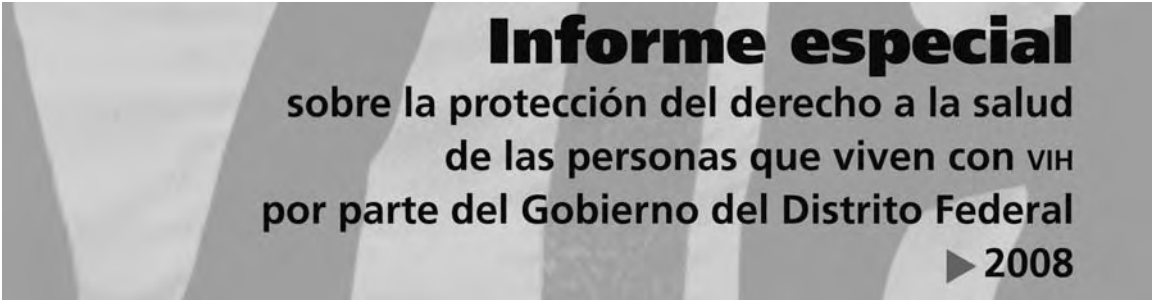




Informe especial
sobre la protección del derecho a la salud
de las personas que viven con VIH
por parte del Gobierno del Distrito Federal

▶ 2008



Informe especial
sobre la protección del derecho a la salud
de las personas que viven con VIH
por parte del Gobierno del Distrito Federal
▶ 2008

Fotografía de portada e interiores: Ricardo Ramírez Arriola (portada y capítulos I, III y apartado Conclusiones), Edgar Sáenz Lara (capítulo IV) y archivo CDHDF (capítulo II y apartado Propuestas).

Primera edición, 2008

D. R. © 2008, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Av. Chapultepec 49, Centro Histórico
06040 México, D. F.
www.cd hdf.org.mx

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta

ISBN:

Impreso en México

Printed in Mexico

CONTENIDO

Introducción	7
I. Derecho a la protección a la salud de las personas que viven con VIH (párrafos 17-42)	11
II. Análisis institucional de la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal (párrafos 43-120)	23
A. Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida (PPVCV) del Gobierno del Distrito Federal	25
B. Clínica Especializada Condesa (CEC)	29
1. Servicios que ofrece	29
2. Personal que brinda servicios de salud	32
3. Condiciones de trabajo del personal	36
4. Conocimiento de la normatividad sobre la atención a las personas que viven con VIH	38
5. Percepciones sobre el trabajo en la Clínica Especializada Condesa	40
C. Conclusiones	41
III. Testimonios de pacientes de la Clínica Especializada Condesa (párrafos 121-161)	43
A. La experiencia de vivir con VIH	45
B. Condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud de la Clínica Especializada Condesa	49
1. Disponibilidad	50
2. Accesibilidad	51
C. Valoraciones sobre el trato por parte del personal de la Clínica Especializada Condesa ..	53
D. El Comité de Pacientes de la Clínica Especializada Condesa	54
IV. Políticas de prevención, control y vigilancia de VIH en ciudades de México, América Latina y otros países (párrafos 162-390)	55
A. Programas estatales de VIH/sida en México	59
1. Jalisco. Programa Estatal de VIH/Sida/ITS	60
2. Veracruz. Programa de Acción de Prevención y Control del VIH/Sida y otras ITS	63
3. Chiapas. Programa Estatal de VIH/Sida/ITS	66
B. Contexto del VIH/Sida en América Latina	69
1. Buenos Aires. Coordinación Sida	72
2. Sao Paulo. Centro de Referência e Treinamento em ETS/Aids de Sao Paulo	76
3. Río de Janeiro. Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Río de Janeiro	80
4. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud	83
C. Programas de prevención y control del VIH en otros países	85
1. España	86
2. Francia	87
3. Canadá	90
4. Estados Unidos	93

5. Chile	95
6. Costa Rica	97
7. República Dominicana	99
8. Estonia	101
9. India	102
10 Sudáfrica	103
Conclusiones (párrafos 391-399)	105
Propuestas (párrafos 400-408)	111
Anexos	115
A. Información solicitada al Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal	117
B. Cuestionario para personal de la Clínica Especializada Condesa	119
C. Guía de entrevista a pacientes de la Clínica Especializada Condesa	135
Siglas y acrónimos	139
Bibliografía	141

Introducción

1. El VIH¹ es un problema mundial de salud en el que concurren asuntos relativos a los derechos humanos y al desarrollo social. Para 2007, alrededor de 33 millones de personas vivían con VIH en el mundo; 2.7 millones contrajeron el virus; y 2 millones fallecieron por causas relacionadas con el VIH (Onusida, 2008). Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el VIH ha infligido “el mayor revés mundial en el desarrollo humano” de la historia moderna (PNUD, 2005, en Onusida, 2008).
2. La epidemia ha relevado las disparidades en materia de salud, catalizando una acción sin precedentes para enfrentar algunos de los obstáculos más graves al desarrollo en el mundo. Como bien se señala en el Informe 2008 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida (Onusida) ninguna enfermedad en la historia ha impulsado una movilización comparable en términos de recursos políticos, financieros y humanos.
3. Este esfuerzo se refleja en el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que estipula que, para 2015, el mundo habrá detenido la epidemia mundial de VIH y comenzado a invertir en su curso. Así, las y los líderes mundiales reconocieron la centralidad de la respuesta al VIH para la salud y el bienestar de todos los y las habitantes.
4. En México, el total acumulado de casos detectados alcanza 112 830 personas, 20 709 radican en el Distrito Federal (Censida, 2007). Es decir, que la capital concentra casi a la quinta parte de las y los mexicanos que viven con VIH y ocupa el primer lugar en incidencia de casos de sida en el país.
5. La infección del VIH provoca un abatimiento progresivo del estado físico, que puede ser mitigado a través de una atención adecuada y de la medicación apropiada, como es el caso de muchas enfermedades. Sin embargo, en el caso del VIH existe una serie de agravantes vinculadas estrechamente con la discriminación y la estigmatización asociadas a los grupos de riesgo –específicamente las personas homosexuales, transexuales, transgénero, en situación de calle– que afectan directamente la disposición, calidad y oportunidad de los servicios de salud.
6. En este sentido, como bien señala Morales (2003) la atención de las personas afectadas por VIH –las enfermas y su entorno personal y familiar– ha desatado en el país un intenso debate relativo a lo que, en términos prácticos, refiere al ejercicio efectivo del derecho a la salud, esto es, a la obligación estatal de proteger la salud de todos los y las habitantes, incluyendo el acceso a los servicios y al tratamiento necesario para garantizarla;² lo anterior, a pesar de que existe todo un conjunto de instrumentos nacionales e internacionales que tutelan el derecho a la salud de las personas que viven con VIH.

¹ Las siglas VIH se refieren al virus de la inmunodeficiencia humana. El sida es un término de vigilancia que define un síndrome de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden desarrollarse cuando se acentúa la inmunosupresión y se desencadena el proceso continuo de la infección por VIH de infección primaria a la muerte (Onusida, 2007b).

² México elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud en 1982. Un año después, una persona con VIH promovió un amparo solicitando la protección a la justicia federal para acceder a medicamentos específicos. El Tribunal Federal argumentó que si bien toda persona tiene derecho a la protección de la salud y al acceso a los servicios de salud, “ello no se traduce en un derecho subjetivo a recibir en especial el tratamiento exclusivamente por el método que le fue suspendido a la quejosa”. A partir de esta resolución, se han planteado una serie de juicios de amparo argumentando que las personas enfermas tienen derecho a recibir el medicamento que produzca mayor calidad o cantidad de vida, y no el que quieran o prefieran. En 2000 se publica la Tesis Jurisprudencial XIX/2000 del pleno de la Suprema

En el Distrito Federal, el gobierno de la ciudad estableció en 2000 su propio Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH (Cofside), en el marco del cual se generó el Programa de VIH de la Secretaría de Salud local y se constituyó una clínica especializada para la atención de pacientes con VIH, conocida como Clínica Especializada Condesa (CEC).³ Se trata de la clínica más grande de América Latina dedicada exclusivamente a la atención de personas que viven con VIH y brinda más de tres mil consultas anuales.

7. La Clínica Especializada Condesa ofrece un servicio de punta en América Latina, pero las quejas hacia sus servicios se ubican en el marco de las más recurrentes violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH: por un lado, retrasos en la entrega de los estudios de laboratorio; por otra parte, asuntos relativos con la discriminación y la información: comunicación verbal de los resultados de la prueba, cambio del esquema de medicamentos sin información a la o el paciente sobre los motivos de la sustitución, escasa información sobre los efectos secundarios de los antirretrovirales, malos tratos y escasa capacitación del personal sobre las guías e instrumentos que norman su atención.

8. De suerte que para las personas que viven con VIH la protección del derecho a la salud no refiere exclusivamente al acceso a la atención médica especializada y a los medicamentos indispensables para garantizar la vida, sino que atañe a los derechos a la no discriminación y a la información. Así, la afectación por VIH evidencia el tema de los derechos humanos en rubros relativos a la no discriminación, confidencialidad de la información, tolerancia a la orientación sexual, acceso a los servicios de salud, atención psicológica y medicamentos especializados.

9. Este informe especial es un análisis de carácter exploratorio sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal, a través del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH y que son atendidas en la Clínica Especializada Condesa. Las personas que acuden a cualquiera de los 210 centros de salud y a los 28 hospitales del Gobierno del Distrito Federal (GDF) para solicitar el servicio, son referidas a la Clínica Especializada Condesa para un tratamiento integral. Asimismo, en el caso de las personas privadas de libertad que se encuentran en la Penitenciaría del Distrito Federal ubicada en Santa Martha Acatitla, éstas obtienen la atención dentro de la unidad médica del centro de reclusión, el cual se apoya en la Clínica Especializada Condesa para las revisiones especializadas, la realización de las pruebas de laboratorio y el seguimiento de las y los pacientes. En el *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*, elaborado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), se hace un diagnóstico respecto de las condiciones de vida, atención y servicio que se proporciona a las personas privadas de libertad que viven con VIH; las recomendaciones serán retomadas en este informe.⁴

10. La hipótesis que orientó el estudio fue que, a pesar de los esfuerzos realizados, a través del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal, aún no se

Corte de Justicia de la Nación, en la que se señala que el derecho a la salud y su protección, consagrado en el artículo 4º constitucional, comprende la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades, su suministro por las dependencias y entidades que prestan servicios.

³ Al igual que otras clínicas similares en San Francisco, Nueva York, Chicago, Boston, Washington y Londres, la Clínica Especializada Condesa no lleva por nombre oficial "Clínica Especializada en VIH" ni se ha colocado ese nombre en la parte externa del inmueble, tomando en cuenta el estigma social que persiste hacia las personas que viven con VIH y respetando el derecho al anonimato que prefieren guardar algunos y algunas pacientes (Muñoz de Alba y Cano, 2000).

⁴ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*, México, 2006, pp. 352, véase <<http://www.cd hdf.org.mx>>.

protege plenamente el derecho a la salud de las personas afectadas por VIH, sobre todo en los rubros referidos a la información. Adicionalmente, se establecieron dos hipótesis secundarias: la falta de capacitación especializada en la normatividad sobre VIH por parte del personal de salud que atiende en la Clínica Especializada Condesa, que incide directamente en la vulneración de los derechos de las y los pacientes del establecimiento; y la acción positiva que ejerce la organización de las personas con VIH en la garantía de protección del derecho a la salud.

11. Los objetivos específicos que orientaron este estudio fueron los siguientes:
 - Identificar los alcances y limitaciones de la atención que brinda el Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida a las personas afectadas por VIH en el Distrito Federal.
 - Establecer las condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud que reciben las y los pacientes de la Clínica Especializada Condesa.
 - Evaluar el conocimiento de la normatividad que tutela el derecho a la protección a la salud de las personas afectadas por VIH por parte del personal que labora en la Clínica Especializada Condesa.
 - Conocer las percepciones sobre la protección del derecho a la salud en el Distrito Federal por parte de las y los pacientes de la Clínica Especializada Condesa.
 - Conocer el papel que juega la organización de pacientes de la Clínica Especializada Condesa en la defensa y garantía de la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal.
 - Ubicar el servicio que brinda la Clínica Especializada Condesa en el contexto de los que se brindan en otras entidades federativas y otros países.

12. Así, el estudio abordó el derecho a la protección a la salud de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal desde dos perspectivas: un análisis institucional de las condiciones (disponibilidad, accesibilidad y calidad) con que se protege el derecho a la salud de las personas que viven con VIH y, por otra parte, una aproximación a las percepciones ciudadanas de quienes trabajan en dichas instituciones y de quienes acuden a las mismas.

13. En términos metodológicos, se recurrió tanto a investigación documental como a recolección de información primaria. Para el análisis institucional, la información se recopiló a través de diferentes medios y técnicas: se solicitó información por escrito a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF); se mantuvieron reuniones con las autoridades de dicha Secretaría, así como con las del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Distrito Federal y de la Clínica Especializada Condesa; se realizó una entrevista a la directora de la CEC; se efectuaron entrevistas a cuatro activistas de la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénerica y travestista (LGBT) y de personas que viven con VIH; y se aplicó un cuestionario al personal que labora en la clínica. La información solicitada al Programa se encuentra en el anexo A y el cuestionario aplicado al personal en el anexo B.

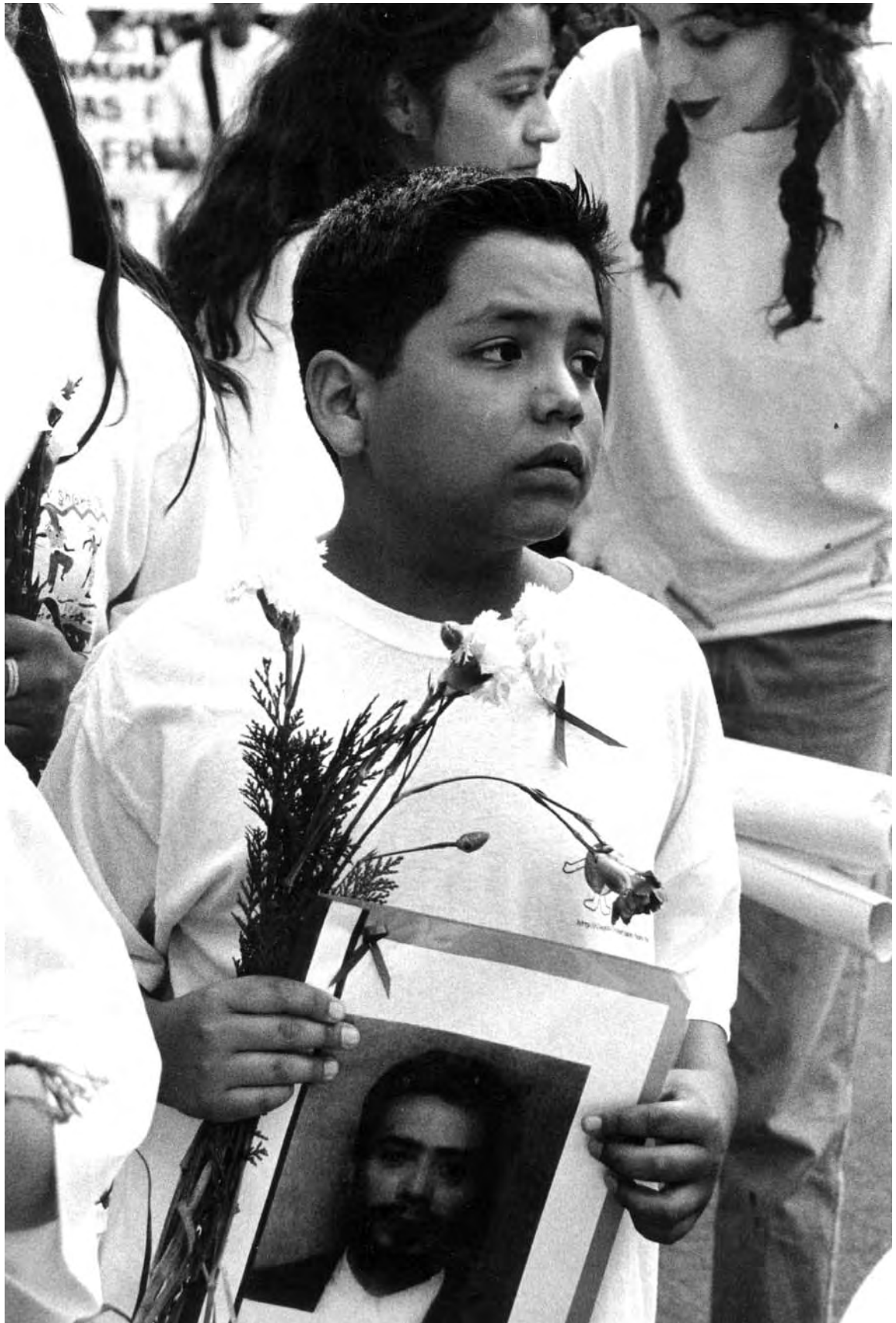
14. En lo que concierne a las percepciones de las y los usuarios de la Clínica Especializada Condesa se realizaron nueve entrevistas. Las entrevistas abarcaron las siguientes dimensiones de análisis:
 - La experiencia de vivir con VIH.
 - Condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud (atención del personal, medicamentos especializados –antirretrovirales y medicamentos específicos para infecciones oportunistas–) que han recibido en la CEC.

- Valoraciones sobre el trato por parte del personal de la Clínica, así como posibles conductas discriminatorias.
- El Comité de Pacientes de la Clínica Especializada Condesa.

15. El informe que a continuación se presenta tiene cuatro capítulos y tres apartados que incluyen conclusiones, propuestas y anexos: en el primer capítulo se presentan los elementos conceptuales en torno a los derechos humanos y, en particular, el derecho a la protección de la salud de las personas que viven con VIH. El segundo, aborda la caracterización de las políticas del Programa de VIH de esta ciudad y, específicamente, de los servicios que brinda la Clínica Especializada Condesa. El tercero presenta los testimonios de pacientes de la Clínica Especializada Condesa. En el cuarto capítulo se detallan los resultados de un estudio monográfico y documental sobre las políticas de prevención, vigilancia y control de VIH en otras entidades mexicanas y en una selección de ciudades y países, con lo que se pretende ponderar en contexto de los alcances y resultados de las políticas y programas implementados en el Distrito Federal. Enseguida se establecen las principales conclusiones del estudio y, después, se señalan las propuestas para garantizar la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH y son atendidas por las instancias del Gobierno del Distrito Federal, por último se presentan tres anexos.

16. Es importante para la CDHDF hacer un reconocimiento y agradecer a todas aquellas personas que apoyaron para la realización de este documento, en especial, a las personas que viven con VIH, que tan generosamente compartieron sus experiencias y puntos de vista, como Roberto Marmolejo Guarneros; a Arturo Díaz Betancourt, Carlos Ariel Olvera Atondo, Eduardo Martínez Hernández, Luis Adrián Quiroz, y Angie Rueda Castillo, por sus valiosísimos comentarios; a Edith Olivares Ferreto, por su excelente trabajo de recopilación y análisis de información; así como a Carolina Espinosa Luna y Araceli Mejía Escobar; a la Secretaría de Salud, en particular, al secretario Armando Ahued Ortega, por su disposición a colaborar con la CDHDF, así como a la directora de la Clínica Especializada Condesa, Andrea González Rodríguez, y al personal de la misma Clínica que fue entrevistado, por las facilidades e información proporcionada. Por último, a las y los visitantes de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento y de la Segunda Visitaduría General que apoyaron en el trabajo de campo: Alfredo Oribe Hidalgo; Jorge Ruiz del Ángel; Jorge Ruiz López; Lourdes Alegre Chávez; Luz Teresa Vergara Perezcastro; Óscar Armando Prado Miranda; Sofía Velasco Becerra; y Talía Berenice Mejía Hernández.

I. Derecho a la protección a la salud de las personas que viven con VIH



17. La Declaración Universal de Derechos Humanos consigna en su artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por su parte, contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En el párrafo 1 del artículo 12 de dicho Pacto, los Estados Parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y en el párrafo 2 del artículo 12 se indican algunas de las medidas que deberán adoptar los Estados Parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho. Así, los Estados que han signado el Pacto, entre ellos México, se han comprometido a garantizar a todas las personas el disfrute más alto de salud física y mental que puedan ofrecer sus posibilidades de desarrollo económico y social.

18. Otros instrumentos internacionales de derechos humanos que reconocen explícitamente el derecho a la salud son la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) (inciso IV), del apartado *e*), del artículo 5°; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) (apartado *f*), del párrafo 1, del artículo 11, y el artículo 12 y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) (artículo 24). Asimismo, instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea, de 1961, en su forma revisada (artículo 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (artículo 16), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (artículo 10), reconocen el derecho a la salud. Igualmente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU (Resolución 1989/11), y en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993.

19. La concepción de la salud ha evolucionado. En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. El párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por su parte, reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medioambiente sano. Destaca que en esta concepción, el derecho a la salud no se limita al derecho a la atención, esto es, a los servicios directos.

20. En este sentido, el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*, sino que entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, incluyendo la libertad sexual y genésica, así como el derecho a no padecer injerencias (derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales). Entre los derechos, se encuentra el relativo a un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, 2004).

21. El concepto del *más alto nivel posible de salud* refiere tanto a las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como a los recursos con que cuenta el Estado para ofrecer estas condiciones (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 1, artículo 12).

Al respecto, debe tenerse presente que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Existe una serie de factores genéticos, propensión individual a una afección, así como estilos de vida poco sanos o de riesgos que juegan un papel importante en la salud de cada persona en particular. Por lo tanto, señala el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2004) “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

22. Al tiempo que se reconceptualiza la salud, se han incorporado al análisis los elementos determinantes de la salud. A las condiciones económicas, fundamentalmente vinculadas a la superación de la pobreza, se han agregado las diferencias de género y etnia, así como la violencia en los conflictos armados. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta el derecho a la salud “como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medioambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2004: 97).

23. De manera que, señala el documento del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) *No discriminación:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) *Accesibilidad física:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las y los niños y adolescentes, las personas adultas mayores, las personas con discapacidad y las personas que viven con VIH. La accesibilidad también implica que los servicios

médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidad.

- iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todas las personas. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todas las personas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- iv) *Acceso a la información*: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. El acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades; también deben ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

24. Los Estados Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se obligan a garantizar que el derecho a la salud será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2°), a adoptar medidas en aras de la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (párrafo 1 del artículo 2°). Asimismo, la realización progresiva del derecho a la salud implica la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización de este derecho, consignado en el artículo 12 del Pacto.⁵

25. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte:

- La obligación de *respetar*, que exige que los Estados se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.

⁵ El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medioambiente.
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

- La obligación de *proteger*, que requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del Pacto.
- La obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. También comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover.

26. Según lo señala el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (2004) en el particular del derecho a la salud, la obligación de respetar implica para los Estados abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas (esto incluye a las personas privadas de su libertad, representantes de las minorías, solicitantes de asilo o inmigrantes sin documentación). Asimismo, la obligación de *respetar* implica brindar los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse, también, de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra; por ejemplo, mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

27. En lo que refiere a las obligaciones de *proteger* el derecho a la salud, éstas incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo, a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los(as) niños(as), las y los adolescentes y las personas adultas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar, asimismo, por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

28. Finalmente, la obligación de *cumplir* requiere, en particular, que los Estados Parte reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales (de preferencia mediante la aplicación de leyes) y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todas y todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda, y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país.

29. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medioambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Parte deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud.

30. La obligación de *cumplir (facilitar)* requiere, en particular, que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y a las comunidades a disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Parte tienen la obligación de *cumplir (facilitar)* un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de *cumplir (promover)* el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: 1) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; 2) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; 3) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; 4) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

31. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General núm. 3, confirma que los Estados Parte tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la sa-

tisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Pero al considerar otros instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Declaración de Alma-Ata, el Comité considera que entre las obligaciones básicas en materia de salud figuran, como mínimo, las siguientes:

- a)* Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial a los grupos vulnerables o marginados.
- b)* Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- c)* Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y a condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- d)* Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- e)* Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- f)* Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

32. Asimismo, considera como obligaciones de prioridad las siguientes:

- a)* Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y posnatal) e infantil.
- b)* Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad.
- c)* Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.
- d)* Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades.
- e)* Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

33. Además de esta normatividad, que abarca ampliamente a todas las personas, la comunidad internacional ha generado una serie de instrumentos normativos que definen y protegen el derecho a la salud de quienes viven con VIH. México signó la Declaración de París sobre Mujeres, Niños y el Sida (1990); la Declaración Cumbre de París sobre Sida (1994), en la que los jefes de gobierno y representantes de 42 países reconocen los derechos de las personas que viven con VIH y se comprometen a luchar contra las condiciones sociales y económicas que exacerban el estigma y la discriminación que favorecen la propagación de la infección; la Declaración de Derechos y Humanidad sobre VIH y el Sida (1992), que establece principios éticos, humanitarios y de derechos humanos que regirán las políticas públicas, así como la conducta del personal de salud y académico que tienen relación con la infección por VIH; y la Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México (1996) en la

que representantes del sector salud explicitan el compromiso de colaborar y compartir experiencias sobre la lucha contra el sida. Asimismo, ha acogido la Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH (2006) que se proponen traducir las normas internacionales de derechos humanos en actuaciones prácticas para enfrentar el VIH. Cabe destacar que la sexta directriz señala que los Estados deberán desarrollar e implementar planes nacionales para garantizar el acceso universal a tratamiento y cuidados y apoyos integrales para las personas que viven con VIH.

34. México también suscribió la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH (2001), conocida como Declaración de UNGASS, en que los países miembros de las Naciones Unidas establecieron más de 50 compromisos y metas para enfrentar la pandemia en el plano nacional, regional y mundial. A nivel nacional, los compromisos son:

- Asegurar, para 2003, el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH, que se refieran a la epidemia directamente; y hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; se financien en la medida de lo posible con cargo a los presupuestos nacionales sin exclusión de otras fuentes, la cooperación internacional entre ellas; promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental; incorporen la perspectiva de género; y tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia; y aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educacional y jurídico.
- Incorporar, para el mismo año, las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial.

35. En 2008, México suscribió la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y la Declaración Política sobre el VIH, a mitad de camino en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, del 3 al 8 de agosto de 2008, México fue la sede de la XVII Conferencia Internacional de Sida, que colocó en el centro de la atención local, nacional e internacional los retos que presenta todavía para los Estados la situación de las personas que viven con VIH/sida.

36. Con ello, el Estado mexicano se ha comprometido a desarrollar acciones y políticas públicas orientadas a atender la problemática que afecta a las personas que viven con VIH, tanto en términos de estigma y discriminación, como en lo que refiere a la atención de su salud.

37. En el ámbito nacional, es menester señalar, en primer término, que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza, entre otros, el derecho a la salud como un derecho fundamental. Además, la siguiente normatividad tutela los derechos de las personas que viven con VIH:

- La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003), que prohíbe todo tipo de discriminación, incluyendo la vinculada con la orientación sexual y las condiciones de salud, y da origen al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) como órgano descentralizado de la Secretaría de Gobernación.
- La Ley General de Salud (1984) que reglamenta los mandatos del derecho a la protección a la salud. Esta ley señala en su título tercero bis que todas las mexicanas y mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, mecanismo que garantiza el acceso —efectivo, oportuno, de calidad, sin gasto al momento de utilizarlo y sin discriminación— a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

38. Adicionalmente, se han generado instrumentos específicos para la protección y garantía del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en el país, tales como:

- El Acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (2004).
- La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (publicada en 1993 y actualizada en 2000) (NOM-010-SSA2-1993).
- La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (NOM-039-SSA2-2002).
- El Programa de Acción VIH en Infecciones de Transmisión Sexual de la Secretaría de Salud.
- La *Cartilla de Derechos Humanos de las Personas con VIH* (1992) que señala derechos fundamentales, incluyendo el derecho a no ser motivo de discriminación, la no obligación a someterse a la prueba de detección del VIH ni a declarar que vive con la infección, el derecho a recibir información suficiente sobre la enfermedad y a que los resultados de la prueba sean manejados de forma anónima y confidencial. Señala, además, que los resultados de la prueba no pueden comunicarse a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la prueba y que éstos no deben informarse en listado de manejo público. Establece, también, que la aplicación de la prueba de VIH no debe ser requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de servicios educativos o tener acceso a servicios; asimismo, establece el derecho de las personas que viven con VIH a servicios de salud oportunos y de calidad idónea, atención personal cálida, profesional y éticamente responsable, así como a un trato respetuoso y un manejo correcto y confidencial de su historial médico, entre otros.

39. Para dar cabal cumplimiento y seguimiento a todos estos compromisos y normas nacionales e internacionales, en 1988 el gobierno mexicano creó el Consejo Nacional para la Prevención del Sida (Conasida), que en 1997 se convirtió en un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y que actualmente se denomina Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (Censida).

40. Por último, es importante destacar que el 24 de octubre pasado, se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el decreto de ley que crea el Consejo para la Prevención y la Atención Integral del VIH/Sida del Distrito Federal, cuya finalidad es desarrollar mecanismos y herramientas necesarias para el diseño de políticas públicas en materia de prevención y atención a las personas que viven con VIH, sida y otras ITS; establecer las condiciones necesarias para la creación y ejecución de estrategias y pro-

gramas de prevención y atención integral de VIH/sida y otras ITS; vincular a los sectores público, social y privado en los programas mencionados; fomentar la prevención de la pandemia mediante la participación de los sectores involucrados; suscitar los mecanismos tendientes a la integración social de las personas afectadas por VIH/sida y otras ITS; y alentar y articular la participación social, ciudadana y del sector público en la prevención y atención integral del VIH/sida y otras ITS.

41. El Consejo para la Prevención y la Atención Integral del VIH/Sida del Distrito Federal es una instancia colegiada permanente integrado por el jefe del GDF, los titulares de las secretarías de Salud, Desarrollo Social, Educación y del Instituto de Ciencia y Tecnología, todos de la ciudad de México; por un representante de la ALDF, siete del sector social, y cuatro del académico, quienes tienen carácter honorario y cuentan con los mismos derechos de voz y voto. En las sesiones participarán en calidad de invitados permanentes, sólo con voz, los titulares de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida y del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida capitalino.

42. La creación de dicho Consejo proporcionará el marco jurídico adecuado en la materia en beneficio de las PVVIH, sida y otras ITS en la ciudad de México.

II. Análisis institucional de la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal



43. En 2000 el gobierno de la ciudad de México estableció su propio Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH (Cofsida), en el marco del cual se inauguró una clínica especializada para la atención de las personas infectadas con este virus, conocida como Clínica Especializada Condesa (CEC). La única en América Latina orientada especialmente a la atención de PVVIH.

44. En este capítulo se presenta el análisis de las condiciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad con que los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF) protegen el derecho a la salud de las PVVIH, haciendo énfasis en los que ofrece la CEC. Cabe destacar que la recolección de información para este informe especial se realizó durante junio y julio de 2008, periodo en el cual la CEC se encontraba en remodelación. Asimismo, en julio se produjo el cambio del titular de la Dirección del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida (PPVCV) y, en agosto, de la directora de la CEC. A raíz de estos cambios, la información ha sido renovada con las autoridades vigentes, pero es importante tener presente que algunas de las percepciones del personal pueden haberse visto afectadas por la remodelación de las instalaciones, y que las que refieren a la Dirección deben ubicarse en el periodo en que se recolectó la información.

45. Este capítulo está organizado en dos apartados: el primero expone la organización y estructura del PPVCV del Gobierno del Distrito Federal, en el marco del cual se ubican los servicios que ofrece la CEC; el segundo contiene la identificación y caracterización de los servicios que ofrece la CEC, y la caracterización del personal (en términos de su calificación profesional), las condiciones de trabajo evaluación del conocimiento de la normatividad sobre la atención a las personas afectadas por VIH y las percepciones del personal sobre su experiencia de trabajo, todo en el ámbito de en la CEC.

A. Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida (PPVCV) del Gobierno del Distrito Federal

46. La Clínica Especializada Condesa (CEC) constituye solamente uno de los componentes del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal (PPVCV). En la práctica, los servicios que ofrece la Clínica son los más conocidos, por lo que se ha generado una suerte de confusión en donde *Clínica* y *Programa* aparecen superpuestos o, incluso, el Programa es desconocido por la ciudadanía.

47. Hasta 1999, las personas que vivían con VIH y habitaban en la ciudad de México recibían atención médica en dos “centros de información” que eran parte de los servicios de salud del GDF, uno ubicado en la calle Flora, en la colonia Roma, y otro en Copilco. La CEC abrió sus puertas en enero de 2000 con la idea de ofrecer atención médica ambulatoria para las personas que viven con VIH residentes en el Distrito Federal y no son derechohabientes de los servicios del IMSS, ISSSTE, Pemex o el Ejército.

48. Durante sus ocho años de funcionamiento, cuatro personas han dirigido el PPVCV y seis la Clínica. Al menos en un caso, la persona a cargo de la dirección de la Clínica ocupó después la dirección del Programa, lo que ha aumentado la confusión en términos de la independencia y relación jerárquica entre ambos servicios. Destaca que la información sobre la CEC y el PPVCV es escasa y difícil de acceder por medios electrónicos o documentales. En el sitio web de la Secretaría de Salud, igualmente, se presenta información escueta, aun y cuando éste ha mejorado en el último mes.

49. Más allá de estos cambios y de la confusión organizativa que, al menos en apariencia, presentan el programa y la clínica, la garantía de protección del derecho a la salud de las PVVIH en el Distrito Federal no se limita al ofrecimiento de un servicio, aun cuando éste sea especializado.

50. El PPVCV, según información proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se desarrolla a través de políticas públicas dirigidas a la población general y a grupos vulnerables, y consisten en:

- Acceso universal a todas y todos los pacientes al control del VIH;
- Gratuidad de los servicios, tanto en la prevención como en la atención;
- Confidencialidad de los datos de cada usuario(a);
- Respeto a la diversidad sexual y derechos humanos;
- Derecho a información suficiente acerca de un padecimiento, y
- Lucha contra la discriminación y estigmatización.

51. Para ello, la Secretaría de Salud informa sobre el desarrollo de acciones en las siguientes áreas:

1. *Prevención* (VIH e infecciones de transmisión sexual o ITS):

- a) Detección oportuna del complejo VIH, a través de campañas de detección con prueba de ELISA (enzyme linked immuno sorbent assay, en inglés; o ensayo inmuno enzimático absorbente, en español) y/o por prueba rápida, ambas bajo consentimiento informado.
- b) Consejería previa a la toma de la muestra de detección y a la entrega de los resultados de la misma, solicitada previamente por la población en general y atendida por los Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV) y en el caso especial de las embarazadas, a través de los Centros de Consejería Materno-Infantil para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (Pptmi) ubicados en las 16 jurisdicciones del Distrito Federal y la Clínica Especializada Condesa.
- c) Difusión del uso correcto del condón a los diferentes grupos de la sociedad civil, así como la dotación de condones a grupos vulnerables (adolescentes, hombres que mantienen actividad sexual con otros hombres (HSH), embarazadas y personas privadas de su libertad, etcétera).
- d) Promoción y difusión para adolescentes y adultos jóvenes acerca de cómo tener prácticas sexuales de menor riesgo.

2. *Vigilancia*:

- a) Se efectúa la vigilancia epidemiológica a través de la concentración, procesamiento, análisis y seguimiento de las notificaciones de casos y personas infectadas, tanto por VIH como por otras ITS, y hepatitis vírica B y C; por las jurisdicciones sanitarias de los servicios de salud, pública del Distrito Federal, la Clínica Especializada Condesa y de todas las instituciones del sector salud disponiendo de información veraz y oportuna a fin de notificar al nivel superior.
- b) Se establece la vigilancia epidemiológica activa en las jurisdicciones de los servicios de salud pública del Distrito Federal y de la Clínica Especializada Condesa, así como de las instituciones del sector salud de las y los pacientes con VIH, en cuanto a los casos e infecciones latentes de tuberculosis pulmonar, extra pulmonar y otras micobacteriosis, para su registro, notificación y seguimiento.

3. *Control.* En la Clínica Especializada Condesa se proporciona control a las y los pacientes a través de:
- a) Atención médica especializada a pacientes que viven con VIH y con sida, detectados(as) en la clínica o referidos de otras unidades de salud del Distrito Federal mediante:
 - i) Atención por médicos generales y especialistas;
 - ii) Atención odontológica;
 - iii) Atención psicológica, y
 - iv) Atención nutricional.
 - b) Se otorgan medicamentos a través del Programa de Medicamentos Antirretrovirales Gratuitos.
 - c) Se otorgan medicamentos de cuadro básico a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.
4. *Evaluación:*
Ésta se divide en dos rubros: uno, en cuanto al seguimiento de pacientes que viven con VIH a través del monitoreo de carga viral y conteo de linfocitos CD4; y dos, se realiza una evaluación estadística del comportamiento de las ITS así como del VIH.

52. Como puede observarse, el Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida (PPVCV) no contempla acciones específicas para la prevención y detección de la enfermedad enfocadas a los grupos de población que están más vulnerables a contraer la enfermedad y que no tienen la información o los recursos para acceder a los servicios del Gobierno del Distrito Federal.

53. Así, los servicios de la Clínica Especializada Condesa se ubican en el componente de control y constituyen solamente una parte de los que ofrece el PPVCV. Los resultados de los componentes de prevención y vigilancia arrojan también cifras notables en términos de cobertura: en el primer componente, para 2007 distribuyeron en la ciudad de México 1 101 800 condones; se brindaron 11 724 consejerías por parte de los CCVD y otras 15 200 a cargo de los Pptmi.

54. En el componente de vigilancia, las cifras de detección de ITS y VIH se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro II.1 Detección de ITS y VIH. Programa de Prevención, Vigilancia y Control de ITS y VIH, 2007

Padecimiento	Detecciones
Candidiasis urogenital	9 771
Chancro blando	9
Hepatitis aguda B	110
Hepatitis C	167
Herpes genital	6
Infección asintomática por VIH	368
Infección gonocócica genitourinaria	9
Linfogranuloma venéreo por clamídias	1
Sífilis adquirida	25
Sífilis congénita	2
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	163
Tricomoniasis urogenital	2 640
Virus del papiloma humano	1 957

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2008.

55. Sin embargo, como ya se ha especificado, siendo la CEC el servicio más visible y, además, el único que distingue a la ciudad de México de los que se ofrecen en otras entidades federativas, se destaca en los medios informativos y en la ciudadanía al Programa, inclusive entre la comunidad LGBT y entre las personas que son pacientes.

56. Según se detalla en el sitio web de la CEC, ante la creciente demanda de usuarios y usuarias de población abierta con VIH, y debido a que el Distrito Federal se presentó como la entidad más afectada por la epidemia (entre 1983 y 1999 se reportaron 12 169 casos, equivalentes a 28% del total de la población de todo el país), el 20 de enero de 2000 el gobierno de la ciudad de México adecuó el inmueble que ocupaba la clínica de especialidades núm. 1 y se inauguró la Clínica de Especialidades Condesa, la cual tiene como objetivo otorgar atención y tratamiento a usuarios y usuarias de población abierta adulta con VIH/sida que no cuenten con seguridad social y que sean residentes del Distrito Federal.

57. La Secretaría de Salud del Distrito Federal señala que los objetivos de la CEC son: brindar acceso universal a todos y todas las pacientes a control del VIH, gratuidad de los servicios, tanto en la prevención como en la atención; confidencialidad de los datos, respeto a su diversidad sexual y sus derechos humanos; garantizar el derecho a la información suficiente acerca de su padecimiento y lucha contra la discriminación y estigmatización.

58. Durante los primeros años de su creación, la Clínica recibió gran difusión por parte de los medios de comunicación, especialmente de los que ha generado la comunidad LGBT. En términos generales, las opiniones sobre los servicios de la Clínica eran positivas y se le consideraba una medida importante en términos del reconocimiento de la comunidad y, sobre todo, de la garantía de protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en la ciudad. La creación de un servicio médico especializado facilitaba, por ejemplo, la garantía de anonimato de las PVVIH. Fue aplaudida también la concentración espacial de profesionales en distintas especialidades que abrió paso a un servicio más integral y oportuno del VIH y las infecciones oportunistas.

59. Los servicios de salud que ofrece el GDF cubren a la población que no es derechohabiente de otros servicios (IMSS, ISSSTE, Pemex, Ejército). Así, la apertura de la Clínica permitió el acceso de PVVIH no derechohabientes a medicamentos gratuitos y a todos los servicios médicos. Con ello, para quienes viven con VIH en el Distrito Federal la vulnerabilidad laboral dejó de ser una preocupación en términos de su atención médica.

60. La difusión de los servicios de la CEC, así como la expansión del VIH entre los y las habitantes de la ciudad de México, han generado un incremento exponencial de la demanda: en ocho años de funcionamiento han ingresado a la Clínica 8 271 pacientes, se han brindado 261 018 consultas y se han expedido 445 782 recetas. Entre 2000 y 2008 el incremento porcentual de los ingresos de personas a la CEC alcanza la cifra de 2 952, ubicándose en los dos primeros años los dos incrementos de mayor proporción. En lo que a consultas refiere, el incremento total en el periodo es de 12758.03%. Aunque en este caso los mayores aumentos también se registran en los dos primeros años, la tendencia creciente se mantiene a lo largo de prácticamente todo el periodo. Algo similar ocurre con las recetas expedidas en la CEC (véase cuadro II.2).

Cuadro II.2 Ingresos, consultas y recetas brindadas por la Clínica Especializada Condesa, 2000-2008

Año	Ingresos por año		Consultas		Núm. recetas por año	
	Número absoluto	% incremento	Número absoluto	% incremento	Número absoluto	% incremento
2000	271	0	2 030	0	3 553	0
2001	738	172.32	7 557	272.27	13 225	272.22
2002	1 194	61.79	17 284	128.72	30 247	128.71
2003	1 286	7.71	26 133	51.20	45 733	51.20
2004	1 231	-4.28	35 353	35.28	61 868	35.28
2005	1 135	-7.80	43 854	24.05	76 745	24.05
2006	1 073	-5.46	51 894	18.33	90 815	18.33
2007	930	-13.33	56 123	8.15	98 215	8.15
2008*	413	-55.59	20 790	-62.96	25 383	-74.16
Total	8 271	2 952.03	261 018	12 758.03	445 782	12 446.64

*Información a julio de 2008.

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

B. Clínica Especializada Condesa (CEC)

1. Servicios que ofrece

61. La Clínica Especializada Condesa ofrece servicios del componente de control del VIH en la ciudad de México. Para tales efectos, se brinda atención médica especializada, medicamentos antirretrovirales gratuitos, algunos medicamentos para las infecciones oportunistas (también gratuitos), y exámenes de laboratorio.

62. La atención médica se compone de una serie de servicios: por una parte, se realiza una revisión mensual a cargo de una o un médico general o de cabecera que lleva el expediente de cada paciente. En caso de presentarse padecimientos o afectaciones específicas, el o la paciente es remitida dependiendo el caso, a especialistas en infectología, proctología, dermatología, cirugía, ginecología, colposcopia, pediatría, neumología, nutrición, odontología, psicología y psiquiatría, según informó la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En caso de que la o el paciente presente un padecimiento o afectación que requiera otro tipo de especialista se realiza una referencia a alguno de los hospitales de la SSDF o bien, a los hospitales federales. A este respecto cabe destacar que los testimonios de las personas entrevistadas muestran que en los hospitales federales los servicios no se brindan de manera gratuita. Esta situación es del conocimiento de la Dirección de la Clínica y de manera clara deriva en una violación del derecho a la salud de las PVVIH. Debe tenerse presente que la clínica carece de especialistas para algunos de los padecimientos que de manera recurrente afectan a las PVVIH, como es el caso de la oftalmología y la gastroenterología. Pero además, debe recordarse que la Clínica brinda un servicio médico ambulatorio; por tanto, cuando las personas requieren de hospitalización necesariamente deben acudir a otros servicios hospitalarios.

63. Además de esta atención médica, semestralmente una persona profesional en infectología realiza un seguimiento semestral a los y las pacientes que consiste en el análisis de los exámenes de laboratorio –que se detallarán más adelante– con base en el cual se establece el esquema de medicamentos antirretrovirales.

64. En la atención médica integral que ofrece la Clínica también se incluye un servicio de consejería, mismo que se brinda principalmente a las personas que acuden a realizarse la prueba diagnóstica. Este servicio está a cargo de profesionales en trabajo social y consiste en atención psicológica y consejería en salud sexual y reproductiva. Son profesionales en trabajo social quienes, según lo detalló en entrevista la doctora Herminia López (directora de la Clínica Especializada Condesa hasta julio de 2008), comunican el resultado de la prueba. Cabe destacar que la comunicación verbal del resultado implica una violación a la normatividad nacional e internacional que establece que los resultados de las pruebas de VIH son confidenciales.

65. En el área de consejería también se ubica el servicio de atención psicológica, donde se brinda terapia individual y de grupo a los y las pacientes de la clínica, así como a sus familiares. Es de destacar que la concurrencia a la terapia es de carácter voluntario.

66. En lo que a medicamentos refiere, las personas que se atienden en la CEC tienen acceso a medicamentos antirretrovirales gratuitamente. El esquema de medicamentos, como ya se señaló, es determinado por una persona especialista en infectología, y se entregan a los y las pacientes mensualmente, paralelo a la revisión en medicina general. Según informó la SSDF, a julio del presente año, la Clínica tenía en su haber los siguientes antirretrovirales:

Cuadro II. 3 Antirretrovirales en existencia en la Clínica Especializada Condesa, julio de 2008

Abacavir	300 mg
Atazanavir	150 mg
Combivir	150/300 mg
Didanosina	250 mg
Didanosina	400 mg
Efavirenz	600 mg
Emtricitabina 200	
Enfuvirtida	
Estavudina	15 mg
Estavudina	40 mg
Indinavir	400 mg
Kaletra	200/50 mg
Lamivudina	150 mg
Nevirapina	200 mg
Ritonavir	100 mg
Saquinavir	500 mg
Tenofovir	300 mg
Tipranavir	250 mg
Truvada	300/200 mg
Zidovudina	250 mg
Zidovudina Sol	

67. Además, en la Clínica se brindan de manera gratuita medicamentos del cuadro básico a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. La existencia actual de estos medicamentos es bastante reducida (véase cuadro II.4), lo que redundará en la vulneración del derecho a la salud de las PVVIH, en la medida en que las infecciones oportunistas les atacan de manera recurrente y, en términos generales, son las que causan la muerte.

68. Sin embargo, destaca que la Clínica ha habilitado un cubículo dentro de las instalaciones para un “banco de medicamentos” en que organizaciones de la sociedad civil (OSC) distribuyen de manera gratuita algunos de los fármacos que no se encuentran en el cuadro básico.

69. Como se verá en el siguiente capítulo (párrafos 121-161), los testimonios de las y los pacientes entrevistados detallan que la medicación básica es la que presenta problemas de abasto, lo que les conduce a adquirir en el mercado dichos medicamentos. Esto claramente redundante en el encarecimiento del padecimiento, habida cuenta de que existen infecciones oportunistas que afectan de manera recurrente a quienes viven con VIH.

Cuadro II.4 Medicamentos del cuadro básico en existencia en la Clínica Especializada Condesa, julio de 2008

Trimetoprim con sulfametoxazol	Envase con 20 tabletas (80/400 mg)
Fluconazol	Envase con 10 tabletas o cápsulas (50 mg)
Itraconazol	Envase con 15 cápsulas (150 mg)
Isoniacida	Envase con 200 tabletas (100 mg)
Piridoxina	Envase con 10 tabletas (300 mg)
Claritomicina	Envase con 10 tabletas (250 mg)

70. Finalmente, la CEC brinda servicio de laboratorio para la realización de pruebas diagnósticas de VIH, así como para los exámenes de monitoreo de carga viral y conteo de linfocitos CD4.⁶ Asimismo, en la Clínica se realiza la prueba diagnóstica comúnmente conocida como ELISA,⁷ la que ofrece un resultado tentativo respecto al estado serológico de la persona. Para confirmarlo, se realiza una prueba conocida como western blot,⁸ que también se realiza en los laboratorios de la CEC a todas las personas que presentan un resultado positivo de la prueba ELISA.

71. Las pruebas de monitoreo de carga viral y conteo de linfocitos de CD4 se realizan de manera semestral a los y las pacientes de la Clínica. Es con base en los resultados de estas pruebas que el o la profesional en infectología establece el esquema de antirretrovirales; sin embargo, los resultados de las mismas son los que presentan los mayores retrasos. La Secretaría de Salud del Distrito Federal informó que durante el segundo semestre de 2007 se enfrentó desabasto de los reactivos con que se realizan estas pruebas.

72. A partir de agosto de 2008 las pruebas de laboratorio se realizan en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), bajo la modalidad de subrogación temporal en tanto se resuelve la

⁶ El CD4 y la carga viral son los dos análisis que se utilizan actualmente para el control y seguimiento de la infección por VIH. La subpoblación linfocitaria y el dosaje de CD4 miden la cantidad de linfocitos (células de la inmunidad) circulantes en el tejido sanguíneo, por lo que reportan el estado del aparato inmunológico y de cuánto lo ha afectado la infección por VIH. La prueba de carga viral, por su parte, mide la cantidad de virus que está circulando en la sangre en el momento de la extracción, se expresa en copias por ml. y es una especie de fotografía instantánea que muestra cuánta libertad está teniendo el virus VIH para multiplicarse en un organismo. Ello permite trazar las consecuencias de la cantidad de virus encontrados. Esta prueba es muy útil para controlar la eficacia de los tratamientos, ya que a un tratamiento efectivo le corresponde un descenso de la carga viral, y viceversa. En general, se considera que una carga viral basal “baja” es la que presenta 500 copias o menos del virus, y una carga viral basal “alta” es la que supera las 40 mil copias. Es necesario conjuntar los resultados de ambas pruebas, pues en casi todos los casos cuando el conteo de células CD4 es alto, la carga viral es baja, y viceversa. El monitoreo de ambas pruebas brinda una idea completa del estado inmunológico (Méndez, 1998; <<http://geosalud.com/SIDA/cargaviral.htm>>).

⁷ *Enzyme linked immuno sorbent assay*, que significa *ensayo inmuno enzimático absorbente*. Es un estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus o protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o alguno de sus antígenos. Consiste en mostrar por una reacción coloreada, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. En el caso del sida es empleada para detectar anticuerpos contra el VIH. Consiste en mostrar por una reacción coloreada la presencia de moléculas que se unen únicamente a las proteínas purificadas del VIH combinando los antígenos purificados. En caso de resultar positiva debe hacerse una prueba confirmatoria llamada western blot. Puede haber resultados falsos positivos o falsos negativos. La prueba de ELISA no establece un diagnóstico de sida ni es un pronóstico del avance de la enfermedad. Esta prueba se usa no sólo para detectar la presencia del VIH en personas, sino para analizar los paquetes de sangre y sus derivados que se manejan en los bancos de sangre. Véase Diccionario del VIH en <<http://www.aids-SIDA.org/termin-p.html>>.

⁸ Prueba confirmatoria de la presencia de anticuerpos al VIH en la sangre. Se emplea después de que una prueba de ELISA ha dado un resultado positivo. Es más confiable que dicha prueba, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra uno que detecta la de ELISA, pero es más difícil y costosa. Véase Diccionario..., *op. cit.*

licitación de los servicios, lográndose eliminar el rezago en los exámenes ya que el resultado de éstos se obtiene en 48 horas.

73. Con ello se ha resuelto un grave problema que derivaba del retraso en los resultados de estas pruebas, mismo que pudo poner en peligro la vida de los y las pacientes, pues en tanto no se accede a los mismos, continúan con el esquema de antirretrovirales correspondiente al resultado inmediatamente anterior.

2. Personal que brinda servicios de salud

74. En julio de 2008, según información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la Clínica Especializada Condesa laboraban 80 personas: 23 profesionales en medicina, tres en odontología, seis en el área de laboratorio, cuatro en psicología, seis en trabajo social, una nutrióloga, un técnico en rayos X, un consejero, cinco veladores y 30 personas en administración.

75. En este apartado se presenta una caracterización de este personal, con base en una encuesta efectuada los días 18, 22 y 23 de julio de 2008. Para esas fechas la Clínica estaba en remodelación, de suerte que se entrevistó al personal que brindaba servicios en el Centro de Salud Comunitario T-III A, Dr. Eduardo Liceaga, los días 18 y 22 de julio, y en el Centro de Salud contiguo a la CEC, el 23 de julio.

76. La encuesta se aplicó a 39 personas: tres de administración, cuatro secretarías, dos auxiliares de farmacia, dos dentistas, una persona que despacha medicamentos, ocho personas de enfermería, un epidemiólogo, un estadígrafo, una ginecóloga, dos infectólogos, un laboratorista clínico, tres personas que brindan servicio de medicina general, un neumólogo, una nutrióloga, un proctólogo, una química laboratorista, un responsable sanitario, un técnico radiólogo, dos personas de trabajo social, una persona experta en salud mental y una que no detalló su puesto de trabajo.

77. Distribuidas por su área de adscripción, se entrevistó a siete personas del área administrativa, dos de trabajo social, siete de enfermería, dos de psicología, cuatro de medicina general y once de otras áreas (farmacia, dirección, administración).

78. El perfil sociodemográfico de dichas personas encuestadas muestra lo siguiente: se trata de un personal en edad madura (más de la tercera parte tiene entre 41 y 50 años de edad); la mayor parte de las personas están casadas y una proporción aún mayor tiene hijos (véase cuadro II.5).

Cuadro II.5 Perfil del personal de la Clínica Especializada Condesa (n=38)*

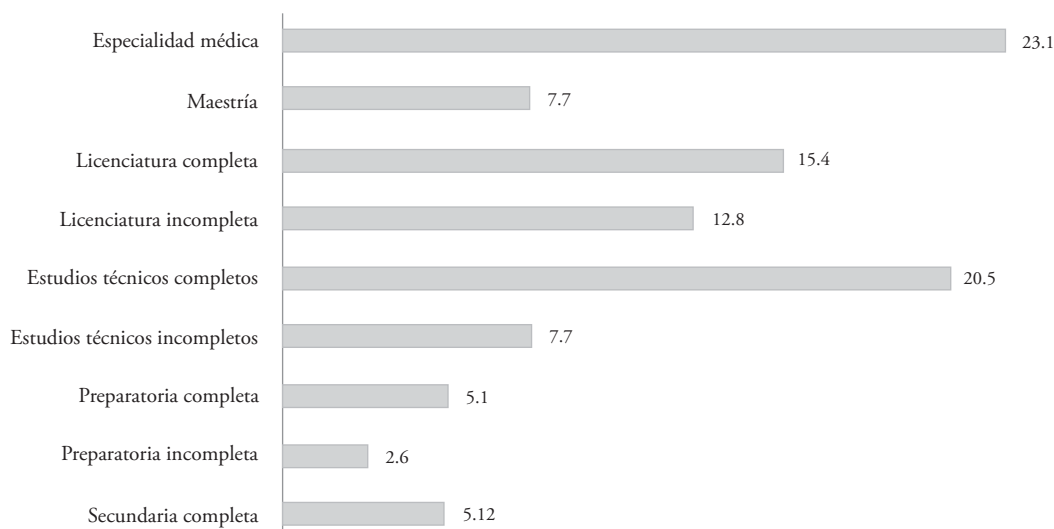
Edad	Porcentaje
Menos de 30	2.63
31-40	23.68
41-50	34.21
51-60	21.05
60 y más	18.42
Estado conyugal	
Soltero(a)	34.21
Unión libre	5.26
Casado(a)	44.74
Separado(a)/divorciado(a)	13.16
Viudo(a)	2.63

Cuadro II.5 Perfil del personal de la Clínica Especializada Condesa (n=38)* (*continuación*)

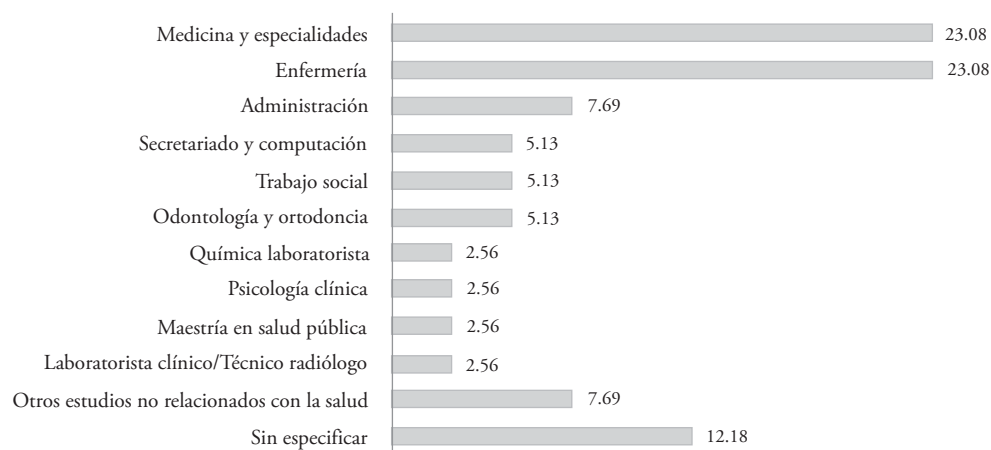
Existencia de hijos(as)	Porcentaje
No	34.21
Sí	65.79

*(n=38): Tamaño de la muestra igual a 38.

79. Respecto al nivel de estudios del personal, la gráfica II.1 muestra que más de 40% tiene estudios de licenciatura completa y superiores, dentro de los que destaca que casi una cuarta parte tiene especialidad médica. La quinta parte del personal tiene estudios técnicos completos y casi 8% no alcanzó a concluir dichos estudios. Esta información muestra un nivel importante de formación y especialización del personal, lo que se confirma con el detalle de los estudios realizados (véase gráfica II.2).

Gráfica II.1 Nivel de estudios del personal de la Clínica Especializada Condesa, 2008 (n=39)*

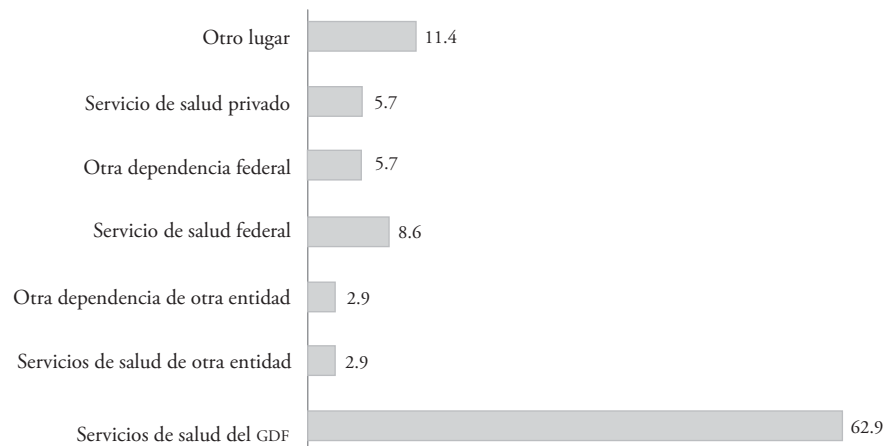
(n=39): Tamaño de la muestra igual a 39.

Gráfica II.2 Estudios realizados por el personal de la Clínica Especializada Condesa (n=39)*

(n=39): Tamaño de la muestra igual a 39.

80. Para caracterizar al personal de la Clínica Especializada Condesa, es menester tener presente que en sus instalaciones anteriormente se ubicó otra Clínica de Especialidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. De las 35 personas que señalaron haber trabajado en otro lugar antes de la CEC, 62.9% lo hacía en la Clínica que anteriormente se ubicaba en las mismas instalaciones (véase gráfica II.3). Ello explica la antigüedad del personal en servicios de salud: solamente la tercera parte del personal tiene cinco años o menos de trabajar en la CEC. Lo anterior remite a una relevante experiencia acumulada en la prestación de servicios de salud pública que debe ser potenciada.

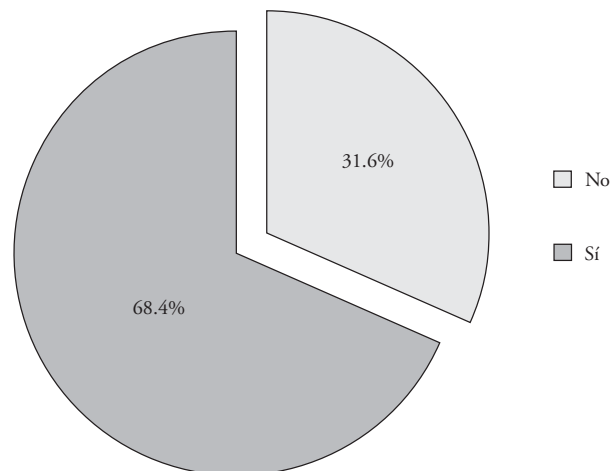
Gráfica II.3 Lugar de trabajo anterior a la Clínica Especializada Condesa (n=35)*



(n=35): Tamaño de la muestra igual a 35.

81. La gráfica II.4 muestra que una proporción importante del personal de la CEC ha tomado cursos de especialización en VIH (68.4%). En la mayoría de los casos, se trató de cursos de conocimiento general, pero es de destacar que 18.2% ha tomado cursos sobre atención psicológica a pacientes con VIH; 10.9% sobre tratamiento clínico de pacientes con VIH; 9% sobre trato a PVVIH y 7.3% sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Gráfica II.4 Personal que ha tomado cursos de especialización en VIH (n=38)*



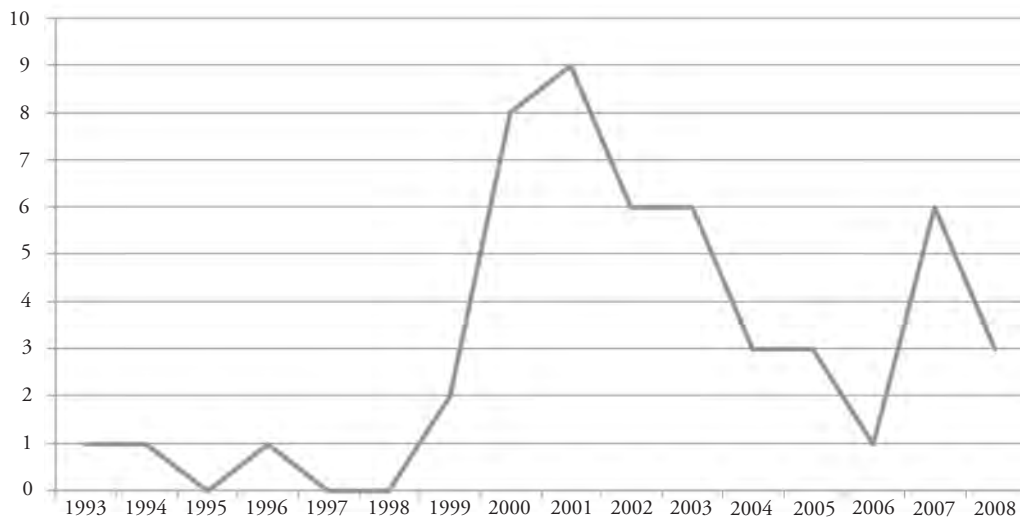
(n=38): Tamaño de la muestra igual a 38.

82. Entre las instituciones que ofrecieron la capacitación especializada en VIH, destacan la Secretaría de Salud capitalina (34.38%) y Censida (12.5%). El resto de personas ha tomado cursos en otros hospitales (Neurología, Nutrición, Juárez, Hospital General, 20 de noviembre); en universidades (UNAM, Anáhuac y Universidad de Barcelona); y en organizaciones de la sociedad civil. Dos personas señalaron haber recibido cursos en una asociación mexicana de médicos que atiende a personas con VIH.

83. Cabe subrayar que la tercera parte del personal carece de capacitación especializada en VIH, lo cual constituye una fuerte debilidad que puede redundar en la calidad de la atención.

84. Al mismo respecto, la gráfica II.5 muestra que la mayor parte de la capacitación en materia de VIH se proporcionó entre 1999 y 2001, esto es, al momento de inaugurar la Clínica. De 2001 a 2006 la capacitación decayó de manera constante y en 2007 volvió a tener un repunte.

Gráfica II.5 Años en que el personal de la Clínica Especializada Condesa tomó el curso de especialización en VIH/sida (n=50)*



(n=50): Tamaño de la muestra igual a 50.

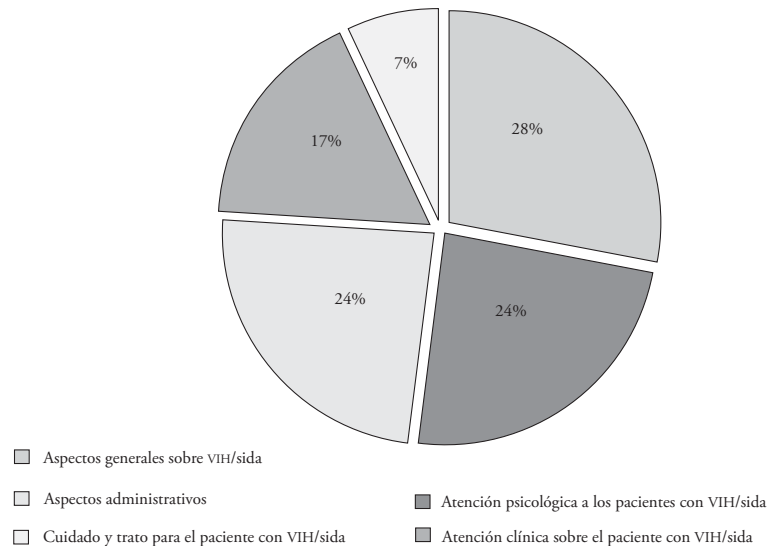
85. Destaca que, coincidiendo con lo anterior, 62% del personal señala haber recibido algún curso de inducción o sensibilización al ingresar a trabajar en la CEC. En las encuestas se comentó que el personal recibió estos cursos al aceptar mantener el trabajo en la Clínica Especializada Condesa.

86. Según la información obtenida de la encuesta, la mayor parte del personal recibió información sobre el trato y tratamiento a pacientes con VIH (38.39%); una tercera parte señala haber recibido información general sobre VIH; 16.67% sobre género y sexualidad, y 11.11% sobre aspectos administrativos.

87. Estos cursos de inducción y sensibilización fueron impartidos por la propia Clínica, según lo afirmó 31.3% de las personas encuestadas; por la Secretaría de Salud, según lo reportó 18.8% de la muestra; por otras instituciones especializadas, tal como lo señaló igual proporción de personas y por organizaciones de la sociedad civil (OSC) para 12.5% de las personas encuestadas. Destaca que 12.5% no recuerda quién impartió la capacitación y 6.3% señaló que esta capacitación deriva de “pláticas con los pacientes”.

88. Ahora bien, a pesar de las cifras anteriores, es de subrayar que tres de cada cuatro personas encuestadas considera que existen necesidades de capacitación entre el personal de la Clínica. La gráfica II.6 detalla los temas en que se perciben las necesidades de capacitación: 28% considera que se requiere capacitación sobre aspectos generales del VIH; 24% hizo énfasis en la atención clínica; igual proporción en aspectos administrativos; 17% en lo que refiere a la atención psicológica y 7% en temas de cuidado y trato con PVVIH.

Gráfica II.6 Necesidades de capacitación del personal de la Clínica Especializada Condesa



89. Lo anterior implica que la especialización aún es insuficiente, percepción que debe ser tomada en cuenta de cara al mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrece la Clínica y a las condiciones de trabajo del personal, en el entendido de que la capacitación es un derecho laboral.

3. Condiciones de trabajo del personal

90. Un elemento indispensable a considerar en términos de la calidad de los servicios públicos refiere a las condiciones en que trabaja el personal, pues éstas determinan en gran medida su disposición anímica.

91. Como se señaló anteriormente, una alta proporción del personal que actualmente labora en la Clínica Especializada Condesa trabajaba en la Clínica de Especialidades núm. 1 que se ubicaba en las mismas instalaciones.

92. A la fecha de realización de la encuesta, 92% de quienes conformaron la muestra era de base o sindicalizada, lo cual es un indicador de la estabilidad en el empleo. Solamente tres personas se encontraban contratadas de manera eventual: una administrativa y dos infectólogos. La inestabilidad en la contratación del personal de infectología llama la atención en tanto cumplen un papel crucial en la atención de las y los pacientes de la Clínica. De hecho, el especialista en infectología constituye la piedra angular de la atención, pues toma las decisiones de mayor relevancia como el esquema antirretroviral.

93. Según la encuesta, el personal de la CEC cuenta con prestaciones superiores al del resto de servidores y servidoras públicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en virtud de que su trabajo es de alto riesgo. En el cuadro II.6 se detalla la proporción de personas que acceden a las prestaciones sociales básicas. Entre las prestaciones “adicionales” se mencionaron: menor jornada laboral (una hora menos diaria); doce días de vacaciones agregados y un salario mayor.

Cuadro II.6 Proporción del personal de la Clínica Especializada Condesa que accede a prestaciones laborales

Aguinaldo	97.44%
Vacaciones	92.31%
Seguridad social	92.31%
Seguro de gastos médicos mayores	5.13%
Prima vacacional	89.7%
Servicio profesional de carrera	25.6%
Servicios de atención/Contención psicológica	10.5%
Pertenencia a sindicato u organización de trabajadores	90.91%

94. Cabe subrayar la nula proporción de personas que señalaron acceder a servicios de atención o contención psicológica como una prestación laboral. De hecho, en entrevista realizada el 18 de julio al personal directivo del PPVCV y de la CEC, se señaló que todo el personal carecía de esta prestación. La exposición de las personas que trabajan en esta Clínica a experiencias intensas debería imponer la contención psicológica como una prestación.

95. Por otra parte, 68.4% consideró que el personal en su área de trabajo es insuficiente para brindar los servicios. Enfermería, administración y medicina especializada fueron las áreas en que se manifestó en mayor medida la necesidad de incrementar el personal. A este respecto, es de recordar que la CEC ha sufrido un incremento exponencial en la demanda, lo que no se ha reflejado en un aumento del personal. Ello implica una sobrecarga de trabajo e incrementa los tiempos de espera, factores que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos.

96. En lo que a los materiales de trabajo refiere, las opiniones de las personas encuestadas son las siguientes:

- 53.8% consideró que los materiales con que trabaja son insuficientes para brindar un servicio de calidad. El personal administrativo, de enfermería y medicina especializada es el que más reporta insuficiencia de material.
- 41% señaló que los materiales con que trabaja no son de buena calidad. Las quejas se presentaron en las mismas áreas.
- 33.3% planteó que sus materiales de trabajo son inadecuados. El personal de farmacia, administrativo y enfermería fueron los que más señalaron la inadecuación de sus materiales de trabajo, y se refirieron en particular a la escasez de medicamentos del cuadro básico, para el caso de la farmacia; a faltantes de papelería y equipo poco moderno, en el caso de administrativo; y a materiales antiguos (básculas, registros, etc.) en el caso de enfermería.
- 64.1% del personal señaló que ha padecido faltantes en su material de trabajo, estos faltantes se reportaron en todas las áreas, y varían desde la papelería hasta los reactivos de laboratorio.

97. Todo lo anterior denota importantes carencias que implican malas condiciones de trabajo y afectan la calidad del servicio ofrecido.

98. Finalmente, se consultó al personal sobre el ambiente de trabajo. Las tres cuartas partes de las personas encuestadas valoraron el ambiente como positivo e igual proporción consideró que su relación con sus compañeros y compañeras de trabajo es buena. Esta percepción altamente positiva del ambiente debe ser potenciada, pues constituye un activo tanto para el personal como para las y los pacientes.

99. Coincidente con lo anterior, 77.1% del personal afirmó que no desea cambiar de trabajo y 97.4% señaló que le agrada laborar en esa Clínica. Las razones anotadas para esta valoración refieren el agrado por el trabajo desempeñado, el ambiente laboral, las prestaciones y las condiciones laborales.

4. *Conocimiento de la normatividad sobre la atención a las personas que viven con VIH*

100. En el apartado anterior se presentó un perfil del personal que atiende en la CEC; una parte importante de dicho perfil remite a su especialización en materia de atención a PVVIH. Por ello, en el cuestionario aplicado se incluyó una serie de preguntas orientadas a evaluar el conocimiento de la normatividad sobre la atención a dichas personas.

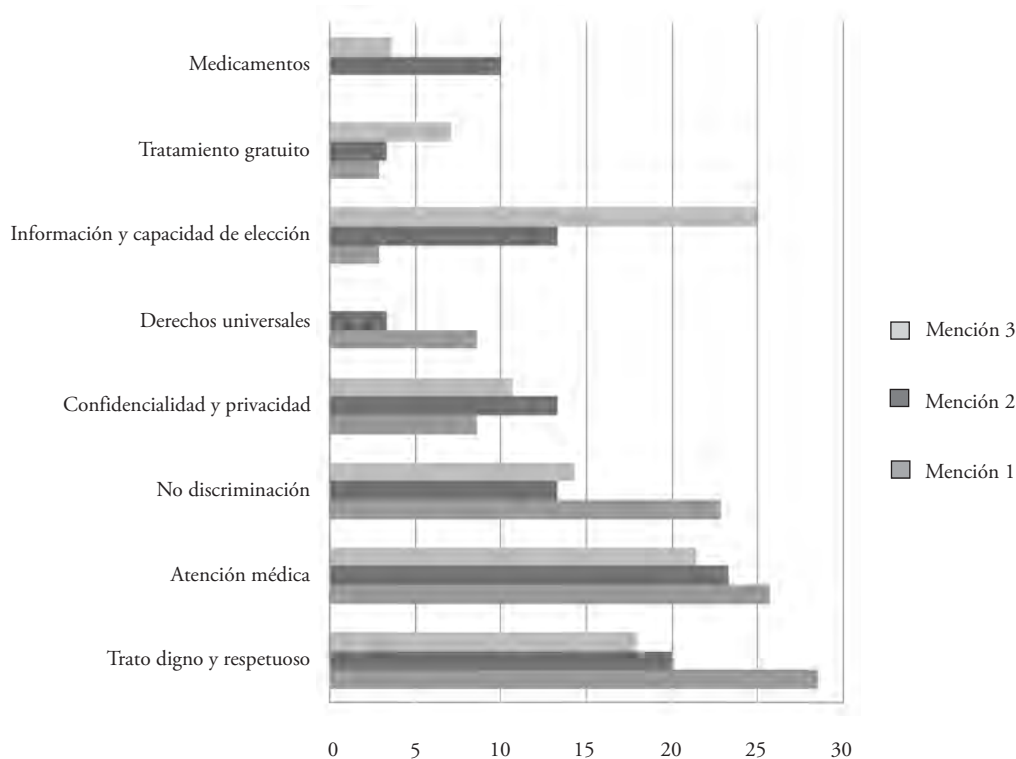
101. La normatividad nacional e internacional hace énfasis en la protección del anonimato de las personas que viven con VIH, lo que incluye la confidencialidad de los resultados de las pruebas diagnósticas, así como del estado de salud de la persona. Estas normas básicas son ignoradas por una importante –aunque no mayoritaria– proporción del personal que labora en la CEC:

- Al consultarles a quiénes se les puede brindar información sobre una persona que es paciente de la Clínica o que vive con VIH, 20.5% dijo que se le puede dar a familiares y 2.6% señaló que a la pareja.
- 2.6% de las personas encuestadas señalaron que se puede brindar información sobre los resultados de una prueba diagnóstica a los y las familiares de quien se la efectuó.
- Respecto al estado de salud, 2.6% señaló que se puede brindar esta información a quien es paciente y a quien le acompañe, 5.1% a quien es paciente y a su pareja, 28.2% dijo que a quien es paciente y a sus familiares, y 25.6% señaló que se puede informar sobre el estado de salud de una persona que es paciente a otras personas, en general.
- En caso de fallecer una persona que se atiende en la Clínica, 10.3% señaló que las causas de fallecimiento se pueden comunicar a la pareja, 35.9% dijo que se pueden comunicar a las y los familiares, 2.6% a las y los médicos de la CEC y 23.1% señalaron que a otras personas. La normatividad señala que las causas de fallecimiento de una persona que vivía con VIH también deben mantenerse en la confidencialidad.

102. Este desconocimiento sobre un aspecto fundamental de la normatividad en torno a la información sobre las PVVIH, remite a las necesidades de capacitación del personal con miras a garantizar un servicio de calidad y respeto a los derechos humanos de quienes se atienden en la CEC.

103. Al respecto de estos derechos se consultó al personal de la Clínica. La gráfica II.7 presenta los derechos de las PVVIH mencionados en la encuesta, entre los que destacan, por el número de alusiones, el derecho a un trato digno y respetuoso, el derecho a la atención médica, el derecho a la no discriminación y el derecho a la información y capacidad de elección.

Gráfica II.7 Derechos de las personas que viven con VIH/sida reconocidos por el personal de la Clínica Especializada Condesa



104. En cambio, los derechos que no fueron mencionados por ninguna persona fueron: el derecho a no someterse a la prueba de detección del VIH ni a declarar que se vive o se ha desarrollado sida; el derecho de asociación para la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado sida; el derecho al manejo confidencial de la historia médica y a una muerte y servicios funerarios dignos.

105. El 9 de abril de 1992 se publicó la *Cartilla de los derechos humanos de las personas que viven con VIH o de las personas seropositivas*, elaborada por el grupo GIS-Sida, Mexicanos contra el Sida y Conasida, y puesta a consideración de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que la aprobó. En ella se establecen los derechos a la no discriminación, la a atención médica y la a información sobre el padecimiento, sus causas y consecuencias. El derecho a un “trato digno y respetuoso” no se explica en dicha cartilla.

106. Destaca que existe confusión por parte del personal de la CEC sobre esta cartilla de derechos, la cual se expresa en las respuestas sobre la organización o institución que la elaboró: 33.3% señaló que había sido la Organización de Naciones Unidas, el resto de las respuestas se divide en proporciones iguales (8.3%) en las atribuciones a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Conasida, la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Salud, organizaciones de la sociedad civil y la CNDH.

107. El conocimiento de los derechos de las PVVIH es fundamental para garantizar su protección. Este es un aspecto que, sin duda alguna, debe ser incorporado en estrategias futuras de capacitación para todo el personal de la CEC.

5. Percepciones sobre el trabajo en la Clínica Especializada Condesa

108. Las percepciones del personal sobre su trabajo en la Clínica Especializada Condesa remiten a diferentes factores que van desde las condiciones de trabajo hasta la población específica que se atiende. En el cuestionario aplicado se realizó un acercamiento a la experiencia y percepciones del personal que labora en la Clínica procurando enfatizar en sus valoraciones en torno a la población que vive con VIH.

109. Como se señaló en el apartado sobre condiciones laborales (párrafos 86-95), más de la cuarta parte del personal no desea cambiar de trabajo. Sin embargo, 71.8% señaló haber tenido una experiencia negativa de trabajo en la CEC y 66.7% una experiencia negativa al trabajar con PVVIH. La agresividad, exigencias, falta de respeto o demandas excesivas de los y las pacientes son la experiencia negativa más recurrente. En efecto, según detallaron algunos(as) entrevistados(as), la gran demanda de servicios ha generado una saturación en ciertos momentos del día que deviene en un ambiente tenso entre pacientes y personal de la clínica. Asimismo, personal entrevistado señaló que algunas de las personas que laboran en la CEC han tenido comportamientos homofóbicos o malos tratos que también alimentan tensiones.

110. Paradójicamente, 97.4% de las personas encuestadas detalló experiencias positivas de trabajar en la CEC y con PVVIH; las más señaladas son: ayudar, atender y “ver salir adelante” a los y las pacientes.

111. El trabajo en la CEC ha cambiado la percepción sobre el VIH a 66.7% de las personas encuestadas. Las modificaciones en la percepción van desde la valoración de la vida, pasando por el conocimiento sobre el padecimiento, hasta el respeto a la diversidad sexual. Estos cambios son fundamentales en términos de la calidad de los servicios brindados en la Clínica.

112. Igualmente la tolerancia, el respeto a la diversidad sexual, el respeto en general hacia todos los seres humanos, el conocimiento sobre el VIH, la paciencia y el buen trato fueron mencionados como aprendizajes del trabajo en la Clínica y con personas que viven con VIH.

113. Asimismo, 66.7% de las personas encuestadas señaló que trabajar en la CEC le ha cambiado la vida. Se mencionó también la tolerancia, el desarrollo de la sensibilidad, la empatía y el autocuidado en la vida sexual como aspectos que han modificado a partir de su empleo en la Clínica Especializada Condesa.

114. Finalmente, se consultó al personal sobre la actuación y percepciones de sus colegas:

- 36% señalaron haber atestiguado maltrato hacia los y las pacientes;
- 15.4% dijo haber observado prácticas discriminatorias a los y las pacientes;
- 33.3% señaló haber escuchado comentarios de sus compañeros y compañeras de trabajo juzgando la preferencia sexual de los y las pacientes, y
- 20.5% dijo haber escuchado comentarios sobre las formas de contagio del VIH.

115. Esta información también revela la necesidad de una estrategia de sensibilización del personal. La intolerancia y discriminación constituyen una violación a los derechos de las PVVIH y redundan en una calidad deficiente de los servicios de salud.

C. Conclusiones

116. En síntesis, se puede afirmar que a través del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida, la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha puesto a disposición de las PVVIH y que no son derechohabientes, un servicio ambulatorio especializado de salud.

117. La disponibilidad –entendida como el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de salud y programas– se encuentra garantizada en lo que a infraestructura y personal médico refiere, aun y cuando éste último parece estar siendo insuficiente frente al incremento de la demanda y se requiere hacer contrataciones de personal con las especialidades faltantes. Respecto a los medicamentos, la CEC cuenta con excelente disponibilidad de antirretrovirales, pero presenta importantes insuficiencias en la disponibilidad de medicamentos para infecciones oportunistas que ponen en riesgo la vida de sus pacientes.

118. La accesibilidad del servicio exhibe mayores matices, en tanto presenta cuatro dimensiones peripuestas (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información). En relación con la no discriminación, algunas personas entrevistadas mencionaron haber presenciado prácticas discriminatorias por parte de personas que laboran en la CEC, con lo cual se hace necesaria la impartición de cursos de sensibilización dirigidos a dicho personal. La accesibilidad física está también garantizada, pues la Clínica se ubica en una zona céntrica y de fácil acceso. Adicionalmente, el PPVCV cuenta con centros de atención en las 16 delegaciones del Distrito Federal. La remodelación de la Clínica, sin embargo, no amplió las condiciones de acceso de la población con alguna discapacidad o dificultad para moverse pues el edificio tiene dos pisos y no cuenta con elevador. La gratuidad de los servicios y medicamentos que se brindan en la CEC garantiza la accesibilidad económica, sin embargo, en otros servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal no está garantizada.

119. El aspecto más débil en términos de accesibilidad es la información. Los servicios de la CEC y del PPVCV son poco difundidos de manera oficial, la información incluida recientemente en el sitio web es escueta y de difícil acceso, lo que implica deficiencias en cuanto a la transparencia de información, rendición de cuentas y fuertes dificultades para acceder a la información.

120. Finalmente, los servicios de la CEC presentan problemas en términos de calidad. Si bien es cierto que la infraestructura y los medicamentos están a la vanguardia en México y América Latina, el equipo y materiales de trabajo son insuficientes, de mala calidad y presentan faltantes con frecuencia. En lo que al personal refiere, cuenta con buena formación pero escasa especialización, por lo que se plantea como una necesidad prioritaria la capacitación, no sólo en aspectos médicos y científicos, sino también al respecto de los derechos humanos de las PVVIH.

III. Testimonios de pacientes de la Clínica Especializada Condesa



121. Los testimonios se recabaron con base en entrevistas realizadas a pacientes beneficiarios de la Clínica Especializada Condesa (CEC). Con información obtenida a través del sitio web se pretendía contactar a los beneficiarios a través del Comité de pacientes; sin embargo, este Comité no se encuentra activo. Esto ocasionó dificultades para la realización de las entrevistas. De las nueve personas entrevistadas, cinco fueron contactadas a través de activistas de la comunidad LGBT, una persona fue contactada por sugerencia de un entrevistado y tres fueron contactadas y entrevistadas en las instalaciones de la Clínica.

122. A continuación se presenta el perfil de las personas entrevistadas:

- Las nueve personas entrevistadas son hombres, ya que no fue posible contactar a ninguna paciente mujer y, durante las visitas realizadas a la Clínica, ninguna accedió a ser entrevistada.
- Las edades de los entrevistados oscilan entre 23 y 55 años: tres tienen menos de 30 años, cuatro entre 31 y 40, y dos entre 41 y 55 años.
- Cuatro entrevistados tienen estudios de licenciatura, dos estudios técnicos, uno preparatoria y otros dos estudios a nivel de secundaria.
- Las ocupaciones de las personas entrevistadas son: veterinario, odontólogo, panadero, diseñador, periodista, estudiante, trabajador en intendencia, desempleado y subcoordinador de eventos.

123. Las entrevistas abarcaron las siguientes dimensiones de análisis, que constituyen los cuatro apartados en el que se divide este capítulo:

1. La experiencia de vivir con VIH.
2. Condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud (atención del personal, medicamentos especializados –antirretrovirales y medicamentos específicos para infecciones oportunistas–) que han recibido en la Clínica Especializada Condesa.
3. Valoraciones sobre el trato por parte del personal de la Clínica, así como posibles conductas discriminatorias.
4. El Comité de Pacientes de la Clínica Especializada Condesa.

A. La experiencia de vivir con VIH

124. Enfrentar el diagnóstico de VIH y vivir con ello, remite inevitablemente al estigma y la discriminación que sufren las personas que pertenecen a la comunidad LGBT. En México, los hombres que tienen sexo con hombres continúan siendo el grupo con mayor prevalencia y riesgo de contagio, además de que en el imaginario colectivo, el VIH está vinculado con dos elementos: uno, a la práctica sexual “distinta” a la heterosexual –por decir lo menos– y otro, a la muerte.

125. Los grupos de riesgo, incluyendo a las personas que integran la comunidad LGBT, no escapan a estas ideas. De ahí que, al enterarse del diagnóstico positivo, los entrevistados lo hayan asumido con resignación.

Persona entrevistada 4 (en lo sucesivo se sustituye la frase *persona entrevistada* por PE): Porque uno sabe. Tú sabes la *vidita* que has llevado [y] los riesgos a los que te has acercado. Hasta podría saber quién fue [el portador] porque sí había un acercamiento [...] Yo de alguna forma sabía. Creo que en algún momento decidí dejar de vivir en el mito e ir a la realidad.

PE 2: [...] Me enfermé [...] Siempre he sido muy *comelón* en la calle [...] hace seis años tuve dos veces salmonelosis; [Ahora] era la tercera vez que me daba salmonelosis pero no se me curaba, no me *levantaba* con nada, o sea, iba con un tratamiento y no [se me quitaba]; duré mes y medio tumbado en la cama, con diarreas, vómitos y calentura, nada me la bajaba y nada lo controlaba. A partir de ahí, un amigo le comenta a mi pareja [ésta] se hace el estudio de ELISA y sale positivo [...] Me comenta a mí, voy a un particular a hacerme el estudio de ELISA y salió positivo para los dos [...] Yo no lo creía y le dije [a la doctora] ¡hazme otros estudios! Pensé que se habían equivocado. Para mí, la primera reacción fue ¡no, el laboratorio se equivocó!, ¡no puedo creerlo! La doctora me dijo que fuera al seguro porque si no me iba salir mucho más caro, y ya.

PE 5: Esto fue hasta que obtuve mi diagnóstico de VIH positivo. Yo tenía una salmonelosis muy fuerte que no se me curaba con nada, bajé de peso escandalosamente y me hice [los exámenes de laboratorio] y un amigo que [...] con [otro] amigo comparte el departamento, que también es VIH positivo, ya iba a la Condesa, me dijo “yo sé dónde está. Te llevo”, [entonces] fui y me di de alta.

126. La “conciencia del riesgo” y las campañas de prevención hicieron eco en dos de los entrevistados, ya que acudieron a realizarse la prueba sin presentar sintomatología:

PE 6: [Me realicé la prueba] porque había tenido una relación de riesgo; entonces, al platicar con él [un amigo] me dijo de la clínica, me comentó su situación. Él me dijo “¡vamos! yo te invito a que vayamos a la clínica, que la conozcas y que te hagan la prueba” [...]

PE 1: Yo empecé con una dermatitis muy rara. Una dermatitis en la que perdí cejas y pestañas; hasta la fecha no tengo; mi ceja era poblada. Entonces yo fui a un *dermatológico* especializado y lo primero que me dijeron fue “¿es usted soltero o casado?”, “soltero”; “¿qué edad tiene?”, “55”; “ah, ¿se ha hecho la prueba de VIH?”, pero así, *en automático* [...] “sí, pero me la hice hace mucho”, “¿se volvería a hacer otra?”, “claro que sí”. Entonces salgo seropositivo en ELISA [y] desde ese momento me transfieren a Condesa.

127. Así, en la mayor parte de los casos, los entrevistados ya habían desarrollado el sida en el momento del diagnóstico. Esto nos remite a la ausencia de una cultura preventiva de la salud sexual en la ciudad de México, lo que deriva no sólo en un incremento del riesgo de contagio, sino en la vulnerabilidad y propensión a la enfermedad de personas infectadas del VIH. Es notoria también la escasa información sobre la sintomatología típica del virus, que prolonga el periodo de ignorancia del contagio.

128. Es probable que, en una etapa de constantes enfermedades, las personas, de alguna manera, se encuentren “preparadas” para recibir un diagnóstico positivo. Sin embargo, es importante destacar que –aun en condiciones de enfermedad– la normatividad señala que la realización de la prueba es voluntaria y con consentimiento autorizado. Ello se respetó en ocho de los nueve entrevistados. En la excepción se presentó la violación a dos derechos, el de la realización la prueba ELISA de forma voluntaria, y el de la confidencialidad.

PE 9: No estaba diagnosticado [sino que] tuve una fuerte crisis gastrointestinal por las lesiones [...] de un asalto, [...] me lastimaron la cara y [...] me abrieron la nariz. Ahí empecé a tener problemas gastrointestinales, después mi gastroenterólogo me mandó al Hospital General [y ahí] me hacen la prueba de [...] Elisa sin que yo la pidiera, en ese momento yo estaba [con] dolores demasiado fuertes [me realizaron] un montón de exámenes y salió positivo. [Después] el médico del Hospital General de México, en primer lugar no me lo dijo a mí [...] se lo dijo a mi hermana [ella] estaba embarazada y, te estoy hablando de un cinco de septiembre del 98, pierde al bebé el 11 de septiembre. El doctor le dijo “tu hermano tiene sida”, o sea, [no le dijo] es seropositivo [sino] “tiene sida [...] tienes 50 mil pesos para pagar si no tu hermano se muere en un mes” [...] no recuerdo cómo se llama el médico pero ya era un señor grande [...] después de decirle a ella me metieron [al consultorio] y me dijeron tienes esto y está pasando esto [...] bueno y ahora qué hacemos [le dije al doctor], mi hermana afortunadamente es una persona preparada y le dijo al doctor [...] “dígame qué medicamentos necesito comprarle para que se los tome” y ya me dio [medicina].

129. Ahora bien, el consentimiento informado de la prueba no garantizó, para varias personas, el respeto a la confidencialidad del resultado:

PE 3: [...] me hicieron la prueba, me entregaron [los resultados] a los dos días, no presumí nada hasta llevárselos al médico y verlo con él [...] y cuando el médico abrió los resultados [...] me dijo [que el resultado era positivo].

PE 7: Me lo dijo el psicólogo [estaba en la sala de espera, escuché] mi nombre, pasé al consultorio, me preguntó “¿que haría si fuera positivo?”. Le dije que nada. También me preguntó “¿que haría si fuera negativo?”; le dije “nada, ¿qué voy hacer?”...y me dice: “eres positivo”. Fue todo... sentí caer un balde de agua fría.

130. La vulnerabilidad (física, derivada de la sintomatología, y psicológica, emanada del temor y el estigma) con que las personas que viven con VIH se presentan a los servicios de salud, pone en riesgo el respeto a sus derechos. Ello ha redundado, en algunas ocasiones, en comentarios y juicios por parte de quienes entregan los resultados:

PE 1: Pues simplemente el resultado es un papelito [que te dan] de clínica Condesa que es ELISA positivo, o seropositivo. En mi caso me dijeron “lo suponías, ¿no?, lo suponías”, y me quedé *helado*, dije: “lo suponía ¿por qué?”.

131. Después del primer impacto sobre el resultado del diagnóstico, la mayor parte de los entrevistados manifestaron ingresar en una etapa introspectiva y reflexiva, en donde el VIH se convierte en parte de sus vidas. Los cambios señalados a raíz del diagnóstico refieren, por una parte, a los inconvenientes de la medicación constante y, por otra, a una transformación del estilo de vida:

PE 7: [...] tomo la vida de otra manera. Ya no la tomo como antes. Antes era como bien *mamón*, engréido, prepotente y ahora... lo tomo de quien viene, o sea, si me ofenden ni caso hago... creo [que] bastante está haciendo la pastilla con matar mi hígado [como] para hacer más y terminar de matarlo [...] simplemente los comentarios de quien vengan.

PE 8: [...] obviamente te cambia tu vida, tienes que estar pendiente de las horas [en las] que te tienes que tomar [las medicinas]...por ejemplo [...] las [pastillas] retrovirales [las tomo] una vez al día, pero tengo que tomármelas todas a la misma hora. Si un día tengo sueño no me puedo dormir porque tengo que esperar a tomarme las pastillas, son cosas que... [te hacen sentir] amarrado.

PE 4: Sí, completamente [cambia tu vida] y en todos los ámbitos. Desde el conocimiento de tu propio organismo, de [su] fragilidad y hasta [temas] místicos... ¿Por qué yo?, ¿por qué esto?, ¿por qué existe?... muchas cosas. Yo creo que, tu misma postura de responsabilidad ante los actos cambia mucho [incluso] desde que recibes la noticia hasta los años que van pasando, lo que vas viviendo, lo que pasa cuando empiezas a tomar los medicamentos [etc.]. También, hay un cambio en tu conteo, por ejemplo, [...] si tu conteo en el primer examen estaba en 100 y después de tomar el medicamento, por seis meses, te das cuenta de que está en 500; yo creo que ahí es muy importante tener un acompañamiento terapéutico o una terapia psicológica porque entonces te sientes como *superman*, ¡ya la libraste! ya eres otra vez *intocable*, entonces empiezas a dejar, de alguna forma, ciertos cuidados, porque [piensas] *ya la libré*. Al inicio la gente se moría, caía uno tras otro [...] y ahora [hay personas] que tienen 10, 15 años [con la enfermedad], digo, mi caso es de 11 años, 3 terapias, pues yo tengo un amigo que es de los primeros casos en México, [el se infectó desde] el 86; tiene 22 años y dices *mon dieu*, pero [también] al mismo tiempo [hubo] gente que se fue a los seis meses, entonces es variable. En lo cotidiano [...] estás atado y eso sí es algo por lo que [...] te pierdes de muchas cosas, yo por ejemplo en octubre tengo un viaje planeado a París y ya esto es un ruido, ¿cómo voy a transportar el medicamento?, te invitan a una cena, por ejemplo, y sabes que a lo mejor se va a prolongar mucho o te invitan a una fiesta y sabes evidentemente que te la vas a seguir hasta las cuatro de la mañana, entonces tienes que prever llevarte el medicamento, no, el que está refrigerado, ¿cómo lo voy a cambiar?; es algo que te sujeta, es como una especie de eslabón [...] debes estar muy atento de tu salud.

PE 5: Pues yo creo que son muchos [los] cambios de estilo de vida, me he vuelto más disciplinado; a la hora de comer; más disciplinado con el ejercicio [...] muy pocas veces y en muy pocos periodos en mi vida he hecho ejercicio, ahora [lo] hago casi a diario, tomo mis suplementos, vitaminas, minerales y mis medicamentos religiosamente, no bebo... [sólo] vino de mesa, de vez en cuando, porque eso sí me gusta; no fumo, no me drogo, tengo relaciones sexuales protegidas, entonces soy casi un modelo. Me volví muy disciplinado. El [único] gran problema que me causa [estar enfermo] es la fatiga.

132. Es de considerar que con una excepción, todos los entrevistados tienen varios años de estar diagnosticados. El tiempo transcurrido, sin duda, cambia las percepciones del VIH sobre el temor a la muerte. Lo más representativo es el cambio de vida. Así, la persona de más reciente diagnóstico señaló:

PE 8: Bueno, el [aspecto] psicológico cambia muchísimo, laboralmente, muchas veces... pero siento que ahora ya no me contratan; por ejemplo, ayer [fui] a una entrevista de trabajo y preguntan que si tienes alguna enfermedad, obviamente, tu sabes que sí la tienes y te pones nervioso... sí cambia tu vida, [...] tus familiares...

133. De igual forma, dos entrevistados manifestaron tener afectaciones negativas en su vida sexual a partir del diagnóstico:

PE 8: [...] primero, siento que no me excito con una persona, sólo ando pensando en mi problema. En segunda, siento que ellos pueden tener algún riesgo. Pues [...] podemos usar un condón pero se te puede llegar a romper y por mi culpa se pueden infectar, entonces me da mucho miedo tener relaciones sexuales.

PE 1: En mi caso, tengo más de 3 años en abstinencia total. Porque no he tenido parejas, las personas que han querido estar conmigo yo les hablo, les explico la situación. Algunas lo entienden y digamos lo dejamos como amigos...

134. Los entrevistados restantes aceptaron aplicar medidas de precaución, después del diagnóstico, orientadas a proteger a las personas con quienes tienen contactos sexuales.

135. Otros dos ámbitos de la vida que se ven afectados de manera importante por el diagnóstico de VIH son los espacios laboral y familiar. El cansancio, la necesidad de acudir con frecuencia a servicios médicos y, en algunos casos, el temor a la discriminación, son afectaciones importantes en el ámbito laboral que impactan directamente en la calidad de vida y los ingresos de las personas que viven con VIH:

PE 3: Sí, [en el ámbito laboral] han llegado a decir “¿y a qué vas tanto al doctor?, ¿a qué tienes que ir cada mes?”, y uno tiene que ir personalmente, no puede uno [mandar otra persona] en el seguro todavía hay *chance* que manden a un primo, un hermano, una sobrina, pero ya en Condesa tiene que ser personal, y en el seguro social son dos meses, cada tres meses, y tiene uno que ir personalmente, es una forma de responsabilizarnos de nuestras vidas, de nuestra persona. [Algunas veces] llegan a fastidiarse [en el trabajo]; por ejemplo, [soy] panadero, la misma fecha de CD4 no es la misma fecha de la carga, de los exámenes que les llaman *de rutina*, entonces hay veces que se juntan y hay que tener [en] un mes dos permisos y aparte el de la consulta, entonces tres permisos en un mes, sí se justifica, porque dan una constancia en [el] seguro, pero, “¿tres veces al mes fuiste al doctor? ¿qué te pasa?”, y uno por el estigma no dice “es que soy seropositivo”, sino que “tengo que asistir periódicamente al seguro” y he tratado de ser honesto cuando entro a un trabajo o antes de que se me contrate, “¿sabe qué?, yo tengo un padecimiento y tengo que estar yendo al seguro”, no les especifico el padecimiento, [y me dicen] “sí, no hay ningún problema” pero cuando empiezan los permisos, ya empiezan [a molestarse]. Yo en la panadería tengo que empezar a trabajar a las cinco de la mañana [porque] a las siete tiene que estar la mayoría del pan horneado, y a las siete hay que estar en [el] laboratorio para los estudios, a las siete de la mañana vengo saliendo del laboratorio, entonces a fuerza repercute en el trabajo.

PE 5: Yo creo que el mayor reto para mí es que perdí mi fuerza física, [mi] capacidad [en el] trabajo, me cuesta mucho, me canso muy rápido, uno, por [el] desgaste de la infección, y dos, porque los antirretrovirales causan el sín-

drome de fatiga crónica. Entonces me canso muy rápido y normalmente tengo que tomar unas siestas en las tardes, *parar el caballo* y bajarme un ratito. [Mi rendimiento] ha bajado porque no estoy tan viejito, acabo de cumplir 41 años y estoy como en una época conflictiva y, de hecho, decidí dejar la oficina porque me cansa mucho, me estresaba mucho [además] necesito comer bien y hacer ejercicio para mantenerme en parámetros normales y sanos en mis grasas corporales, mi peso [etc.] y no sufrir las consecuencias de los medicamentos, porque te pueden causar problemas metabólicos fuertes, que a mí sí me gustaría evitar.

136. En lo que a la familia se refiere, las experiencias y decisiones presentan variaciones importantes. Por un lado, es de destacar, en todos los casos las familias de los entrevistados conocían y aceptaban su orientación sexual antes del diagnóstico. De las nueve personas entrevistadas, ocho han informado a sus familiares el resultado del diagnóstico. Las reacciones varían desde el apoyo, pasando por la sobreprotección, hasta la negación o el temor:

PE 1: Bueno ellos [mis familiares] se hacían ilusiones de que no fuera y me pedían pruebas y más pruebas y yo les dije “¿saben qué? ¡Afrontémoslo!”, les tuve que explicar que afortunadamente el sida ya había cambiado, porque sí [al principio] fue la negación, de pronto mi madre y mi hermano [me decían] “no creo, a ver, *chécate*, y a lo mejor medicina integral te puede curar”, y [...] evadiendo, hasta que pasó como un año.

PE 7: Después del diagnóstico del VIH...la familia no lo acepta [...] mi familia sabe, mi mamá, mi papá. Pero mi papá dice que... “cosas locas” y no lo acepta [...] Mi papá dice, que debo cuidarme y que se me quita con un “lavado de sangre”, así me dijo. Luego me comentó que tal vez no tenía nada, que seguro me engañaron, que nada más me lavaron el cerebro. Mi mamá se puso a llorar y dice que me voy a morir. Y todas mis primas, mis primos... toda la familia, dice que [...] estoy sentenciado a muerte y yo les digo, sí estoy sentenciado a muerte pero no sé cuándo me voy a morir; si me cuido tal vez dure, sino me cuido tal vez mañana mismo me muera.

137. La ampliación de la esperanza de vida de las personas que viven con VIH y son atendidas y, en algunos casos, medicadas; así como la reversión en el deterioro de la calidad de vida y la mitigación de los efectos secundarios de los antirretrovirales, son factores que requieren mayor difusión entre la población y, en particular, entre los grupos de riesgo. Ello podría contribuir a disminuir el temor y la negación como mecanismo de defensa.

B. Condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud de la Clínica Especializada Condesa

138. Las percepciones de las personas que se atienden en la Clínica Especializada Condesa respecto a los servicios ofrecidos presentan notables variaciones. Para algunos, el servicio es de excelente calidad; otros hablan de un deterioro reciente en la calidad de los servicios, tanto en lo que refiere al trato del personal como a la disponibilidad de medicamentos para las infecciones oportunistas y al retraso en la entrega de los resultados de las pruebas de laboratorio; finalmente, hay quienes utilizan la clínica, prácticamente, como una farmacia que les surte de antirretrovirales gratuitos.

139. Cabe destacar que entre la comunidad LGBT la Clínica es conocida, lo cual facilita el acceso a los servicios y la estabilización de las condiciones de salud de las PVVIH. Los relatos así lo evidencian:

PE 4: Fui porque la noticia de seropositivo la tengo [...] desde el 97; en el 99 estaba en una escuela que tenía seguro médico, del seguro social, entonces en el 99 empecé a ir al seguro. A mí me atendían en la clínica de Gabriel Mancera [...]. En el 99 es que me empiezo a medicar, pero [sólo] durante 2 años; después abandono el tratamiento, sin ninguna *bronca* no me pasa nada. Hasta el 2004 empecé a decir “bueno, como que ya tengo que ir a que me *che-*

quen”. Entonces tenía unos amigos, uno de ellos era de Tijuana y estaba aquí en México trabajando, el venía de Tijuana con la información de que era seropositivo y se tenía que atender, pero no tenía seguro social, entonces fue directamente a la Clínica, yo por eso me enteré de la Clínica.

PE 5: Bueno, yo tengo una ventaja y es que soy periodista, entonces he escrito sobre salud, avances médicos [...] por muchos años y me enteré porque, bueno he trabajado el tema de VIH/sida por 10 años, más o menos, y me enteré que iban a inaugurarla, pero, nunca supe exactamente dónde estaba ni nada. Esto fue hasta que obtuve mi diagnóstico de VIH positivo. Yo tenía una salmonelosis muy fuerte que no se me curaba con nada, bajé de peso escandalosamente y me hice [la prueba] y un amigo que comparte el departamento [con otro amigo] que también es VIH positivo, que ya iba a la Condesa me dijo “yo sé dónde está, yo te llevo” [...] fui y me di de alta y así que me enteré.

PE 6: Yo me enteré por un amigo al platicarle la situación que estaba viviendo; él ya me había comentado, antes, que también [...] estaba infectado de VIH; él se enteró primero de la Clínica, entonces yo, cuando acudí a él, él fue que me trajo hasta aquí.

140. A continuación se presentan los testimonios de los pacientes en torno a las condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios que se ofrecen en la Clínica Especializada Condesa (CEC). El siguiente apartado aborda el tema de la calidad.

1. Disponibilidad

141. La disponibilidad de los servicios de salud se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, mismos que deben contar con los elementos básicos (agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, personal médico profesional y capacitado, medicamentos esenciales).

142. Las valoraciones de los entrevistados sobre la disponibilidad de los servicios que ofrece la CEC varían, por un lado, hay quienes se quejan de largas esperas y saturación de los servicios; por otro, existen personas que hablan de un excelente servicio y trato:

PE 6: Cuando yo vine a la Clínica...ya sospechaba [que podía tener la enfermedad] porque empezaba a bajar mucho de peso. Bajé casi 14 kilos en menos de un mes [...] me empezaron a salir algunas manchas en el cuerpo [...] Yo vine nadamás a hacerme la prueba. Me hicieron el análisis y [...] me pasaron con una doctora para que me revisara [...] fue mi primer contacto con la clínica. Me atendieron muy bien, siempre me hablaron con la verdad y [me dijeron] las probabilidades que tenían los resultados. Hasta ahorita siempre me han tratado muy bien.

PE 8: [Cuando vine] yo ya tenía los resultados de la prueba de ELISA y western blot también. Yo estaba viviendo en Aguascalientes y me los hicieron en el Hospital General de allá, de Aguascalientes [...] Mi mamá me trajo de emergencia [al Distrito Federal] y [...], a los dos días vine aquí a la Clínica y ya [...]ese mismo día me empezaron atender. [...] Yo venía todos los días a atención médica [...] Llegué con neumonía [...] [y] me pasaron con todos los doctores, dentistas, dermatología, todas las especialidades que tienen, para ver cómo estaba.

PE 2: [En cuanto] al conteo de carga viral tengo un año y medio que no se me aplica [...] se supone que debe ser cada seis meses. Desde que estoy [en la clínica] había sido continuo cada seis meses [...] Me faltarían tres [...] En este año y medio fue cuando me hicieron el cambio de medicamento [...] [No es que haya problemas en el laboratorio] [...] pero sí en el sentido de las solicitudes, o sea, [si] tú no llegas con tu solicitud al laboratorio pues no te atiende, es una de las situaciones, además nuestras consultas son mensuales, entonces, normalmente al mes ya están los resultados, bueno, si es que coincide tu cita con la toma de la muestra, porque si no, sería hasta [después de] dos meses.

2. Accesibilidad

143. Esta condición remite a cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.

144. En lo que discriminación refiere, varios de los entrevistados manifestaron haber presenciado conductas discriminatorias por parte del personal de la Clínica:

PE 2: En cuestión discriminatoria, había un hombre de laboratorio que de hecho llegaron a removerlo porque se quejaron mucho, era muy exagerado al tomar las muestras [...] se ponía dobles guantes, se tomaba casi él en la burbuja para tomar muestras [...] Yo creo que mucho tiene que ver el estado de ánimo, la forma de ser de la gente que trabaja en la Clínica o algo así, porque sí ha llegado que los mismos administrativos [sean] medios agresivos. [...] A mí me ha tocado, no sé decirte concretamente qué área [...] que varias secretarias, en el segundo piso al fondo, sí tienen ese rechazo [...] discriminatorio, que llegas y preguntas y apenas y te contestan o luego ni te contestan y tienes que andar metiéndote y hasta que ya estás adentro van por ti o te regañan o te “gritorean” cualquier cosa.

PE 5: [En cuanto al personal de la Clínica] no sé si sea carga de estigma o discriminación, yo creo que es como 50% y 50%. Primero, son burócratas de la salud, ganan tres pesos y tienen que trabajar mucho. Luego, los que llegan [...] a quejarse, a “molestar”, porque además, muchos de nosotros llegamos quejándonos realmente. Yo hace poco tuve una afección estomacal bastante fuerte por un licobacter y sí es bien molesto, y llegas, y ven que no hay medicamentos. [...] Y lo segundo, [...] que no tienen un entrenamiento o una capacitación para tratar a gente que no está sólo enferma o infectada, sino que está vulnerable social y emocionalmente. [...] No tienen esa capacitación, porque si no fueras con esa vulnerabilidad, si vas a ver a un médico por una gripa y te trata así, le dices: “chinga a tu madre ¿no?, me das mi medicina y adiós”. Pero mucha gente con sida llega con esa vulnerabilidad emocional, social, cultural, moral y, a veces, religiosa [...] y no tienen tacto, ni siquiera las trabajadoras sociales.

PE 8: Yo tengo un amigo que estuvo infectado antes que yo [...] vino [a la Clínica] ya muy mal, ya casi como una *calaca*, y no lo quisieron atender hasta que le hicieran aquí sus pruebas.

145. Estos testimonios corroboran las percepciones del propio personal de la Clínica, que en la encuesta manifestó haber presenciado conductas discriminatorias por parte de sus compañeros y compañeras de trabajo, así como haber escuchado comentarios sobre la orientación sexual de los pacientes y las formas de contagio del VIH. La sensibilización y capacitación del personal, como ya se ha señalado, es indispensable para evitar estas manifestaciones que deterioran el servicio.

146. Un impacto importante del VIH se ubica en la esfera económica. El sida es, hoy, una enfermedad crónica, de manera que los costos de su atención son para toda la vida. El acceso a atención médica y medicamentos gratuitos ha permitido disminuir la mortalidad vinculada al VIH e incrementar la esperanza y la calidad de vida de las PVVIH.

147. Sin embargo, aunque la CEC ofrece antirretrovirales de manera gratuita, cuenta con una limitada dotación de medicamentos para infecciones oportunistas, lo que obliga a los y las pacientes a adquirirlos en el mercado:

PE 1: Hay una lista de medicamentos para algunas enfermedades, tienen un listadito en [la] farmacia y aparte de los retrovirales sí hay apoyos, claro [que] muchas de las medicinas se tienen que comprar por uno mismo, no todo hay. Por ejemplo, cuando yo tuve un herpes [...] no había [...] Ellos revisan una lista y entonces si hay bien, si no te dan tu receta para que [lo] compres aparte.

PE 2: He tenido que comprar medicamentos para gripa, problemas pulmonares, problemas intestinales y virales. [También] Aciclovit, para enfermedades virales; el Aciclovit no lo dan. Creo que [lo he comprado] tres veces, cuesta como 430 pesos el frasquito [y dura] 20 días, depende de la fuerza que tenga el virus; si no, hay que tomar más.

148. Asimismo, los problemas que se han presentado recientemente con las pruebas de laboratorio han tenido afectaciones económicas para algunos pacientes:

PE 2: [...] ya venía diagnosticado, [...] el Seguro Social me daba medicamento, no recuerdo el nombre, pero que ya no era del cuadro básico, entonces al llegar a Clínica Condesa [me] hacen todo el estudio, me dicen que eso ya no me sirve y me vuelven a cambiar el esquema [...] Me pidieron que llegara directamente con estudios de CD4, con estudios de sangre, y otro. [Me los] tuve que hacer en una clínica particular y hace cuatro años salían en alrededor de ocho mil pesos. El argumento fue que ya venía diagnosticado de una institución, entonces me pidieron los estudios de esa institución y el Seguro no me da nada. Me dijeron que sin eso no podían hacer nada, yo tenía que ser diagnosticado en todos los sentidos, como con la prueba de ELISA, esa sí me la hice, o más bien, la confirmé en un laboratorio particular, era lo único que tenía. Entonces me dijeron “estás diagnosticado, pero necesitamos saber cómo estás, para saber de qué cuadro, qué medicamento te vamos a dar”.

149. Otro componente de la accesibilidad tiene que ver con la información, y es el que presenta mayores debilidades. Una persona externa difícilmente obtiene información sobre los servicios de la CEC, pero, incluso, las y los pacientes deben realizar averiguaciones por su cuenta:

PE 4: Sí te vas enterando, no porque de entrada te entreguen un boletín que diga la Clínica Condesa es esto, se funda en tal año, por tales motivos, tenemos un cuerpo de médicos en tales especialidades, funciona en tales horarios, tales días, para emergencias puedes llamar a estos números, no [es así]; tú estás yendo y entonces te vas enterando.

PE 5: [...] Casi nunca dan la información completa; si habla alguien por teléfono [...] le dicen una cosa y [cuando] llegan allá le dicen “no, pos que te faltó esto, ¿qué no te dijeron?”; [...] entonces hay que [...] dar como dos mil quinientas vueltas [...] A mí me pasó eso. Yo llegué allí con 59 kilos de peso, diarrea incontrolable, sin fuerza, casi desmayándome, y me hicieron ir y venir. Afortunadamente, iba un amigo conmigo que estuvo allí y me dijo: “siéntate que yo voy a sacar las copias, voy y vengo”. Pero en esas condiciones así, sentado en una banca de la Clínica Condesa no era nada grato. Así fueron idas y venidas por horas. Es que falta esto, no, es que esto otro [...] toda una serie de requisitos [...] Ese proceso de darse de alta que es altamente burocrático, porque [...] es lógico que no es para alguien que no va bien de salud, si fuera bien de salud, y si [...] me dijeran: “eres VIH positivo y tienes que darte de alta para que te traten” o lo que sea, pues está bien, voy y vengo, no hay ningún problema, pero en esas condiciones... [...] Nadie me atendía ni nadie *lo pelaba* a uno, porque si algo tiene el personal de la Condesa es que no es despectivo, es como frío, como “tengo tanto trabajo que no puedo estar atendiendo a uno por uno”.

150. Por otra parte, las indicaciones que reciben las PVVIH sobre la medicación y sus efectos parece quedar al arbitrio del médico o médica de cabecera:

PE 3: [Los medicamentos] traen un instructivo anexo en el que se explica las posibles reacciones que puede haber [...] El médico me dijo “vas a tener mucha náusea, vas a sentir un poquito más, pero es mientras tu organismo se acostumbra al medicamento”.

PE 2: La doctora me indicó, de entrada, que los medicamentos me iban a provocar náuseas, vómitos, mientras mi cuerpo se iba adaptando a ellos; que mi piel no podía estar mucho tiempo expuesta al sol, las playas se iban a quitar de mi diversión, bueno principalmente eso, y que iba a tener diarreas.

151. Los antirretrovirales son tóxicos con fuertes efectos, pero éstos son distintos, dependiendo de las dosis y el medicamento concreto. Es fundamental la información sobre los cuidados y efectos secun-

darios para garantizar la calidad de vida de las PVVIH, por lo que debieran ser las y los médicos quienes la brinden directamente.

C. Valoraciones sobre el trato por parte del personal de la Clínica Especializada Condesa

152. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser de buena calidad y apropiados desde los puntos de vista científico y médico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable limpia y condiciones sanitarias adecuadas.

153. Las valoraciones que realizaron los entrevistados sobre la calidad de los servicios de la CEC son bastante positivas, con excepción del servicio de laboratorio:

PE 1: La entrega de resultados [se] está transfiriendo a otros lados, se tardan demasiado, a veces los resultados los tienen guardados en la dirección y yo digo ¿por qué a la dirección?, debiera estar en los laboratorios, y a lo mejor ahí [está] trasapelado, pero ¿por qué en la dirección?

154. En este sentido, la Secretaría de Salud informó que, en efecto, hubo un desabasto de reactivos durante 2007, lo que ha provocado retrasos en la entrega de los resultados de laboratorio. También se debe destacar que en septiembre se resolvió el rezago en la entrega de resultados de las pruebas, a raíz de la subrogación temporal del servicio a los laboratorios del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

155. Ahora bien, en términos de calidad del servicio, las críticas más importantes refieren al trato del personal:

PE 1: El día que me dio herpes el doctor me dio una regañiza terrible [...] “Déjense ayudar” como si nosotros no estuviéramos pidiendo eso, “déjense ayudar” como si yo estuviera evadiendo, y yo dije “pero doctor, ¿qué tengo que hacer si estoy aquí en cuanto me aparece?” y “¿qué es ‘déjense ayudar’?, ¿qué quiere decir con eso? y además, ¿por qué en *grito pelado*?, ¿por qué en coraje? Si yo ¿qué hice mal? Por favor, ¡entiéndame!, estoy en esta situación de un herpes en boca, de nervios y estrés, ¿qué servicio me dio usted para amortiguarlo?, obviamente ninguno, y todavía con sus gritos, su crisis y demás pues... yo me quedé frío. [El trato del personal] muy mal, se empieza a volver militante, se empieza a volver severo. Cuando llegué en 2005 no era tan drástico como ahora. Ahora es muy *sangrón*, verdaderamente son insolentes, hasta los de trabajo social que eran muy dulces ya se cansan, creo que los está presionando mucho lo cuantitativo, por el cambio de lugar [...] No sé qué pasa o qué está ocurriendo, pero ahora está peor, ahora es más severo, más drástico, más frío.

PE 2: Depende del médico que te toque, te soy sincero, porque hay médicos ya muy mayores que están ahí, y [en] ellos sí se nota un trato un poco discriminatorio, no sé si porque llegas a invadir su espacio, como paciente que no eres de él, porque supongo que deben tener sus pacientes, pero por lo menos a mí sí me han tocado así como que “todavía que te estoy atendiendo”. [O cuando no sé y] me preguntan los nombres de los medicamentos, y si ahí tienen mi historia clínica, [me dicen] “si te los tomas tú, no me los tomo yo”, “pero es que te lo estoy preguntando a ti o ¿ni siquiera tienes capacidad para retener eso?” entonces digo “¡bájale!, ¿no?”. Algunas otras [personas de la clínica] son muy buena gente.

PE 5: [Acerca del personal de la Clínica] no entiendo su trato, [...] siempre ha sido como muy malo, muy... frío, seco. Sí, les falta tacto ¿no?, pero bueno, ni hablar.

156. Cabe destacar, sin embargo, que las opiniones son diversas:

PE 8: Para mí todos son muy buena onda, todos nos tratan súper bien.

PE 6: Bueno, desde que entré a la clínica me han tratado muy bien... todo mundo.

157. A pesar de estas valoraciones positivas sobre el trato del personal, las críticas y quejas deben servir de base para el desarrollo de una estrategia de sensibilización y capacitación del personal, orientada a brindar los servicios con calidez y así, elevar su calidad.

D. El Comité de Pacientes de la Clínica Especializada Condesa

158. Durante la etapa de diseño de la investigación a través de la cual se realizó este informe especial, se tuvo información vía web sobre la existencia de un comité de pacientes de la CEC. En virtud de que la organización sería un elemento clave a considerar en términos de las demandas de protección del derecho a la salud, se esperaba tener valoraciones sobre dicho comité.

159. El Comité de Pacientes de la Clínica Especializada Condesa actualmente se encuentra inactivo. Los entrevistados ubicaron a dos personas vinculadas a este Comité; son los únicos que manifestaron conocer su existencia.

160. En la actualidad, las personas que integraron dicho Comité procuran conformar una cooperativa que facilite la sobrevivencia de personas que viven con VIH, pero que también haga las veces de red de apoyo:

PE 1: [El Comité] es algo asociado a cooperativa de seropositivos emprendedores, porque queremos ayudarnos como un grupo de sobrevivencia digna también con el trabajo, no sólo con el servicio de la Clínica que es una de las propuestas iniciales y más sana, sino también ayudarnos porque es muy difícil encontrar un trabajo donde te dejen salir cada mes y si te tardas muchas horas en la farmacia te digan “¡ah!, bueno”. Obviamente no se va a dar tan fácil, tenemos que tener un trabajo más entendido en esta cuestión para que sí haya la asistencia a visitas, supervisión y todo eso. De hecho es uno de los grandes problemas de nuestra gente, en la seropositividad de Condesa, que [...] no es asalariada; mucha gente vive de la mamá o de la familia o de tal y cual porque no encuentra un trabajo y si lo encuentra lo corren porque, en primera, les da pena decir que son seropositivos y, en segunda, lo de empezar a faltar y mover y hacer por toda el área médica de supervisión, [hacen que digan]: “aquí hay algo raro” y *truenan* a la pobre gente.

161. La organización independiente de las personas que son usuarias de los servicios podría constituir un mecanismo de control y seguimiento a las condiciones en que se ofrecen los servicios de salud. La participación organizada de los y las pacientes de la Clínica es también importante en términos de la generación de redes de apoyo que permitirían frenar colectivamente el estigma, difundir los derechos de las PVVIH, y brindar acompañamiento durante las diferentes etapas del padecimiento.

IV. Políticas de prevención, control y vigilancia de VIH en ciudades de México, América Latina y otros países



162. Este capítulo deriva de un estudio monográfico y documental sobre las políticas de prevención, vigilancia y control de VIH/sida que se han llevado a cabo en tres entidades mexicanas (Jalisco, Veracruz y Chiapas), cuatro ciudades latinoamericanas (Sao Paulo, Río de Janeiro, Buenos Aires y Bogotá) y diez países (España, Francia, Canadá, Estados Unidos, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Estonia, India y Sudáfrica). Con esta información, se realizará una comparación general con las políticas implementadas en el Distrito Federal y, de este modo, hará una ponderación en contexto de sus alcances y resultados.

163. En el primer apartado se describen los programas estatales de prevención del VIH implementados por los gobiernos de Jalisco, Veracruz y Chiapas. En todas las entidades federativas se han instalado centros de atención y prevención en VIH, pero estos tres estados presentan particularidades que determinan su elección para este estudio monográfico: se encuentran en los primeros lugares en términos de mayor número de casos acumulados de VIH en el país; cuentan con programas de atención y prevención en VIH impulsados por los gobiernos locales y cuentan con suficiente información pública disponible en portales electrónicos.

164. En Jalisco se lleva a cabo el Programa Estatal de VIH/Sida/ITS, que cuenta con el Consejo Estatal para la Prevención del Sida. Este Consejo es un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud de Jalisco que, de acuerdo con la información proporcionada por el gobierno estatal, coordina los recursos de diversas instituciones y sectores para prevenir y controlar la infección por VIH/ITS.⁹

165. El gobierno del estado de Veracruz, por su parte, cuenta con el Programa de Acción de Prevención y Control del VIH y otras ITS. Este programa, de acuerdo con la información gubernamental, tiene los objetivos específicos de prevenir y controlar el VIH y disminuir la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual en la población general y grupos vulnerables; reducir la carga de la enfermedad promoviendo entornos y comportamientos saludables, integrando la prevención específica y otorgando tratamiento oportuno y adecuado para el VIH, sida e ITS.¹⁰

166. Finalmente, el gobierno del estado de Chiapas cuenta con la Coordinación Estatal del VIH/Sida/ITS, la cual se basa en el programa estatal de VIH, cuyos objetivos son: fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas; impulsar e implementar acciones específicas para disminuir el estigma y la discriminación asociados a esta enfermedad; y respetar sin restricción alguna los derechos humanos de las personas afectadas y sus familias.¹¹

167. Cabe señalar que todos estos programas se han llevado a cabo en el marco de la creación de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), los cuales fueron creados en diversas entidades del país para ofrecer consulta externa o ambulatoria y realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.¹² En el cuadro IV.1 se detallan los CAPASITS que, para 2008, están instalados en el país.

⁹ Véase <[http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/\\$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf](http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf)> (visitada el 11 de junio de 2008).

¹⁰ Véase <http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/VIH_SIDA_ITS/PROGRAMA_DE_ACCION_DE_PREV_Y_CONTROL_DE_V%5B1%5D.PDF> (visitada el 11 de junio de 2008).

¹¹ Véase <http://www.salud.chiapas.gob.mx/index.php?Itemid=55&tid=50&option=com_content&task=view> (visitada el 11 de junio de 2008).

¹² *Letra S, Salud, Sexualidad y Sida*, núm. 114, jueves 5 de enero de 2005.

Cuadro IV.1 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual

Estado	Ciudad
Aguascalientes	Aguascalientes
Baja California	Mexicali
	Tijuana
	Ensenada
Baja California Sur	La Paz
	Cabos San Lucas
Campeche	Campeche
	Ciudad del Carmen
Coahuila	Saltillo
	Torreón
Chihuahua	Ciudad Juárez
Distrito Federal	Clínica Especializada Condesa
Durango	Durango
Guanajuato	Irapuato
	Celaya
Guerrero	Acapulco
	Chilpancingo
Jalisco	Puerto Vallarta
	Guadalajara
Estado de México	Naucalpan
	Tlalnepantla
	Nezahualcóyotl
	Ecatepec
	Toluca
Michoacán	Morelia
Morelos	Cuernavaca
	Ciudad de Ayala-Anenecuilco
Nayarit	Tepic
	Bahía de Banderas
Nuevo León	Monterrey
Puebla	Puebla
	Acatlán de Osorio
Querétaro	Querétaro
Quintana Roo	Cancún
	Chetumal
San Luis Potosí	San Luis Potosí
	Ciudad Valles
Sinaloa	Culiacán
	Los Mochis
Sonora	Hermosillo
Tamaulipas	Ciudad Victoria
	Nuevo Laredo
	Reynosa
	Matamoros
	Tampico
Tlaxcala	Centro de Información y Diagnóstico del Sida
Veracruz	Veracruz
	Coatzacoalcos
	Río Blanco
	Poza Rica
	Xalapa
Zacatecas	Guadalupe
	Fresnillo

Fuente: <<http://www.censida.gob.mx/>>.

168. Ahora bien, así como en diversas entidades mexicanas los gobiernos locales han llevado a cabo acciones de prevención y atención en materia de VIH/sida, los gobiernos de diversas ciudades latino-

americanas han implementado políticas en materia de prevención, vigilancia, control y atención a personas con VIH. Algunos casos de ello son Sao Paulo, Río de Janeiro, Buenos Aires y Bogotá, y estos casos serán descritos en el segundo apartado (párrafos 227-294).

169. Cabe señalar de antemano que si bien en las cuatro ciudades se han llevado a cabo políticas de prevención y control de VIH, las únicas que cuentan con programas propios de prevención y control de VIH/sida son Río de Janeiro, Sao Paulo y Buenos Aires. En efecto, estas ciudades fueron seleccionadas porque cuentan con programas desarrollados por los gobiernos locales y porque concentran un alto porcentaje de la población con VIH/sida. Si bien Bogotá no cuenta con un programa propio de VIH¹³ se consideró necesario incluirla en este estudio por el impacto que el programa nacional de VIH/sida de Colombia ha tenido en Bogotá, por las políticas que se han implementado en la ciudad y porque de este modo se podrían proporcionar recursos que permitan comparar al Distrito Federal con al menos una ciudad que no cuenta con un programa local de VIH.

170. En Sao Paulo, el gobierno local cuenta con el Centro de Referencia y Tratamiento de VIH/sida, el cual fue fundado en 1983 y tiene los objetivos de realizar vigilancia epidemiológica, evitar la discriminación hacia los grupos afectados, dar seguimiento a los casos de personas infectadas y proporcionar atención a las y los profesionales de salud.¹⁴ En Río de Janeiro, la Secretaría de Salud cuenta con una red de hospitales que, en sus distintas especialidades, atienden a personas con VIH.

171. En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud realizó durante 2006 y 2007 diversos estudios entre la población más vulnerable al VIH con el objetivo de identificar los factores determinantes para la salud sexual.¹⁵ Finalmente, en Buenos Aires el gobierno local cuenta con la Coordinación Sida, la cual fue creada en 2000 con los objetivos de disminuir la transmisión del VIH en dicha ciudad, garantizar la atención integral a las personas con VIH, promover la investigación aplicada y fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.¹⁶

A. Programas estatales de VIH/sida en México

172. El antecedente más inmediato de los programas de prevención, vigilancia y control que se han llevado a cabo en diversas entidades del país es la creación del Consejo Nacional para la Prevención del Sida (Conasida).

173. En 1986 el Comité Nacional para la Prevención del Sida se creó como grupo interinstitucional cuyos objetivos eran evaluar la situación nacional en lo concerniente a la infección por VIH/sida; así como establecer, normar y difundir los criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control.¹⁷

¹³ Después de una revisión exhaustiva de los documentos oficiales y los informes elaborados por el gobierno colombiano se llegó a la conclusión de que en la ciudad de Bogotá se han llevado a cabo diversas políticas de VIH/sida; sin embargo, no se encontró evidencia de que cuente con un programa propio impulsado por el gobierno de la ciudad.

¹⁴ Véase <http://www.crt.saude.sp.gov.br/menu_historia.htm> (visitada el 9 de junio de 2008).

¹⁵ *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, Colombia, 31 de enero de 2008, en <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/colombia_2008_country_progress_report_es.pdf> (visitada el 9 de junio de 2008).

¹⁶ Véase <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/SIDA/vih/objetivos.php?menu_id=10989> (visitada el 9 de junio de 2008).

¹⁷ Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/Sida (Censida), *Informe UNGASS México 2008*, México, Secretaría de Salud, 31 de enero de 2008.

174. En 1988 dicho Comité se convirtió en el Conasida. Desde esa fecha y hasta 1991, si bien recibía recursos federales, este organismo funcionó principalmente con financiamiento internacional. Fue a partir de 1991 que dispuso de un presupuesto específico, dentro de la Secretaría de Salud. Finalmente, en 1997 Conasida se instituyó como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.¹⁸

175. Durante la década de los noventa surgió la necesidad de atender a las personas que carecen de seguridad social, de ese modo se definió en 1998 “un esquema interdisciplinario que se propuso coordinar médicos, personal de enfermería, psicología y trabajo social dentro de unidades o clínicas específicas, denominadas Servicios Especializados de Atención en VIH/Sida (SEAS)”.¹⁹ Al finalizar 2005 había 107 centros de este tipo en todo el país.²⁰

176. No obstante, la evolución y la capacidad de atención en los SEAS no fue uniforme ni todos se pudieron adecuar a la evolución de la epidemia, lo cual suponía ampliar la cobertura de sus servicios, dirigiéndolos también al diagnóstico oportuno, así como a la prevención de otras infecciones de transmisión sexual.²¹

177. Debido a ello, a partir de 2005 se crearon en las entidades federativas los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) con el objetivo de mejorar la atención de las personas con VIH y mejorar la calidad de la atención. Los CAPASITS cuentan con equipos de trabajo integrados por profesionales en medicina, psicología, enfermería y trabajo social.²²

178. A continuación se describen los programas estatales de Jalisco, Veracruz y Chiapas. En la primera parte de cada sección se darán datos sociodemográficos generales de cada entidad con la intención de tener un panorama general del contexto poblacional en donde se generan los programas de VIH. En segundo lugar, se proporcionará información general sobre el VIH en la entidad; por ejemplo, el número y perfil de las personas infectadas, los casos acumulados, entre otros datos. En la tercera parte de cada sección se hará una descripción de los programas de VIH llevados a cabo por los gobiernos estatales; y, finalmente, se describirá cuál es la relación que cada gobierno ha llevado a cabo con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil (OSC) en el marco de dichos programas.

1. Jalisco. Programa Estatal de VIH/Sida/ITS

179. De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, Jalisco tiene una población total de 6 752 113 millones de personas, de las cuales 3 473 291 son mujeres y 3 278 822 son hombres. Esto lo coloca en la cuarta posición entre las entidades más pobladas del país. Entre los municipios más poblados se encuentra la población urbana de Guadalajara con 1.6 millones, aproximadamente, y Zapopan con una población aproximada de 1.1 millones de habitantes.²³

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Letra S, Salud, Sexualidad y Sida*, núm. 114, *op. cit.*

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

²² *Censida, op. cit.*

²³ *Conapo, Proyecciones de la población de México 2000-2050*, 2002.

180. Jalisco está dividido geográficamente en 12 regiones; la más poblada es la región Centro, la cual concentra a los municipios de la zona metropolitana de Guadalajara y sus municipios colindantes; contando para 2007 con 4.36 millones de personas, esto es 63.20% de la población total del estado. El fenómeno de la concentración poblacional es debido a la migración desde las otras regiones y de otros estados hacia la zona metropolitana de Guadalajara.²⁴

181. El 71.4% de la población total de Jalisco corresponde a la población de 14 años y más, lo que equivale a 4 939 471 personas. De este total 62.8% corresponde a la población económicamente activa.²⁵

182. Para el tercer trimestre de 2007, del total de la población ocupada, la mayor proporción (40%) se ubicó en el sector servicios; 20% se ubica en el sector manufacturero y 21% se coloca en el sector comercio. Del total de la población ocupada, según sus prestaciones laborales, 58% trabaja sin prestaciones y sólo 41% tiene acceso a instituciones de salud y a otras prestaciones.²⁶

a) EL VIH EN JALISCO

183. Desde que se notificó el primer caso de sida en México en 1983,²⁷ hasta noviembre de 2007 se han registrado 9 911 casos acumulados²⁸ en la ciudad de Jalisco, pero se estima que podrían existir entre 32 mil y 40 mil infecciones por VIH en el estado aún no diagnosticadas.²⁹ Estos datos colocan a Jalisco en el cuarto lugar de casos acumulados del país, de los cuales:

- 82% corresponde al género masculino, 18% al femenino.
- 73% se encuentra entre los 15 y 44 años de edad.
- 21% tiene una escolaridad superior y media superior.
- 55.73% son personas solteras y 24.28% casadas.
- 55.84% se infectó por vía sexual.³⁰

b) DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN JALISCO

➤ Antecedentes

184. En 1988 se creó el Consejo Estatal de Sida de Jalisco por acuerdo del gobierno estatal. En 1995 dicho Consejo se conformó en tres coordinaciones generales (subconsejería, descentralización y coordinación administrativa) con los objetivos de lograr la participación intersectorial para disminuir la incidencia del VIH, prevenir y controlar el VIH/sida y proporcionar atención integral a las personas infectadas.³¹

185. En 1996 se creó el Programa de Descentralización Municipal a través del cual se establecieron los Comités Municipales de Prevención del Sida (Comusidas) como una estrategia de prevención.

²⁴ Coepo, *Censos generales de población y vivienda*, 2007.

²⁵ INEG, *Encuesta nacional de ocupación y empleo, III trimestre de 2007 (julio-septiembre)*, Jalisco, 2007.

²⁶ Sistema Estatal de Información Jalisco, con base en datos proporcionados por el IMSS, 2007.

²⁷ Censida, *Panorama epidemiológico del VIH e ITS en México*, México, Censida, 2004, p. 12.

²⁸ Censida, Registro Nacional de Casos de Sida, datos al 15 de noviembre de 2007.

²⁹ Coesida Jalisco, Programa Estatal de VIH/ITS 2007 Jalisco, *Infecciones de transmisión sexual*, 2007, p. 18.

³⁰ Información recabada del Programa Estatal de VIH/ITS 2007 Jalisco, *Infecciones de transmisión sexual*, op. cit.

³¹ Con información de la Secretaría de Salud de Jalisco, véase <ssj.jalisco.gob.mx/coeSIDA/index.html>.

Estos comités se apegan a las políticas nacionales y estatales de salud comunitaria, y cuentan con estrategias de capacitación, asesoría, seguimiento, evaluación y supervisión del equipo de trabajo.³²

186. En 2006 el Programa Estatal de Prevención y Control del VIH/Sida e ITS recibió una inversión de más de 21 169 385 pesos, de los cuales aproximadamente seis millones se destinaron a la compra de medicamentos antirretrovirales y el resto a diversas actividades entre las que se encuentran la descentralización municipal, atención integral, prevención, promoción y defensa de los derechos humanos y fomento a la investigación.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

187. En Jalisco se han realizado diversas políticas de prevención entre las que se encuentran la distribución de materiales impresos, objetos promocionales y condones; la atención mediante servicios telefónicos, y la realización de conferencias y talleres educativos de capacitación.³³

188. En cuanto a la cobertura cabe señalar que en el estado existen 58 Comusidas que atienden a 47.6% de los municipios y a 73.14% de la población total. De acuerdo con el Informe ejecutivo 2006 del gobierno estatal, la entidad cuenta con el mayor número de pacientes incorporados(as) al programa de acceso gratuito de medicamentos en todo el país, después del Distrito Federal.³⁴

189. Para la adquisición de medicamentos antirretrovirales se destinan aproximadamente 81 600 millones de pesos, de los cuales 92% provienen de recursos federales y el resto de recursos estatales. Asimismo, mediante el Programa Federal de Acceso Gratuito a Antirretrovirales se proporciona tratamiento a 1 766 pacientes no derechohabientes del IMSS e ISSSTE.³⁵

190. En cuanto a las políticas de vigilancia y control, el Programa Estatal de VIH/Sida cuenta con una base de datos que concentra la información clínica de todas y todos los pacientes en tratamiento, la cual, según el informe citado, se actualiza semanalmente y permite el control de pacientes y medicamentos. Asimismo, en el Hospital Ángel Leño de la Universidad Autónoma de Guadalajara se instaló un laboratorio que sirve para identificar la necesidad de modificar los esquemas antirretrovirales.³⁶

191. Finalmente, cabe señalar que el gobierno del estado cuenta con un Programa de Prevención, Atención Integral y Derechos Humanos en VIH/Sida/ITS al interior de los centros penitenciarios de Jalisco, donde se realizan actividades de detección, prevención, tratamiento, seguimiento y coordinación interinstitucional, y en donde además se ofrecen pruebas para VIH a mujeres embarazadas privadas de su libertad, así como tratamientos antirretrovirales mensualmente.³⁷

³² De acuerdo con datos del *Informe ejecutivo 2006* del Programa Estatal de VIH/ITS 2007, Jalisco.

³³ Con base en el *Informe ejecutivo 2006*, se distribuyeron 852 590 materiales impresos, 7 420 objetos promocionales y cerca de 266 548 condones masculinos y femeninos. Se instalaron en coordinación con diversas instituciones módulos de información que atendieron de manera directa a 40 mil personas y se impartieron 40 conferencias a las que asistieron más de 2 400 personas. Asimismo, se capacitaron a 600 profesionales de la salud. Fuente: Programa Estatal de VIH/ITS 2007, Jalisco, *Informe ejecutivo 2006*, 2007.

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Idem.*

³⁷ *Idem.*

➤ Relación interinstitucional y con OSC

192. Mediante un convenio innovador piloto a nivel nacional, se ha logrado integrar al gobierno federal, al estatal, la Fundación Aids Healthcare Association, a la asociación civil Vallarta contra el Sida, para crear el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión sexual (CAPASITS) en la ciudad de Puerto Vallarta, todo esto con la colaboración y coordinación del Consejo Estatal para la Prevención del VIH/Sida (Coesda).³⁸

193. Se ha reforzado el trabajo interinstitucional con el Mesón de la Misericordia, A. C., el Instituto Jalisciense de las Mujeres y las regiones sanitarias de la zona metropolitana de Guadalajara, para promover la detección oportuna de VIH y sífilis entre las mujeres embarazadas y la promoción del Programa Salva a un Niño del Sida. A través de talleres se ha brindado información y entregado paquetes de prevención a 500 personas, asimismo, se han generado materiales para una campaña específica, tales como anuncios en radio, carteles, postales y folletos.³⁹

194. El Coesda continua colaborando en el Colectivo Jalisco Incluyente, a favor de una Iniciativa de Ley para Prevenir y Eliminar las Formas de Discriminación en el Estado de Jalisco, proyecto que desde su inicio ha sido apoyado por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred); desde julio del 2004 dicha iniciativa se cabildeó al interior del Congreso de Estado, aunque desafortunadamente no se logró que fuera aprobada, por lo que se retomará en la LVIII Legislatura.⁴⁰

195. Coesda forma parte de la Red de Vinculación Especializada para la Integración Laboral de Personas con Discapacidad, Adultos Mayores y Personas con VIH/Sida, la cual es coordinada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social federal. Dicha red tiene por objetivo fomentar la incorporación de políticas no discriminatorias en las empresas.

196. Esta red ha sido vanguardista a nivel nacional, ya que ha sido la primera en proponer la inclusión laboral de personas con VIH/sida, respetando en todo momento su confidencialidad.⁴¹

2. Veracruz. Programa de Acción de Prevención y Control del VIH/Sida y otras ITS

197. De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, el estado de Veracruz tiene una población total de 7 110 214 habitantes, de los cuales 3 423 379 son hombres y 3 686 835 son mujeres. Veracruz es la tercera entidad más poblada del país después del Distrito Federal y del estado de México. Asimismo, es el cuarto estado más pobre en términos de ingreso per cápita.⁴²

198. Las principales actividades productivas de Veracruz son la agricultura, la ganadería, la industria metálica básica, los alimentos, las bebidas, el tabaco, la petroquímica y la electricidad.⁴³ En cuanto al nivel de ocupación, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, al primer trimestre de 2008, Veracruz contaba con 2 867 437 personas ocupadas; 101 403 subocupadas y 89 791 desocupadas.

³⁸ *Idem.*

³⁹ Programa Estatal de VIH/ITS 2007 Jalisco, *op. cit.*, p. 9.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 8.

⁴¹ *Idem.*

⁴² Banco Mundial, *La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*, Reporte 208612-ME, México, 2004.

⁴³ Véase <http://portal.veracruz.gob.mx/portal/page?_pageid=153,4202479&_dad=portal&_schema=PORTAL> (consultada el 3 de julio de 2008).

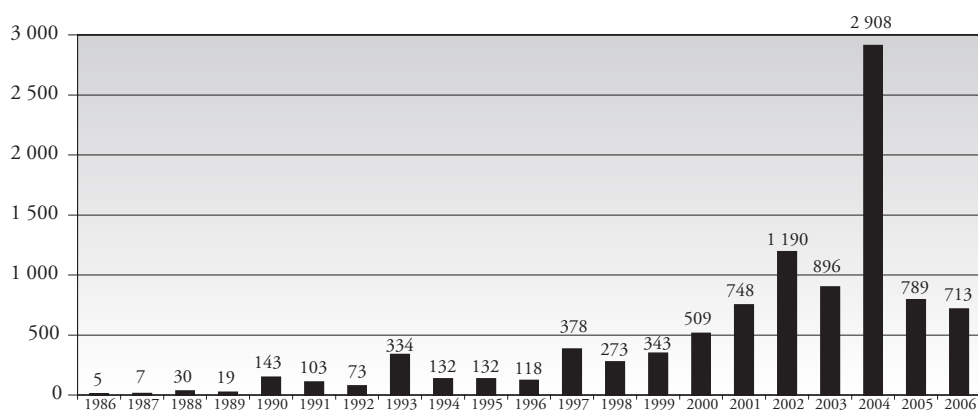
199. Con relación a los indicadores de marginación, cabe destacar que de acuerdo con el documento “Estudios regionales para la planeación”, elaborado por el gobierno del estado de Veracruz, en dicha entidad “10.39% de las viviendas habitadas no cuenta con electricidad, 15.27% carece de sanitario, 27.04% no disponen de agua y 31.72% no poseen drenaje”.⁴⁴ Según este documento “lo anterior muestra las debilidades del estado en materia de vivienda; sin embargo, el problema más grave se encuentra en que 51.5% de las viviendas presenta algún nivel de hacinamiento”.⁴⁵

200. Asimismo, de toda la población en el estado 4 206 502 (equivalente a 59%) carecen de la derechohabencia a servicios de salud mientras que 651 469 personas mayores de 15 años no saben leer ni escribir. Finalmente, cabe señalar que el grado promedio de escolaridad de la población es de 7 años.⁴⁶

a) INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL VIH EN VERACRUZ

201. A nivel nacional, el estado de Veracruz ocupa el tercer lugar de casos acumulados de sida con 10 420 al 2007. Esta entidad concentra 9.02% del total de casos en todo el país, con una relación de una mujer por cuatro hombres infectados. El grupo de edad más afectado es de 15 a 44 años. Del total de casos registrados en el estado, se desconoce la evolución de 2.3%. Al 31 de diciembre de 2006 se habían detectado 34 casos de sida en los centros de readaptación social.⁴⁷

Gráfica IV.1 Total de casos acumulados de sida por año de diagnóstico en Veracruz



Fuente: Gobierno del estado de Veracruz, Programa de Prevención y control de VIH/Sida y otras ITS, 2007.

202. Durante 2006 se registraron 713 casos nuevos de VIH, 18% de los cuales se concentra en la Jurisdicción Sanitaria de Veracruz; el segundo lugar lo ocupa Cosamaloapan, con 16.6% de los casos; le siguen Coatzacoalcos y Poza Rica, con 11.9 y 11.3%, respectivamente. La principal vía de transmisión del VIH en el estado es la sexual, pues a ella le corresponde 90.5% de los casos.⁴⁸

⁴⁴ Gobierno del estado de Veracruz, “Estudios regionales para la planeación” en <http://portal.veracruz.gob.mx/portal/page?_pageid=153,4198624&_dad=portal&_schema=PORTAL> (consultada el 3 de julio de 2008).

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ INEG, *II Censo Nacional de Población y Vivienda*, México, 2005.

⁴⁷ Gobierno del estado de Veracruz, *Programa de Prevención y Control del VIH/Sida y otras ITS, 2007*, en <http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO_VIH_SIDA_ITS/PROGRAMA_DE_ACCION_DE_PREV_Y_CONTROL_DE_V%5B1%5D.PDF> (consultada el 3 de julio de 2008).

⁴⁸ *Ibid.*

b) DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN LA CIUDAD

➤ Antecedentes

203. De acuerdo con información del Banco Mundial, desde inicios de esta década, en Veracruz se han realizado reformas importantes en el área de la salud; entre ellas la integración de las dependencias del sector salud del estado que habían estado fragmentadas en años anteriores y la creación de un impuesto estatal a la nómina, el cual, según el Banco Mundial, ayudó a incrementar la participación de la entidad al gasto en salud.

204. En 1997 se creó la Secretaría de Salud de Veracruz (Sesver), que tiene la responsabilidad principal de proveer de paquetes básicos de salud a la población. A partir de su creación se incrementó la cooperación entre las dependencias incluyendo las administradas por el gobierno federal, como IMSS-Solidaridad. Según el Banco Mundial “los cambios institucionales han ayudado al estado a lograr su meta de alcanzar cobertura universal de atención de primer nivel para su población abierta en los tres últimos años”.⁴⁹

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

205. De acuerdo con información de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, el Programa de Prevención y Control de VIH/Sida y otras ITS tiene el objetivo general de “disminuir el impacto del VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual en los individuos, las familias, la comunidad y la sociedad”.⁵⁰

206. Asimismo, tiene los objetivos específicos de prevenir y controlar el VIH/sida y disminuir la incidencia de otras ITS en la población general y grupos vulnerables; reducir la carga de la enfermedad promoviendo entornos y comportamientos saludables e integrando la prevención específica; y, finalmente, otorgar tratamiento oportuno y adecuado en el VIH/sida e ITS.”⁵¹

207. El Programa de Prevención y Control de VIH/Sida y otras ITS tiene presencia en los 212 municipios del estado, se implementó de enero a diciembre de 2007 y atiende a una población potencial de los servicios de salud del estado de Veracruz de 3 923 384 habitantes, que equivalen a 53.5% de la población total del estado. Asimismo, de acuerdo con el programa, su población objetivo son los grupos vulnerables como jóvenes, mujeres embarazadas, personas que se dedican al trabajo sexual (TSC), personas migrantes, población indígena y personas internas del Centro de Readaptación Social.

208. Las líneas de acción en las políticas de prevención incluyen: fortalecer el plan intensivo para el control del VIH/sida en las jurisdicciones de Coatzacoalcos, Cosamaloapan y Veracruz; realizar campañas publicitarias dirigidas a adolescentes en coordinación con el Programa de Atención a la Salud del Adolescente de la Secretaría de Educación; coordinar y promover actividades educativas en comunidades rurales e indígenas; llevar a cabo estrategias de coordinación con organismos civiles dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); promover programas específicos sobre sexualidad en la Secretaría de Educación y en la Universidad Veracruzana; continuar trabajando en los Centros de

⁴⁹ Banco Mundial, *op. cit.*

⁵⁰ *Idem.*

⁵¹ *Idem.*

Readaptación Social de acuerdo al Convenio establecido y dotar de manera permanente de condones a organismos civiles, escuelas y otras dependencias.

209. En cuanto a la prevención sanguínea el programa cuenta con las siguientes líneas de acción: difundir la Norma Oficial Mexicana 003 y la 010 en todas las unidades de primer y segundo nivel de atención y en bancos de sangre; realizar pruebas de tamizaje a todas las personas donantes y realizar campañas semestrales de sangre segura.

210. Las líneas de acción en control y vigilancia incluyen la revisión diaria de los estudios epidemiológicos, la revisión semanal de los casos notificados, el envío semanal de casos a la Dirección General de Epidemiología, la captura de estudios epidemiológicos y la revisión semanal de los datos de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

211. En cuanto a sus recursos humanos, a nivel estatal cuentan con una coordinadora estatal de programa, un médico supervisor, y una licenciada en estadística. Asimismo, en laboratorio el Programa cuenta con una directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública, una jefa de departamento de Epidemiología, un equipo de trabajo en VIH/sida y en biología molecular. Además, el Centro Humanista Integral de la Sexualidad está a cargo de un coordinador, un psicoterapeuta y dos psicólogas.

212. El Programa está integrado por cinco CAPASITS, mismos que están a cargo de seis coordinadores de servicios especializados, un médico internista e infectólogo, siete médicos generales, tres odontólogos, cinco enfermeras, seis trabajadoras sociales, ocho profesionales en psicología y cuatro auxiliares administrativos. Finalmente, a nivel jurisdiccional el programa cuenta con 11 responsables jurisdiccionales.

213. Sería necesario contar con un estudio de evaluación sobre la vastedad de las medidas y recursos señalados para identificar su alcance y hacer una ponderación de los resultados. No obstante, la Secretaría de Salud del estado de Veracruz ha señalado que algunas de las debilidades de su programa son la carencia de personal para atender todos los componentes del mismo; la ausencia de centros de detección y consejería en cada una de las jurisdicciones sanitarias; el retardo en la adquisición de los insumos; la necesidad de hacer extensivo un programa de prevención en el sector salud en todos los niveles; la falta de atención al ciento por ciento en la atención de las ITS y, finalmente, la carencia de un programa permanente en grupos vulnerables; principalmente en indígenas y migrantes.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

214. Gran parte de las relaciones interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil se han dado en la línea de prevención. En donde el programa ha llevado a cabo acciones multidisciplinarias con el sector salud, la Secretaría Estatal de Cultura, los ayuntamientos y otras dependencias públicas así como organizaciones civiles, padres de familia y medios de comunicación. Asimismo, se firmó un convenio con los Centros de Readaptación Social para impulsar campañas de prevención.

3. Chiapas. Programa Estatal de VIH/Sida/ITS

215. Chiapas se ubica en el sureste de México, comparte frontera con Guatemala y Centroamérica. De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, dicha entidad tiene una población

total de 4 293 459 personas, de las cuales 2 184 629 son mujeres y 2 108 803 son hombres. Chiapas es uno de los estados con mayor población indígena pues casi 25% de sus habitantes habla alguna lengua originaria.⁵²

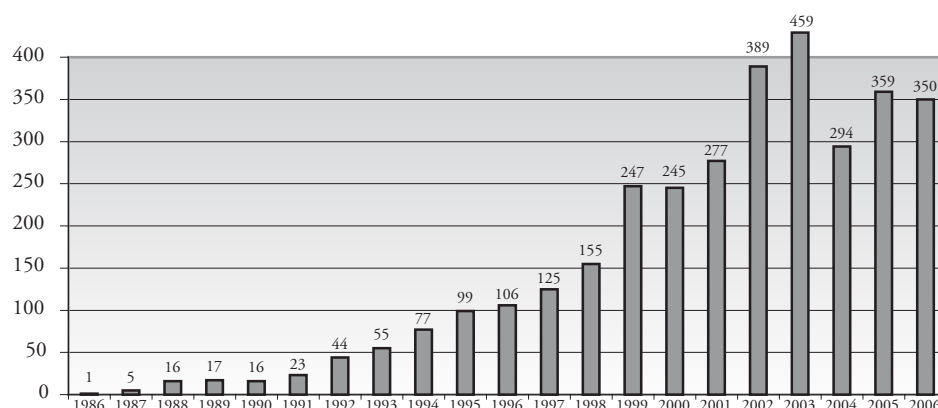
216. Asimismo, Chiapas es uno de los tres estados más pobres de México: la tasa de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas es tres veces mayor al promedio nacional, y sus indicadores de salud se encuentran por debajo de dicho promedio.⁵³ En lo referente a la población ocupada cabe señalar que en la entidad 60.8% de la población es económicamente activa; 34.5% trabaja por su cuenta y casi 20% son trabajadores(as) sin pago mientras el porcentaje nacional es de sólo 9.1 por ciento.⁵⁴

217. La desigualdad de la distribución del ingreso se manifiesta en el hecho de que sólo 1% de la población total ocupada gana más de 10 salarios mínimos. Por todo lo anterior, existen varios factores de vulnerabilidad social y cultural que afectan la dinámica de la epidemia del VIH/sida.⁵⁵

a) INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL VIH EN CHIAPAS

218. El primer caso de sida en Chiapas se registró en 1986, tres años después del primer caso diagnosticado en el país. En sus inicios, la enfermedad presentó un crecimiento lento y fue a partir de la década de 1990 que la epidemia evidenció un incremento marcado hasta alcanzar el mayor número de casos registrados en 2003, mostrando una aparente estabilización a partir de 2004.⁵⁶ Al 2007 Chiapas tiene 4 117 casos acumulados de sida, lo cual lo ubica en el séptimo lugar nacional.

Gráfica IV.2 Total de casos acumulados de sida por año de diagnóstico en Chiapas



Fuente: Tinoco Ojanguren, Rolando, María E. Martínez Hernández y Angélica A. Evangelista García (coords.), *Compartiendo saberes sobre VIH/Sida en Chiapas*, México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones en Salud en Comitán, Consejo Estatal de Población, Colegio de la Frontera Sur, 2007.

⁵² Secretaría de Planeación y Finanzas, Chiapas, información 2003.

⁵³ Banco Mundial, "Estructura y tendencia de las carencias" en *La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*, 2004, en <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/e_capitulo_3.pdf>.

⁵⁴ INEG, registros de 2003, Chiapas.

⁵⁵ INEG, registros de 2001, Chiapas.

⁵⁶ Rolando Tinoco Ojanguren, María E. Martínez Hernández y Angélica A. Evangelista García (coords.) *Compartiendo saberes sobre VIH/Sida en Chiapas*, México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones en Salud en Comitán, Consejo Estatal de Población, Colegio de la Frontera Sur, 2007, p. 28.

219. De dichos casos acumulados, 72% corresponde a hombres y 28% a mujeres; es decir, la proporción es de una mujer por cada tres hombres, a diferencia de los datos nacionales que son de una mujer por cada cinco hombres. La principal vía de transmisión es la sexual, a la cual corresponden 89% de los casos. Finalmente, 66% de los casos se refiere a personas que tienen entre 20 y 39 años de edad.⁵⁷

220. Cabe señalar que, a pesar del importante porcentaje de población indígena que vive en Chiapas, no se cuentan con estadísticas respecto al número de casos detectados en este grupo de población, debido a que los instrumentos de notificación no registran la pertenencia étnica. De acuerdo con un estudio realizado por Rolando Tinoco Ojanguren, la situación epidemiológica actual obliga a encauzar de forma importante el programa hacia la prevención, mediante la educación para la salud entre la población indígena preferentemente joven.⁵⁸

b) DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN CHIAPAS

➤ Antecedentes

221. Según el estudio citado, gran parte del trabajo en materia de prevención de VIH/sida se ha llevado a cabo por OSC en el estado. Según el estudio citado, en abril de 2002 se reunieron diversas OSC con el objetivo de definir estrategias entre el sector salud y organizaciones no gubernamentales. Como resultado de esa reunión y de un taller de diagnóstico sobre la epidemia de VIH/sida se generó un documento titulado “Manifiesto sobre la problemática actual del VIH/sida e ITS en el estado de Chiapas; una mirada de la sociedad civil organizada” donde se plantea la necesidad de realizar acciones en la materia.⁵⁹

222. En junio de 2002 las organizaciones entregaron el documento al secretario de salud con quien se acordó programar reuniones de trabajo para analizar la problemática en la asignación de tratamientos antirretrovirales y elaborar el Programa de Trabajo de VIH/Sida 2002-2006.⁶⁰

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

223. Las políticas de Chiapas en la materia se han centrado en la prevención más que en la vigilancia y el control. De acuerdo con el primer informe de gobierno del estado de Chiapas se han realizado talleres de prevención en coordinación con el Instituto Mexicano de la Juventud.⁶¹

224. La inversión del programa de VIH/sida es de 12 millones de pesos mediante el cual se reparte el medicamento gratuito, se realizan pruebas de carga viral, se realizan campañas de información y educación, y pruebas gratuitas de tamizaje y confirmadoras.⁶²

225. Una de las estrategias asistenciales que Chiapas desarrolló fue la puesta en marcha de 14 servicios de atención integral en 14 hospitales. Asimismo, se han realizado de forma gratuita pruebas rápidas para la detección del padecimiento a las embarazadas, a fin de prevenir la transmisión perinatal, y en el año próximo construirán dos centros ambulatorios de atención integral para la prevención del sida y otras ITS.⁶³

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ *Idem.*

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ *Idem.*

⁶¹ *Idem.*

⁶² *Idem.*

⁶³ “Desarrollo social y combate a la desigualdad” en *Primer Informe de Gobierno del Estado de Chiapas 2007*, p. 108.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

226. El gobierno de Chiapas se ha destacado por el trabajo coordinado entre el Sistema de Salud y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para la prevención y en la investigación del sida.⁶⁴

227. Un ejemplo al respecto se refiere al Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, el cual lleva a cabo el Proyecto de Acción del Comité Regional de Salud Reproductiva que implementa acciones de prevención, atención, seguimiento y acompañamiento a personas portadoras del VIH. Este trabajo se realizó en coordinación con instituciones del sector salud como IMSS, ISSSTE, Hospital General de Comitán, Hospital Integral de Margaritas y la Jurisdicción Sanitaria III.⁶⁵

228. A continuación se enlistan otras organizaciones civiles que trabajaron en el tema VIH/sida así como las regiones que abarcaron:

Cuadro IV.2

Organización civil	Región de Chiapas
Abracemos a Tonalá, A. C.	Costa Tonalá
Casa Abierta para la Lucha Contra el Sida Chiapas, A. C.	Centro Tuxtla Gutiérrez
Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos, A. C. (CCESC)	Altos Selva y Fronteriza, San Cristóbal, Ocosingo, Las Margaritas
Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C.	Fronteriza, ocho municipios
Chiltak, A. C.	Altos, selva y sierra
Red Estatal Democracia y Sexualidad (Demysex)	Todo el estado
FRENPAVIH, A. C., Chiapas	Todo el estado
Instituto de Investigación de la Frontera Sur (Infrosur)	Sierra Comalapa
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam)	Centro Tuxtla Gutiérrez
Red Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual (Sissex)	Sureste del estado
Una Mano Amiga	Soconusco Tapachula

Fuente: Rolando Tinoco Ojanguren, María E. Martínez Hernández y Angélica A. Evangelista García (coords.), *Compartiendo saberes sobre VIH/Sida en Chiapas*, México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones en Salud en Comitán, Consejo Estatal de Población, Colegio de la Frontera Sur, 2007.

229. Esta breve presentación de los programas implementados en otras entidades federativas mexicanas muestra que los estados de Jalisco y Veracruz cuentan programas amplios de prevención y control de VIH/sida que cubren a gran parte de la población en cada entidad.

230. En Chiapas, a diferencia de los dos primeros, las OSC han sido quienes han impulsado en mayor medida la implementación de las acciones y medidas en materia de prevención del VIH. De cualquier forma, en los tres estados aún queda mucho por hacer principalmente en lo referido a las políticas de vigilancia pues la mayoría de los esfuerzos estatales van dirigidos a la prevención de la infección pero al parecer no se ha dado un seguimiento puntual de los casos en ninguna de las tres entidades estudiadas.

B. Contexto del VIH/sida en América Latina

231. El VIH sigue siendo uno de los desafíos de la salud pública en materia de enfermedades infecciosas, según los informes más recientes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al

⁶⁴ María Eugenia Martínez Hernández, "La sociedad civil y el sector salud: colaborando en la lucha contra el sida en Chiapas" en Tinoco Ojanguren, Rolando, *Compartiendo saberes sobre VIH/Sida en Chiapas*, México, 2007, pp. 161-180.

⁶⁵ *Idem*.

VIH/Sida (Onusida) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto aplica para la región latinoamericana. No obstante, el informe más reciente sobre la situación de la epidemia destaca que la evaluación epidemiológica actual presenta elementos alentadores, ya que sugiere que la prevalencia mundial de la infección por VIH (porcentaje de personas infectadas por el virus) se mantiene en el mismo nivel; se observan reducciones localizadas en la prevalencia en países específicos, y una disminución en la mortalidad asociada al VIH (en parte atribuible al reciente aumento de acceso al tratamiento), y además, una reducción del número de nuevas infecciones anuales por VIH a nivel mundial.⁶⁶

232. En la región de América Latina la epidemia del VIH se mantiene estable, y la transmisión del mismo sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre las que se cuentan las y los trabajadores sexuales comerciales (TSC) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), de acuerdo con Onusida y OMS.⁶⁷

233. En este contexto, el número estimado de nuevas infecciones por VIH en América Latina en 2007 fue de 100 mil, lo que eleva a 1.6 millones el número del total de personas que viven con VIH en esta región (véase cuadro IV.3).

234. Según las estimaciones, aproximadamente 58 mil personas fallecieron a causa del sida el año pasado. Si bien las mayores epidemias de la región corresponden a los países más grandes, especialmente Brasil, las epidemias más intensas se están desarrollando en países pequeños como Belice y Honduras, donde 1.5% o más de los adultos vivían con VIH en 2005,⁶⁸ una prevalencia superior al promedio en la región (véase cuadro IV.3).

235. En Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela se han conseguido avances notables en el acceso al tratamiento del VIH, a diferencia de la situación en los países centroamericanos y de la región andina del sur del continente, que son los más pobres.

236. Alrededor de un tercio de todas las PVVIH en América Latina residen en Brasil (véase cuadro IV.4), país en el que el objetivo simultáneo de asegurar el acceso a los servicios de prevención del VIH y a su tratamiento ha contribuido a mantener estable la epidemia. De acuerdo con Onusida, el acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico redujo a la mitad las tasas de mortalidad por sida entre 1996 y 2002.⁶⁹

Cuadro IV.3 Estadísticas de VIH y sida en América Latina y el Caribe 2001 y 2007

	Adultos y niños que vivían con VIH	Nuevas infecciones por VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por sida
América Latina				
2007	1 600 000 (1 400 000-1 900 000)	100 000 (47 000-220 000)	0.5% (0.4%-0.6%)	58 000 (49 000-91 000)
2001	1 300 000 (1 200 000-1 600 000)	130 000 (56 000-220 000)	0.4% (0.3%-0.5%)	51 000 (44 000-100 000)

⁶⁶ Onusida y OMS, *Situación de la epidemia de sida 2007*, Ginebra, abril de 2008, p. 4.

⁶⁷ Onusida y OMS, *op. cit.*

⁶⁸ Onusida, *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*, Ginebra, mayo de 2006.

⁶⁹ Onusida y OMS, *Situación de la epidemia de sida: América Latina*, Ginebra, abril de 2008. En este informe, las cifras se ajustaron a la baja.

Cuadro IV.3 Estadísticas de VIH y sida en América Latina y el Caribe 2001 y 2007 (continuación)

	Adultos y niños que vivían con VIH	Nuevas infecciones por VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por sida
Caribe				
2007	230 000 (210 000-270 000)	17 000 (15 000-23 000)	1.0% (0.9%-1.2%)	11 000 (9800-18 000)
2001	190 000 (180 000-250 000)	20 000 (17 000-25 000)	1.0% (0.9%-1.2%)	14 000 (13 000-21 000)

Fuente: Onusida y OMS, *Situación de la epidemia de sida 2007*, Ginebra, abril de 2008, p. 7.

Los intervalos de las estimaciones presentadas definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

237. Se estima que las relaciones sexuales sin protección entre varones representan cerca de la mitad de las infecciones por VIH que se transmiten por vía sexual en Brasil. En este país, se ha encontrado una alta prevalencia⁷⁰ entre personas privadas de su libertad. Casi 6% de los reclusos de una penitenciaría de Sao Paulo, a los que se les realizó la prueba de VIH, resultaron VIH-positivos, al igual que 14% de las reclusas de un centro de detención de la misma ciudad. El conocimiento sobre VIH entre las y los reclusos parecen ser alto, pero el acceso a los servicios de prevención en las prisiones sigue siendo inadecuado.

238. En Argentina, las relaciones sexuales sin protección se han convertido en la principal vía de transmisión del VIH. Alrededor de 80% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2005 se atribuyeron al coito sin protección. Al igual que en otros países latinoamericanos, la mayor prevalencia de esta enfermedad se registra entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

239. En México, la epidemia sigue concentrada en los grupos más expuestos (HSH, TSC y sus clientes, y UDI). Según las estimaciones, las relaciones sexuales sin protección entre varones representan más de la mitad (57%) de las infecciones por VIH registradas hasta la fecha. En Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, las infecciones por VIH continúan concentradas entre HSH.

Cuadro IV.4 Estimaciones sobre VIH y sida en América Latina, 2005

País	Número de personas que viven con VIH					Defunciones por sida			
	Adultos y niños, 2005		Adultos (15 años y más), 2005	Tasa de adultos (15-49 años) 2005 (%)	Estimación	Mujeres (15 años y más) 2003	Defunciones en adultos y niños, 2005		
	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)
América Latina	1 600 000	(1 200 000-2 400 000)	1 600 000	(1 200 000-2 400 000)	0.5	480 000	340 000-760 000	59 000	(47 000-576 000)
Argentina	130 000	(80 000-220 000)	130 000	(78 000-220 000)	0.6	36 000	(19 000-64 000)	4 300	(2 600-6 400)
Brasil	620 000	(370 000-1 000 000)	610 000	(370 000-1 000 000)	0.5	220 000	(110 000-390 000)	14 000	(8 300-21 000)
Colombia	160 000	(100 000-320 000)	160 000	(100 000-320 000)	0.6	45 000	(24 000-95 000)	8 200	(5 200-2 000)
El Salvador	36 000	(22 000-72 000)	35 000	(22 000-71 000)	0.9	9 900	(5 300-21 000)	2 500	(1 600-3 700)

⁷⁰ La prevalencia se refiere al número de casos totales en un periodo específico.

Cuadro IV.4 Estimaciones sobre VIH y sida en América Latina, 2005 (*continuación*)

País	Número de personas que viven con VIH				Defunciones por sida				
	Adultos y niños, 2005		Adultos (15 años y más), 2005	Tasa de adultos (15-49 años) 2005 (%)	Mujeres (15 años y más) 2003	Defunciones en adultos y niños, 2005			
	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)	Estimación	(Estimación alta-estimación baja)
Guatemala	61 000	(37 000-100 000)	59 000	(35 000-97 000)	0.9	16 000	(8 300-29 000)	2700	(1 600-4 000)
Guyana	12 000	(4 700-23 000)	11 000	(4 400-22 000)	2.4	6 600	(2 300-14 000)	1 200	(440-2 300)
Honduras	63 000	(35 000-99 000)	61 000	(33 000-95 000)	1.5	16 000	(7 500-27 000)	3 700	(2 000-6 200)
México	180 000	(99 000-440 000)	180 000	(97 000-440 000)	0.3	42 000	(17 000-91 000)	6 200	(3 800-11 000)
Panamá	17 000	(11 000-34 000)	17 000	(10 000-33 000)	0.9	4 300	(2 300-9 200)	1 000	(1 000)
Suriname	5 200	(2 800-8 100)	5 100	(2 800-8 000)	1.9	1 400	(690-2 400)	500	(1 000)
Venezuela	110 000	(54 000-350 000)	110 000	(52 000-350 000)	0.7	31 000	(13 000-100 000)	6 100	(3 100-11 000)

Fuente: Onusida, Anexo 2 en *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*, Ginebra, mayo de 2006. En este informe de Onusida las cifras se ajustaron a la baja.

240. En Colombia, las relaciones sexuales entre hombres son también el principal factor de transmisión de VIH, donde se observa una prevalencia de 10 a 18%. Otro factor son las relaciones sexuales remuneradas no protegidas. En 2006 se registraron prevalencias de VIH de 3.3 y 5% entre trabajadoras sexuales comerciales en Barranquilla, tasa considerablemente mayor que la prevalencia de 0.7% registrada en un estudio de 2002 entre TSC de Bogotá.⁷¹

Cuadro IV.5 Evolución de la prevalencia de VIH en los grupos de mayor riesgo de algunos países de América Latina

País	UDI		TSC mujeres				HSH					
	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
América Latina												
Argentina	2000	23.0	...	...	2001	3.4	...	...	2000	13.8	...	...
Brasil	2000	46.0	...	...	2001	2.9	...	...	2001	13.0	...	...
Colombia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	...	...	...	...	...	...	...	...	2001	15.2	...	...

Fuente: Onusida, Anexo 2, *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*, Ginebra, mayo de 2006.

241. A continuación se detalla la situación de la epidemia y las políticas aplicadas para contenerla en cuatro de las principales ciudades latinoamericanas.

1. Buenos Aires. Coordinación Sida

242. Las estimaciones conjuntas de Onusida, la OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS de Argentina muestran que en 2007 134 mil personas viven con VIH/

⁷¹ Onusida y OMS, *Situación...*, *op. cit.*

Sida en ese país.⁷² De los 1 401 casos de sida registrados en 2006, 54% corresponden a la Provincia de Buenos Aires y 13% se concentra en la ciudad de Buenos Aires. Cabe señalar que la Provincia de Buenos Aires se encuentra por encima de la tasa promedio del país, ubicada en 4.4 por 100 mil habitantes, ya que se registra en ella una tasa de 5.0. De 2000 a 2007 se diagnosticaron 37 200 infecciones por VIH, con un índice de masculinidad en los últimos tres años de 1.5 a 1.6 hombres por cada mujer. Con respecto a la vía de transmisión, en una elevada proporción (82.5%) de casos la vía de transmisión fue sexual (61.5% vía relaciones heterosexuales y 21% de HSH), 7% por uso compartido de equipos de inyección y 3.4% por transmisión materno-infantil. En 30% de estos niños, los diagnósticos fueron tardíos.

243. Del total de diagnósticos de VIH, 50% se concentró en la Provincia de Buenos Aires y 15% en la ciudad de Buenos Aires. Como se observa en el cuadro IV.6, la Provincia de Buenos Aires presenta una tasa de incidencia de 11.7 por cada 100 mil personas, superior a la tasa de incidencia nacional de diagnóstico de VIH de 9.4 por 100 mil personas, mientras que la ciudad de Buenos Aires ostenta la tasa de incidencia más elevada con 19.7 por cada 100 mil habitantes. De acuerdo con el Ministerio de Salud, la incidencia superior puede que se relacione con una mayor prevalencia de VIH, una mayor accesibilidad al análisis y una mayor notificación en esa provincia.⁷³

Cuadro IV.6 Tasa de incidencia de sida e incidencia de diagnóstico de VIH, Argentina, 2006 (por 100 mil habitantes)

	Sida	VIH
Argentina	3.60	9.48
Ciudad de Buenos Aires	5.85	19.73
Provincia de Buenos Aires	4.98	11.63

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS.

244. En enero de 2003 se estableció la notificación obligatoria de los nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en la ciudad de Buenos Aires, y hasta el 30 de agosto de 2006 se notificaron un total de 4 137 infecciones por VIH, de las cuales 41.4% correspondieron a residentes en la ciudad, y el resto a personas atendidas que no son residentes.⁷⁴ Según las notificaciones de nuevas infecciones por VIH en residentes en el periodo de 2003 a 2006 (1 712 nuevos casos), la relación hombre/mujer se ubicó en 1.9 hombres por cada mujer.

245. En cuanto a los grupos de edad más afectados, la media de edad es de 33 años (34 en hombres y 31 en mujeres), con una mayor concentración de casos de VIH diagnosticados en el grupo de edad de 25 a 34 años, tanto en hombres como mujeres (19.1% de los casos en hombres, en los rangos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años; y 20.7% y 22.8% en el caso de las mujeres en ambos rangos, respectivamente). Por lo que atañe a la vía de transmisión, 88.8% de las infecciones de VIH ocurrieron por vía sexual (57.5% de los casos correspondió a contagio heterosexual y 31.3% a HSH, mientras que 5.9% correspondió a UDI y 2.5% a niños que adquirieron el virus por transmisión materno-infantil (vertical). De los 42 niños diagnosticados en el periodo, 24 nacieron entre 2003 y 2005 (véase cuadro IV.6).

246. Con respecto a la transmisión materno-infantil, en Buenos Aires se han diagnosticado 295 casos de sida en residentes, lo que representa 3.8% de los casos totales acumulados en el periodo de

⁷² Dirección General de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Argentina. Enero de 2006-Diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008.

⁷³ Dirección General de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, *op. cit.*, pp. 4-5.

⁷⁴ "Situación epidemiológica del VIH/Sida en la ciudad de Buenos Aires", en *Infosida*, publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, año 5, núm. 5, diciembre de 2006. Los datos que provienen de esta fuente.

1983 a 2005. Esta proporción descendió de 5.3% en 1991 a 1.1 en 2005, esto debido a los programas asociados a la estrategia de prevención, tales como las pruebas de diagnóstico y el tratamiento a mujeres embarazadas diagnosticadas con la infección. Cabe destacar que la estrategia global internacional para la prevención de la expansión de VIH contempla esta vía de transmisión. En 2007, una de cada seis nuevas personas infectadas por VIH en el mundo era un niño.⁷⁵ Según Onusida, “la gran mayoría de esas infecciones se producía durante el embarazo o el parto, o de resultados del amamantamiento. La mayoría de los niños infectados en la fase perinatal mueren antes de cumplir los dos años.”⁷⁶

247. En cuanto a los casos de sida acumulados en el periodo, se notificaron 14 808, de los cuales 7 768 (52.5%) son residentes. De ellos, se observa que la tasa de incidencia fue más alta en 1996 con 30.5 por 100 mil habitantes, y decreció hasta 9.5 en 2004, reducción que se vincula a la aparición de la terapia antirretroviral. Con respecto a los casos acumulados notificados desde el inicio de la epidemia suman 6 156 hombres y 1 563 mujeres residentes en la ciudad. La razón hombre/mujer disminuyó notablemente de más de 10 a 1 en la década de los ochenta, a 3 a 1 en 1997 y desde entonces se mantiene estable. La media en edad de los casos de sida es de 32 años para los hombres y 29 años para las mujeres. En 2005, la mayor proporción de casos de sida ocurrió en personas heterosexuales (42.8%), en HSH (33.7%) y en UDI (19.3%).

Cuadro IV.7 Características de la epidemia en Buenos Aires (2006)

- Mayor impacto en los barrios de la zona sur de la ciudad.
- Mayor proporción de mujeres en los nuevos diagnósticos de infección: relación hombre/mujer dos a uno *versus* tres a uno en los casos de sida.
- Mayor proporción de diagnósticos en personas jóvenes (25 a 34 años).
- Principal vía de transmisión: sexual.
- Aumentan los diagnósticos en personas heterosexuales.
- Se mantiene alta la proporción de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tanto en los diagnósticos de infección como en los casos de sida (alrededor de 30%).
- El nivel educativo de las personas con sida es menor al de aquellas notificadas con VIH y éstas, a su vez, alcanzaron menor escolaridad que la población general de la ciudad.
- Un alto porcentaje de diagnósticos de VIH se registra en personas asintomáticas. Sin embargo, uno de cada cinco (22.5%) recibió diagnóstico simultáneo de infección y sida.
- Cuando se analiza el total de casos de sida, 56% tiene diagnóstico de VIH desde hace un año o menos. Esto permite conjeturar que la mayoría de las personas que enferman desconocían su estatus serológico. La tasa de transmisión materno-infantil de la ciudad de Buenos Aires (3.7% para el acumulado de 2003 a 2005) indica un control de la transmisión por esa vía cercana a los estándares de países desarrollados.

Fuente: *Infosida*, publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, diciembre de 2006.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

➤ Antecedentes

248. Argentina forma parte del grupo de países que desarrollan políticas para la prevención, la asistencia y el acceso universal gratuito al tratamiento antirretroviral, mediante el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, operado por el Ministerio de Salud y Ambiente de ese país. En los últimos dos años, el gobierno de Argentina aumentó su presupuesto destinado a la lucha contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en 130%, incluyendo recursos procedentes del Banco Mundial, mientras que al programa nacional se le otorgó rango de Dirección por

⁷⁵ Informe del secretario general sobre los progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y la Declaración Política sobre el VIH, presentado a la Asamblea General de la ONU, sexagésimo segundo periodo de sesiones, 1 de abril de 2008, A/62/780.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 15.

decreto presidencial. De acuerdo con el informe de país sobre los progresos realizados en la aplicación del United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), Argentina tiene un modelo de respuesta a la epidemia basada en el área gubernamental de salud. El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano Sida y ETS centraliza la compra de medicamentos y los distribuye a las jurisdicciones provinciales y municipales, a través de las cuales reparten a los pacientes en los hospitales.⁷⁷

249. Las acciones en materia de lucha contra la epidemia de VIH/sida en Argentina buscan alcanzar los siguientes objetivos: disminuir la incidencia de la infección por VIH/sida; fortalecer la asistencia a las personas viviendo con VIH/sida; disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y fortalecer el diagnóstico y tratamiento de las mismas.⁷⁸ Debido al incremento presupuestal, se aumentó de manera considerable lo siguiente: el acceso a las tecnologías asistenciales (a través de la compra de medicamentos de última generación para pacientes multiresistentes), el estudio de pruebas de resistencia en todo el país, la provisión de estudios de diagnóstico y seguimiento a la totalidad de los pacientes registrados desde el programa nacional, y aumentó el abastecimiento de preservativos.

250. Los resultados obtenidos han sido una disminución de la transmisión materno-infantil, con la estrategia del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno a la mujer embarazada; reducción de la transmisión por vía sanguínea con la provisión de sangre segura; la promoción del donante voluntario de sangre y programas incipientes de reducción de daños entre las y los UDI; aumento de la tasa de uso de preservativo en algunas poblaciones en situación de vulnerabilidad, como HSH y TSC; disminución de prácticas de riesgo, e incremento de la tasa de uso de preservativo en la primera relación sexual.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

251. En Argentina existe un sistema de vigilancia del sida denominado Registro Nacional de Sida, creado tras la aparición de los primeros casos. Este sistema centraliza los registros regionales con que contaban las provincias de ese país en la década de los noventa, constituyéndose en una red de información descentralizada y coordinada en el registro nacional. La vigilancia epidemiológica de comportamientos de riesgo a nivel nacional es aún incipiente, pero cuenta con indicadores procedentes de estudios específicos del Ministerio de Salud, el Fondo Mundial y centros de investigación, así como estudios de prevalencia de comportamientos de riesgo a nivel local.

252. En cuanto a tratamiento antirretroviral, gracias al cual se reduce la progresión de la enfermedad, una ley específica (la Ley de Sida) garantiza el acceso al tratamiento gratuito universal a las PVVIH. Los programas de provisión de medicamentos han permitido el descenso de la incidencia de sida y de mortalidad y el incremento de sobrevivencia de las personas que viven con VIH. Para los pacientes con infección multiresistente se garantiza la provisión del medicamento ARV de última generación, y el tratamiento con IFN peg (interferón pegilado) para los pacientes coinfectados con hepatitis C que lo requirieran.

253. En cuanto a prevención, durante 2007 el gobierno argentino compró 42 millones de unidades de preservativos, el proyecto del Fondo Mundial compró 9 millones y algunas provincias también rea-

⁷⁷ Dirección General de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Argentina. Enero de 2006-diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008. La información sobre progresos y políticas se basa en este informe, que no desglosa datos por provincia.

⁷⁸ *Idem*.

lizaron compras de preservativos destinados a garantizar los insumos necesarios para promover su uso de manera consistente en poblaciones vulnerables como adolescentes, jóvenes y mujeres.⁷⁹ La inversión en 2006 en el ámbito de VIH/sida ascendió a 347 500 000 pesos argentinos. La contribución del programa nacional representó 45% (76% para prevención y 20% atención); la Seguridad Social, 32%; los gobiernos provinciales, 19%, y el Fondo Global, 4%. Esta cifra no incluye el aporte de agencias y seguros privados.

254. A nivel de la ciudad capital, la Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires opera varias acciones de vigilancia, prevención y atención como la campaña de prevención de esta enfermedad mediante el uso de preservativos (en colaboración con la Red de Prevención), la realización de pruebas de VIH, asesoría y distribución de material informativo en los centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico que funcionan en centros de salud, hospitales y organizaciones comunitarias; asimismo, realizó campañas contra la discriminación en conjunto con las PVIH; y acciones interinstitucionales en coordinación con otros organismos del gobierno local, como es el caso del concurso de historieta en escuelas de educación media con la Secretaría de Educación. Otra de las acciones de la Coordinación Sida es difundir información para profesionales, como son recomendaciones sobre la transmisión perinatal.

255. En materia de tratamiento, los medicamentos para los pacientes que se atienden en los hospitales públicos son provistos directamente por el programa nacional, conforme a la Ley de Sida, la primera vez, y en los meses subsecuentes en las farmacias de los hospitales establecidos. En el informe de progresos realizados por el país, no se presenta el porcentaje de cobertura del tratamiento antirretrovírico.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

256. La relación con organizaciones de la sociedad civil (OSC) y otras instancias estatales se ha fortalecido, aunque todavía existe un alto grado de centralización. En el Comité Técnico Asesor de la Dirección Nacional de Sida participan sociedades científicas y académicas y miembros de las redes de personas que viven con VIH.

257. Es preciso decir que la relación con las OSC es fundamental para el desarrollo de estrategias preventivas, ya que mediante la asociación entre las organizaciones de pares, o las reconocidas por las poblaciones vulnerables, es posible acceder a los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad. Cabe destacar que las OSC participan también en la elaboración del informe de país acerca de los progresos en la aplicación de UNGASS. Sin embargo, el informe de 2008 identifica áreas de mejora en la incorporación de la sociedad civil a la estrategia de lucha contra la epidemia.

2. Sao Paulo. Centro de Referência e Treinamento em ETS/Aids de Sao Paulo

258. En Brasil, la tasa de prevalencia de VIH ha permanecido en el mismo nivel entre 2000 y 2004, alcanzando en este último año una tasa de 0.61% en la población general, con una prevalencia de 0.42% en las mujeres y 0.80% en los hombres.⁸⁰ La epidemia en Brasil está concentrada en los grupos más vulnerables (HSH, TSC y UDI) en los cuales la tasa de prevalencia es superior a 5%.

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-States at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/Aids. UNGASS-HIV/Aids, Resposta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008, p. 11.

259. El total de casos acumulados de sida, notificados al Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) entre 1980 y 2007, y registrados en Sao Paulo suma 168 851, de 407 211 casos notificados en el país en ese periodo, lo que representa 41.5% del total.⁸¹ En 2006, la tasa de incidencia (por 100 mil habitantes) de casos de sida notificados al Sinan registrados en Sao Paulo fue de 14.3, muy por encima de la tasa nacional que se ubicó ese año en 10.1 por cada 100 mil habitantes. Por otra parte, las defunciones registradas por sida en la ciudad sumaron 84 462 en el periodo de 1980 a 2006, de 192 709 defunciones que ocurrieron en Brasil, lo que representa 43.8% del total conforme a las notificaciones al Sinan. Según datos preliminares, sólo en 2006 las muertes por sida en Sao Paulo ascendieron a 3 187.

260. Con respecto a las tasas de incidencia promedio por sexo y grupo de edad las más elevadas para hombres y mujeres se encuentran en el grupo de edad de adultos jóvenes (de 20 a 49 años) en todas las regiones de Brasil, incluyendo Sao Paulo. Además, se produjo un aumento en el grupo de edad de 50 a 59 años entre 1994 y 2005.⁸² Se reporta también una reducción en la incidencia promedio en todo Brasil en los hombres de 13 a 39 años, principalmente por los datos de la región del sudeste, donde se encuentran Sao Paulo y Río de Janeiro, mientras que se registra un aumento en las mujeres de todos los grupos de edad durante el periodo mencionado. Por ello, la razón hombres/mujeres continúa decreciendo y se ubica en 15 casos de VIH en hombres por cada 10 casos en mujeres.

261. Los datos del informe de progresos en la aplicación de UNGASS⁸³ muestran la proporción de casos de sida por categoría de exposición entre 1994 y 2004 y de acuerdo con ellos —que se desglosan por región no por provincia— se registró un aumento proporcional de casos de sida en hombres como resultado de la transmisión heterosexual en todas las regiones del país, al tiempo que disminuyó significativamente la transmisión a través de la transfusión sanguínea. También se observa en todo Brasil, un decremento en el número de casos de sida atribuidos a la transmisión materno-infantil.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN LA CIUDAD DE SAO PAULO

➤ Antecedentes

262. El Ministerio Nacional de Salud es la autoridad encargada de combatir a la epidemia de VIH/sida, a través del Programa Nacional de ETS y Sida. Este programa se propone reducir la incidencia de VIH/sida, controlar otras ETS y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida, mediante la mejora de la calidad de los servicios públicos ofrecidos a las personas portadoras de sida y otras ETS; la reducción de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis; el aumento en la cobertura del diagnóstico y tratamiento de las ETS e infección por VIH; el aumento en la cobertura de las acciones de prevención en mujeres y en grupos con mayor vulnerabilidad; y la mejora de la gestión y la sustentabilidad.⁸⁴ La operación de dicho programa se basa en una estructura descentralizada, fundada en incentivos a municipios y estados para recibir recursos extras, aunque como se verá adelante esa política ha sido cuestionada. Las directrices con que opera el programa son:

⁸¹ Ministério da Saúde, *Boletim Epidemiológico Aids e DST*, Brasília, Año IV, Núm. 1, diciembre de 2007.

⁸² República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-Sates at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/Aids. UNGASS-HIV/Aids, Respuesta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008.

⁸³ *Idem*.

⁸⁴ Ministério da Saúde, Programa Nacional de ETS y Sida de Brasil.

1. Promover el acceso universal a los bienes necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de ETS/sida.
2. Fortalecer, implementar y escalar las acciones de la red del sistema nacional de salud relacionadas con el VIH/sida y otras ETS, en forma integral y equitativa.
3. Promover la defensa de los derechos humanos, y reducir el estigma y la discriminación contra grupos vulnerables.
4. Fortalecer la respuesta a las ETS y el VIH/sida en los tres niveles de gobierno.⁸⁵

263. La estructura organizacional dirigida a la atención, vigilancia y prevención de las ETS y VIH/sida se conforma por los Centros de Testagem e Aconselhamento (que realizan acciones preventivas y de diagnóstico), los Serviços de Assistência Especializada em VIH (que con personal interdisciplinario proporcionan atención, antirretrovirales, exámenes de seguimiento e insumos de prevención a las PVVIH y sus familias), y las Unidades Dispensadoras de Medicamentos (ubicadas en los servicios de salud que realizan la gestión y distribución de medicamentos para el tratamiento de las personas que viven con VIH/sida, así como su acompañamiento y monitoreo).⁸⁶ Estos centros funcionan en cada estado.

264. El programa de prevención, atención y vigilancia de Brasil ha sido reconocido como ejemplo internacional por la integración de prevención y asistencia, la incorporación de la perspectiva de derechos civiles a la prevención y la universalidad en la cobertura, que son principios del Sistema Único de Salud brasileño y reflejo de la respuesta al desafío de la epidemia por parte de esa sociedad, que cristalizó en la colaboración de actores sociales clave como los órganos de gobierno, OSC y los espacios académicos.⁸⁷

265. En Sao Paulo, en 1983, se creó el Programa Estatal de ETS/Sida con cuatro objetivos: 1) vigilancia epidemiológica; 2) difusión en la población para evitar el pánico y la discriminación contra los grupos considerados vulnerables en ese entonces; 3) atención y tratamiento a los casos verificados; y 4) orientación a los profesionales de la salud. En 1988 se creó el Centro de Referência e Treinamento em Aids de Sao Paulo, adscrito a la Secretaría de Salud, cuyas metas prioritarias, adicionales a la referencia técnica, eran actuar como institución de capacitación y generadora de normas técnicas, en la perspectiva de una descentralización de las actividades de prevención, vigilancia y asistencia en el estado de Sao Paulo. En 1993 se unificaron los programas dirigidos al sida y a las ETS, y el Centro se transformó en Centro de Referência e Treinamento em ETS/Aids. En 1995, retomó su papel como instancia de coordinación del Programa Estatal de ETS/Sida y su función estratégica como referente técnico y sede de la Coordinación del Programa Estatal de ETS/Sida.

266. Esta Coordinación del Programa Estatal de ETS/Sida, mediante la estructura del Centro, responde por la implementación, articulación, supervisión y monitoreo de las políticas y estrategias relativas a las ETS y el ETS/sida, en las áreas de prevención, asistencia y vigilancia epidemiológica en todo el estado de Sao Paulo.

⁸⁵ República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-Sates at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/Aids. UNGASS-HIV/Aids, Respuesta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008.

⁸⁶ La información sobre programas, prevención, vigilancia epidemiológica e información estadística se tomó de la página del programa en internet: <www.aids.gov.br>.

⁸⁷ Pedro Chequer, ex-director del Programa Nacional de ETS y Sida y actual coordinador regional de Onusida, *Aids Vinte Anos-Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro*, adaptación de un texto original de Kenneth Camargo, octubre de 2005.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

267. Según el último informe de los progresos realizados por Brasil⁸⁸ en materia de aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el ETS/sida, en 2006 recibían tratamiento 94.8% (184 252) del total de personas que viven con VIH y sida de 15 años y más. La cobertura en ese año alcanzó 94.5% entre los hombres (o 106 334), y 95.3% entre las mujeres (77 918).

268. Como parte de las políticas de prevención, las leyes locales y federales establecen la no discriminación a los portadores de VIH, con el fin de reducir el estigma. En materia de prevención, el informe reciente del secretario general a la Asamblea General de la ONU, reconoce la determinación mostrada por Brasil en las acciones de prevención dirigidas a HSH al lanzar una iniciativa en los medios de comunicación nacionales para reducir el riesgo entre varones que mantienen relaciones con otros varones.⁸⁹

269. Desde 1996 es obligatorio por ley que el Estado proporcione el acceso universal y gratuito a los medicamentos antirretrovirales por el sistema público de salud. Brasil ha desarrollado consistentemente una política de gratuidad y acceso universal que le ha enfrentado con las compañías farmacéuticas multinacionales, y ha negociado significativas reducciones de precios. De los 15 medicamentos que actualmente distribuye el sistema de salud para el tratamiento del VIH/sida, ocho se producen nacionalmente.

270. En materia de tratamiento, una de las prioridades es el acceso de las mujeres gestantes con VIH al tratamiento con AZT (originalmente llamada azidotimidina, posteriormente denominada como zidovudina) y otros antirretrovíricos. Así, por ejemplo, un estudio efectuado en 2004 estimó en 63% la cobertura de pruebas a mujeres durante el embarazo, considerando todos los estadios anteriores al nacimiento. Esta cobertura fue superior a 75% en el caso de las regiones sur y sureste, donde se ubican Sao Paulo y Río de Janeiro.⁹⁰ No obstante, el informe reciente del secretario general de la ONU, advierte que si bien los medicamentos para el tratamiento del VIH/sida de primera línea han descendido considerablemente, la sostenibilidad de los programas nacionales no está asegurada dado el incremento en los precios de los medicamentos de segunda y tercera línea.⁹¹

➤ Relación interinstitucional y con OSC

271. El Programa Nacional de Lucha contra el VIH/Sida y las ETS se estructura conforme a los principios de universalidad, integralidad, igualdad, descentralización y *control social*. Esto se refiere al control sobre la acción gubernamental ejercido por la sociedad civil mediante la participación formal en la definición de las políticas públicas de salud, las metas, los objetivos y la planeación de las acciones.⁹² En Sao Paulo, en septiembre de 2005, se estableció una comisión intersecretarial conjunta, responsa-

⁸⁸ República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-States at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UNGASS-HIV/AIDS, Respuesta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008.

⁸⁹ Cuatro de cada 10 varones que tienen sexo con otros varones encuestados en 28 países dicen saber donde pueden obtener preservativos o someterse a la prueba de detección del VIH. En México, esa cifra es aún más baja (menos de 25% de HSH tienen acceso a preservativos). Véase el Informe del secretario general sobre los progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y la Declaración política sobre el VIH, presentado a la Asamblea General de la ONU, sexagésimo segundo periodo de sesiones, 1 de abril de 2008, A/62/780.

⁹⁰ Estudio citado en el informe de Brasil en el marco de UNGASS, p. 12.

⁹¹ Informe del secretario general sobre los progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y la Declaración Política sobre el VIH, presentado a la Asamblea General de la ONU, sexagésimo segundo periodo de sesiones, 1 de abril de 2008, A/62/780, p. 19.

⁹² República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-States at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UNGASS-HIV/AIDS, Respuesta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008.

ble de articular y acompañar la implementación de la política de prevención de las ETS y el VIH/sida para los adolescentes en las escuelas y en los servicios de salud de Sao Paulo.

272. Asimismo, el Programa Estatal de ETS/Sida opera en coordinación con los ministerios de Justicia, Educación y Promoción Social, encabezados por el Ministerio Estatal de Salud y en colaboración con las OSC que actúan en este ámbito. Sao Paulo está dividido en 24 regiones de salud que cuentan con un interlocutor del programa estatal, y que son responsables de la aplicación de acciones en el nivel regional y local.

273. Para auxiliar a los portadores de VIH/sida en situación de discriminación, organizaciones gubernamentales prestan servicios de orientación y soporte jurídico para darles a conocer sus derechos y cómo ejercerlos. En el marco del programa nacional, financiado con fondos de un préstamo del Banco Mundial, existen disposiciones de apoyo financiero a los proyectos de las OSC con al menos 10% de los fondos. Las OSC también participan en la ejecución directa de los programas mediante adquisición y distribución de medicamentos, insumos de prevención y asistencia.

3. Río de Janeiro. Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Río de Janeiro

274. De acuerdo con su boletín epidemiológico,⁹³ se notificaron a la Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Río de Janeiro 56 087 casos confirmados de sida en residentes, y 30 mil muertes al 31 de agosto de 2007. En el grupo de edad de 20 a 39 años, excluidas causas no definidas, el sida es la segunda causa de muerte, después de los accidentes y las agresiones. En las mujeres del mismo grupo de edad es la causa principal de muerte. Los casos confirmados de sida acumulados representan un incremento de 5.8% con relación al total de casos notificados al 31 de julio de 2006.

275. Del total de casos, 76% son residentes de la región metropolitana 1, y 9.7% de la región metropolitana 2. La desconcentración de la epidemia se refleja en el hecho de que para 2007 todos los municipios de Río registraron casos de sida. Según los datos del Sinan, los hombres responden por la mayor parte de casos, pero la razón hombre/mujer se redujo sistemáticamente para alcanzar 1 a 1 en los jóvenes de 13 a 24 años, y 2 a 1 en los demás grupos de edad. El rango de edad de 20 a 49 años concentra 83.5% de los casos; entre los hombres la proporción es de 84.7% y entre las mujeres, de 80.8%. Los niños menores de 13 años representan 3% de los casos, casi todos por transmisión materno-infantil, los adolescentes (13 a 19 años) 1.7%, y las personas de 50 años y más representan 11.7% de los casos notificados.

276. Con respecto a las categorías de exposición, han disminuido entre los adultos los casos por transmisión homosexual y bisexual y por transmisión sanguínea, en contraposición al aumento de la transmisión heterosexual, al igual que la tendencia nacional. En cuanto a mortalidad, de 1984 a 1995 en el estado de Río de Janeiro ocurrieron 30 961 muertes por sida. Las tasas de mortalidad alcanzaron su mayor índice por cada 100 mil habitantes en 1995 (18.7/100 000 habitantes) y se redujeron desde entonces. En 2005, la tasa se ubicó en 10/100 000 habitantes, una reducción notable en 10 años.

⁹³ Secretaria de Saúde e Defesa Civil del Gobierno de Río de Janeiro, *Boletim Epidemiológico DTS-Aids*, diciembre de 2007. En los datos de este boletín, categorías anteriores denominadas de exposición múltiple que involucran uso de drogas inyectables, se consideran en la categoría de exposición principal *uso de drogas inyectables*.

Cuadro IV.8 Características de la epidemia en Río de Janeiro (2007)

- Aumento del número de casos de sida entre mujeres, tendencia conocida como feminización de la epidemia. Tiene como principal indicador la disminución sistemática de la razón hombres/mujeres. En el estado de Río de Janeiro, esa razón se mantuvo más o menos constante, variando de 1.5 a 1.7 casos masculinos por cada caso femenino desde 1999, lo que indica la estabilización de la distribución de los casos de sida entre hombres y mujeres. Ese crecimiento depende del grupo de edad.
- Las mayores tasas de incidencia continúan ocurriendo en los grupos más jóvenes, sexual y económicamente activos.
- Aumento proporcional de los casos en personas con mayor grado de escolaridad, particularmente entre las mujeres. Sugiere una reversión de la tendencia observada en la década de los noventa, conocida como *pauperización* de la epidemia, cuando se evidenció un aumento de los casos entre individuos con escolaridad más baja.
- Pese al esfuerzo gubernamental para controlar la transmisión materno-infantil, se observa que responde por la casi totalidad de los casos de menores de 13 años. En parte se explica por el control de las otras formas de transmisión y en parte porque las medidas de control de la transmisión materno-infantil no están totalmente implementadas.

Fuente: Secretaria de Saúde e Defesa Civil del Gobierno de Río de Janeiro, *Boletim Epidemiológico DTS-Aids*, diciembre de 2007.

277. En Río de Janeiro, los casos notificados acumulados de sida de 1982 a 2007 ascendieron a 31 943, con una tasa de incidencia por cada 100 mil habitantes de 20.2% en 2005 (1 231 casos), 13.8% en 2006 (849 casos) y 2.1% en 2007, según los datos preliminares al 31 agosto de 2007.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN LA CIUDAD DE RÍO DE JANEIRO

➤ Antecedentes

278. El programa en Río de Janeiro sigue las directrices del sistema único de salud de Brasil, y cuenta con cuatro áreas de atención: 1) promoción, prevención y protección, 2) diagnóstico, asistencia y tratamiento, 3) gestión y desarrollo humano e institucional, y 4) vinculación con organizaciones de la sociedad civil. Las políticas aplicadas también derivan de la estrategia nacional que ha sido descrita a detalle en el apartado referente a Sao Paulo, con las respectivas prioridades. Esto es así, principalmente, porque esas estrategias se fundan en el principio de los *Tres unos*: un organismo nacional contra el sida, un marco estratégico nacional y un sistema de seguimiento y evaluación, impulsados a nivel internacional.⁹⁴ No obstante, Río de Janeiro ha visto reducidos los recursos federales para ciertos programas.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

279. En la ciudad de Río de Janeiro existen cuatro centros de prueba y acompañamiento que básicamente realizan las pruebas diagnósticas y se encargan de dar apoyo en los casos de resultados positivos; sin embargo, la prueba de VIH también puede efectuarse en cualquier centro de salud. Por tratarse de una de las poblaciones más afectadas, Río de Janeiro recibió recursos importantes del gasto federal para la lucha contra el VIH, en el marco del programa nacional. Sin embargo, este presupuesto se redujo paulatinamente: de ser una de las ciudades más favorecidas hasta 2002 (al igual que Sao Paulo), a ser menor (los recursos federales) que en la región noreste. Cabe señalar que como resultado del proceso de descentralización emprendido por el gobierno federal de Brasil, en 2003 se redujeron los programas y servicios dirigidos a grupos más expuestos (entre ellos, los UDI). De acuerdo con un estudio reciente lo anterior también fue producto de la disminución del financiamiento federal.⁹⁵

280. La Gerencia de ETS/Sida y Hepatitis Viral, que depende de la Superintendência de Vigilância em Saúde de la Secretaria de Saúde e Defesa Civil del Gobierno de Río de Janeiro, tiene a su cargo los

⁹⁴ Informe del secretario general sobre los progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y la Declaración Política sobre el VIH, presentado a la Asamblea General de la ONU, sexagésimo segundo periodo de sesiones, 1 de abril de 2008, A/62/780.

⁹⁵ Elize Fonseca Massard da, *et al.*, "Decentralization, Aids, and harm reduction: the implementation of public policies in Rio de Janeiro, Brazil", *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, septiembre de 2007, vol. 23, núm. 9, pp. 2134-2144.

programas de VIH, que implementa en colaboración con la sociedad civil.⁹⁶ En materia de prevención, la gerencia realizó un mapeo de la vulnerabilidad al VIH en las regiones de Río, cuyo objetivo fue conocer la forma en que llevan a cabo las acciones preventivas aquellos municipios que recibieron apoyo financiero (de 2005 a 2007) y analizar los factores epidemiológicos, los indicadores socioeconómicos, los factores de vulnerabilidad y los perfiles regionales. De esta manera las prioridades para garantizar la efectiva contención de la epidemia, como: abastecimiento de insumos y regularidad del abastecimiento, acciones preventivas focalizadas en grupos como mujeres embarazadas, HSH, UDI y mujeres en general, capacitación de profesionales de la salud para la descentralización del programa ETS/sida, articulación con OSC para prevención entre TSC, reducción de incidencia de otras ETS, promoción de prácticas sexuales seguras, atención a personas que viven con VIH/sida y programas de reducción de daños, entre otras acciones, diferenciadas por municipio.⁹⁷

281. En cuanto a tratamiento, los medicamentos antirretrovirales se distribuyen a través de 424 unidades de los servicios de salud, ya que son responsabilidad de los estados y municipios, y cuya lista se revisa por el Comité Asesor para las ETS. Los datos actualizados de cobertura de tratamiento no se encuentran disponibles, aunque las cifras nacionales son un indicador del grado de cobertura, y por ley debe ser ciento por ciento.⁹⁸

➤ Relación interinstitucional y con OSC

282. En Brasil, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han desempeñado un papel central en la institucionalización de los programas de VIH. En Río de Janeiro, las OSC han tenido un papel relevante en la aplicación de los programas de reducción de daños dirigidos a las y los UDI. Así, en 2002 estos programas llegaron a sumar 22 en Río de Janeiro. Sin embargo, en 2003, después de el financiamiento para las acciones de prevención entre UDI en Río de Janeiro declinó considerablemente, lo que para algunos investigadores puso en riesgo la continuidad de la reducción de la infección por VIH en ese grupo expuesto.⁹⁹

283. Las acciones de prevención entre UDI en la ciudad de Río, llevadas adelante principalmente por OSC, consistían en proporcionar jeringas esterilizadas y otros insumos de prevención, así como en promover las pruebas de VIH, difundir información preventiva, y canalizar a tratamiento. Para 2006, existían sólo tres programas financiados por el gobierno estatal y el municipal, y sólo uno financiado por el programa nacional, que se lleva a cabo con fondos procedentes de un préstamo del Banco Mundial para las acciones de lucha contra el VIH/sida en Brasil. El cambio en los arreglos institucionales para la aplicación del programa nacional derivó de la puesta en marcha de la tercera etapa de ese préstamo, en el que se acordó la descentralización de recursos a través de la denominada política de incentivo.

284. De acuerdo con investigadores, la aplicación descentralizada de la selección de proyectos para ser financiados habría facilitado la presión de actores locales, como los grupos religiosos, impactando en la reducción del financiamiento a los programas de prevención realizados por las OSC dirigidos a ese grupo de población.

⁹⁶ La información de los programas se encuentra en actualización en internet, por lo que información desglosada no es completa.

⁹⁷ Las prioridades para cada municipio se desglosan en <www.saude.rj.gov.br/dstajds/AcPrev.shtml>.

⁹⁸ La información de cobertura de tratamiento se encuentra en actualización en <www.saude.rj.gov.br>.

⁹⁹ Elize Fonseca Massard da, *et al.*, "Decentralization...", *op. cit.*, pp. 2134-2144.

4. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud

285. De acuerdo con el informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la declaración UNGASS, Colombia tiene una epidemia concentrada¹⁰⁰ de tendencia creciente y progresiva en el grupo de mujeres, un aumento en la transmisión por vía heterosexual y una mortalidad de crecimiento lento, con predominio de adultos de 25 a 44 años.¹⁰¹ La feminización de la epidemia se volvió evidente a partir de 1998, año en el que se rebasó la proporción de 20% de casos, y en 2007 alcanzó un preocupante 36.1% de mujeres afectadas. La razón hombre/mujer, pasó de 3.8 a 1 en 1998 al estimado de 1.8 a 1 en 2007, por lo que el patrón de la epidemia cambió. Según los reportes de Onusida, en 2003, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0.42%, pero estudios de seroprevalencia realizados en HSH encontraron tasas que fluctúan entre 10 y 18 por ciento.

286. Al 31 de diciembre de 2007, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica *Sivigila* registró un total de 58 458 casos, incluyendo infecciones asintomáticas, casos de sida y defunciones. El 76.5% de los casos reportados con registro individual son hombres, y 22.3%, mujeres; en 1.2% del total de notificaciones no se reportó el sexo.¹⁰² Del total de casos notificados, 42.1% (24 605 casos) no tienen identificada la vía de transmisión, aunque el gobierno colombiano asume que son hombres que temen revelar su comportamiento sexual a causa del estigma.

287. El rango de edad más afectado es el de 25 a 29 años con 8 242 casos (14.1%), de 41 276 registros que reportan edad (70.2% del total). El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad. De los 58 458 casos notificados, 3.3% (1 924 casos) tienen menos de 18 años. De los casos reportados, 24 mil personas fallecieron a consecuencia del sida, mientras que 33 489 viven con VIH. En cuanto a la vía de transmisión, según el informe citado, en los 33 853 (57.9%) casos en que se reportó la vía de transmisión, 57.8% corresponde al comportamiento heterosexual y 38.4% al homosexual y bisexual.

288. Bogotá es una de los tres distritos territoriales de Colombia con mayor número de casos reportados de VIH/sida/defunciones, y junto con Valle y Antioquia representan 58% del total de casos. Como se observa en el cuadro IV.9, uno de cada cuatro personas con VIH/sida/defunciones reside en la capital del país, con un total de 14 473 casos de VIH/sida/defunciones acumulados, de los cuales 2 019 corresponden a mujeres y 12 428 a hombres. La razón hombre/mujer en la ciudad se ubicó en 6.2 en el periodo de 1983 a 2007.

Cuadro IV. 9 Casos notificados de VIH/sida/defunciones, según sexo y distrito, Colombia 1983-2007

Distrito	Femenino	Masculino	SD	Total	%
Total Colombia	13 041	44 705	712	58 458	100.0
Bogotá	2 019	12 428	26	14 473	24.8
Valle	2 598	8 886	16	11 500	19.7
Antioquia	1 054	6 824	106	7 984	13.7
Resto de Distritos	13 041	16 567	564	24 501	41.8

Fuente: República de Colombia, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero de 2006-diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008.

¹⁰⁰ Según la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud y Onusida, la epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo supera 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Es el caso de Colombia y la región andina del continente.

¹⁰¹ República de Colombia, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero de 2006-diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008.

¹⁰² *Idem.*

289. En Bogotá, los casos acumulados de infección por VIH suman 9 294, los casos de sida 2 592, y las muertes por VIH/sida, 1 683 en el periodo de 1983 a 2007. En 2007, se reportaron en Bogotá 2 473 casos de VIH, 863 casos de sida, 239 defunciones por sida, lo que suma un total de 4 062 casos de VIH/sida y defunciones en ese año.¹⁰³

a) PROGRAMAS SOBRE VIH IMPLEMENTADOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

➤ Antecedentes

290. En febrero de 2008, se presentó el Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia de VIH/Sida que se encuentra a cargo del Ministerio de la Protección Social (MPS), por lo que no existen estadísticas centralizadas, ya que recién inició la operación de un observatorio que permitirá generar estadísticas estandarizadas. El plan nacional, que tiene carácter intersectorial y elaborado de forma participativa con la sociedad civil, pretende lograr que el acceso universal de las personas infectadas y afectadas por VIH/sida a la información, la prevención, el tratamiento y el apoyo, con la finalidad de contener la epidemia, reducir el impacto socioeconómico y contribuir al cumplimiento de los compromisos nacionales signados en la Declaración del Milenio y la Declaración UNGASS de 2001.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

291. Con el inicio de la operación del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, instancia técnica adscrita a la Dirección General de Salud Pública del MPS, dispone de un mecanismo de seguimiento del programa recién anunciado, así como de recopilación y generación de información estadística estandarizada mediante un sistema de indicadores. Nueve observatorios satélite interactúan con el observatorio facilitando la construcción de informes semestrales de gestión. El observatorio aún no tiene disponible la información de los indicadores de la epidemia para Bogotá. Por el tipo de organización del sistema de salud de Colombia, la prevención, vigilancia, tratamiento y apoyo se encuentran a cargo de administradoras en salud, que también formarán parte del observatorio nacional instalado.

292. En cuanto a tratamiento, según el informe de progresos realizados por Colombia, de las 23 mil personas que en la estimación oficial requieren tratamiento antirretroviral, aproximadamente 16 500 lo reciben, lo que representa una cobertura de 72% del total de personas con VIH en todo el país. A nivel de la ciudad de Bogotá, no se presentan las cifras precisas.¹⁰⁴

293. En cuanto a transmisión del VIH materno-infantil, el MPS ha destinado 5 000 000 para programas de prevención aplicando procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento del VIH en el Plan Obligatorio de Salud. Como parte de esta estrategia, de 2003 a 2007, se realizaron 556 164 pruebas a 547 164 mujeres embarazadas, de las cuales 1 127 resultaron diagnosticadas con VIH, lo que significa que 0.21% del total de mujeres embarazadas a quienes se realizó la prueba tuvo un diagnóstico confirmado. Del total de mujeres embarazadas diagnosticadas, 79.6% recibe tratamiento antirretroviral profiláctico.¹⁰⁵ En Bogotá, entre agosto y diciembre de 2006, el número de mujeres embarazadas a quienes se realizó la prueba de VIH sumó 8 226, con 0.15 de ellas infectadas por VIH y una cobertura de tratamiento (profiláctico antirretroviral) de ciento por ciento.

¹⁰³ *Idem.*

¹⁰⁴ República de Colombia, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero de 2006-diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008, p. 16., en <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/colombia_2008_country_progress_report_es.pdf> (consultada el 9 de junio de 2008).

¹⁰⁵ República de Colombia, *op. cit.*, p. 31.

294. El costo total en VIH/sida para 2006 alcanzó en Colombia cerca de 100 millones de dólares; 94.5% del costo total es financiamiento público, donde la seguridad social participa con 70.5%. La participación de recursos internacionales es de 3.4% y la contribución de consumidores y el trabajo voluntario representa 2% del total. La prevención absorbe 34% del costo total, y el tratamiento 64% del total (unos 65 millones de dólares).¹⁰⁶

➤ Relación interinstitucional y con OSC

295. Como se señaló anteriormente, el Programa Nacional de Respuesta a la Epidemia de VIH/Sida fue construido en colaboración con las OSC. La Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia (RASA) ha sugerido que el sistema de vigilancia del Observatorio, junto con sus guías para los actores participantes y su modelo de gestión programática, sea monitoreado por la sociedad civil para asegurar su incorporación en las administradoras de los planes de beneficio (APB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud. RASA es una OSC miembro del Consejo Nacional de Sida de Colombia (Conasida) y punto focal de la Red Latinoamericana de VIH.

296. Las OSC en Colombia son activas en el campo de las campañas de prevención. En 2006, con el apoyo de Onusida, llevaron a cabo una campaña para brindar herramientas de información y educación al público general sobre la prueba de VIH, conocida como ELISA. El 1 de diciembre de 2006, esas OSC realizaron diferentes actividades de promoción en Bogotá. Las distintas acciones tenían también como objetivo ampliar y fortalecer el papel de la sociedad civil en la construcción social de la respuesta frente al VIH/sida.

297. De acuerdo con el informe de progresos realizados, las OSC desarrollan –con recursos internacionales, del gobierno federal, y entes territoriales departamentales, distritales y municipales– acciones de prevención con población vulnerable como PVVIH, mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas en condición de calle, personas privadas de la libertad, HSH, TSC, población LGBT y población en condición de desplazamiento.

298. La revisión de estos casos en América Latina muestra que el Distrito Federal es actualmente la única ciudad del subcontinente que cuenta con una clínica especializada para atender a las personas que viven con VIH. Cabe destacar, sin embargo, que aunque la existencia de dicha clínica ha recibido gran difusión, persisten serios problemas de acceso a la información sobre los servicios que se brindan, tanto para los y las posibles pacientes, como para el público en general.

C. Programas de prevención y control del VIH en otros países

299. A continuación se muestra una breve descripción de los programas de prevención y control de VIH desarrollados en 10 países del mundo. La selección deriva de alguno de los siguientes factores: los países con mayor incidencia del virus o, bien, los que han destacado por sus programas. Se incluyen algunos países latinoamericanos, mas no programas desarrollados a nivel de ciudad como los que se presentaron en el apartado precedente.

¹⁰⁶ *Idem.*

1. España

300. Hasta el 30 de junio de 2007 se había notificado en España un total acumulado de 74 885 casos de sida. La incidencia de sida alcanzó su cenit en 1994, coincidiendo con el cambio de definición de caso.¹⁰⁷ La extensión de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a partir de 1996, con el consiguiente impacto sobre la calidad de vida y la supervivencia de las personas infectadas, provocó descensos en la morbilidad por sida, mismos que han sido paulatinos en los últimos años. No obstante, aunque la incidencia de sida haya caído 76% desde la extensión del TARGA, España sigue presentando una de las tasas más altas entre los países de Europa occidental.

301. La epidemia de VIH en España fue marcada por un fuerte impacto de la transmisión por vía parenteral, a causa de la inyección de drogas ilegales en condiciones no higiénicas. Esta situación motivó una respuesta enérgica por parte de las autoridades sanitarias y de la sociedad civil. Por ello, aunque continúa siendo el mecanismo de infección más referido entre los casos de sida, actualmente ya no es la forma más común de transmisión del VIH, y su lugar ha sido ocupado por las relaciones sexuales sin protección. De hecho, en 2006, 58% de las mujeres diagnosticadas de sida se infectó por transmisión heterosexual; entre los hombres, 24% se infectó por este mismo mecanismo y 22% por relaciones homosexuales.

302. El análisis conjunto de la información sobre nuevos diagnósticos sobre VIH disponible en España, realizado en 2007, confirma la importancia de la transmisión sexual del virus. En más de 77% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados entre 2003 y 2006 en las PVIH de Baleares, Canarias, Cataluña, Ceita, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco se atribuyó la infección a relaciones sexuales sin protección. Además, mientras los nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión parenteral descienden año tras año, los asignados a relaciones heterosexuales se mantienen estables y los debidos a relaciones entre hombres muestran un ligero ascenso en los últimos años.

303. El aumento de la población inmigrante en España se ha correspondido con un incremento de las personas con VIH originarias de otros países.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN ESPAÑA

➤ Antecedentes

304. En España el acceso al tratamiento antirretroviral es universal, gratuito y en igualdad de prestaciones para todas y todos los ciudadanos, incluida la población inmigrante en situación irregular. De hecho, el acceso generalizado en España al TARGA ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y en la supervivencia de las personas afectadas por VIH, logrando descensos muy importantes en la incidencia de sida y en la mortalidad asociada al VIH.

305. Según la información actualmente disponible, se estima que el número de personas en tratamiento es de 77 500.

¹⁰⁷ En 1995 tres nuevas enfermedades entraron a engrosar la ya larga lista de las que se incluyen en la definición del sida. Se trata de la tuberculosis pulmonar, el carcinoma de cérvix y algunas neumonías bacterianas. De modo que el aumento de casos en 1995 se debió, en gran parte, a la inclusión de estas enfermedades y a que se computaron en ese año todos los casos de años anteriores. Esta inclusión supuso un tercio del aumento total de casos de sida en España en 1995 y explica a la vez el ligero descenso actual.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

306. En enero de 2006 a diciembre de 2007 se han mantenido estrategias de prevención de VIH, basadas en la evidencia científica, dirigida a las distintas poblaciones vulnerables (HSH, TSC, UDI, personas privadas de su libertad, inmigrantes, mujeres y jóvenes).

307. Son destacables los programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de metadona para los UDI, tanto en medio abierto (calle, farmacias, centros sanitarios, etc.) como en medio cerrado (prisiones); el acceso a los preservativos (femeninos y masculinos) y a los lubricantes, los talleres de sexo seguro, la educación de pares y la mediación intercultural.

308. La vigilancia epidemiológica del VIH se realiza utilizando una combinación de varias estrategias que se agrupan en tres: vigilancia de la infección por VIH, vigilancia de las conductas de riesgo y sistema de información de base asistencial.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

309. España dispone, desde 1987, de un organismo de coordinación interministerial, interautonómico e interdisciplinar, la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. La Secretaría del Plan nacional sobre el Sida es el órgano permanente de coordinación entre los distintos organismos y organizaciones miembros de esta Comisión.

310. El segundo elemento crucial en la cooperación interinstitucional fue el Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH 1997-2000, que diseñó y puso en marcha los instrumentos necesarios para corresponsabilizar a las distintas instituciones públicas, consiguiendo incrementar eficazmente el compromiso de los departamentos y sectores involucrados en las acciones dirigidas a frenar la progresión y el impacto de la infección por VIH.

311. Se han producido cambios en la aproximación a la epidemia, con un peso creciente de la cooperación internacional, así como de las poblaciones que requieren una mayor atención, como es el caso de las y los inmigrantes. Las OSC desempeñan un papel cada día más relevante, y se han incrementado notablemente sus responsabilidades de gestión en materia de prevención del VIH. También tiene una mayor presencia el sector privado, y la interdisciplinariedad del plan nacional, que en su día fue avanzada en el sector de la salud, debe completarse hoy con algunas disciplinas no representadas, como la psicología o la enfermería, que tienen un papel relevante en la prevención y la atención.

2. Francia

312. Se calcula en 130 mil el número de personas que viven con VIH en Francia y en aproximadamente 27 500 las que viven con sida. Un poco más de mil personas se enfermaron de sida en 2006. La notificación obligatoria de los nuevos diagnósticos de infección al VIH se impuso en Francia por el Instituto de Vigilancia Sanitaria (Institut de Veille Sanitaire [Invs.]) en la primavera de 2003. Acoplada a un dispositivo de vigilancia virológica de las recientes contaminaciones, permite seguir mejor la dinámica de la epidemia.

313. El Invs considera que de alrededor de 6 300 personas que descubrieron su seropositividad en 2006 (cifra en reducción desde 2004), la cuarta parte se contaminó en los seis meses que precedieron el diagnóstico. Las relaciones heterosexuales son la causa de más de 60% de los casos de contagio

con causa conocida en 2006. El número de descubrimientos de seropositividad, sin embargo, disminuyó desde 2003 en las mujeres de nacionalidad extranjera y desde 2005 en los hombres de nacionalidad extranjera. El otro grupo especialmente afectado por la epidemia de transmisión heterosexual está constituido por las personas de los Departamentos franceses de América y en primer lugar Guyana, el más afectado de Francia. Globalmente, no obstante, el número de casos descubiertos de seropositividad de origen heterosexual están en ligera disminución en Francia. En cambio, el número de descubrimientos de seropositividad en personas homosexuales ha aumentado de 2003 a 2005, antes de estabilizarse en 2006 (36% del conjunto de los casos de seropositividades de causa conocida). En esta población, la situación epidemiológica es tan preocupante frente al VIH como a las infecciones de transmisión sexual (ITS): resurgimiento de la sífilis desde 2000, aparición del *lymphogranulomatose* venérea en 2004, recrudecimiento de las prácticas de riesgo observado en las investigaciones comportamentales desde 2000, caso de hepatitis C aguda vinculados a una ITS concomitante o a lesiones traumáticas. La escasa proporción de UDI entre los nuevos casos de VIH (2%) confirma la eficacia de la estrategia de reducción de los riesgos pero no se tradujo en una reducción de la incidencia de la hepatitis C, lo que justifica proseguir la política de reducción de los riesgos, de información y ayuda social a los usuarios, de acceso al material de inyección y mejora de la oferta de cuidados, en particular, de los tratamientos de sustitución.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN FRANCIA

➤ Antecedentes

314. La epidemia de VIH figura desde hace 20 años entre los grandes ámbitos de preocupación y de acción de la política en cuanto a salud pública. La Unión Europea y los países vecinos enfrentan hoy la amenaza de una nueva epidemia. Algunas regiones de Europa presentan los tipos más elevados de nuevos casos de VIH en el mundo. Cifras publicadas recientemente por Onusida confirman que el número de nuevas infecciones aumenta en el conjunto de los 25 Estados miembros de la Unión Europea, y, en particular, en la población de 15 a 25 años. En algunas zonas, el método de transmisión evoluciona también y se observa una multiplicación rápida del número de nuevas infecciones en los UDI. Esta situación hace pesar una amenaza sobre Europa entera y requiere una acción a nivel continental. La epidemia no puede contenerse sin un enfoque coordinado, apoyado por una implicación política constante y una especificación de las prioridades de la Unión Europea, de sus Estados miembros, los países vecinos y las organizaciones de la sociedad civil (OSC).

315. En Francia el Consejo Nacional del Sida fue creado por un decreto del presidente de la república el 8 de febrero de 1989 (modificado por decreto el 16 de noviembre de 2007). Esta iniciativa se inscribió en el dispositivo de lucha contra el sida establecido tras el informe del profesor Claude Got (Informe sobre el Sida-Flammarion, 1989), incluyendo también la Agencia Nacional de Investigación sobre el Sida y la Agencia Francesa de Lucha contra el Sida. El profesor Got abogaba por la creación de un consejo nacional de reflexión sobre el sida para “no dejar solo al gobierno frente a esta situación”. Caracterizado por su independencia, su poder de propuesta y la publicidad otorgada en sus opiniones, el Consejo se ha concebido a fin de ser “recurrido para múltiples problemas de la sociedad creados por la enfermedad”.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

316. En cuanto a prevención, se presta una atención muy especial a la accesibilidad del preservativo, que permanece como el único medio seguro y eficaz de prevención de la transmisión. Gracias a una

negociación con las empresas fabricantes, distribuidoras y redes comerciales, como los kioscos de prensa y otros, se encuentran fácilmente por todas partes, en Francia. También se ha caracterizado por la creación de un dispositivo regional de coordinación de la lucha contra la epidemia del VIH encaminada a tener mejor en cuenta las dimensiones extra hospitalarias y sociales y da un paso pleno y completo a las asociaciones de usuarios y de pacientes. La calidad de la atención, la continuidad de los cuidados, la coherencia de las dimensiones preventiva y terapéutica piden un esfuerzo permanente de adaptación, que tenga en cuenta los datos epidemiológicos, los progresos terapéuticos y la evolución de los comportamientos.

317. Los últimos resultados de la vigilancia de la infección a VIH en Francia, coordinada por el Invs dan prueba de una evolución alentadora. En efecto, el número de nuevos diagnósticos VIH definidos en 2006 (último año completo para el cual los datos estén disponibles) está en ligera reducción (6 300 contra 6 700 en 2005), confirmando la tendencia observada entre 2004 y 2005. Los otros datos informados van también en el buen sentido: ponen en evidencia una detección más precoz. La proporción de diagnósticos precoces aumenta (10% a la fase de primoinfección en 2006 contra 7% en 2003) y la de los diagnósticos tardíos disminuye (20% a la fase sida en 2003, 14% en 2006). El número de casos de sida declarado disminuyó sensiblemente entre 2005 y 2006 (del orden de 20%). Se estima el número de personas vivas con VIH en Francia en 130 mil, lo que corresponde a un predominio de 0.2%. Se estima el número de enfermos de sida en 27 500 a finales de 2006. Es interesante ver la tendencia a la disminución del número de noticias descubiertas de seropositividad VIH en todos los grupos de población, con excepción de HSH, en los cuales este número se estanca. Además, aunque el descubrimiento de la infección se hace más precozmente en 2006 que en 2003, siguen las transmisiones del VIH que son descubiertas tarde, así como las desigualdades ante el riesgo de contaminación que siguen siendo reales. Los homosexuales masculinos son los expuestos al riesgo de contaminación, con un tipo de predominio considerado cerca de 100 veces superior a la media nacional. Los extranjero-emigrantes que viven en Francia y los habitantes de los departamentos franceses de América constituyen los dos grupos restantes más afectados, a los cuales se podrían añadir a las mujeres, la feminización de la epidemia que es también una realidad en Francia.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

318. En 2007, el Ministerio de Asuntos Exteriores y europeo francés financió la plataforma ELSA que reúne a seis organizaciones de la sociedad civil francesas (Ayudas, Planificación Familiar, Sidaction, Sida Info Servicio, Solidaridad Sida y CRIPS) con el fin de apoyar a sus homólogos del sur para reforzar sus capacidades para aplicar programas ampliados de acceso a los tratamientos antirretrovirales. En 2007, dicho Ministerio hizo un llamamiento a iniciativas “sida”, elaborado en estrecha concertación con las OSC, con el fin de centrar sus medios sobre 22 objetivos de los temas específicos. El llamado buscaba un apoyo organizativo e institucional a las organizaciones del sur y un apoyo en cuanto a desarrollar un enfoque de *derechos humanos*. Los temas y los métodos se definieron conjuntamente. Esta llamada a iniciativa se duplicó con una estrategia ministerial en cuanto al apoyo a las OSC en el marco de la lucha contra el sida que es complementario del enfoque técnico delegado a la Agencia Francesa para el Desarrollo. La llamada debería convertirse a largo plazo en seis o siete proyectos construidos en consorcio, cofinanciados a 50% por un importe total de 6 millones de euros de cofinanciación en tres años. Las asociaciones hospitalarias norte-sur aplicadas por la iniciativa ESTHER (Conjunto para una Solidaridad Terapéutica Hospitalaria en Red) son activas hoy al lado más de 172 lugares de condición de tratamiento antirretroviral en 17 países, movilizando 54 hospitales franceses y también de las redes asociativas del norte y el sur con el fin de acompañar, a nivel social y psicológico, a las personas tratadas y sus familias.

3. Canadá

319. Las mujeres representan una proporción creciente de las nuevas infecciones estimadas de VIH: 27% en 2005, en comparación con 24% en 2002 y 12% durante el periodo de 1985 a 1997. Entre los jóvenes de 15 a 29 años, las mujeres constituyeron 35% de las nuevas infecciones por VIH comunicadas en 2005. La epidemia está teniendo un impacto desproporcionado entre las mujeres aborígenes que, en 2005, representaron 60% de las nuevas infecciones por VIH comunicadas entre todas las personas aborígenes (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). Se estima que 37% de las *nuevas* infecciones por VIH en 2005 eran atribuibles al coito heterosexual sin protección. Una proporción sustancial de estas infecciones correspondía a personas nacidas en países donde el VIH es endémico (principalmente África subsahariana y el Caribe). Este último grupo está afectado de forma desproporcionada en la epidemia de VIH de Canadá, y se calcula que en 2005 representó 16% de todas las nuevas infecciones. La tasa estimada de incidencia en esta subpoblación es más de 12 veces superior a la del resto de canadienses.

320. La proporción de nuevas infecciones atribuibles al uso de drogas inyectables ha seguido disminuyendo, de 19% en 2002 a 14% en 2005. Entre las posibles razones de esta tendencia figuran la adopción de prácticas de inyección más seguras, los patrones cambiantes de consumo de drogas y los efectos de los programas de prevención. Este descenso, sin embargo, parece haberse producido, principalmente, entre los usuarios masculinos de drogas inyectables. En 2005, 35% de las nuevas infecciones por VIH transmitidas a mujeres de 15 o más años eran atribuibles al uso de equipos de inyección contaminados, lo que representa un incremento respecto a 27% registrado en 2003 (Organismo de Salud Pública de Canadá, 2006). Los estudios locales notifican una alta prevalencia de VIH entre los UDI. Por ejemplo, en 2002 resultaron VIH-positivos 23% de los participantes en programas de intercambio de agujas en Montreal y 20% en Ottawa (Parent *et al.* y el SurVUDI Working Group, 2003). De forma similar, en un estudio de 2003 a 2005 realizado en un centro de inyección segura en Vancouver, 17% de los participantes resultaron VIH-positivos (Tyndall *et al.*, 2005). Entre las personas aborígenes jóvenes que se inyectan drogas, de 2003 a 2005 se registró una prevalencia de VIH de 8% en Prince George y de 17% en Vancouver (Lloyd-Smith *et al.*, 2006). El coito heterosexual no protegido es el factor clave de la infección por VIH en las mujeres, pero una combinación de relaciones sexuales peligrosas y uso de drogas inyectables parece estar exponiendo a algunas mujeres a una situación de riesgo particularmente alto. Un estudio efectuado en varias zonas de Canadá comprobó que, en 2003, alrededor de 40% de las usuarias de drogas inyectables también comerciaba con el sexo. Casi todas estas mujeres (92%) dijeron que utilizaban preservativos con los clientes masculinos, pero cerca de una tercera parte indicaron que nunca los empleaban con parejas esporádicas, y el uso de preservativos era infrecuente con las parejas habituales (Health Canada, 2004).

321. La situación anterior subraya la necesidad de esfuerzos de prevención para abordar el riesgo combinado de las relaciones sexuales peligrosas y el uso de drogas inyectables entre las mujeres (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). La epidemia de VIH de Canadá sigue afectando de forma desproporcionada a las personas aborígenes. Aunque constituyen aproximadamente 3.3% de la población canadiense total (Oficina de Estadísticas de Canadá, 2003), se estima que representan 7.5% de las PVVIH y que en 2005 experimentaron cerca de 9% de todas las nuevas infecciones. En contraste con el resto de la población, más de la mitad (53%) de las nuevas infecciones por VIH en personas aborígenes en 2005 eran atribuibles al uso de drogas inyectables; un tercio (33%) a coito heterosexual,

y 10%, a relaciones sexuales entre hombres. En las mujeres aborígenes, el uso de drogas inyectables también fue el principal factor en la infección por VIH: entre 1998 y 2005, casi las dos terceras partes (65%) de las infecciones comunicadas a mujeres aborígenes se atribuyeron al consumo de tales drogas (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). Se cree que la vulnerabilidad de las personas aborígenes a la infección por VIH es debida a los altos índices de desempleo y pobreza, así como de abuso de sustancias e infecciones de transmisión sexual; también está influida por su acceso limitado a servicios sanitarios de calidad (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2004).

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN CANADÁ

➤ Antecedentes

322. En enero de 2005, el gobierno de Canadá puso en marcha la Iniciativa Federal para Tratar el HIV/Sida en Canadá (Federal Initiative to Address VIH in Canada). La iniciativa muestra un papel federal renovado y consolidado en la respuesta canadiense al VIH. Esta iniciativa surge de una Asociación entre la Agencia de la Salud Pública de Canadá, los institutos canadienses de investigación y el servicio correccional de Canadá, en el que hacen hincapié las barreras de derechos sociales, humanos, biológicos de la comunidad que continúan incrementando el número de personas que se contagia. Las recomendaciones de las revisiones del programa, evaluaciones y otros ejercicios consultivos, sugieren al gobierno federal a:

- Desarrollar los acercamientos para tratar la epidemia en las PVVIH o sida, HSH, UDI, las personas aborígenes, los internos de la prisión, las y los jóvenes y las mujeres en situación de riesgo en VIH, y en gente de países donde el VIH es endémico.
- Aumentar la colaboración del gobierno en todos los niveles (federal, provincial, territorial y municipal).
- Apoyar el uso de las iniciativas sociales para desarrollar la conciencia pública de VIH y de animar a los que puedan ser parte de la epidemia, sin saberlo, para tener acceso a programas de VIH/sida.
- Alentar la mayor integración de la prevención contra el sida y el VIH, del cuidado y de las intervenciones del tratamiento con los de otras enfermedades.
- Desarrollar una respuesta más amplia de los departamentos federales y las agencias estatales vinculadas con la ciudadanía y la inmigración, así como aquella que tengan mandatos relacionados con la cobertura, la inhabilidad, la justicia social, el empleo y otros determinantes de la salud.
- Aumentar el compromiso en la respuesta global a la epidemia.
- Mejorar la comunicación de los resultados alcanzados por inversiones federales en VIH/sida.

323. Canadá también ha respondido a la crisis global de VIH/sida. En mayo de 2004, el gobierno destinó fondos a la Organización Mundial de la Salud para ayudar a proporcionar el tratamiento antirretroviral a tres millones de personas que vivían con VIH. El gobierno también está ampliando su contribución en recursos económicos para luchar contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Además, el gobierno ha aprobado una ley para poner las drogas genéricas menos costosas a disposición de los países menos desarrollados que hacen frente a desafíos de la salud pública tales como VIH/sida.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

324. Las PVVIH en Canadá, así como sus familias, amistades y el personal de la salud tienen acceso a una abundante información sobre el tratamiento y el cuidado de esta enfermedad mediante las siguientes organizaciones:

- Red Aborígen Canadiense del Sida, es una coalición no lucrativa que provee de dirección, ayuda y defensa a las personas aborígenes que viven con VIH/sida, sin importar dónde residen.
- La Agencia de la Salud Pública de Canadá, en colaboración con otras instituciones, ha desarrollado una serie de guías para la gente que vive con VIH/sida.
- Canadian Aids Treatment Information Exchange (CATIE) ofrece información libre y confidencial del tratamiento a las y los canadienses que viven con VIH y sus cuidadores profesionales y personales. CATIE también proporciona información de VIH y realiza canalizaciones a otros servicios de salud, así como a instituciones y organizaciones que hacen ensayos y pruebas clínicas en el país.
- El Centro de Información Canadiense de VIH/Sida es un programa de la asociación canadiense de la salud pública que distribuye información sobre la prevención, el cuidado y la ayuda del VIH a la gente que vive con VIH/sida, profesionales de la salud y de la educación, organizaciones de servicio de sida, organizaciones de la comunidad y los centros de recursos de VIH/sida.
- La Red Canadiense de Pruebas del VIH es una sociedad de investigadores clínicos, médicos, enfermeras, gente que vive con VIH/sida, y de fabricantes farmacéuticos que proporciona información sobre pruebas diagnósticas de VIH.
- El Grupo de Trabajo Canadiense en VIH y la Rehabilitación trabaja con socios del sector de VIH y con grupos de la sociedad civil de cara a la conjunción de recursos y recopilación de información e investigaciones sobre las opciones de rehabilitación para las PVVIH.
- El Consejo Canadiense de Acceso al Tratamiento trabaja con los sectores públicos y privados para apoyar el acceso a las terapias y a los tratamientos para la gente que vive con VIH/sida, promoviendo una conciencia pública y habilidades entre las personas que tienen VIH/sida; y animando y facilitando el intercambio de información.
- La Sociedad Canadiense del Sida representa una coalición nacional de más de 120 organizaciones dirigidas por gente afectada por VIH/sida. Habla como una voz nacional para una respuesta, basada en la comunidad, a la infección VIH, provee de abogados a las personas afectadas, gestiona recursos a las organizaciones miembro, y liga a gente a las organizaciones del sida en su comunidad.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

325. El Leading Together Championing Committee fue creado en 2006 para promover y documentar las influencias y las guías de todos los sectores de Canadá para tratar la epidemia y mejorar las vidas de las personas en riesgo de contagio o que vive con VIH. Son miembros de este comité las OSC, las organizaciones de investigadores, gente que vive con VIH, y el gobierno. El Comité Consultivo Federal/Provincial/Territorial sobre el Sida, creado en 1988, asesora la política en ediciones e iniciativas prioritarias relacionadas con VIH en Canadá, y promueve la colaboración intergubernamental e interjurisdiccional oportuna, eficaz y eficiente en las ediciones relacionadas con VIH en Canadá. Son miembros de este comité diez provincias y tres territorios de Canadá, el gobierno federal, representantes de investigadores, profesionales médicos y profesionales vinculados con grupos de riesgo de contagio. La mitad

de miembros de este comité son PVVIH. Su mandato es proporcionar al gobierno información que le permita el diseño de una política de atención el VIH coordinada y de cooperación creciente, así como trabajar en el mejoramiento de la coherencia de políticas y programas. Además, a través de este comité se estableció el Consejo Nacional Aborigen sobre VIH, en 2001, para actuar como mecanismo consultivo que asesora las políticas y agencias de la salud canadienses.

4. Estados Unidos

326. Las últimas estimaciones indican que a finales de 2003, el número total de personas con VIH en Estados Unidos era de un millón (cifra estimada entre 1 039 000 y 1 185 000). Se calcula que aproximadamente una cuarta parte de las personas seropositivas (de 24 a 27%) sabe que están infectadas. Por ello se subraya la necesidad de ampliar las oportunidades para la prueba del VIH. Del total de personas que vivía con VIH en 2003, eran de raza negra, 34% blanca, y 17% eran hispanas. Las personas asiáticas, las isleñas pacíficas y las indígenas representaron apenas 1% de la población VIH-infectada. Los varones representan 74% de la población que vivía con VIH, de los cuales los HSH constituyen 45%, seguidos por las personas infectadas a través del contacto heterosexual de riesgo elevado (27%), los UDI (22%), y las expuestas al uso de drogas durante el contacto sexual, particularmente entre hombres (5%).

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN ESTADOS UNIDOS

➤ Antecedentes

327. Más de medio millón de personas con sida han muerto en E.U. Desde 1989 ha habido por lo menos 37 mil nuevos diagnósticos de sida cada año. Durante la década de los ochenta, se incrementó el número de casos de VIH y el número de muertes por sida. Los casos aumentaron en 1993 cuando se amplió la definición del sida.¹⁰⁸

328. A juzgar por los datos de los 33 estados y cuatro territorios dependientes con un sistema de notificación nominal y confidencial del VIH a largo plazo, los varones siguen representando la mayoría de los diagnósticos de VIH o sida entre adultos y adolescentes de los Estados Unidos: 74% en 2005, según los datos más recientes.

329. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres continúan siendo el modo más habitual de transmisión del VIH. En 2005, más de la mitad (53%) de los nuevos diagnósticos de infección por VIH correspondieron a HSH. Las personas expuestas al VIH por coito heterosexual con parejas ocasionales constituían poco menos de un tercio (32%) de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y sida, mientras que 18% de las nuevas infecciones diagnosticadas en 2005 incidió en UDI (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007b). Las principales vías de transmisión del VIH difieren entre hombres y mujeres. La mayoría (67%) de las infecciones diagnosticadas en hombres en 2005 correspondió a HSH, sin historia de uso de drogas inyectables; 5%, a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y consumían drogas inyectables, y 13%, a UDI que no tenían relaciones sexuales con hombres. Un 15% adicional de las infecciones se atribuyó a coito heterosexual con una pareja esporádica. El número anual de nuevos diagnósticos de VIH entre HSH (incluidos los que también se inyectan drogas) aumentó de 17 699 en 2001 a 19 620 en 2005, un incremento de 11% (Centros de

¹⁰⁸ Tres nuevas enfermedades entraron a la lista que se incluyen en la definición de sida. De modo que el aumento de casos de 1993 se debió, en gran parte, a la incorporación de estas enfermedades.

Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007b). En cambio, en 2005, 80% (un incremento respecto a 75% en 2001) de las mujeres adultas y adolescentes con un nuevo diagnóstico de VIH o sida contrajo el virus durante relaciones sexuales no protegidas (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007b), a menudo con parejas masculinas que se habían infectado por medio de equipos contaminados de inyección o durante relaciones sexuales remuneradas o con otros hombres (Montgomery *et al.*, 2003; McMahon *et al.*, 2004; Valleroy *et al.*, 2004). Aproximadamente una quinta parte (19%) de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en mujeres fueron debidos al uso de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007b).

330. La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o sida aumentó durante la década de los noventa y llegó casi a 30% en 2001. Posteriormente, esta proporción disminuyó. Este análisis se basa principalmente en los diagnósticos de VIH notificados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para vigilar la epidemia es que esta variable no representa la incidencia total (ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes) y sólo incluye a las personas que se han sometido a la prueba del VIH.

331. La epidemia de VIH en los Estados Unidos continúa afectando de forma desproporcionada a las minorías étnicas y raciales. Aunque las personas afroamericanas constituyen alrededor de 13% de la población (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2006), representaron 48% de los nuevos diagnósticos de VIH o sida en 2005. En 2004, el sida fue la cuarta causa de mortalidad entre los afroamericanos de 25 a 44 años en los Estados Unidos (Anderson, Mosher y Chandra, 2006; Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2006a). Las personas hispanas, que constituyen aproximadamente 14% de la población, representaron 18% de los nuevos diagnósticos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007c). Entre los hombres afroamericanos, las relaciones sexuales peligrosas con otros hombres constituyen el principal modo de transmisión del VIH (48% de los nuevos diagnósticos en 2005), mientras que entre las mujeres afroamericanas, la vía de transmisión predominante es el coito heterosexual no protegido (74%). Tanto entre hombres como entre mujeres afroamericanos, casi uno de cada cuatro (23% y 24%, respectivamente) nuevos casos de VIH en 2005 se atribuyeron al consumo de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, E.U., 2007c).

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

332. La prevención del VIH implica realizar diversas actividades incluyendo la prevención de la transmisión madre-hijo, la reducción del daño entre los y usuarios de drogas inyectables, y las precauciones para los trabajadores del cuidado médico. Las estrategias para prevenir la transmisión sexual del VIH en Estados Unidos es básicamente la estrategia ABC que se traduce de la siguiente manera: A: Abstinente = Abstinencia, B: Be faithful = Ser fiel y C: Condomise = usar el condón. President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR) sigue una estrategia del ABC a través de "intervenciones" a población específica; eso implica: abstinencia para la juventud, incluyendo el retardo del principio de la actividad sexual y de la abstinencia sexual hasta la unión de pareja, ser fiel en la unión y establecer relaciones monógamas y el uso correcto y constante de los condones para los que practican comportamientos de riesgo elevado. Los que practican comportamientos de riesgo elevado incluyen las TSC, personas que abusan de las sustancias, y otros. La definición de PEPFAR no incluye la promoción de condones a la gente joven en general.

333. Entre 2001 y 2004 disminuyó el número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres (4%) y mujeres (7%) afroamericanas. Estos descensos no reflejan necesariamente tendencias en la incidencia del VIH: podrían ser consecuencia de cambios en las prácticas de análisis y vigilancia del VIH. Sin embargo, una reducción simultánea en los diagnósticos de blenorragia entre afroamericanos y un incremento en el número de pruebas del VIH señalan que el descenso observado podría reflejar realmente una menor incidencia del virus y que este descenso se asociaría, por tanto, a una reducción de los comportamientos sexuales de riesgo. Se dispone de nueva información sobre los efectos del acceso más generalizado a la terapia antirretrovírica eficaz en los Estados Unidos.

334. Según un estudio efectuado en seis estados, los ingresos hospitalarios de personas VIH-positivas disminuyeron 44% entre 2000 y 2004, y ha aumentado la edad promedio de las personas con el VIH hospitalizadas (Hellinger, 2007). Un estudio anterior había observado que el suministro de terapia antirretrovírica produjo una reducción de 80% en las tasas de mortalidad por sida entre 1990 y 2003 (Crum *et al.*, 2006). Sin embargo, la proporción sustancial (alrededor de una cuarta parte) de personas que viven con VIH y siguen sin saber que están infectadas (Glynn y Rhodes, 2005) limita el impacto potencial de tales beneficios. Las personas que no son conscientes de su infección tienden a buscar tratamiento únicamente cuando empieza a manifestarse el sida, lo que reduce la eficacia del tratamiento. Algunas investigaciones realizadas en la ciudad de San Francisco constataron que casi 40% de las personas infectadas fueron diagnosticadas de sida menos de un año después de que dieran positivo en la primera prueba del VIH (Schwartz *et al.*, 2006). Otro estudio, en el estado de Carolina del Sur, comprobó que 41% de los casos de VIH diagnosticados de 2001 a 2005 se había sometido a la prueba “con retraso”. En este último estudio, las tres cuartas partes (73%) de los “rezagados” habían visitado a proveedores sanitarios al menos una vez antes de que se les diagnosticara la infección por VIH, pero la mayoría no había experimentado síntomas que les indujeran a realizarse la prueba teniendo en cuenta los riesgos adoptados.

5. Chile

335. Al 31 de diciembre de 2007 se diagnosticó VIH a 17 235 personas. En el caso del VIH, la tasa acumulada es de 65.1 por 100 mil habitantes, mientras que de sida es 54.2 por 100 mil habitantes. Considerando los datos acumulados, la principal vía de exposición al virus en Chile es la sexual (92%), siendo la vía homosexual la más declarada (45%).

336. El análisis de los casos acumulados en el periodo de 1987 a 2006, muestra que en todos los quinquenios el número de casos de hombres supera al de mujeres, tanto en sida como en VIH. Al analizar los casos de VIH y sida por grupos de edad, se observa que las tasas más altas se dan entre los 20 y los 49 años. Tanto en VIH como en sida, las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de Valparaíso muestran las tasas acumuladas más altas en el periodo (1987 a 2006).

337. Entre 1990 y 2005 se produjeron en el país 5 288 defunciones por sida, correspondiendo 88% de ellas a hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta se encuentra entre los 30 y los 39 años.

338. La tasa de mortalidad ha demostrado un descenso sostenido entre 2002 y 2005, que se puede vincular al logro de una cobertura de terapia antirretroviral de 100% en quienes lo requirieron.

339. En resumen, la caracterización de la epidemia de VIH en Chile está concentrada predominantemente en la transmisión sexual, con tendencia a la disminución en casos de sida y mortalidad; con un incremento mantenido en nuevas infecciones. La epidemia está centrada en hombres homosexuales y bisexuales, y aunque se observa un crecimiento similar en hombres y mujeres, afecta mayoritariamente a adultos jóvenes y personas con menores niveles de educación y ocupacionales, en un contexto de discriminación.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN CHILE

➤ Antecedentes

340. Las referencias centrales de la Respuesta Nacional al VIH en Chile se enmarcan en las políticas de salud vigentes y en los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales; el Principio de Acceso Universal; y los principios éticos del derecho a la vida, la decisión en conciencia, libre e informada, la privacidad, la confidencialidad, el derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles científicamente comprobados como efectivos; respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas; la solidaridad y la no discriminación.

341. En tanto, los principios políticos de la Respuesta Nacional son equidad, derechos humanos y no discriminación, participación, intersectorialidad y descentralización, basados en una cultura centrada en las personas.

342. Desde el Estado, los principales actores involucrados en la Respuesta Nacional al VIH corresponden a la Comisión Nacional del Sida, organismo técnico, dependiente del Ministerio de Salud, cuya labor se coordina y apoya con la unidad de vigilancia del departamento de epidemiología del propio Ministerio de Salud, las autoridades sanitarias regionales, las redes asistenciales y los centros de atención integral a PVVIH de los 26 servicios de salud del país.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

343. Los ejes centrales de las políticas preventivas de la Respuesta Nacional se basan en la gestión de riesgo y la vulnerabilidad. El primero involucra aspectos relacionados con la toma de conciencia en relación a las conductas de las personas y con la implementación de políticas de autocuidado, desarrollándose fundamentalmente a nivel individual. El segundo eje está estrechamente relacionado con situaciones de inequidad y desigualdad sociales, por lo que se trabaja más bien a nivel de la sociedad.

344. Por otra parte, en materia de tratamiento y atención a las PVVIH, las políticas públicas en VIH y fundamentalmente el logro de la cobertura de ciento por ciento de terapia antirretroviral a quienes lo requieren, han permitido cambiar el rumbo de la historia natural de la infección por VIH. En este sentido, se ha logrado disminuir la letalidad causada por el sida en 67% en 20 años de evolución de la epidemia, mientras que la sobrevivencia de personas en tratamiento, alcanza a 89.2%, y se constata así una disminución en la incidencia de infecciones oportunistas. Además, debe relevarse la aplicación del Modelo de Atención Integral, la evaluación permanente del impacto de terapia antirretroviral en las PPVIH adultas y pediátricas a través de estudios de cohorte y la disminución de la transmisión vertical a 1.5 por ciento.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

345. Desde la sociedad civil organizada es fundamental el trabajo asociativo con las redes de trabajo en VIH: la Asamblea de Organizaciones Sociales y No Gubernamentales con Trabajo en Sida-ASOSIDA y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas VVIH-VIVO POSITIVO.

346. Además, deben señalarse a las agencias de Naciones Unidas OPS/OMS con presencia en el país, que forman el Grupo Temático de Onusida (GTO) y prestan asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional.

347. Las instancias estatales, de la sociedad civil y del GTO confluyen en el Comité País, que constituye una plataforma asociativa organizada para representar al país en diversas instancias internacionales, siendo integrado por la Comisión Nacional de Sida, VIVO POSITIVO, ASOSIDA, la Universidad de Chile y el Grupo Temático Onusida (organismos de Naciones Unidas con presencia en el país).

6. Costa Rica

348. Desde que se inició la epidemia, la principal vía de infección en Costa Rica ha sido la sexual (84.2%), siendo ésta más frecuente entre los HSH (44.3%), seguido de las personas heterosexuales (24.8%), y las bisexuales (15.5%). Perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 en que se inicia el tratamiento con AZT a las mujeres con VIH embarazadas; el porcentaje de transmisión vertical acumulado es de 1.3%. Por otra parte, la transmisión por transfusión sanguínea corresponde a 4% del total de casos acumulados.

349. En 1992 la razón hombre-mujer era de 12.9 a 1, y para 2005 pasó a 5.4 casos nuevos de sida del sexo masculino por cada nuevo caso del sexo femenino. Datos que revelan la feminización de la epidemia en la última década. Sin embargo, aún no se promociona masivamente la prueba en la población masculina, ya que ésta es provista mayoritariamente por los servicios de salud a mujeres embarazadas.

350. Los casos de mortalidad por sida en el periodo de 1995 a 2004, muestran una tendencia a la disminución con relación a 1997 pero no de forma sostenida, sino con una variabilidad de 3% anual. La disminución a partir de 1998 se debe probablemente a la introducción de la terapia antiretroviral desde 1997.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN COSTA RICA

➤ Antecedentes

351. En 1985 el sida es declarado evento de notificación obligatoria, se formaliza el registro de los casos de sida y en 2003 el VIH es declarado de notificación obligatoria.

352. En términos de legitimación de las acciones y organización pública, en mayo de 1998 se instituye la Ley General sobre VIH y Sida 7771, mediante la aprobación en la Asamblea Legislativa. En el Reglamento de esta Ley se crea el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida como máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y acciones nacionales sobre el abordaje del VIH y del sida. Con la aprobación de la ley se abre el escenario de un marco legislativo sobre los derechos y deberes de las personas con relación al VIH y se establecen las pautas generales de la edu-

cación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre VIH y el sida.

353. En 2001, Costa Rica firma la Declaración de Compromisos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), con el resto de las 188 naciones.

354. En 2003, el país invirtió en la respuesta al VIH y sida 13.8 millones, de los cuales 8.3 millones se destinaron a prevención (56%) y los restantes 5.4 millones a tratamiento clínico y asistencial.

355. Como parte de los esfuerzos ante la lucha contra el VIH y el sida de forma articulada y en concordancia con la Política Nacional de VIH, se han orientado actividades en las siguientes líneas de acción:

- Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Planificación Estratégica.
- Promoción y prevención.
- Vigilancia de la salud, monitoreo y evaluación.
- Atención integral.
- Derechos humanos.
- Educación y gestión académica.
- Mitigación del impacto.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

356. Como parte de la respuesta nacional al VIH, se debe destacar la importancia de la integración de los diferentes sectores en el cumplimiento del Plan Nacional Estratégico de Atención al VIH.

357. En ese sentido, durante 2007 se trabajó arduamente con el apoyo de las agencias de cooperación y la activa participación de organizaciones de la sociedad civil, personas con VIH e instituciones de gobierno, en la elaboración de la Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015, se actualizó el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Asistencia del VIH y Sida 2006-2010; además, se elaboró y validó el proyecto de Reforma a la Ley General sobre VIH y Sida 7771 y se elaboró el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, en el cual se incluyeron los indicadores UNGASS como parte de la información que debe recolectar y analizar sistemáticamente el país para que no se convierta únicamente en un informe que se responde cada dos años, sino que sirva para el análisis y la toma de decisiones encaminadas a mejorar la respuesta al VIH.

358. En Costa Rica el VIH y el sida son, a partir de 2003, de declaración obligatoria, de acuerdo con el decreto núm. 30945-S Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

359. El registro de los casos se realiza en forma automatizada mediante una base de datos computarizada, que a la fecha está en proceso de revisión y actualización. Para este efecto se utiliza la boleta de notificación obligatoria V.E.0.1.

360. Dada la necesidad de obtener información relevante para la toma de decisiones en forma oportuna, se inició el proceso de vigilancia de segunda generación para lo cual se utilizó una ficha de investigación de caso en donde se obtiene información de comportamiento.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

361. El trabajo desarrollado entre las instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de personas con VIH y organismos internacionales, se percibe en el desarrollo de las siguientes actividades o comisiones:

- Conformación de la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación, de carácter multisectorial.
- Taller de capacitación a los miembros de la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación.
- Talleres de la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación para la elaboración del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación con el apoyo de PASCA/USAID y Onusida.
- Taller de validación del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.
- Elaboración de la política pública de VIH.
- Aprobación del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación por parte del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida y la ministra de Salud.
- Envío de los oficios a todas las instituciones involucradas en el manejo de información pertinente que se detectó y que no estaba disponible.
- Recepción de la información en la sede de Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida.
- Contratación de consultores con apoyo de Onusida para la consolidación de la información y generación del primer borrador del informe.
- Taller de validación del informe UNGASS.
- Redacción final del informe y envío por parte de la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación.

7. República Dominicana

362. La situación de la epidemia en la República Dominicana al 2007 se caracteriza por un predominio heterosexual (75.7%) y el grupo homosexual y bisexual con 7%. La epidemia presenta un predominio masculino (62.71% en hombres contra 37% en mujeres). La razón de casos hombre/mujer por año se ha ido acercando, reflejando un número cada vez mayor de mujeres infectadas con VIH. La razón hombres/mujeres para 2007 fue de 1.65 a 1.0; el patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN REPÚBLICA DOMINICANA

➤ Antecedentes

363. En República Dominicana la Respuesta Nacional hacia el VIH y Sida ha cumplido 20 años de trabajo, desde que la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) creó en 1987 el Programa para el Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida-Procets, instancia que frente a la evolución que representaba la epidemia, se convirtió en la Dirección General para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.

364. Más tarde se crea una unidad de coordinación multisectorial, la Comisión Nacional de Sida. En agosto de 2000 quedó establecido el Consejo Presidencial del Sida (Copresida), institución responsable de velar por el fiel cumplimiento de la ley 55-93 sobre sida y trazar la política a seguir en la lucha contra la epidemia VIH y sida a nivel nacional. El plan estratégico, elaborado para el periodo 2000-

2003, constituyó el punto de inicio de las estrategias integradoras y donde la prevención y la atención han sido puntos clave y de responsabilidad compartida de todos los sectores de la vida nacional.

365. Desde el primer informe de progreso UNGASS, realizado en 2003, se reporta la existencia de un Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH y Sida, que desde entonces ha sido el resultado de una amplia consulta de todos los sectores del país, en la lucha contra el VIH y sida.

366. Durante 2007 la Dirección Ejecutiva del Copresida tuvo, como una de sus principales, prioridades la construcción del Plan Estratégico Nacional, para cuyo proceso se creó una estructura interinstitucional y multisectorial. Esta estructura multisectorial definió una ruta crítica para el diseño y elaboración del Plan Estratégico Nacional 2007/2015 que incluía la sistematización del análisis de situación, elaboración del marco estratégico y diseño del Plan Operativo BIANUAL.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

367. La distribución de los fondos en las categorías de prevención, cuidado y tratamiento, así como fortalecimiento y administración, se realizó con base en la ejecución estimada para 2007 por los proyectos financiados por el Banco Mundial y el Fondo Global, a través de Copresida, con la siguiente estructura: prevención 30%, tratamiento 25%, administración 18% y, otros 27 por ciento.

368. La vigilancia epidemiológica de la infección VIH tiene como finalidad monitorear la diseminación de la infección entre la población y es un indicador importante del impacto de los programas nacionales.

369. República Dominicana ha adoptado desde 2000, la estrategia de Vigilancia de Segunda Generación para hacer el seguimiento de la epidemia del VIH. A partir de ese año, se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de la información con la mejora y la ampliación de los puestos centinela, la incorporación de encuestas de comportamiento en grupos de población específicos y la Encuesta Demográfica y de Salud con serología del VIH realizada en 2002 y 2007.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

370. A fin de fortalecer los mecanismos e instrumentos para garantizar el respeto de los derechos humanos de las PVVIH, el Copresida y la Coalición de Ongsida, habían conformado una Comisión Bipartita de Reforma de la Ley sobre Sida. Como resultado de dicha comisión, se elaboró un anteproyecto de reforma que en ese momento se encontraba en proceso de discusión, al interior de cada una de las instituciones involucradas, para, posteriormente, socializarlo y discutirlo con los actores que inciden en la problemática.

371. Otro elemento destacado en el referido Informe UNGASS, es el proceso de inclusión, llevado a cabo en ese momento por el Copresida, de los actores del ámbito jurídico nacional, entre los que se destacan el Colegio Médico Dominicano (Card), la Escuela Nacional del Ministerio Público (ENMP), la Escuela Nacional de la Judicatura, así como las escuelas de derecho de las diferentes universidades del país; dándole prioridad a la escuela de derecho de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Asimismo, como eje transversal, los temas relacionados con los derechos humanos se han incluido en cada una de las actividades desarrolladas como parte del plan de cada una de las Alianzas por Bases Poblacionales, así como en las acciones de las instituciones que, articuladas con el Copresida, han llevado a cabo iniciativas tendentes a promover todo lo relacionado con el VIH y el sida.

8. Estonia

372. Estonia experimentó en los últimos años cambios importantes en su estructura política, económica y social. La dislocación económica y la interrupción de redes personales, domésticas e intercomunitarias han contribuido a varias epidemias generadas por: violencia creciente, comportamiento sexual de riesgo elevado, abuso de sustancias, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis viral, sexual, tuberculosis), lo que ha aumentado los niveles de morbilidad y mortalidad. La incidencia y el predominio del VIH en Estonia está entre el más altos de los países de la Unión Europea. Los grupos más afectados son los UDI y TSC.

373. Para fines de 2007, fueron detectados 6 364 casos de VIH en Estonia. El primer caso fue registrado en 1988. Durante el segundo semestre de 2000, hubo un drástico aumento de número de casos de VIH que también continuaron ascendiendo en 2001. A partir de 2002, sin embargo, hubo una tendencia a la declinación en el número de nuevos casos registrados: 840 nuevos casos fueron diagnosticados en 2003, 743 en 2004, y 621 en 2005, 668 en 2006, y 633 en 2007 (Estonian Health Protection Inspectorate. Véase: <http://www.euro.who.int/eehc/implementation/20080206_12>).

374. La mayoría de los casos de VIH se concentran en la capital Tallinn y su condado circundante de Harju, y en la región cerca de la frontera rusa, en el condado Ida-Viru.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN ESTONIA

➤ Antecedentes

375. En el primer programa nacional para la prevención contra el sida fue adoptado y desarrollado entre 1992 y 1996 por la asociación Anti Sida Estonia. El segundo programa nacional para la prevención del VIH fue El Plan de actuación nacional para VIH y prevención de las enfermedades sexuales, ejecutado de 1997 a 2001. El tercer programa nacional fue adaptado para el periodo de 2002 a 2006 y fue financiado con presupuesto del estado y coordinado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Sin embargo, debido a que la epidemia aumentó, surgió la necesidad de aplicar una nueva estrategia que implicó la incorporación de otras organizaciones gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil. En 2005 una nueva estrategia nacional para la atención del VIH fue diseñada para el periodo de 2006 a 2015 junto con un plan de acción para desarrollarse de 2006 a 2009. La estrategia fue adoptada por el gobierno el 1 de diciembre de 2005. El gobierno también creó un Comité gubernamental multisectorial de alto nivel para la atención del VIH y sida que funge como el organismo consultivo de gobierno para la coordinación central de la puesta en práctica de la nueva estrategia.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

376. En Estonia la prevención de la infección VIH y del sida ha existido por más de 15 años. A partir de 2002 la prevención se ha realizado en el marco del Programa Nacional para la Prevención contra el Sida. Sin embargo, debido a que la epidemia es cada vez mayor, emergió la necesidad de una nueva estrategia que implicó incorporar otras organizaciones gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil, en la que se ha trabajado desde 2005.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

377. Varias OSC están organizando grupos de ayuda para atender a personas que viven con VIH/sida. El objetivo de los grupos de ayuda es mejorar la calidad de vida de éstas. Todos los servicios se propor-

cionan de forma voluntaria, anónima y gratuitamente. Los grupos de ayuda se han financiado con recursos de Global Fund y de la estrategia nacional de la prevención del sida y el VIH. En 2006 más de 260 personas participaron en el trabajo de los grupos de ayuda. Las PVVIH capacitadas atienden otras personas con VIH por teléfono, internet, y/o directamente en el hospital y resuelven dudas respecto al tratamiento antirretroviral, la adherencia al mismo, así como aspectos sociales y psicológicos, y otros servicios relacionados con VIH.

9. India

378. Existen 2.47 millones de personas en India que viven con VIH, esto equivale a 0.36% de la población adulta. La estimación nacional refleja la disminución substancial del predominio real del VIH en India. La ruta de transmisión predominante sigue siendo la sexual (87.4%); otras rutas de transmisión por orden de proporción incluyen sangre perinatal (4.7%), y los productos de la sangre (1.7%), las agujas y las jeringuillas infectadas (1.8%) y las rutas de la transmisión sin especificar y otras (4.1%). Aunque la vía sexual sigue siendo la forma principal de transmisión del VIH, el uso de drogas inyectables está también emergiendo como modo de transmisión importante en algunas partes del país.

379. La epidemia de VIH entre grupos de riesgo elevado continúa siendo alta (son seis a ocho veces de entre la población en general). Un predominio más alto del VIH se da entre las UDI característica importante de estados del noreste del país.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN INDIA

➤ Antecedentes

380. La revisión de cifras sobre VIH en India indica de 2 a 3.1 millones de PVVIH, equivalente a aproximadamente 0.36% de la población adulta; 39% son mujeres y 3.8% niños. Las estimaciones revisadas, que se basan en datos de los últimos cinco años, reflejan, por un lado, la mejora en la disponibilidad de información, y por otro, una disminución substancial del predominio real del VIH en este país. Así, India ocupa actualmente el tercer lugar en la lista de países con el número más grande de PVVIH.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

381. Las intervenciones de la prevención para la población en general incluyen: *a)* Crear conocimiento sobre síntomas, la extensión, la prevención y los servicios disponibles con un IEC (información, educación y comunicación) sobre VIH/sida *b)* Promoción del condón *c)* Promoción de la donación y del acceso voluntarios de sangre a la sangre segura *d)* Asesoramiento y prueba integrados *e)* Prevención del padre a la transmisión del niño *f)* Gerencia del STI y del RTI *g)* Coordinación e integración intersectoriales. Un IEC eficaz complementa los otros esfuerzos en la prevención y ayuda en la generación de la demanda.

382. La meta final del Programa Nacional de la India para el Control del Sida es detener la epidemia e invertir en la prevención durante los próximos cinco años. El programa coloca su prioridad en esfuerzos preventivos y busca integrar la prevención con el cuidado, la ayuda y el tratamiento. Esto se intenta con una estrategia que abarca los siguientes cuatro aspectos:

- Prevención de nuevas infecciones en grupos de riesgo elevado y la población en general a través de: *a)* Cobertura de grupos de riesgo elevado, y *b)* Escalar intervenciones en la población en general.

- Abastecimiento de cuidado, ayuda y del tratamiento a un número más grande de personas que viven con VIH/sida.
- Consolidación de la infraestructura, de los sistemas y de los recursos humanos en programas de prevención, cuidado, ayuda y tratamiento en el distrito, el estado y a nivel nacional.
- Consolidación del sistema estratégico a escala nacional de la gestión de la información. Tiene como objetivo el consolidar la respuesta llana del distrito y del distrito secundario, la reestructuración de la organización y el desarrollo de capacidades, así como integrar programas de prevención, tratamiento, cuidado y ayuda.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

383. En la India trabajan en la respuesta a la epidemia del VIH los siguientes organismos multilaterales (Unicef, Unsida, FNUP, UNODC, LA OIT, UNDP, WHO, Banco Mundial, GFATM), bilaterales (DFID, EC, USAID, etc.), además de organizaciones de la sociedad civil internacionales (servicios de relevación católicos, servicios a la población de salud internacional, internacional de la familia, etc.), y fundaciones (Fundación Clinton).

10. Sudáfrica

384. A finales de 2006, uno de cada nueve, o lo que es lo mismo, 5.5 millones de sudafricanos, vivían con VIH, con una prevalencia de 18.8% en la población adulta. Es la prevalencia de VIH más alta del mundo. Aunque aún no ha disminuido, la prevalencia del VIH se ha estabilizado entre los jóvenes de 15 a 24 años. En los centros de atención prenatal, la prevalencia del VIH a nivel nacional entre las mujeres embarazadas fue de 30.2% en 2005.

a) PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA IMPLEMENTADOS EN SUDÁFRICA

➤ Antecedentes

385. El Comité Interministerial sobre el Sida fue el primer cuerpo político de alto nivel establecido para supervisar la respuesta nacional al VIH y el sida en 1997 y fue presidido por el entonces presidente, Thabo Mbeki. Los objetivos principales del comité eran proporcionar el mando y la dirección del programa de sida y el VIH.

➤ Políticas de prevención, vigilancia y control

386. En prevención, la meta es reducir en 50% el índice de nuevas infecciones de VIH antes de 2011. La intención es asegurarse que la gran mayoría de los africanos del sur que no tienen VIH permanezca con el VIH negativo a través de intervenciones específicas para prevenir nuevas infecciones. Se han fijado cuatro metas: reducir la vulnerabilidad a la infección VIH y el impacto del sida; reducir la transmisión sexual del VIH; reducir la transmisión madre-hijo del VIH; y reducir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH a través de sangre y de productos de la sangre.

387. En cuanto al área de tratamiento, cuidado, y ayuda se tiene como prioridad reducir la infección VIH y morbilidad y mortalidad del sida, así como sus impactos socioeconómicos. El objetivo central es proporcionar los paquetes apropiados de tratamiento, cuidar y apoyar hasta 80% de gente seropositiva y a sus familias antes de 2011. Los cuatro objetivos principales del tratamiento, del cuidado y de la ayuda son: la cobertura del aumento del voluntariado que aconseja, prueba y promueve la prueba regular del VIH; permitir a las PVIH llevar vidas sanas y productivas; considerar las necesidades

especiales de mujeres embarazadas y de niños; y atenuar los impactos del VIH y de sida para crear un ambiente social de promoción para el cuidado, el tratamiento y la ayuda.

388. En cuanto a la investigación, supervisión y vigilancia, el National Strategic Plan 2007-2011 reconoce la investigación, la supervisión y la evaluación como políticas, procesos y herramientas de gestión importantes. Los indicadores nacionales, provinciales y del distrito para supervisar entradas, proceso, salidas, resultados e impacto serán utilizados para determinar todo esfuerzo colectivo.

➤ Relación interinstitucional y con OSC

389. La sociedad civil participó en la compilación del informe de UNGASS. El índice compuesto de política nacional (NCPI) fue enviado a 18 sectores representados en el comité de puesta en práctica del programa del Consejo Nacional de Sudáfrica sobre el Sida. Fuera de los 18 sectores representados en dicho Consejo Nacional, los cuestionarios terminados de NCPI fueron recibidos de los cinco sectores siguientes: niños; una educación más alta; derechos humanos; mujeres; e inhabilidad. Ésta no constituye una representación del sector de la sociedad civil puesto que sólo participaron cinco de los 13 sectores. Las respuestas de los cinco sectores fueron consolidadas en una parte B del empalme NCPI: informe de la sociedad civil. Este informe fue discutido en la reunión consultiva del informe de UNGASS donde once de los 18 sectores que representaban a la sociedad civil participaron en la discusión del bosquejo.

390. Este recorrido por los programas de prevención, vigilancia y control de VIH alrededor del mundo muestra la gran heterogeneidad de estrategias implementadas para detener la pandemia. Sin embargo, también evidencia rasgos comunes en términos de los esfuerzos por institucionalizar los programas, fortalecer las estrategias preventivas, dotar de recursos presupuestarios que garanticen el acceso a antirretrovirales a las personas infectadas por VIH y enfermas de sida, así como el éxito de las alianzas con la sociedad civil organizada.

Conclusiones



391. En este informe se realizó un análisis exploratorio sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal a través del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH del Gobierno del Distrito Federal y que son atendidas en la Clínica Especializada Condesa (CEC). Este análisis se realizó a partir de la revisión de fuentes secundarias y la generación de información primaria.

392. Las fuentes primarias permitieron obtener información sobre las condiciones de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud (atención psicológica, medicamentos especializados y atención) que reciben las y los pacientes de la clínica mencionada; y las secundarias se utilizaron para obtener información sobre los servicios de la CEC y los que se ofrecen en otras entidades federativas y en otros países.

393. La hipótesis que orientó el estudio fue que, a pesar de los esfuerzos realizados, en esta institución aún no se protege plenamente el derecho a la salud de las personas afectadas por VIH. Adicionalmente, se establecieron dos hipótesis secundarias: la falta de capacitación especializada en la normatividad sobre VIH por parte del personal de salud que atiende en la Clínica Especializada Condesa, que incide directamente en la vulneración de los derechos de las y los pacientes del establecimiento; y la acción positiva que ejerce la organización de las personas con VIH en la garantía de protección del derecho a la salud.

394. La hipótesis general fue comprobada, pues a pesar de que la CEC tiene una gran cobertura y ofrece atención médica y antirretrovirales de manera gratuita, la protección del derecho a la salud no está garantizada en razón de que las condiciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad presentan importantes debilidades. Al respecto, los hallazgos se sintetizan a continuación:

- La disponibilidad –entendida como el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, y programas de salud– se encuentra garantizada en lo que a infraestructura y personal médico se refiere, aun y cuando éste último parece ser insuficiente frente al incremento de la demanda. Respecto a los medicamentos, la CEC cuenta con excelente disponibilidad de antirretrovirales, pero presenta importantes insuficiencias en la disponibilidad de medicamentos para infecciones oportunistas que ponen en riesgo la vida de sus pacientes. Ello plantea la necesidad de ampliar la disponibilidad de medicamentos del cuadro básico, para atender las necesidades y padecimientos específicos de las personas que viven con VIH, y de esta manera proteger plenamente su derecho a la salud y a la vida.
- La accesibilidad del servicio exhibe mayores matices. Si bien, en términos generales, el servicio que se ofrece en la CEC se caracteriza por la no discriminación en el acceso, tanto pacientes como personal manifestaron haber sido víctimas o haber presenciado prácticas discriminatorias en la Clínica. Los malos tratos, comentarios sobre el merecimiento de la enfermedad, juicios sobre la preferencia sexual de las y los pacientes, entre otras prácticas, no han sido superadas aún en dicha institución.
- La accesibilidad física está garantizada, pues la clínica se ubica en una zona céntrica y de fácil acceso, aunque debe destacarse que, aun con la remodelación, no cuenta con un elevador para las personas que tienen alguna dificultad para moverse.
- La gratuidad de los servicios y medicamentos que se brindan en la CEC garantiza la accesibilidad económica, sin embargo, en otros servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal esto no está garantizado. Varias personas entrevistadas manifestaron haber pagado

por servicios de salud en hospitales federales. En otros casos, los pacientes recurren a servicios privados para evitar las esperas y garantizarse un servicio expedito que redunde en el mejoramiento de su calidad de vida. Es menester mejorar los servicios públicos y gratuitos con miras a garantizar el acceso a la salud de todas las personas, sin importar su ingreso. En el particular de las personas que viven con VIH, el estigma y la discriminación son factores que vulneran su derecho al trabajo y, en esa medida, pueden incidir negativamente en la generación de ingresos. De ahí que la garantía del acceso gratuito a servicios y medicamentos deviene en la garantía del derecho a la vida.

- El aspecto más débil en términos de accesibilidad refiere a la información. La ausencia de información al alcance del público afecta la transparencia y el acceso. Por otra parte, a las personas que se atienden en la CEC no se les informa sobre los servicios y especialidades a que tienen acceso y solamente se enteran a través de la referencia médica. De igual forma, la intervención de las y los pacientes en las decisiones sobre su salud (medicamentos, dosis) es sumamente limitada. En la CEC parece continuar privando una concepción de la salud en que la persona usuaria es receptora pasiva. Además, las personas entrevistadas reportaron recibir una información limitada sobre los efectos secundarios de la medicación, así como sobre los cuidados que deben mantener.
- La Clínica carece de un sistema que le permita sistematizar, organizar y analizar la información sobre sus pacientes y sobre el VIH. Esta carencia provoca lentitud en los procesos, debido a que no existe una base de datos que unifique el expediente de cada paciente y agilice la atención por parte de los diferentes servicios que se ofrecen. La sistematización de información podría ser un importante insumo de cara a la investigación en materia de VIH.
- Los servicios de la CEC presentan algunos problemas en términos de calidad. Si bien es cierto que la infraestructura y los medicamentos están a la vanguardia en México y América Latina, el equipo y materiales de trabajo son insuficientes, de mala calidad y presentan faltantes con frecuencia.
- En lo que al personal refiere, tiene una adecuada formación pero escasa especialización. Se plantea como una necesidad prioritaria la capacitación, no sólo en aspectos médicos y científicos, sino también en los derechos de las PVVIH.
- De igual forma, aunque el personal cuenta con importantes prestaciones laborales, carece del servicio de contención psicológica, mismo que no solamente resguarda un derecho laboral, sino que también permitiría mejorar el servicio y la calidad de la atención que se brinda a las y los pacientes de la CEC.

395. Adicionalmente, se establecieron dos hipótesis secundarias: la falta de capacitación especializada en la normatividad sobre VIH por parte del personal de salud que atiende en la Clínica Especializada Condesa, que incide directamente en la vulneración de los derechos de las y los pacientes del establecimiento; y la acción positiva que ejerce la organización de las personas con VIH en la garantía de protección del derecho a la salud.

396. La primera hipótesis secundaria fue corroborada: el personal de la CEC tiene un nivel de estudios acorde con los servicios que se ofrecen, pero su especialización en materia de VIH es débil. Las prácticas discriminatorias y los malos tratos se encuentran fuertemente vinculados a esta escasa especialización y al desconocimiento y, por tanto, se incurre en la violación de la normatividad que protege los derechos de las personas que viven con VIH.

397. La segunda hipótesis, en cambio, fue rechazada. El Comité de pacientes se encuentra inactivo y, con excepción de quienes lo conformaban, no hubo ninguna persona entrevistada que conociera su funcionamiento.

398. Al respecto, es importante señalar que la organización podría contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios y a la garantía de protección del derecho a la salud en la medida en que las quejas y demandas se realicen colectivamente y no se limiten a críticas aisladas y de carácter individual.

399. Finalmente, debe señalarse que la CEC constituye hoy el único servicio de su tipo en América Latina. Los programas de prevención, vigilancia y control del VIH en México y en otros países del subcontinente presentan importantes avances en lo que a protección del derecho a la salud refiere; sin embargo, es necesario ampliarlo y llegar hasta la población que no sabe que puede estar infectada a fin de proporcionarle, con su consentimiento, la atención que se requiere. Además, a diferencia de la CEC y del Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal, la información es de fácil acceso. Sin embargo, solamente en la Ciudad de México las personas que viven con VIH cuentan con una clínica especializada. Esta especialización debe traducirse, en la práctica, en conocimiento acumulado que impacte en la calidad del servicio. Asimismo, sería importante potenciar el espacio de cara al fortalecimiento de las redes de PVVIH.

Propuestas



400. Ampliar el cuadro básico de medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con base en un diagnóstico de los padecimientos que con mayor frecuencia afectan a las personas con VIH. Ello constituye un elemento fundamental para garantizar no sólo el derecho a la salud, sino a la vida.

401. Realizar un diagnóstico sobre las necesidades de personal, espacios, materiales, insumos, medicamentos y equipos de trabajo que requieran los servicios del Gobierno del Distrito Federal que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH/sida. En particular, concluir la licitación para la operación del laboratorio clínico que se encuentra en la Clínica Especializada Condesa (CEC) e instalar un elevador para facilitar el acceso a la planta alta de la CEC para las personas adultas mayores o con discapacidad.

402. Establecer convenios de colaboración entre la CEC y hospitales federales que permitan el acceso gratuito, o bien con la cuota mínima de recuperación a los servicios de hospitalización y medicina externa en las especialidades que no se ofrecen en la clínica, para sus pacientes, de cara a garantizar el acceso a los servicios de salud.

403. Establecer los perfiles de los diferentes cargos y puestos del personal que atiende a las personas que viven con VIH/sida, los cuales se utilizarán para los procesos de selección e ingreso y como base para establecer los indicadores de un programa de evaluación anual del desempeño que garantice la profesionalización del personal y la calidad en el servicio.

404. Desarrollar un programa de sensibilización, especialización y actualización de conocimientos del personal contratado en el Gobierno del Distrito Federal que atiende a las personas que viven con VIH/sida, en los temas relacionados con el tratamiento y seguimiento de la enfermedad del VIH. Este programa debe incluir aspectos referidos a los derechos humanos de las personas que viven con VIH, el combate a la discriminación, la normatividad nacional e internacional, investigaciones y estudios recientes de actualización, atención de las y los pacientes y sus familiares, así como especialización (en tratamientos, nutrición, etcétera).

405. Establecer un programa de contención psicológica como una prestación del personal que atiende a las personas que viven con VIH/sida, con miras a proteger sus derechos laborales y a garantizarles las mejores condiciones para brindar un buen servicio a las y los pacientes y sus familiares.

406. Fortalecer los mecanismos de comunicación paciente-médico, en términos de fomentar una actitud más participativa y proactiva por parte de las y los pacientes en el cuidado de su salud. Ello para ofrecer información completa sobre el VIH, de los cuidados especiales, acerca de la medicación y sus efectos, así como de otros espacios (organizaciones, revistas, sitios web) en que se puede acceder a la información. Además, para cuidar el respeto a la confidencialidad de la información, los resultados de las pruebas de laboratorio deben ser entregados a las y los pacientes en un sobre cerrado, en lugar de comunicarlos verbalmente.

407. Diseñar un programa de información que pueda ser difundido a través de diversos medios y que permita a todas y todos los ciudadanos conocer los servicios que brinda el PPVCV y la CEC, así como acceder a información sobre prevención y tratamiento del VIH/sida. Esta información deberá colocarse en la página de internet de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para facilitar el acceso y transparencia de la información.

408. Elaborar una base de datos que permita sistematizar la información sobre las y los pacientes, así como acerca de la evolución del VIH en la ciudad de México. Esta base podría dar pie, además, a la investigación en materia de VIH/sida en el Distrito Federal y a establecer un programa especial de atención a los grupos de población que están más vulnerables a contraer la enfermedad y que no tienen la información o los recursos para acceder a los servicios del Gobierno del Distrito Federal.

Anexos

A. Información solicitada al Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal

Sobre el PPVCV

- Componentes del PPVCV.
- Reseña de la evolución del PPVCV.
- Proyectos específicos desde 2000 con fecha de inicio y de término; y valoración de resultados.
- Colaboración interinstitucional y sus características.
- Principales logros.
- Principales desafíos.
- Principales obstáculos.
- Presupuesto con el que cuenta: 2006, 2007, 2008, separado por partidas presupuestales (capítulo mil, medicinas, etcétera).
- Metas 2009-2012.
- Programas de prevención, vigilancia y control.

Sobre la Clínica Especializada Condesa (CEC)

- Servicios que ofrece la Clínica Especializada Condesa (detallar según tipo de población: VIH, VIH/sida, población abierta).
- Reseña de la evolución de la CEC y los servicios que ofrece.
- Infraestructura de la CEC (actual y la que tendrá con la remodelación).
- Estrategias de fortalecimiento.
- Presupuesto y requerimientos (¿enfrentan problemas presupuestales?).
- ¿Han tenido problemas de abasto de medicamentos o de los reactivos para la realización de las pruebas?
- Principales logros de la CEC.
- Principales desafíos.
- Principales obstáculos que ha enfrentado.
- ¿La demanda de los servicios de la clínica ha aumentado desde su apertura a la fecha? Si la respuesta es positiva detallar en qué rubros: análisis de detección, tratamiento, apoyo psicológico, etcétera.
- Relación interinstitucional y con las OSC.

Sobre el personal

- Personal de la CEC (número de médicos por especialidad, personal de enfermería, personal administrativo, personal de limpieza, personal de psicología). Desagregar los datos por sexo.
- En qué especialidades o áreas se requiere más personal.
- Requisitos de contratación del personal de la CEC.
- ¿Existe un proceso de inducción y/o capacitación para el personal que trabaja en la Clínica?
- ¿Recibe el personal de la CEC apoyo para contener sus experiencias al tratar con personas que viven con VIH/sida?
- Tiempo promedio de laborar del personal de la CEC.

Sobre las y los pacientes que se atienden en la CEC

- Caracterización de las y los pacientes actuales (número total, población con VIH y población con VIH/sida; y desagregación por sexo, edades, delegaciones de residencia).

- Principales grupos afectados.
- Tasa estimada de cobertura.
- Series estadísticas (2000-2007) de cantidad de pacientes, consultas, recetas, pruebas
- ¿Cómo se vinculan las y los pacientes con el comité de la CEC?
- Sobre la atención en los centros de reclusión.
- Unidad Médica de la Penitenciaría de Santa Martha: personal (número, especialidades, turnos), abasto de medicamentos, número de pacientes que atiende por año.
- Atención a las mujeres con VIH.
- Programas de prevención, vigilancia y seguimiento en los centros de reclusión.

Sobre los medicamentos

- Tipos de medicamentos utilizados (antirretrovirales y para las enfermedades oportunistas).
- Cantidad utilizada por medicamento y costo.

B. Cuestionario para el personal de la Clínica Especializada Condesa (CEC)

Fecha: _____	Núm. folio _____
Nombre del encuestador/a: _____	

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal está realizando un informe especial sobre la protección al derecho a la salud de las personas que viven con VIH/sida por parte del Gobierno del Distrito Federal, en particular sobre la atención que se brinda a las personas que se atienden en la Clínica Especializada Condesa.

Para elaborar este informe, hemos considerado fundamental elaborar una caracterización del personal que labora en la Clínica, así como aproximarnos a sus percepciones respecto a la experiencia de trabajar en la Clínica Especializada Condesa.

Este cuestionario tiene por objetivo, justamente, acceder a información que nos permita elaborar un perfil del personal que labora en la Clínica, así como conocer sus experiencias y percepciones en su labor cotidiana. Le agradeceremos toda la información que nos pueda brindar al respecto.

Toda la información que nos brinde será utilizada únicamente para este informe. No debe brindar su nombre; sus datos solamente serán referidos de manera agregada.

I. Datos sociodemográficos

1. Sexo: () Masculino () Femenino

2. Edad (en años cumplidos): _____

3. ¿En qué entidad federativa vive usted?:

() Distrito Federal

() Estado de México

() Otra entidad. ¿Cuál?: _____



pase a la pregunta 6

4. ¿En qué delegación vive?:

Álvaro Obregón

Benito Juárez

Azcapotzalco

Coyoacán

11. ¿Ha tomado usted algún curso de especialización relacionado con el VIH/sida?:
() Sí () No (pase a la pregunta 13)
12. Podría indicar:
¿De qué se trató el curso?: _____
¿En qué año lo tomó?: _____
¿Cuánto tardó el curso?: _____
¿Qué institución impartió el curso?: _____
13. Al ingresar a trabajar a la Clínica Especializada Condesa, ¿recibió usted algún tipo de curso de inducción, sensibilización o capacitación?:
() Sí () No (pase a la pregunta 15)
14. Podría indicar:
¿De qué se trató el curso?: _____
¿Cuánto tardó el curso?: _____
¿Quién impartió el curso?: _____
15. ¿La Clínica Especializada Condesa le ha financiado o le ha facilitado alguna beca para tomar cursos de capacitación vinculados con su trabajo?:
() Sí () No (pase a la pregunta 17)
16. Podría indicar:
¿De qué se trató el curso?: _____
¿En qué año lo tomó?: _____
¿Cuánto tardó el curso?: _____
¿Qué institución impartió el curso?: _____
17. ¿Considera usted que necesita algún tipo de sensibilización o capacitación para desempeñar su trabajo?:
() Sí () No (pase a la pregunta 19)
18. ¿En qué materias considera que requiere sensibilización o capacitación?:
1. _____
2. _____
3. _____

19. ¿Considera usted que sus compañeros y compañeras de trabajo necesitan algún tipo de sensibilización o capacitación para desempeñar su trabajo?:

- Sí No (pase a la sección III)

20. ¿En qué materias considera que requieren sensibilización o capacitación?:

1. _____
2. _____
3. _____

III. Condiciones de trabajo en la Clínica Especializada Condesa

21. ¿Hace cuánto tiempo trabaja usted en la Clínica Especializada Condesa?: _____

22. ¿En qué área trabaja? (no leer opciones):

- Administrativo Trabajo social Enfermería
 Psicología Medicina general Medicina especializada
 Otra: _____

23. ¿Qué puesto desempeña usted en la Clínica Especializada Condesa?: _____

24. ¿Cuáles son sus labores en ese puesto?: _____

25. ¿Hace cuánto tiempo desempeña ese puesto?: _____

Si el tiempo de trabajar en la clínica difiere del tiempo de ocupar el puesto:

26. ¿Qué puesto ocupaba usted antes en la Clínica?: _____

27. ¿El puesto que tiene actualmente es producto de un ascenso?: Sí No

28. ¿Cuántas personas integran su área de trabajo?: _____

29. ¿Considera que ese número de personas es suficiente para brindar los servicios?:

- Sí No. ¿Cuántas personas hacen falta para brindar un servicio de calidad?: _____

30. En general, ¿considera usted que la Clínica cuenta con suficiente personal para brindar los servicios oportunamente y con calidad?:
- Sí (pase a la pregunta 32) No
31. ¿Personal de qué áreas considera usted que hace falta en la Clínica? (puede marcar más de una opción):
- Médicos/as generales
- Médicos/as especialistas. Especificar: _____
- Enfermeras/as
- Trabajadores/as sociales
- Personal administrativo
32. ¿Con qué materiales cuenta usted para desempeñar su trabajo?: _____
- _____
33. ¿Considera usted que esos materiales de trabajo son suficientes para las labores que usted desempeña?:
- Sí No. ¿Por qué?: _____
34. ¿Considera que esos materiales de trabajo son de buena calidad?:
- Sí No. ¿Por qué?: _____
35. ¿Considera que esos materiales de trabajo son adecuados para las labores que usted desempeña?:
- Sí No. ¿Por qué?: _____
36. ¿En alguna ocasión ha habido faltantes de sus materiales de trabajo?:
- Sí. ¿Con qué frecuencia ocurre?: _____
- No
37. ¿Qué tipo de contratación tiene usted en la Clínica Especializada Condesa?:
- Honorarios Eventual De estructura
- De base/sindicalizado
38. ¿De qué prestaciones goza usted en este trabajo? (lea todas las opciones):
- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Aguinaldo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vacaciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Seguro social | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Seguro de gastos médicos mayores | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Prima vacacional | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Servicio profesional de carrera | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otras: | _____ | |

39. ¿Tiene derecho a algún servicio de atención/contención psicológica?:
 Sí No (pase a la pregunta 45)
40. ¿Quién se lo brinda?:
 Psicólogo/a de la Clínica Psicólogo/a de otro servicio de salud del Distrito Federal
 Psicólogo/a particular
41. ¿Pertenece usted a algún sindicato u organización de trabajadores?:
 Sí. ¿Cuál?: _____
 No
42. En términos generales, ¿puede describir el ambiente de trabajo en la Clínica?:

43. ¿Cómo describiría la relación con sus compañeros y compañeras de trabajo?:

44. ¿Cómo es la relación con sus superiores?:

45. Si tiene usted personal subordinado, ¿cómo es la relación con ellos y ellas?:
 No tiene personal subordinado
46. ¿Cómo es su relación con la Dirección de la Clínica?:

IV. Experiencia de trabajo con personas que viven con VIH/sida

47. Antes de trabajar en la Clínica Especializada Condesa, tenía usted otro trabajo?:
 Sí No (pase a la pregunta 51)
48. ¿En qué lugar trabajaba usted antes de ingresar a la Clínica Especializada Condesa?:
 Servicio de salud del Gobierno del Distrito Federal. ¿Cuál?: _____
 Otra dependencia del Gobierno del Distrito Federal. ¿Cuál?: _____
 Servicio de salud de otra entidad federativa. ¿Cuál?: _____
 Otra dependencia de otra entidad federativa. ¿Cuál?: _____
 Servicio de salud federal. ¿Cuál?: _____

- Otra dependencia federal. ¿Cuál?: _____
- Servicio de salud privado. ¿Cuál?: _____
- Otro lugar. ¿Cuál?: _____

49. ¿Qué puesto tenía usted en su trabajo anterior?: _____

Si el trabajo anterior es en el sector salud:

50. ¿Hace cuánto tiempo trabaja usted en el sector salud?: _____

51. ¿Cómo llegó a trabajar a la Clínica Especializada Condesa?:

52. ¿Le gustaría cambiar de trabajo?:

- Sí. ¿Por qué?: _____
- No. ¿Por qué?: _____

53. ¿Le gusta trabajar en esta Clínica?:

- Sí. ¿Por qué?: _____
- No. ¿Por qué?: _____

54. En términos generales, ¿cuál ha sido su experiencia de trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:

55. En términos generales, ¿cuál ha sido su experiencia al trabajar con personas que viven con VIH/sida?:

56. ¿Podría usted detallar algunas experiencias negativas en su trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:

- Sí. ¿Cuáles?: _____
- No

57. ¿Podría usted detallar algunas experiencias negativas relacionadas con el trabajo con personas que viven con VIH/sida?

- Sí. ¿Cuáles?: _____
- No

58. ¿Podría usted detallar algunas experiencias positivas en su trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:
- () Sí. ¿Cuáles?: _____
- () No
59. ¿Podría usted detallar algunas experiencias positivas relacionadas con el trabajo con personas que viven con VIH/sida?:
- () Sí. ¿Cuáles? _____
- () No
60. ¿Ha cambiado su percepción sobre las personas que viven con VIH/sida desde que trabaja en la Clínica Especializada Condesa?
- () Sí. ¿En qué sentido?: _____
- () No
61. ¿Qué opinión tienen sus familiares sobre su trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:
- _____
- _____
62. ¿Qué opinión tienen sus amistades sobre su trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:
- _____
- _____
63. ¿Qué ha aprendido en su trabajo en la Clínica Especializada Condesa?:
- _____
- _____
64. ¿Qué ha aprendido usted al trabajar con personas que viven con VIH/sida?:
- _____
- _____
65. ¿Considera usted que trabajar con personas que viven con VIH/sida ha cambiado en alguna forma su vida?:
- () Sí () No (pase a la sección V)
66. ¿En qué sentido ha cambiado su vida?:
- _____

V. Percepciones sobre la atención a los y las pacientes en la Clínica Especializada Condesa

67. ¿Cómo calificaría usted el servicio que se brinda a los y las pacientes de la Clínica?:

- Excelente Bueno Regular
 Malo Muy malo

68. Considera usted que los y las pacientes de la Clínica reciben un trato:

- Excelente Bueno Regular
 Malo Muy malo

69. ¿Podría usted detallar porqué?:

70. ¿Alguna vez ha sido usted testigo de mal trato hacia algún paciente de la Clínica?:

- Sí No

71. ¿Alguna vez usted ha observado alguna práctica discriminatoria hacia algún paciente de la Clínica?:

- Sí No (pase a la pregunta 73)

72. ¿Qué persona fue discriminada?:

- Travestista Transexual Gay o lesbiana
 Otra persona

73. ¿Algunos de sus compañeros o compañeras de trabajo han realizado alguna vez comentarios que juzguen la preferencia sexual de los y las pacientes de la Clínica?:

- Sí No

74. ¿Algunos de sus compañeros o compañeras de trabajo han realizado alguna vez comentarios que juzguen las formas de contagio del VIH/sida?:

- Sí No

VI. Conocimiento de instrumentos y normas para tratar a personas que viven con VIH/sida

En esta sección le vamos a hacer algunas preguntas sobre los servicios que se brindan en la Clínica Especializada Condesa. En caso de que usted no conozca alguna respuesta, siéntase en la libertad de manifestarlo. Recuerde que este cuestionario no tiene su nombre y la información que nos brinde se utilizará de manera agregada (para datos estadísticos) y es de uso exclusivo de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

75. ¿Sabe usted quiénes tienen acceso a los servicios que se brindan en la Clínica Especializada Condesa?:
- () Sí. ¿Quiénes?: _____
- () No sabe
76. ¿Puede usted detallar cuáles son los servicios que se brindan en la Clínica Especializada Condesa? (no lea las opciones; puede marcar más de una opción):
- () Atención médica a personas que viven con VIH/sida
- () Medicamentos antirretrovirales
- () Medicamentos para enfermedades oportunistas
- () Condonería
- () Pruebas para diagnosticar VIH
- () Atención psicológica/terapia para personas que viven con VIH/sida
- () Pruebas de laboratorio para personas que viven con VIH/sida
- () Otros servicios:
77. ¿Brinda la Clínica Especializada Condesa algún servicio para familiares, amistades o pareja de sus pacientes?:
- () Sí. ¿Cuál?: _____
- () No
78. ¿A qué personas se les brinda información sobre una persona que vive con VIH/sida o que es paciente de la Clínica Especializada Condesa? (no lea las opciones; puede marcar más de una opción):
- () A ninguna persona () A sus familiares () A su pareja
- () A sus amistades () A personal de la Clínica
79. ¿A qué personas se les puede dar información sobre el resultado de una prueba para diagnosticar VIH/sida? (no lea las opciones; puede marcar más de una opción):
- () Solamente a la persona que se realizó la prueba
- () A la persona que se realizó la prueba y a quien le acompañe
- () A la persona que se realizó la prueba y a su pareja
- () A la persona que se realizó la prueba y a sus familiares
- () Al personal de la Clínica
- () Al personal directivo de la Clínica
- () A los y las médicas de la Clínica
- () A la pareja de quien se realizó la prueba
- () Otra persona: _____

80. ¿A qué personas se les puede dar información sobre el estado de salud de una persona que es paciente de la Clínica? (no lea las opciones; puede marcar más de una opción):

- A ninguna persona
- Solamente a el o la paciente
- A la persona que es paciente y a quien le acompañe
- A la persona que es paciente y a su pareja
- A la persona que es paciente y a sus familiares
- Al personal de la Clínica
- Al personal directivo de la Clínica
- A los y las médicas de la Clínica
- A la pareja de el o la paciente
- Otra persona: _____

81. ¿A qué personas se les puede dar información sobre las causas de fallecimiento de una persona que haya sido paciente de la Clínica? (no lea las opciones; puede marcar más de una opción):

- A ninguna persona
- A la pareja de quien fue paciente
- A los y las familiares de quien fue paciente
- Al personal de la Clínica
- Al personal directivo de la Clínica
- A los y las médicas de la Clínica
- Otra persona: _____

82. ¿Conoce usted los derechos de las personas que viven con VIH/sida?:

- Sí No (pase a la pregunta 86)

83. ¿Quién le dio a conocer los derechos de las personas que viven con VIH/sida?:

- Los buscó por iniciativa propia
- Se los dio a conocer la dirección de la Clínica
- Se los dio a conocer su jefe o jefa
- Se los dio a conocer otro personal de la Clínica
- Se los dio a conocer pacientes de la Clínica
- Se los dieron a conocer en otro lugar. ¿Dónde?:

84. Puede usted mencionar tres derechos de las personas que viven con VIH/sida:

1. _____
2. _____
3. _____

85. ¿Sabe usted qué organización emitió los derechos de las personas que viven con VIH/sida?:

- () Sí. ¿Cuál?: _____
 () No

VII. Conceptos y términos

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre términos y conceptos relacionados con las personas que viven con VIH/sida. No es una prueba ni examen. Le recordamos que esta información es anónima, de uso exclusivo de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y que solamente se utilizarán los datos de manera agregada.

86. ¿Cómo se llaman las pruebas de detección del VIH/sida?:

- () Prueba de VIH () Prueba de anticuerpos () Prueba de tamizaje
 () ELISA () Prueba de detección VIH () Prueba del sida

87. ¿Qué personas se atienden en la Clínica Especializada Condesa?:

- () Personas con sida () Sidosos o sidosas
 () Infectados () Infectados de VIH
 () Víctimas del sida () Personas que viven con VIH/sida

88. El riesgo de contagio del VIH se denomina? (leer opciones):

- () Riesgo de infección () Exposición al VIH
 () Riesgo de contagio () Riesgo de sida

89. De los siguientes términos, ¿cuál usa usted con más frecuencia? (leer opciones):

- () Prostituta o prostituto () Trabajador o trabajadora sexual
 () Trabajador o trabajadora de la calle

90. ¿Qué padecimiento tienen las personas que se atienden en la Clínica Especializada Condesa?:

- () VIH () El virus del sida
 () La enfermedad del sida

91. Una alta proporción de los y las pacientes de la Clínica Especializada Condesa pertenecen a un grupo denominado (leer opciones):

- () Gays y lesbianas () Gays () Invertidos
 () Comunidad LGBT () Comunidad gay () Homosexuales
 () Personas con preferencia sexual diferente

Si la entrevista se aplicó a personal que no es médico/a ni aplica pruebas diagnósticas, agradezca la información y el tiempo brindados.

Aplicar solamente al personal que realiza pruebas diagnósticas de VIH/sida

92. ¿Qué pruebas diagnósticas se realizan en la Clínica Especializada Condesa?:
 ELISA Western blot ELISA y western blot
 Otra prueba. ¿Cuál?: _____
93. ¿Cuál es la diferencia entre la prueba ELISA y la western blot?:
 La prueba ELISA brinda un resultado no confirmatorio, la western blot es confirmatoria/ definitiva
 La western blot solamente se realiza en la Clínica Especializada Condesa
 Otra respuesta: _____
 No sabe
94. ¿Quiénes pueden realizarse pruebas diagnósticas de VIH/sida en la Clínica Especializada Condesa?:
 Cualquier persona que lo solicite
 Personas que no son derechohabientes del IMSS o ISSSTE
 Sólo personas que son remitidas de otros servicios de salud del GDF
 Sólo personas que se realizaron la prueba ELISA
95. Cuando una persona viene a realizarse la prueba a la Clínica, ¿se le preguntan las razones por las que se la está realizando?:
 Sí No
96. ¿Cuánto se tarda el resultado de la prueba ELISA?:
 Menos de dos horas
 Un día
 De dos días a una semana pase a la pregunta 99
 Más de una semana
97. Durante el lapso de espera, ¿qué hace el o la solicitante de la prueba?:
 Espera en la Clínica
 Se le brinda información preventiva
 Debe salir de la Clínica
 Otra: _____
98. ¿Cómo se entrega el resultado de la prueba ELISA?:
 En un sobre cerrado
 En un sobre
 Se comunica verbalmente
 Otra forma: _____

99. ¿Quiénes se realizan la prueba western blot en la Clínica Especializada Condesa?:
- Las personas que se realizaron la prueba ELISA y obtuvieron diagnóstico positivo
 - Las personas que son remitidas de otro hospital, clínica o servicio de salud del Gobierno del Distrito Federal
 - La o las parejas de pacientes de la Clínica
 - Cualquier persona que lo solicite
 - Otra opción: _____
100. ¿Cuánto se tarda el resultado de la prueba western blot?:
- Menos de un día
 - De dos días a una semana
 - De dos a tres semanas
 - Un mes
 - Plazo indeterminado
 - Un día
 - Más de una semana pero menos de dos semanas
 - De tres a cuatro semanas
 - Más de un mes
101. ¿Con qué reactivos se realiza la prueba western blot?:
- _____
102. ¿Ha habido desabasto de ese reactivo en la Clínica?:
- Sí, con mucha frecuencia
 - Sí, eventualmente
 - Sí, en escasas ocasiones
 - No ha habido desabasto
103. ¿Cómo se entrega el resultado de la prueba western blot?:
- En un sobre cerrado
 - En un sobre
 - Se comunica verbalmente
 - Otra forma: _____
104. ¿Qué procedimiento se sigue si el resultado de la prueba western blot es positivo?:
- _____
- _____
105. ¿Se brinda apoyo psicológico inmediato cuando el resultado de la prueba western blot es positivo?:
- Sí
 - No
106. ¿Se realiza alguna averiguación respecto a los contactos sexuales de la persona cuyo resultado de la prueba western blot es positivo?:
- Sí
 - No

Le agradecemos la información y el tiempo que nos ha brindado.

Aplicar exclusivamente a personal médico

107. El servicio médico que se brinda en la Clínica incluye (leer opciones):

Consulta externa con médico general	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consulta externa en infectología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dermatología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Oftalmología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ginecología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Proctología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Odontología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Gastroenterología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Epidemiología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Neumología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras especialidades:	_____	

108. ¿Con qué periodicidad se brindan las consultas en medicina general a pacientes de la Clínica?:

- Quincenal Mensual Bimestral
 Otro periodo:

109. ¿Con qué periodicidad se brindan las consultas en infectología a pacientes de la Clínica?:

- Mensual Bimestral Trimestral
 Semestral Otro periodo:

110. ¿A qué hospitales se remiten los pacientes de la Clínica para el tratamiento de especialidades que no se atienden en la Clínica?:

111. ¿Qué medidas se toman para garantizar el anonimato de los y las pacientes que son remitidas a otros hospitales?:

112. ¿Qué información se brinda a la familia y pareja de la persona que vive con VIH/sida?:

113. Respecto a los medicamentos que se brindan en la Clínica, ¿podría anotar en la tarjeta adjunta los antirretrovirales que se ofrecen actualmente? (entregar tarjeta):

114. Cuando se receta un antirretroviral, ¿qué información se le brinda a el o la paciente? (puede marcar más de una opción):

- Dosis del medicamento Efectos secundarios del medicamento
 Contraindicaciones del medicamento Otra:

115. ¿Qué elementos se valoran para recetar un antirretroviral u otro?:

116. ¿Qué elementos se valoran para cambiar un antirretroviral? (puede marcar más de una opción):
 Resultados de CD4/carga viral Efectos secundarios del medicamento
 Abasto del medicamento Opinión de el o la paciente
 Otro: _____
117. ¿Considera usted que los antirretrovirales con que cuenta la Clínica son los más adecuados?:
 Sí. ¿Por qué?: _____
 No. ¿Por qué?: _____
118. ¿Son estos antirretrovirales los más recientes?:
 Sí No
119. ¿Ha habido problemas de abasto de algunos antirretrovirales?:
 Sí. ¿Qué opciones se maneja en caso de desabasto?:
 No
120. ¿Pueden opinar los y las pacientes sobre el antirretroviral que se les receta?:
 Sí No
121. ¿Se reconsidera la medicación en caso de que los efectos secundarios afecten de manera sensible la salud de la o el paciente?:
 Si No
122. ¿Se cuenta en la Clínica con medicamentos para las enfermedades oportunistas?:
 Sí. ¿Para qué enfermedades?:
 No
123. En caso de no contar con medicamentos para algunas enfermedades oportunistas ¿cómo obtienen los y las pacientes dichos medicamentos?:
 Los compran con sus propios recursos
 Se les brindan los medicamentos en otros servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal
 Se les brindan los medicamentos en servicios de salud federales

Le agradecemos la información y el tiempo que nos ha brindado.

C. Guía de entrevista a pacientes de la Clínica Especializada Condesa

Introducción

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal está realizando un informe especial sobre la protección al derecho a la salud de las personas con VIH/sida por parte del Gobierno del Distrito Federal, en particular sobre la atención que reciben las personas con VIH/sida en la Clínica Especializada Condesa.

Para elaborar este informe, estamos recopilando información sobre la Clínica, realizaremos entrevistas al personal y hemos considerado fundamental aproximarnos a las percepciones de las personas que se atienden en esta Clínica.

Esta entrevista tiene por objetivo, justamente, conocer sus experiencias y percepciones sobre la atención que ha recibido en la Clínica Especializada Condesa. Le agradeceremos toda la información que nos pueda brindar al respecto, así como la que refiera, en general, a los servicios de salud a que usted ha podido acceder en el Distrito Federal. Con el objetivo de tener su testimonio directo, le solicitamos nos autorice grabar esta entrevista.

Toda la información que nos brinde será utilizada únicamente para este informe. Su nombre se mantendrá en el anonimato y sus datos solamente serán referidos de manera agregada.

1. Los servicios de la Clínica Especializada Condesa

- ¿Cómo llegaste a la Clínica Especializada Condesa? ¿Cómo te enteraste de su existencia y sus servicios? ¿Quién te remitió?
- ¿Hace cuánto tiempo empezaste a recibir servicios en la Clínica? ¿Qué servicios has recibido en la Clínica? (Explorar sobre medicamentos, terapia, prevención, etc.) ¿Qué opinión te merecen esos servicios?
- Con respecto al apoyo psicológico
 - ¿Has recibido ese servicio? ¿lo solicitaste o te lo brindaron?
 - ¿Cómo evalúas el apoyo psicológico? (cómo te ha ayudado el apoyo psicológico, cómo evalúas el profesionalismo de quienes te brindan ese servicio, se brinda el apoyo psicológico en un espacio físico adecuado)
 - ¿Consideras que la frecuencia con que recibes apoyo psicológico es suficiente?
 - ¿Pueden acceder tus familiares, amistades o pareja a apoyo psicológico en la Clínica?
- Con respecto a las pruebas de laboratorio
 - ¿Has recibido ese servicio? ¿Lo solicitaste o te lo brindaron?
 - ¿Qué tan frecuentes son las pruebas de laboratorio en tu caso? ¿Quién determina la frecuencia de las pruebas?
 - ¿Cuánto tardan en brindarte los resultados de las pruebas? ¿Quién te brinda los resultados y quién los interpreta?

- Con respecto a los medicamentos
 - ¿Qué medicamentos recibes actualmente? (preguntar explícitamente por el tipo de medicamento y la dosis) ¿recibes medicamentos de otra institución o compras medicamentos por tu cuenta?
 - ¿Recibes actualmente o has recibido medicamentos para enfermedades oportunistas?
 - ¿Recibes o has recibido medicamentos para enfermedades no asociadas al VIH/sida o para padecimientos previos?
 - ¿Ha habido cambios en los medicamentos que recibes?
 - ¿Alguna vez se ha retrasado la dotación de medicamentos que recibes? Si ha sucedido ¿qué haces en esos casos?
 - ¿Qué opinas de la calidad de los medicamentos que se te brindan?
 - ¿Has tenido algún problema o queja respecto a los medicamentos? ¿Sabes si otros pacientes han tenido problemas con los medicamentos?
 - ¿Sabes si ha habido problemas de abasto de medicamentos? ¿Sabes si ha habido cambios en los medicamentos? ¿Conoces las razones de esos cambios?
 - En caso de desabasto o cambios ¿cómo te enteras? ¿Cómo se te informa? ¿Quién te informa? ¿Es oportuna la información? ¿Qué alternativas se te brindan en caso de desabasto?
- Podrías hablarnos un poco sobre el personal de la Clínica
 - En general ¿qué te parece el personal que atiende en la Clínica Especializada Condesa?
 - ¿Consideras que el personal de la clínica debe tener alguna formación especializada para atender a personas con VIH/sida?
 - ¿Consideras que está capacitado para atender a personas con VIH/sida?
 - ¿Sabes si el personal de ventanilla ha recibido algún curso o capacitación al respecto?
 - ¿Sabes si las enfermeras, médicos y médicas tienen formación especializada para atender a personas con VIH/sida?
- Podrías hablarnos sobre la atención en la clínica ¿te tratan bien?
 - Para iniciar, el personal “de ventanilla” ¿cómo te trata?
 - Las enfermeras ¿cómo te tratan?
 - ¿Cómo te tratan las y los médicos?
 - Si has tenido contacto con el personal directivo ¿cómo es su trato?
- ¿Ha habido cambios en el personal desde que recibes atención en la Clínica? Si así fuera ¿percibes cambios en la atención?
- ¿Tú, tus familiares o pareja han tenido algún problema por la atención que reciben en la Clínica? ¿Alguna vez ha habido alguna conducta discriminatoria hacia tu persona en la Clínica? (explorar el detalle) ¿Sabes si algún o alguna paciente de la Clínica ha enfrentado alguna conducta discriminatoria en la Clínica?

2. Experiencia de vivir con VIH/sida

- Podrías comentarnos cómo ha sido tu vida a partir del diagnóstico del VIH
 - ¿Cómo ha cambiado tu vida el VIH?

- ¿Qué cambios has experimentado en tu vida laboral? (Indagar si ha sufrido despido, si continúa laborando si sus compañeros, compañeras de trabajo y jefes saben que vive con VIH/sida y sus reacciones.)
 - ¿Qué cambios has experimentado en tu vida familiar? ¿Cómo reaccionó tu familia al enterarse que vives con VIH/sida? ¿Quién se los comunicó? ¿Ha habido cambios en las reacciones de tu familia?
 - ¿Tienes pareja actualmente? Si es así ¿era tu pareja al momento del diagnóstico? ¿Cuál ha sido su reacción?
 - ¿Has sufrido discriminación por vivir con VIH/sida? ¿Qué tipo de prácticas discriminatorias has enfrentado y por parte de quiénes?
- Consideras que en otro estado del país tu experiencia sería distinta ¿por qué?
 - Además de tu relación con otras personas ¿cómo te ha afectado vivir con VIH/sida?
 - ¿Ha afectado tu economía o la de tu familia?
 - ¿Has tenido que modificar hábitos, costumbres? ¿cuáles?
 - ¿Has modificado tu forma de vivir en otros ámbitos? (alimentación, traslados, tipo de trabajo, diversión, etcétera)
 - ¿Conoces tus derechos como persona que vive con VIH/sida? ¿Cuáles son?
 - ¿Conoces los instrumentos que tutelan tus derechos como persona que vive con VIH/sida? ¿Podrías mencionarlos?

3. El diagnóstico

- Nos podrías contar ¿cómo te fue diagnosticado el VIH? ¿En dónde y por qué te hiciste la prueba? (indagar si fue en un hospital, clínica, centro de salud o *stand* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal)
- En caso de que te hayas hecho la prueba en una clínica, hospital, centro de salud o stand de la SSDF:
 - ¿Qué opinión tienes del servicio que recibiste en la realización de la prueba (al solicitarla, al realizarla y después de realizada)?
 - ¿Cómo se te informó el resultado de la prueba? ¿Quién te lo informó? ¿Cuánto tardaron en darte el resultado?
 - ¿Se le comunicó a otras personas (familiares, amistades, pareja) del resultado de tu prueba?
 - ¿Se te dio algún tipo de trato diferencial o hubo alguna muestra de discriminación al solicitar la prueba, al brindarte el resultado o después del diagnóstico?

4. El Comité de pacientes

- Sabes que existe un Comité de pacientes de la Clínica? Si es así ¿qué te parece su trabajo? ¿Cuáles son sus funciones? ¿Quiénes y cómo se pertenece al Comité?

- ¿Les ha brindado información sobre sus derechos como personas que viven con VIH/sida?
- ¿Cuáles son las acciones más relevantes que ha realizado el Comité a favor de los y las pacientes de la clínica?
- ¿Desarrolla otras acciones el Comité? (prevención, apoyo a familiares, redes, etcétera).
- ¿Qué tipo de información les brinda el Comité a los y las pacientes?
- Se mantiene el Comité informado sobre los avances médicos, farmacéuticos y psicológicos más recientes para la atención de personas con VIH/sida? ¿Les comunica de dichos avances a los y las pacientes?
- ¿Desarrolla el Comité acciones de prevención?
- ¿Desarrolla el Comité acciones para enfrentar la discriminación y el estigma?

5. El papel del Gobierno del Distrito Federal

- ¿Eras derechohabiente al momento del diagnóstico?
- ¿Cómo te enteraste de los servicios que brinda el Gobierno del Distrito Federal a las personas que viven con VIH/sida?
- ¿Qué servicios te ha facilitado el Gobierno del Distrito Federal para atenderte?
- Además de la Clínica Especializada Condesa ¿podrías mencionar otras instituciones u organismos que ha generado el Gobierno del Distrito Federal para atender la problemática del VIH/sida?
- ¿Qué percepción tienes, en general, de la forma en que el Gobierno del Distrito Federal enfrenta la pandemia del sida?
- ¿Cómo evalúas el papel del Gobierno del Distrito Federal en la prevención del VIH/sida?
- ¿Cómo evalúas las acciones destinadas a atender a las personas con VIH/sida? Además de la Clínica Especializada Condesa ¿has tenido acceso a otros servicios por tener VIH/sida?

6. Características sociodemográficas

Edad _____
 Sexo _____
 Delegación en que habita _____
 Nivel educativo _____
 Ocupación _____

Siglas y acrónimos

ARV	Antirretroviral
AZT	Azidotimina o zidovudina
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
CATIE	The Canadian Aids Treatment Information Exchange
CCDV	Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntario
CD4	Cúmulo de diferenciación 4, también llamada Células T
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CEC	Clínica Especializada Condesa
Censida	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida
Cofsida	Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH
Conapred	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
Conasida	Consejo Nacional para la Prevención del Sida
ELISA, prueba de	Enzyme linked immuno sorbent assay
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
GDF	Gobierno del Distrito Federal
HSH	Hombres que mantienen actividad sexual con hombres
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Invs	Institut de Vielle Sanitaire
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGBT	Población lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénerica y travestista
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
Pemex	Petróleos Mexicanos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Pptmi	Centros de Consejería Materno-Infantil para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
PPVCV	Programa de Prevención, Vigilancia y Control del VIH/Sida del Gobierno del Distrito Federal
PVVIH	Personas que viven con VIH
RH	Retrovirus del humano
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSDF	Secretaría de Salud del Distrito Federal
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TARV	Tratamiento antirretroviral
TSC	Trabajador(a) sexual comercial
UDI	Usuarios(as) de drogas inyectables
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNGASS, Declaración	Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), Nueva York, 16 de diciembre de 1966.
- _____, *Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/Sida: Crisis mundial-Acción mundial*, Nueva York, Resolución S-26/2 aprobada en la 8a. sesión plenaria de 27 de junio de 2001.
- _____, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, París, Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.
- _____, *Informe del secretario general sobre los progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/Sida y la Declaración Política sobre el VIH/Sida, A/62/780*, Sexagésimo segundo periodo de sesiones, 1 de abril de 2008.
- Banco Mundial, *La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*, Reporte 208612-ME, México, 2004.
- _____, “Estructura, tendencias y carencias” en *La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*, Reporte 208612-ME, 2004, en: <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/e_capitulo_3.pdf> (consultada el 3 de julio de 2008).
- Cano, Fernando y Muñoz de Alba Marcia, *Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida sida-VIH*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2000.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida, *Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México*, México, 2004.
- _____, *Registro Nacional de Casos de Sida* (datos al 30 junio de 2007), México, Secretaría de Salud, 2007.
- _____, *Informe UNGASS México 2008*, México, Secretaría de Salud, 31 de enero de 2008.
- Chequer, Pedro, *História do Programa Nacional-Aids vinte anos-esboço histórico para entender o programa brasileiro*, octubre de 2005. Adaptación del texto original de Camargo, Keneth, en: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> (consultada en julio de 2008).
- Consejo de Población Estatal (Coepo), *Censos generales de población y vivienda*, México, 2007.
- Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco (Coesida Jalisco), Secretaría de Salud Jalisco, *Informe Ejecutivo 2006. Programa Estatal VIH/sida Infecciones de Transmisión Sexual*, 2006. En: <[http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/\\$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf](http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf)> (consultada el 11 de junio de 2008).
- _____, *Programa Estatal VIH/Sida Infecciones de Transmisión Sexual 2007*, 2007. En: <[http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/\\$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf](http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/6CAC900B215813260625734C006BC669/$FILE/Programa%20Estatal%20I2007.pdf)> (consultada el 11 de junio de 2008).
- Consejo Nacional de Población y Vivienda (Conapo), Secretaría de Gobernación (Segob), *Proyecciones de la Población de México 2000-2050*, México, 2002.
- Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, “Situación epidemiológica del VIH/sida en la ciudad de Buenos Aires” en *Infosida*, año 5, núm. 5, Buenos Aires, Argentina, diciembre de 2006.
- Dirección General de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Argentina. Enero de 2006-diciembre de 2007*, 31 de enero de 2008. Extraído en julio de 2008 desde: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/argentina_2008_country_progress_report_sp_es.pdf>.

- Estonian Ministry of Social Affairs, *Estonia: country report on national response To HIV/AIDS epidemic 2007*, 2008, January. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/estonia_2008_country_progress_report_en.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Fonseca, Elize, Nunn, Amy, Souza-Junior, Borges, Paulo, Bastos, Francisco y Ribeiro, José. (2007, Septiembre) en “Decentralization, Aids, and harm reduction: the implementation of public policies in Rio de Janeiro, Brazil”, *Cad. Saúde Pública*, vol. 23, núm. 9, Río de Janeiro, septiembre de 2007.
- Gobierno de Buenos Aires, Argentina, (n.d.) *VIH-Sida*, En: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/vih/objetivos.php?menu_id=10989> (consultada el 9 de junio de 2008).
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Chile Enero de 2006-diciembre de 2007*, enero de 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/chile_2008_country_progress_report_sp_es.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Gobierno del estado de Veracruz, *Economía Veracruzana (Semblanza de Veracruz), 2008*. En: <http://portal.veracruz.gob.mx/portal/page?_pageid=153,4202479&_dad=portal&_schema=PORTAL> (consultada el 3 de julio de 2008).
- _____, *Estudios regionales para la planeación*, 2008^a, en: <http://portal.veracruz.gob.mx/portal/page?_pageid=153,4202479&_dad=portal&_schema=PORTAL> (consultada el 3 de julio de 2008).
- Gobierno del estado de Chiapas, “Desarrollo social y combate a la desigualdad”, *Primer informe de Gobierno del Estado de Chiapas*, México, 2007.
- Instituto de Salud del estado de Chiapas, *VIH-sida*, 4 de octubre de 2007, en: <http://www.salud.chiapas.gob.mx/index.php?Itemid=55&id=50&option=com_content&task=view> (consultada el 11 de junio de 2008).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEG), *Encuesta nacional de ocupación y empleo, III Trimestre de 2007 (Julio – Septiembre)*, Jalisco, INEG, 2007.
- _____, *II Censo Nacional de Población y Vivienda*, México, 2005.
- Martínez, María Eugenia, “La sociedad civil y el sector salud: colaborando en la lucha contra el sida en Chiapas” en Tinoco, Rolando, Martínez, María Eugenia y Evangelista, Angélica (coord.), *Compartiendo saberes sobre VIH/sida en Chiapas*, México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones en Salud en Comitán, Consejo Estatal de Población, el Colegio de la Frontera Sur, 2007.
- Ministério da Saúde, *Boletim Epidemiológico Aids e DST*, Año IV, núm. 1, Brasília, diciembre de 2007.
- Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida, Costa Rica, *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Costa Rica 2006-2007*, enero de 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/costa_rica_2008_country_progress_report_sp_es.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Ministerio de Sanidad y Consumo, España, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS España, Enero de 2006-diciembre de 2007*, 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/spain_2008_country_progress_report_sp_es.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Morales, Pedro, *Las personas con VIH-sida y su derecho a medicamentos. Los derechos de las personas con VIH y enfermos de sida*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2003.
- National Aids Control Organization, Ministry of Health and Family Welfare Government of India, *UNGASS Country Progress Report 2008 India, January 2006 to December 2007*, enero de 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/india_2008_country_progress_report_en.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), *Informe sobre la epidemia mundial de Sida*, Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2006.

- _____, *Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*, Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2007a.
- _____, *Orientaciones terminológicas del Onusida*, Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2007b.
- _____, *Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008*, Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2008.
- Onusida y Organización Mundial de la Salud (OMS), *América Latina. Situación de la Epidemia de sida 2007*, Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, abril de 2008.
- _____, *Situación de la epidemia de sida: América del Norte y Europa occidental y central, Onusida/08.14*, Ginebra, Suiza: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2008a. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1532_epibriefs_namericaeuropa_es.pdf> (consultada en julio de 2008).
- Rate, Magdalena, González Soraya, Consejo Presidencial del Sida (Copresida) República Dominicana, *Seguimiento y monitoreo de aplicación a la declaración de UNGASS sobre VIH y sida. Informe del progreso del periodo 2006-2007*, enero de 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/dominican_republic_2008_country_progress_report_sp_es.pdf> (consultada en enero de 2008).
- Republic of South Africa, *Progress report on declaration of Commitment on HIV and AIDS, Reporting period: January 2006–December 2007*, 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/008/south_africa_2008_country_progress_report_en.pdf> (consultada en julio de 2008).
- República de Brasil, Ministério da Saúde, *Targets and Commitments made by the Member-States at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/Aids. UNGASS – HIV/Aids. Respuesta de Brasil. 2005/2007. Country Progress Report*, enero de 2008.
- República de Colombia, *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, (versión para revisión), 31 de enero de 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/colombia_2008_country_progress_report_es.pdf> (consultada el 9 de junio de 2008).
- République Française, *Declaration d'engagement des Nations Unies contre le VIH/Sida (UNGASS) Rapport de progres pour la France 2008*, 2008. En: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/france_2008_country_progress_report_fr.pdf>.
- Secretaría de Salud Veracruz, *Programa de Acción de Prevención y Control del VIH/Sida y otras ITS*, 2007. En: <http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/VIH_SIDA_ITS/PROGRAMA_DE_ACCION_DE_PREV_Y_CONTROL_DE_V%5B1%5D.PDF> (consultada el 11 de junio de 2008).
- Secretaría de Salud, “Construye la SSA nuevos centros para la atención de personas con VIH/sida”, *Letra S Salud, Sexualidad y Sida*, 5 de enero de 2006.
- Secretaría de Saúde e Defesa Civil del Gobierno de Río de Janeiro, *Boletim Epidemiológico DTS-Aids*, 23, (12), Río de Janeiro, diciembre de 2007.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida 2008-2010*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. En: <<http://www.red2002.org/es/documentos/PMS%20Rev%20211107.pdf>>.
- Sistema Estatal de Información Jalisco (Seijal), *Estadísticas de empleo*, Jalisco, Seijal.
- Tinoco, Rolando, Martínez, María Eugenia y Evangelista, Angélica (coord.), *Compartiendo saberes sobre VIH/sida en Chiapas*, México, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones en Salud en Comitán, Consejo Estatal de Población, el Colegio de la Frontera Sur, 2007.

*Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH
por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*

se terminó de imprimir en noviembre de 2008 en los talleres de
Servicios de Medios Alternativos, S. A. de C. V., calzada de las Águilas 1842,
col. Axomiatla, 01820, D. F.

Para su composición se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro de 8:10, 9:11 y 11:14
y Frutiger Lt Std 45 Light de 7:9 y 9:11 puntos.

El tiro fue de 1 000 ejemplares impresos en papel bond de 75 g.