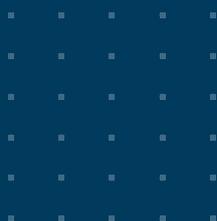




**Perspectivas** sobre el alcance de las metas del Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el sistema público de salud en México.



# **Perspectivas** sobre el alcance de las metas del Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el sistema público de salud en México.

## **Autores:**

**M. en C. Erick Jael Palomo-Paz**

HS Estudios Farmacoeconómicos, S.A. de C.V.

**Dr. Jesús Felipe González-Roldán**

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

**M. en C. de la S. Yazmin Escobar-Juárez**

HS Estudios Farmacoeconómicos, S.A. de C.V.

**M. en E.S. Herman Soto-Molina**

HS Estudios Farmacoeconómicos, S.A. de C.V.

## **Introducción**

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha propuesto el poner fin a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como una amenaza a la salud pública para el 2030. Los objetivos que se persiguen son: el 95% de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) conozcan su estado serológico, el 95% de quienes conocen su estado serológico positivo reciban tratamiento, y que el 95% de las personas en tratamiento logren reducir la carga viral y el riesgo de transmisión. Es necesario mejorar la eficacia de los servicios de atención del VIH y crear programas para lugares y poblaciones prioritarias (ONUSIDA, 2015).

### **Contexto del VIH en México**

La epidemia del VIH en México se encuentra concentrada en poblaciones clave, aunque la transmisión heterosexual juega un papel importante a nivel nacional, en la zona metropolitana de la ciudad de México aún permanece concentrada, el 90% son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), jóvenes con mayor nivel de educación, mayor carga viral de CD4 y mayor recuento de células T, siendo un grupo prioritario (Dávila-Conn, y otros, 2021). A partir del año de 1983 hasta el segundo trimestre del 2022 se registraron 341,313 casos de VIH, Quintana Roo fue entidad federativa con la mayor tasa de casos nuevos; entre los años 2020 y 2021 se reportó un aumento de casos (Secretaría de Salud, 2022).

La atención pública de la salud está representada por 71% de derechohabientes de la población total, divididos entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) (INEGI, 2020), por lo que la atención de las personas que viven con VIH en estas instituciones es muy importante.

El objetivo de este trabajo fue conocer la perspectiva sobre los retos y oportunidades para el logro de las metas de ONUSIDA para el 2030 de representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG), médicos tratantes (MT) y tomadores de decisiones (TDD) del sector salud y con los datos obtenidos proponer recomendaciones para abordar dichos retos y oportunidades.

## **Metodología**

Se consensuaron cuestionarios dirigidos a representantes ONGs, MT y TDD. Se realizaron entrevistas mediante plataformas digitales, 25 a ONGs de 14 entidades federativas (Baja California, Chiapas, Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán); 11 a MT, 4 de IMSS, 3 de ISSSTE y 4 de SSA; 5 a TDD, 3 de SSA, 1 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y 1 del Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA.

## **Oportunidades por resolver**

En la prevención de la transmisión del VIH las ONGs expusieron que es necesario realizar campañas para: prevención en población con alto riesgo, i.e., trabajadoras(es) sexuales y HSH; adaptar la información relacionada al VIH a los usos y costumbres de cada comunidad; erradicar tabúes de la vida sexual.

Desde la experiencia de los MT, es necesario implementar campañas y programas de prevención de VIH en grupos vulnerables, se debe eliminar barreras políticas que impidan su difusión, pues las que existen no aparecen en televisión nacional.

Los TDD expusieron que se necesitan estrategias biomédicas dirigidas a las personas con alto riesgo de transmisión. Se debe mejorar el algoritmo de inicio del tratamiento temprano como prevención, específicamente en el IMSS, la confirmación con western blot y carga viral para dar el tratamiento lo retrasa. La difusión del uso del condón y su distribución es fundamental, las ONGs, MT y TDD coinciden en que se debe reforzar. De manera semejante, los TDD y las ONGs coinciden en difundir el uso de la profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis postexposición (PEP) y mejorar los algoritmos para identificar a la población que los necesita.

## **Motivadores para acudir o no acudir a realizarse una prueba de detección**

Los motivadores para sí acudir a realizarse una prueba de detección según las ONGs están: sospecha de transmisión de VIH por prácticas sexuales riesgosas; aplicación de pruebas de rutina; curiosidad por la aplicación de pruebas en espacios públicos, en lugares de trabajo y en escuelas; atención por pares (comunidad LGBT+ y personas que viven con VIH).

Los motivadores para no acudir a realizarse una prueba de detección son: desconfianza en los servicios públicos de salud; regañones, etiquetas y malos

tratos de parte del personal de salud; miedo al estigma, al homicidio por parte de su pareja sexual, a caer en prisión; falta de confidencialidad.

### **Barreras para la detección oportuna de VIH**

Los MT externaron que hay escasez de pruebas rápidas y de insumos para las pruebas confirmatorias. Además, en primer nivel no se tiene acceso a pruebas de detección y hace falta generar conciencia en el personal de salud de que todas las personas están en riesgo de transmisión. Esto se puede lograr mediante la capacitación del personal que aplique las pruebas de detección. Adicionalmente, hay retraso en la comunicación entre la atención del 1º y 2º nivel de atención.

Tampoco hay un protocolo para la atención de personas migrantes y además hay saturación de las unidades médicas de atención de VIH.

Los TDD externaron que no se aplica la prueba de detección a mujeres por no considerarlas grupo de riesgo en primer nivel de atención. Además, el acceso a presupuesto federal a las ONG se restringió y son quienes realizan la detección comunitaria. Se debe universalizar la detección, dar acceso a todas las personas, y fortalecer la atención en casos de contingencia, dado que se descuidó la atención de VIH durante la pandemia de COVID-19.

Los puntos de coincidencia entre MT y TDD es que hay estigma hacia las personas que viven con VIH por parte del personal de salud, e.g., médicos, analistas de laboratorio, camilleros, enfermeras, y por la población general. Tampoco se realizan campañas de difusión sobre aplicación de pruebas de detección y que son gratuitas, así como el tratamiento antirretroviral.

### **Pruebas rápidas que se aplican en las ONGs para la detección de VIH**

Las pruebas que se aplican son de 3ª y de 4ª generación, su aplicación depende del periodo de ventana desde la situación de riesgo de transmisión, en algunos casos se aplican pruebas duales VIH/sífilis. Estas pruebas son obtenidas mediante donaciones o por compra con recursos de los integrantes de las ONGs.

### **Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la detección y diagnóstico del VIH**

Las fortalezas que los MT identifican son: en las instituciones se tiene un alto grado de conocimiento del VIH por parte de los especialistas. Se cuenta con recursos para la aplicación de pruebas de detección.

La burocracia es simple desde el diagnóstico hasta la recepción del trata-

miento en la SSA. El personal es altamente sensible con las personas que viven con VIH.

Mientras que las oportunidades que identificaron son: implementar un programa de detección y diagnóstico en la población general, tener acceso a las pruebas en 1er nivel de atención, incorporar a profesionales en nutrición, psiquiatría y trabajo social para la atención integral. Aplicación de pruebas en zonas rurales. Incorporar antirretrovirales inyectables, así como de la PrEP.

Las debilidades identificadas son: las pruebas se realizan a pacientes ya hospitalizados, dejando fuera a los pacientes ambulatorios. Las instancias están sobrecargadas en la atención. Se debe tener vigencia de derechohabiencia para aplicar las pruebas. La burocracia es complicada y retrasa el abasto de pruebas e impide el acceso de manera oportuna y descentralizada. Se omite la realización de pruebas por estatus social (mujeres casadas heterosexuales). Vinculación deficiente con las ONGs. La falta de atención integral genera la pérdida de seguimiento con los pacientes. Seguimiento de protocolos desactualizados que retrasan el diagnóstico y tratamiento oportunos.

Por último, las amenazas para la detección son: La restricción al presupuesto en salud, la pandemia de COVID fue una fuerte amenaza y pandemias emergentes. No existe una sensibilidad y conciencia por parte del personal de salud en la atención del VIH.

### **Personas en tratamiento y tiempo en recibirlo**

En las ONGs, estimamos que se realizaron 3200 pruebas de detección en promedio al año en cada ONG, mientras que antes de la pandemia de COVID-19 se estimó que se realizaban 3500 (ver Figura 1). Entre 85 y 95% de las personas detectadas reciben tratamiento mismo que demora menos de un mes en SSA, 2 a 6 meses en IMSS y 3 hasta 12 meses en ISSSTE (ver Figura 2). El tratamiento se logra con acompañamiento de las ONGs. Una limitante importante es que se requiere confirmar el diagnóstico aun cuando las personas tienen dos pruebas rápidas reactivas.

Los MT expusieron que las pruebas diagnósticas disponibles en las instituciones son el inmunoanálisis enzimático, prueba de ácidos nucleicos, cuenta de CD4 y CD8 en hospitales o envío de muestra a institutos que sí cuentan con ella. Aproximadamente, entre 70 a 98% (ver Figura 3) de las personas diagnosticadas con VIH reciben tratamiento antirretroviral en las instituciones, que se establece siguiendo recomendaciones de la guía de CENSIDA. En institu-

ciones especializadas de la SSA, se toma referencia de guías internacionales (Americana, Europea y de la OMS), mientras que la guía del IMSS está desactualizada y debe revisarse.

Aún con lo anterior, el principal antirretroviral prescrito es bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida en alrededor de 60 a 95% de las personas que viven con VIH, el porcentaje restante recibe otros antirretrovirales adecuados a las necesidades de los pacientes. Entre el 70 al 95% de las personas en tratamiento antirretroviral tiene carga viral indetectable (ver Figura 3). Cabe mencionar que, en las comunidades alejadas, las personas tienen que trasladarse hasta por 15 horas para surtir sus antirretrovirales.

### **En la meta de 95% de personas reciban tratamiento**

Facilita y ha unificado la prescripción entre instituciones. Es un medicamento que se prescribe casi en todas las circunstancias de las personas que viven con VIH. Reduce el sesgo por el uso de tratamientos poco eficaces debido a la poca actualización médico. El paciente en tratamiento puede volver su carga viral indetectable, aunque esto también depende del apego a la toma del medicamento.

### **En la meta de 95% tenga carga viral indetectable**

Beneficia al apego por su presentación de una toma al día y es altamente aceptado por la población, así como su perfil de seguridad logra no tener abandono por eventos adversos. La gran parte de los pacientes que se incluye en este tratamiento termina siendo indetectable, las posibilidades de que no lo logre es mínima, y si no lo logra es relacionado a falta de apego y no por falta de eficacia del tratamiento. No solo se tiene más personas indetectables, sino que también hay cada vez más personas que son indetectables más rápido. Los inhibidores de integrasa de 2ª generación son muy potentes y eficaces, tienen una capacidad importante en el logro de la carga viral indetectable con unas 120 mil personas que lo utilizan actualmente.

### **Combate a la discriminación**

En el combate a la discriminación, los MT refieren que se realizan acciones como: dar prioridad a las personas que viven con VIH, aunque solo se realiza en algunos hospitales. Se realizan pláticas de prevención para generar conciencia sobre el VIH en los médicos de 1o y 2o nivel de atención. Hay sesiones solo en fechas conmemorativas del VIH. Es común que, mientras más especializada sea una institución, menos discriminación se ha observado.

Los TDD refirieron que, el uso del lenguaje se ha logrado implementar adecuadamente en cuestiones de diversidad sexual y VIH para abordar adecuadamente a las personas. Se ha realizado difusión de las diferencias entre VIH y SIDA, en las formas de transmisión y en que puede afectar a cualquier persona.

Es evidente que hay áreas de oportunidad para erradicar la discriminación de las personas que viven con VIH, entre las cuales se encuentra: educar sobre la infección por VIH y los términos apropiados sobre la misma en la población general y en el personal de salud; el pensamiento de que las "personas se infectan porque no se cuidaron"; marcar claramente las consecuencias de estigmatizar y/o discriminar. No hay acciones a nivel nacional en las instituciones para combatir el estigma y la discriminación.

Aunque aún hay oportunidades para erradicar la discriminación como: actualizar los planes de estudios médicos dando enfoque a derechos humanos. En el caso de los médicos que ya ejercen su práctica médica requieren d actualizarse pues aún tienen conceptos muy anticuados del VIH que favorecen las situaciones de discriminación. Se debe mantener vigente el papel de la CNDH y CONAPRED que protegen a las personas de situaciones discriminatorias en cualquier contexto. Se requiere implementar sanciones como la reducción del presupuesto a las instituciones donde se cometan actos discriminatorios.

La falta de acción para eliminar el estigma y discriminación ha llevado a que se atestigüen casos en donde, para recibir antirretrovirales haciendo fila exhibe a las personas con VIH y se ha visto que con esto el personal de salud los llegan a denominar "la fila de los sidosos".

### **Proceso de inclusión de nuevas pruebas de detección:**

El primer punto para ello es la obtención de un registro sanitario emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Posteriormente, se solicita su inclusión en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS). Después se puede solicitar el insumo en compras consolidadas las cuales dependen de la secretaría de salud federal. No se incluye pruebas no validadas por COFEPRIS.

### **Proceso de inclusión de nuevos antirretrovirales:**

El proceso es semejante al de las pruebas de detección, de manera adicional, deben estar incluidos en las guías de atención de VIH de CENSIDA.

### **Motivadores para aceptar una nueva prueba de detección:**

La prueba de detección de cumplir con lo siguiente: contar con evidencia clínica de eficacia y seguridad, que se trate de pruebas de detección de 4ª generación, sin embargo, en la práctica el costo es un factor preponderante sobre las consideraciones técnicas.

### **Motivadores para aceptar un nuevo antirretroviral:**

El medicamento debe contar con: evidencia clínica de eficacia y seguridad, una sola toma con pocas interacciones farmacológicas, aval de organizaciones internacionales, recomendación en la guía de CENSIDA. En la práctica, el costo juega un papel importante en la compra, mientras más bajo es más competitivo.

Motivadores para rechazar una nueva prueba de detección y/o tratamiento antirretroviral:

Principalmente se rechaza si: la evidencia clínica es deficiente, es un medicamento con demasiadas tomas y restricciones para prescribir, su costo es elevados.

### **Recomendaciones**

Para el logro de la meta del 95% de personas con VIH conozca su estado serológico tanto las ONGs como MT y TDD han recomendado los siguientes puntos:

- Crear un sistema que garantice la disponibilidad de pruebas de detección de VIH en ámbitos suburbanos y rurales.
- Realizar la detección en todas las instituciones en: horarios ampliados; todo el año; lugares estratégicos; centros no especializados; todas las personas de forma masiva; unidades móviles; con pruebas de 4ª generación. Es importante también el poder migrar la atención de VIH de 2º a 1º nivel.
- Fortalecer la confidencialidad del resultado de las pruebas aplicándolas en cualquier centro de atención médica de cualquier nivel de atención. Así no ocurrirá que las personas que acudan a centros especializados en VIH a realizarse una prueba o recibir tratamiento pierdan la confidencialidad de su diagnóstico.
- Promover la inclusión y el acceso de autopruebas que mejorarán la confidencialidad y que estas autopruebas puedan adquirirse en cualquier farmacia de las instituciones de salud pública y de "cadena".

- Erradicar la cultura del castigo en las unidades de salud, para así evitar que las personas que viven con VIH que por cualquier razón acudan tarde a sus citas no se las reprogramen hasta dentro de uno o hasta seis meses posteriores.
- Capacitar e integrar a nuevo personal de salud con vocación de servicio para que esté sensibilizado con las personas que viven con VIH para que no las juzguen, estigmaticen o discriminen. Además, este personal deberá resolver las dudas sobre el VIH, su tratamiento, su seguimiento y que se encuentren desde el 1º nivel de atención.
- Castigar legalmente al personal de salud que estigmatice o discrimine a las personas que viven con VIH. Para así garantizar que no ocurra en las instituciones.
- Realizar campañas de conciencia de que el VIH puede afectar a todos y con temas de actualidad del VIH, para eliminar la concepción de periodos de ventana anticuados, el miedo al tratamiento y a que la enfermedad se asocie con la muerte.
- Priorizar la detección en poblaciones como: hombres y mujeres heterosexuales, personas en edad avanzada con atención integral para estos últimos donde intervengan especialistas en infectología y geriatría ya que no existe actualmente, adolescentes y migrantes.
- Actualizar algoritmos confirmatorios como en el caso del IMSS, con el Western Blot que retrasa el tratamiento.
- Apoyar a las ONGs que ya trabajan con las poblaciones objetivo que viven con VIH vinculándolas en el proceso de detección, confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Generar un programa de inclusión de las personas migrantes y de pueblos originarios con los mensajes comunicacionales están en las lenguas originarias en donde sea necesario.
- Integrar la consejería de servicios de salud mental con acompañamiento durante el proceso de confirmación del diagnóstico en todas las instituciones que no cuentan actualmente con ello.
- Aplicar las pruebas de detección por personal capacitado para ello e implementar protocolos de aplicación de pruebas que no dependan del criterio de un médico.
- Educar de manera efectiva sobre el VIH a la población en general y al per-

sonal de salud, de manera que las personas acudan a realizarse pruebas de detección de manera rutinaria, y para eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH por su ocupación, prácticas o parejas sexuales e identidad de género.

Para el logro de la meta del 95% de las personas que conocen su estado serológico positivo reciba tratamiento y logre carga viral indetectable se recomienda lo siguiente por ONGs y MT:

- Instrumentar un sistema que garantice el abasto de antirretrovirales no importando la institución, los cambios de gobierno o situaciones de emergencia. Este sistema debe realizar una distribución oportuna y eficaz en la que el paciente tenga a tiempo sus medicamentos acercándolos a las personas. Esto mejorará la seguridad de la distribución de los medicamentos.
- Descentralizar, mejorar, asegurar y destinar recursos para el servicio médico general y de atención en VIH en comunidades alejadas de las grandes ciudades.
- Instrumentar un proceso sencillo y corto para otorgar y surtir antirretrovirales a las personas que viven con VIH, mismos que se recomienda que sean surtidos en cualquier farmacia que cuenten con horarios compatibles con las jornadas laborales y/o en el momento que se requieran para evitar filas.
- Entregar el medicamento al paciente y no mantenerlo en bodegas centrales. De nada sirve tener en inventario si no se distribuye.
- Surtir con 3 a 4 meses de tratamiento para evitar la ausencia laboral, sobre todo, con las personas que requieren trasladarse por largos periodos de tiempo para surtir sus antirretrovirales.
- Consolidar una base de datos que facilite la consulta y transferencia interinstitucional de expedientes ligado a un programa de vinculación para enlazar a los pacientes que cambian de derechohabencia por cualquier circunstancia.
- Protocolo de atención a migrantes para la dispensación del tratamiento, ya que no cuentan con identificaciones para poder recibir atención y tratamiento.
- Implementar un programa de acompañamiento de las personas que viven con VIH que reciben antirretrovirales, integrado por profesionales de

salud capacitados, para informar de manera efectiva la importancia que tiene el apego al tratamiento, como el alcance de la carga viral indetectable con un acompañamiento emocional, psicológico y de abuso de sustancias. Dejar en claro que al tener una carga viral indetectable el VIH no es transmisible y que se puede tener una buena calidad de vida.

- Disponibilidad de pruebas de carga viral. El recurso está limitado y se realiza hasta después de 6 meses.
- Lograr la apertura para otorgar antirretrovirales a ONGs que acuden con las personas que viven con VIH y que reciben un tratamiento previamente prescrito.
- Las farmacéuticas deben apoyar para disminuir costos de adquisición de los antirretrovirales ya sea liberando patentes o disminuyendo el costo.
- Poner atención a las terapias recientes y que se difunda información sobre los tratamientos inyectables contra VIH, Su ventaja es que no se aplica diariamente.
- Realizar de consultas médicas más extensas para lograr el apego al tratamiento.
- Aumentar el personal médico dedicado a la atención del VIH (infectólogos).

### **Conclusiones**

La atención del VIH se ha visto estancada y con interés heterogéneo entre los niveles de atención y en las instituciones.

El punto más importante es la realización de la detección oportuna, pues las demás metas de ONUSIDA dependen de esta.

Sensibilizar y capacitar a todo el personal de salud.

Se debe tener colaboración de las instituciones con las organizaciones civiles para hacer sinergia en la detección, tratamiento, y seguimiento de las personas que viven con VIH.

Sensibilizar a la población en general de realizarse pruebas de detección de manera rutinaria y generar conciencia del riesgo de transmisión.

## Figuras

Figura 1. Promedio de pruebas de detección de VIH antes de la pandemia de COVID-19 y postCOVID-19, por cada organización no gubernamental al año.

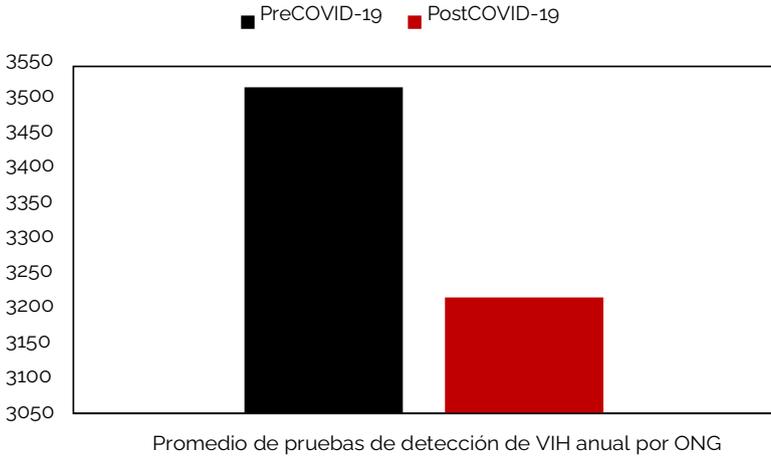


Figura 2. Tiempo promedio en recibir tratamiento antirretroviral por institución

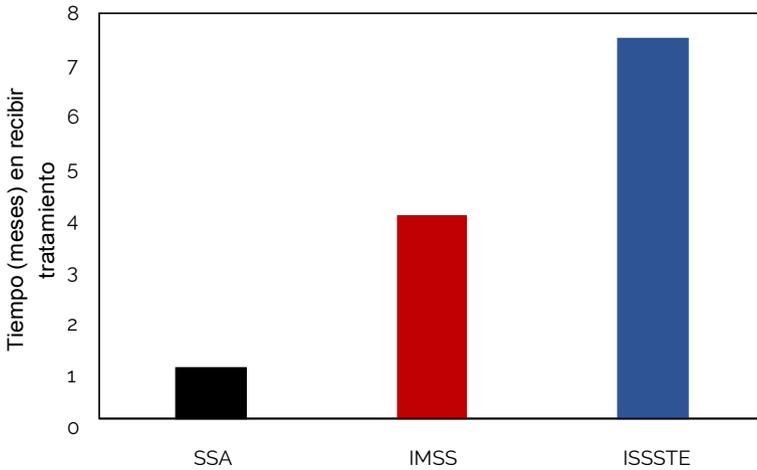
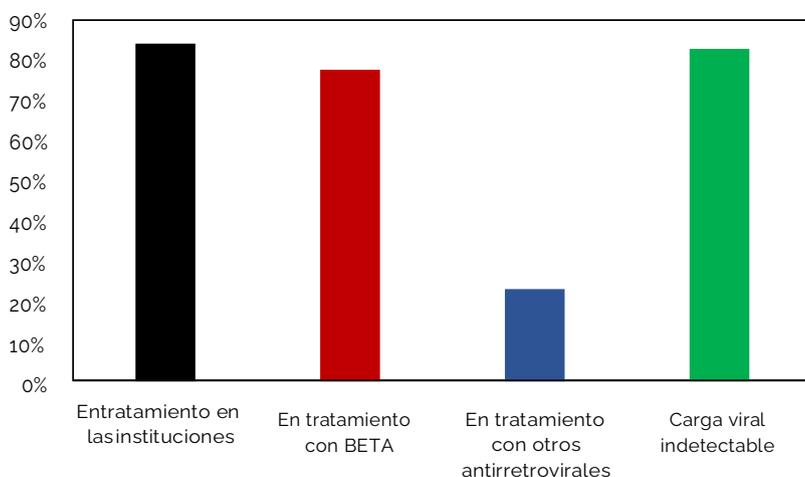


Figura 3. Perspectiva del tratamiento y carga viral indetectable



### Agradecimientos

A todos los participantes en las entrevistas realizadas; de las organizaciones no gubernamentales: Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer, "Elisa Martínez", A.C.; La Casa de la Sal, A.C.; Centro de Atención Vive Aguascalientes A.C.; Colectivo SERes A.C.; Zapotlán VIHVO A.C.; Fronteras Unidas Pro Salud, A. C.; Fundación BAI A.C.; Fundación Unidos por un México Vivo, A.C.; Fundación Presmanes Jiménez Díaz A.C.; Impulse México; Interculturalidad, Salud y Derechos, A.C.; Inspira Cambio A.C.; Integración Social, Verter A.C.; Macuco por la Vida A.C.; Medical Impact; Mesón A.C.; Movimiento Organizado Esperanza Social A.C.; Queretrans S.C.; Realitrans con Sharon; Servicios De Inclusión Integral y Derechos Humanos A.C.; Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA A.C.; Vida Positiva Playa A.C.; Vidas Diversas A.C.; Vida Planea Puebla, No Dejarse es Incluirse, A.C.; al activista Baruch-Domínguez, R.; A los médicos tratantes; Álvarez-Mendoza, J.P.; Berrospe-Silva, M.A.; Cruz-Islas, J.B.; Durán-Piña, E.A.; GarcíaDemuner, L.G.; López-Íñiguez, L.; Martín-Ornaet-Arciniegas, A.; Mazas-García, A.; Morales-González, G.; Pérez-Barragán, E.; Torruco-García, U. A los tomadores de decisión: Ahumada-Topete, V.H.; Cornejo-Arminio, E.; Crabtree-Ramírez, B.E.; Mosqueda-Gómez, J.L.; Piñeirua-Menéndez, A. A Hernández-Velázquez, R.G. por el apoyo brindado para concertar las entrevistas.

**Perspectivas** sobre el alcance de las metas del Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el sistema público de salud en México.

SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA, A.C.



[www.smsp.org.mx](http://www.smsp.org.mx) · [smsp@smsp.org.mx](mailto:smsp@smsp.org.mx)  
Tels. + 52 (55) 5203 4291, 4535 y 4592  
Herschel 109 · Anzures · C.P. 11590  
Miguel Hidalgo · Ciudad de México