en México. *Boletín Mensual de SIDA* 1990; Vol 4, Núm 2:814-816.
- 11 Valdespino JL, del Río C, García ML, del Río A, Magis C, Salcedo RA, Loo E. Situación y perspectivas del VIH/SIDA en México. *Enfermedades Infecc y Microbiol* 1995; 15 (1): 29-42.
- 12 Izazola JA, Ávila C, Gortmaker S, del Río C. Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Publ de Méx.* 1995 (6): 602-613.
- 13 Magis C, González G, Valdespino JL. Epidemiología del uso de drogas IV y el SIDA en México. En: *Adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario*. México. Secretaría de Salud 1994, pág. 88-99.
- 14 Magis C, García ML, González G, González F, Candela E, Valdespino JL, et al. Under report of homosexuality affects epidemiological patterns of AIDS/HIV in a Latin American country. VIII Inter-

national Conference on AIDS, Amsterdam, Holanda 1992. (Abstract No. PoC 4768), Abstract book 2: C371.

15 Uribe P, Hernández G, del Río C, Ortiz V. Prostitución y SIDA en la ciudad de México. *Salud Publ de Mex* 1995; 37 (6): 592-601.

16 Sepúlveda J, del Río A, Valdespino JL, García ML, Velázquez L, Volkow P. La estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. *Salud Publ de Méx.* 1995; 37 (&): 624-634

17 Guereña F, et al. HIV-1 Prevalence in selected Tijuana sub-populations. *Am J Publ Health* 1991; 81:623-625.

18 - 18 Magis C, del Río A, Valdespino JL, García ML. Casos de SIDA en el área rural de México. *Salud Publ de Méx.* 1995; 37 (6): 615-623.

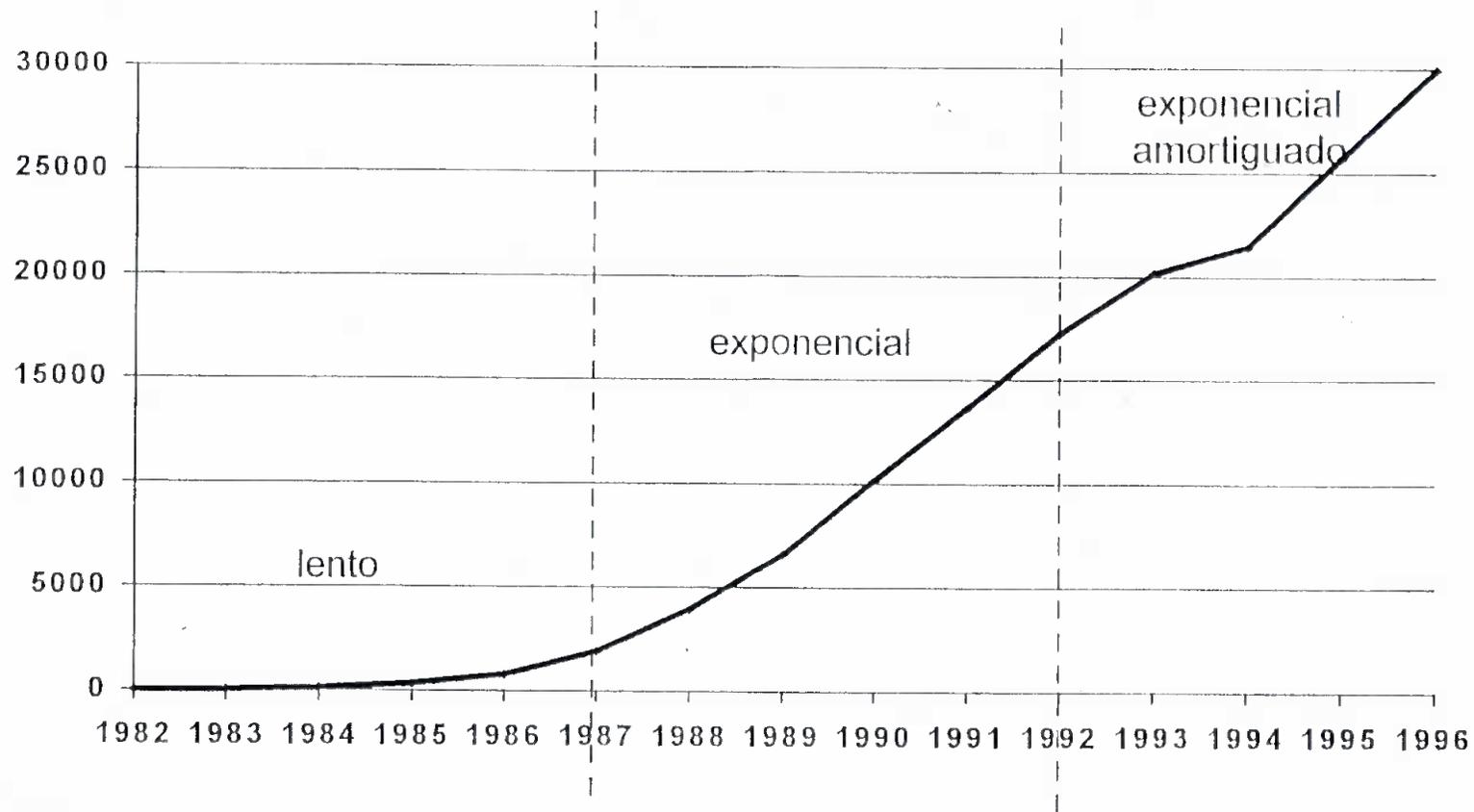
19 García ML, Valdespino JL, Palacios M, Mayar E, García C, Sepúlveda J. Tuberculosis y SIDA en México. *Salud Publ de Mex* 1995; 37(6): 539-547.

20 AIDSCAP, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, UNAIDS. The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic. Final Report. XI International Conference on AIDS July 5 - 6, 1996.

21 Chin J, Lwanga SK. Estimation and projection of adult AIDS cases: a simple epidemiological model. *Bull WHO* 1991; 4 (69): 399-406.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO

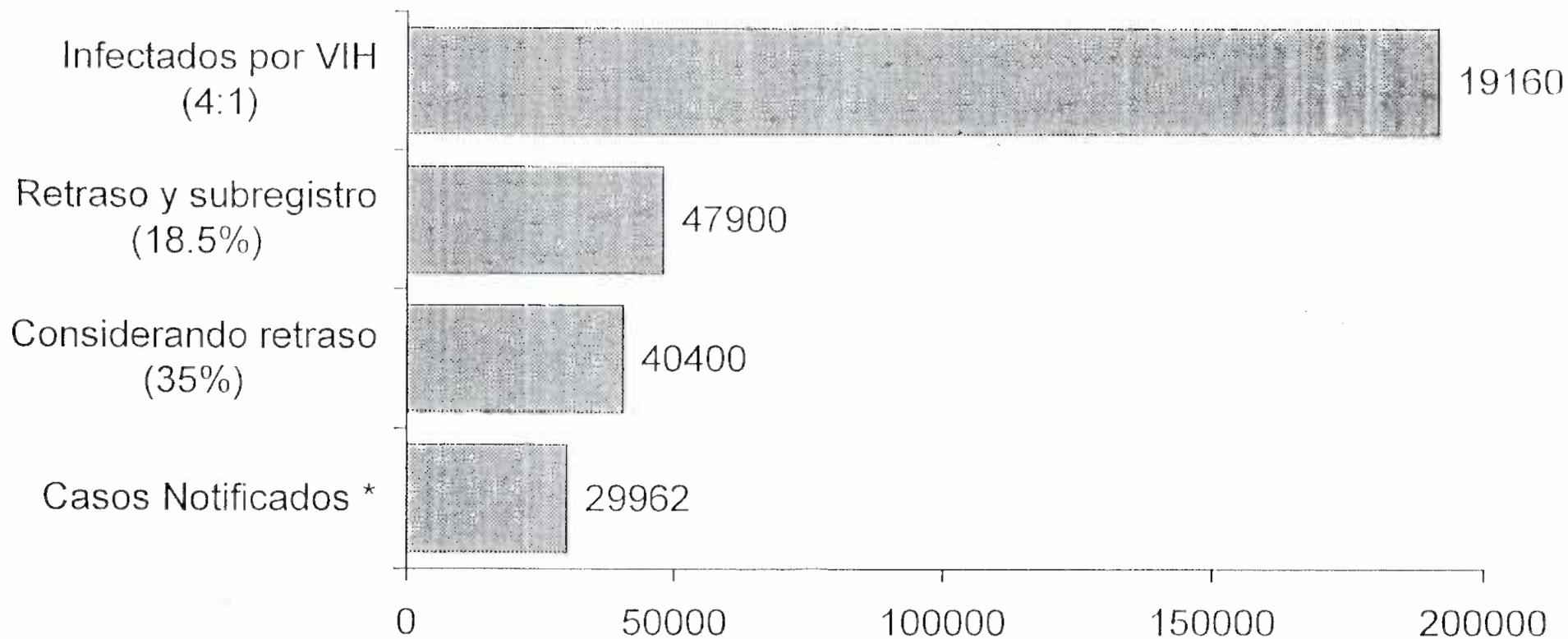
1982-1996*



(* Datos al 31 de diciembre de 1996

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

ESTIMACION DE INFECTADOS Y CASOS DE SIDA



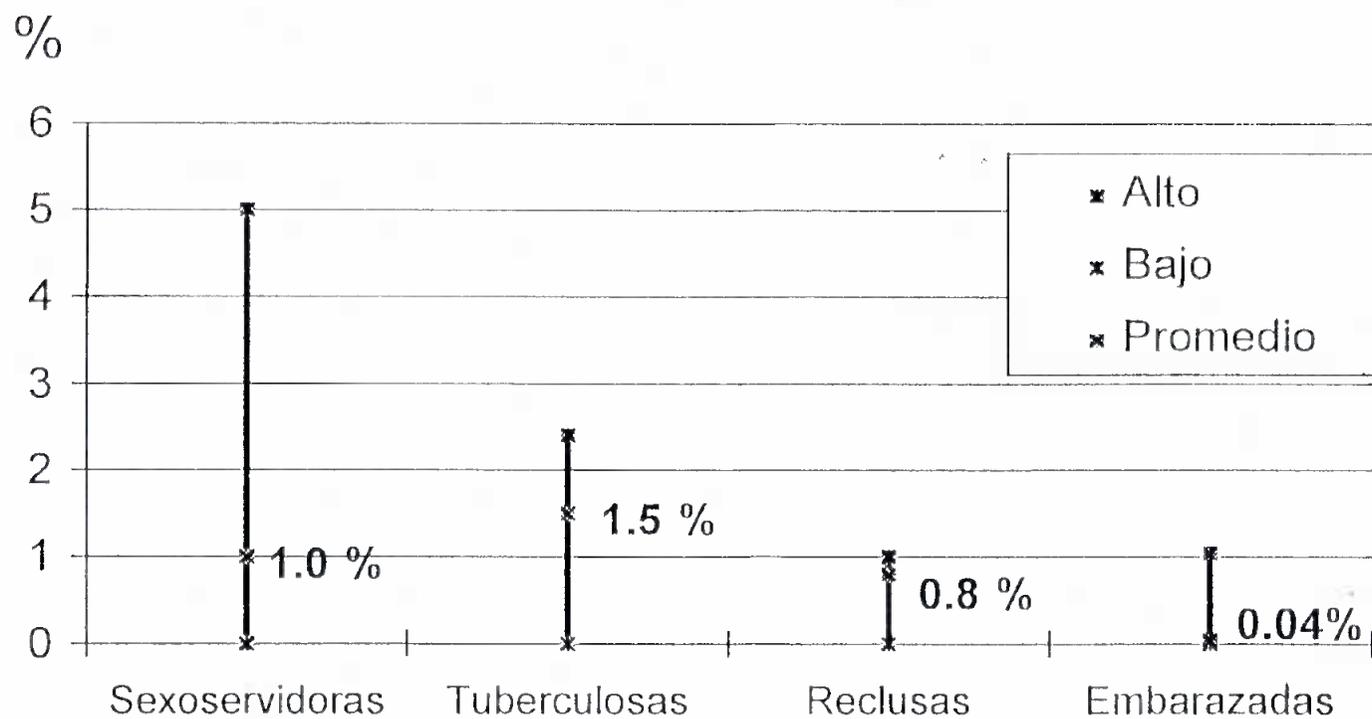
(*) Datos al 31 de diciembre de 1996

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

GRAFICA No. 2

PREVALENCIA DE VIH EN MUJERES ENCUESTA CENTINELA

1985-1996 *



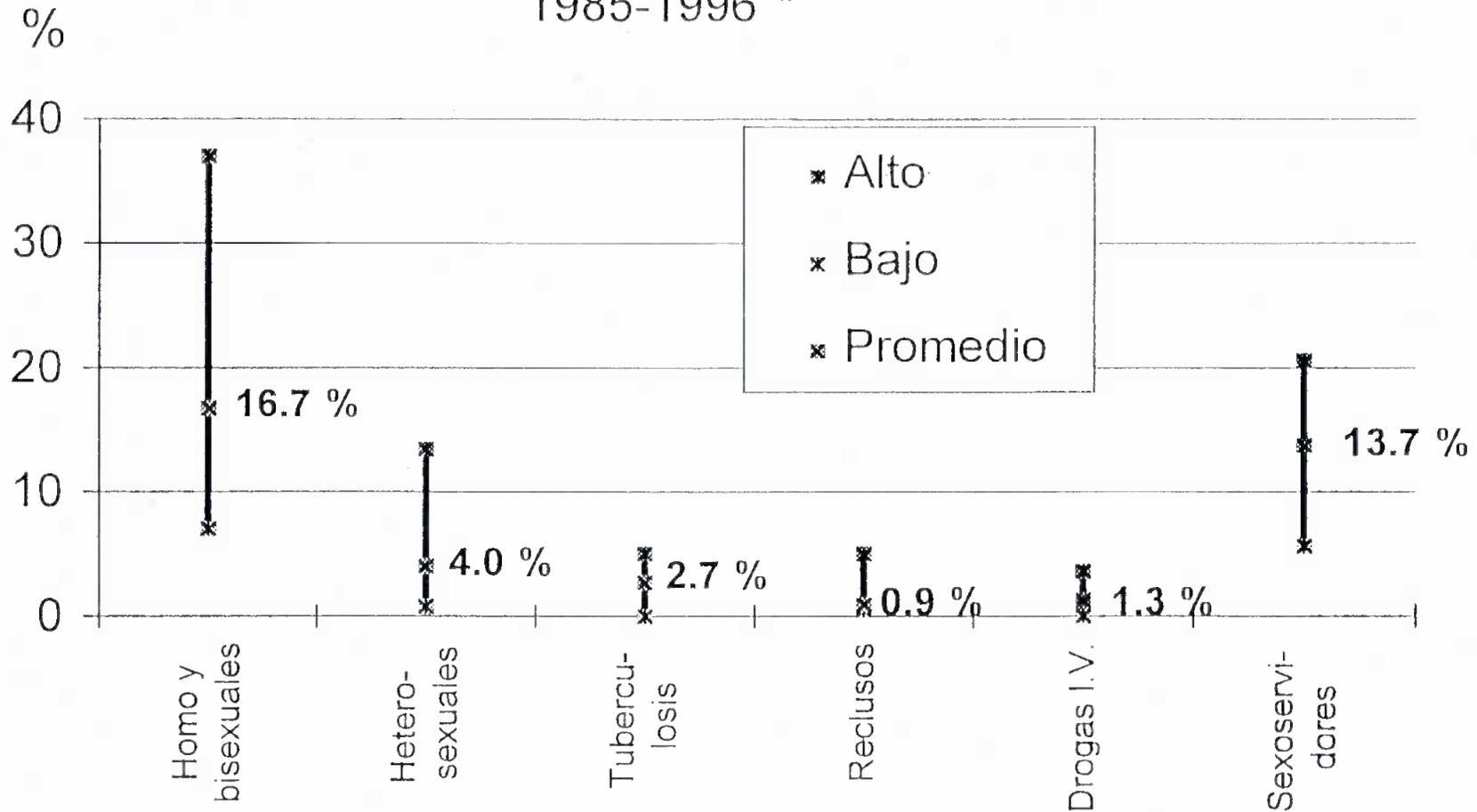
(*) Datos al 15 de diciembre de 1996

Fuente: CONASIDA

GRAFICA No. 3

PREVALENCIA DE VIH EN HOMBRES ENCUESTA CENTINELA

1985-1996 *



(*) Datos al 15 de diciembre de 1996

Fuente: CONASIDA