Universidad del sureste

Dr. Saúl Peraza Marín

Situación actual del VIH/sida en México

Enfermedades infecciosas

Hannia del carmen salazar Jimenez

México es el tercer país en América Latina en número de casos de SIDA reportados.

Si bien el SIDA es la decimosexta causa general de muerte en el país, ya es la cuarta causa entre los hombres de 25 a 34 años

Desde el comienzo de la epidemia y hasta finales del año 2003, se han reportado un total de 73 mil casos de SIDA, mientras que las estimaciones del número de mexicanos que viven con el virus se encuentran en un rango de entre 116 mil y 177 mil, de los cuales un alto porcentaje desconocen su estado serológico

La epidemia en México es de transmisión sexual, con 80% de los casos diagnosticados en los que se conoce el origen de la infección transmitidos por esta vía. De éstos, 60% ocurrieron entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

Mientras que la prevalencia reportada para población adulta se ubica alrededor de 0.29%, la prevalencia entre algunos subgrupos puede llegar a ser hasta de 30% para HSH y 6% entre usuarios de drogas inyectables (UDI).

Para México, no existen datos disponibles sobre prevalencia en jóvenes, sobre todo debido a que la vigilancia centinela se ha enfocado en el reporte de casos de SIDA, además de algo de vigilancia centinela entre mujeres embarazadas, HSH, trabajadoras sexuales (TS) y UDI.5 Si bien se han reportado casos de SIDA en todos los estados de México, 43% se concentran en el área central del país.

Como ante cualquier problema de salud, además de la respuesta individual de los afectados, las sociedades han presentado una respuesta colectiva para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, organizada alrededor de los sistemas de salud.

Es evidente que la capacidad de organización de un sistema de salud depende en una medida importante del desarrollo económico y social de los países, tanto en términos de los recursos disponibles, como de las asignaciones factibles: no sólo es una cuestión de riqueza o pobreza, sino también de las prioridades que se establecen implícita o explícitamente para la atención de ciertos grupos.

En este mismo sentido, entender las razones por las cuales la epidemia no se ha generalizado en contextos de riesgo, y la importancia relativa del papel que ha jugado el sistema de salud en esta contención es especialmente relevante para fortalecer lo que ha funcionado y llamar la atención sobre los temas pendientes.

En México se produjo una rápida respuesta inicial ante la epidemia que contribuyó a mantenerla limitada a ciertos grupos de la población, no obstante, sin garantizar la protección futura de la población general y de los grupos más afectados. Las prácticas sexuales de riesgo se mantienen elevadas tanto en los grupos considerados tradicionalmente con más prácticas de riesgo como entre los jóvenes. A pesar de que la epidemia en México se considera como concentrada, principalmente en hombres que tienes sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables (UDI), los esfuerzos de prevención no tienen la suficiente focalización: sólo 13% del gasto en prevención se encuentra dirigido a la población de mayor vulnerabilidad para contraer el VIH. Por otra parte, en los últimos años ha habido un incremento importante en materia de provisión de antirretrovirales: el gasto en los mismos pasó de 30 millones en el año 2001 a 367 millones de pesos para el año 2003 alcanzando una cobertura cercana a 100%. Del total del gasto público en VIH/SIDA, 82.4% lo ejerció la seguridad social y el restante 17.6% lo ejerció la Secretaría de Salud; los fondos de la seguridad social se destinan a la atención y tratamiento de alrededor de 50% de las personas viviendo con VIH/SIDA, mientras que de los de la Secretaría de Salud se financia la otra mitad y la mayor parte de los gastos en prevención. Uno de los retos a que se enfrenta el sistema de salud, que ha logrado una cobertura cercana a 100% de atención con antirretrovirales es el cómo proveer de una atención de calidad, con un monitoreo adecuado, promoción de la adhesión y reconocimiento del problema de resistencia y efectos secundarios, sin un incremento explosivo en los costos.

Las medidas de control contra la diseminación del VIH/SIDA en México empezaron a darse desde etapas relativamente tempranas de la epidemia, durante la década de los ochenta. Algunas de estas medidas han sido de carácter oficial e instrumentadas por entidades públicas federales o estatales, otras han surgido del seno de la sociedad civil organizada y de organizaciones no gubernamentales de lucha contra la epidemia. Es menester señalar que se han conjuntado los esfuerzos del sector público y del sector social, cuya sinergia se ha traducido en resultados positivos. Algunas de estas respuestas han tenido un impacto mayor, mientras que otras han producido efectos de menor trascendencia para evitar la propagación de la epidemia

El primer caso de SIDA en México se reportó en 1983. A consecuencia del impacto global que fue tomando la epidemia y la aparición de nuevos casos en el país, el gobierno federal creó en 1986 el Comité Nacional para la Prevención de SIDA (CONASIDA), cuyas actividades se limitaban a la coordinación de esfuerzos en la lucha contra el SIDA. En 1988, por decreto presidencial, CoNaSIDA fue elevado a la categoría de Consejo Nacional. De esta forma, CoNaSIDA se consolidó como la entidad encargada de la formulación y difusión de las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Además de ser una instancia normativa, entre sus funciones incluye la coordinación de la cooperación técnica de distintos actores involucrados en la prevención y control de la epidemia. En el año 2001 se creó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CenSIDA), que además de constituir el Secretariado Técnico del CoNaSIDA asume las funciones normativas y de monitoreo de la epidemia.

En México la transfusión de sangre y sus derivados y el uso de agujas contaminadas constituyeron mecanismos de infección sumamente importantes durante los primeros años de la epidemia. Los grupos mayormente afectados por esta vía de transmisión eran las mujeres que recibían transfusión sanguínea durante procedimientos obstétricos y personas (sobre todo hombres jóvenes pertenecientes a los sectores más pobres de la población) que se involucraban en actividades de comercialización de su sangre como mecanismo de ingreso. De esta forma, para 1989, 17% de los casos reportados eran resultado de transmisión sanguínea, y el problema era particularmente importante entre los donadores de sangre pagados: entre 1986 y 1987 la prevalencia de infección por VIH entre donadores de sangre pagados era de 7% mientras que la prevalencia entre donadores voluntarios era menor a 1%.

Dos medidas implementadas por el gobierno federal resultaron fundamentales para la disminución dramática del número de infecciones por transmisión sanguínea: 1) en 1986 se hizo obligatoria la realización de pruebas de VIH a todos los donantes de sangre; y 2) en 1987 se prohibió la comercialización de sangre y sus derivados

Las campañas llevadas a cabo como reacción inicial a la epidemia pusieron al condón en los medios y en las discusiones públicas. Las intenciones no siempre fructificaron, al verse obstaculizadas con las contracampañas implantadas por los sectores conservadores de la sociedad mexicana que veían en la promoción del condón un incentivo al inicio temprano de la vida sexual.

De esta forma, el condón se ha convertido en parte de la discusión cotidiana sobre prevención en México. No obstante, el resultado alcanzado por esta promoción no puede considerarse del todo exitosa: datos de encuestas señalan que únicamente alrededor de 30% de los jóvenes utiliza preservativo cuando inicia su vida sexual y menos de la mitad reporta haber utilizado condón en su última relación sexual

Es posible que este relativo fracaso, medido en términos del uso de condón, sea consecuencia de las campañas en contra, sumadas al escepticismo y problemas de acceso de los jóvenes para usar condón.

Por lo que se refiere a las actividades focalizadas de prevención, el modelo seguido en México fue concentrar las actividades con las trabajadoras sexuales, en la hipótesis de que frenar la epidemia en este grupo evitaría su propagación a la población general. Si bien la baja prevalencia de VIH entre este grupo puede considerarse un éxito estratégico, la prevención no ha sido totalmente exitosa: las prevalencias de otras ITS virales siguen siendo elevadas (VHS 2, VPH), lo que sugiere un bajo uso de condón.

En ese sentido, puede considerarse que las estrategias de prevención del sistema de salud no han conseguido por completo implementar actividades de prevención fuera de las unidades médicas. Un paso en esa dirección es el importante proyecto de prevención enfocado a trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables que, con financiamiento del Banco Mundial, está llevando a cabo CenSIDA.

Hasta el advenimiento del SIDA, nunca antes se había invertido tanto en el estudio y la investigación de una enfermedad. en la historia de la terapia antirretroviral (TAR) poco después de su uso, se observó que el tratamiento con zidovudina (ZDV) y didanosina (ddI) en monoterapia fracasaron

La combinación actual de los diversos fármacos surgió a la vez que se conocía más sobre fisiopatogenia de la replicación viral y de la progresión de la enfermedad. De acuerdo con Science el avance médico del año 1996, fue el uso de nuevas drogas contra la infección por VIH-1.

Entre 1995 y 1997 se llevaron a cabo diversos estudios multicéntricos en donde se demostró la eficiencia clínica y de laboratorio de la combinación de un esquema triple (dos análogos de nucleósidos más un inhibidor de proteasa), la cual disminuía de manera considerable la morbilidad y mortalidad en las personas viviendo con el VIH en terapia dual o en monoterapia con un inhibidor de proteasa,

y fue en ese año cuando se acuñó el término de terapia antirretroviral de alta efectividad (TARAE).

Con el desarrollo de los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN) se crearon otras terapias combinatorias triples, dos inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleósidos (ITRAN) y un ITRNN, que han demostrado ser muy eficientes en la supresión de la replicación del VIH-1.

Los ITRNN son drogas que favorecen la desnaturalización de la transcriptasa inversa y con ello se da una inhibición de su actividad.

El monitoreo de la resistencia ha sido de gran utilidad y se ha convertido en parte del manejo de la infección. En México se han presentado datos que sugieren que la resistencia es frecuente. Actualmente se realizan estudios de resistencia fenotípica y genotípica, los cuales ayudan a predecir cuáles drogas tienen probabilidad de actividad contra VIH-1. En la resistencia fenotípica se mide la susceptibilidad de la droga de manera directa mientras que los estudios genotípicos identifican mutaciones en el VIH-1 que favorecen los cambios fenotípicos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha realizado esfuerzos para que el paciente con infección por VIH/SIDA pueda ser recibido en todas las unidades médicas de la institución y por que todo el personal de salud pueda participar en su atención. Desde 1994 el IMSS integró guías clínicas para orientar el proceso diagnóstico-terapéutico en las que se establecen en un formato flexible lineamientos para el empleo de antirretrovirales, quimioprofilaxis e inmunizaciones, así como para la atención de las complicaciones asociadas a la infección, las cuales permiten orientar todo el proceso institucional

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo, aún falta mucho por hacer y mantener, especialmente el no dejar que la conversión de ideas a logros sea lenta y desorganizada, hace falta mantenerla activa con el esfuerzo de cada día. La única conclusión posible de esta recopilación de eventos es que se puede hacer frente a la pandemia, sin embargo, para los próximos años será fundamental favorecer una mejor interacción gubernamental de las instituciones de salud pública, especialmente de sus médicos, enfermeras y trabajadores de salud, de la sociedad civil, de ONGs, de los enfermos, de la educación médica continua y finalmente de todo aquel que con organización se comprometa.

A 20 años de la epidemia, la respuesta rápida y efectiva del sistema de salud y de la sociedad civil mexicana requiere renovarse y adaptarse a los cambiantes retos de la epidemia.