

SSP

SALUD



GUÍA SOBRE PREVENCIÓN DE VIH

A large red awareness ribbon is positioned vertically, overlapping the word 'PREVENCIÓN' in the title.

PARA PERSONAL QUE TRABAJA
EN CENTROS PENITENCIARIOS

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE
SEGURIDAD PÚBLICA

México 2007

Secretaría de Salud

Centro Nacional para la
Prevención y Control del VIH/SIDA
CENSIDA

Herschel N ° 119, 3er piso
Col. Anzures, C. P. 11590
México, D. F.

www.salud.gob.mx/conasida

Guía sobre Prevención de VIH, para personal que
Trabaja en Centros Penitenciarios

Para la reproducción parcial o total de este Material será necesario contar con la autorización por escrito de la Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS
Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ AVILA
Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud

DR. JORGE SAAVEDRA
Director General del Centro Nacional
para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CENSI

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA

ING. GENARO GARCÍA LUNA
Secretario de Seguridad Pública

LIC. JOSÉ LUIS LAGUNES LÓPEZ
Subsecretario del Sistema Penitenciario Federal

Agradecimientos

Es importante reconocer de manera especial el interés, responsabilidad y compromiso de las autoridades de la Secretaría de Seguridad Pública Federal y Secretaría de Salud a través del Centro nacional para la Prevención y Control del Sida, para la realización no solo de este documento, sino de la disposición para dar continuidad al trabajo en materia de VIH, que de ello se derive.

Al Dr. Carlos Magis Rodríguez Director de Investigación Operativa de CENSIDA, quien confió, impulsó y orientó de manera constante la elaboración de esta Guía, así como a la Dra. Sara Elena Izazola Licea Directora de Evaluación de Secretaría de Seguridad Pública Federal (SSPF) por sus valiosas aportaciones, quienes hicieron posible la elaboración y consecución de las acciones que hasta este momento se han venido realizando, pues constituye una expresión de sensibilidad sobre el tema..

La presente guía fue elaborada conjuntamente entre la Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Participantes:

Dra. Genoveva Pérez Guevara (CENSIDA)
Dra. Sara Elena Izazola Licea (SSPF)
Mtra. Guadalupe Cruz Páez (CENSIDA)
Lic. Yareli Margarita Astorga Loyola (SSPF)
Dr. Carlos Magis Rodríguez (CENSIDA)

INDICE

INTRODUCCIÓN.

OBJETIVO.

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.

Capitulo I

1. Consideraciones generales.

- 1.1 Actitudes y aptitudes para hacer intervención educativa en Centros Penitenciarios.
- 1.2 La calidad de los servicios como estrategia de prevención en VIH.
- 1.3 Perspectiva de género y no de riesgo.

Capitulo II

2. ¿Qué es el VIH, que es SIDA?

- 2.1 Generalidades sobre VIH/SIDA.
- 2.2 Diagnóstico de VIH.
- 2.3 Consejería pre y post detección.
- 2.4 Medidas preventivas en el ámbito laboral y personal.
- 2.5 Atención y tratamiento oportuno en Instituciones Privativas de Libertad.

Capitulo III

3. Normatividad del VIH/SIDA en Centros Penitenciarios

3.1 Sistema Penitenciario Mexicano.

3.2. Marco Jurídico Internacional.

- 3.2.1. Derecho a la Salud.
- 3.2.2. Prevención y Tratamiento.
- 3.2.3. Protección, confidencialidad, acceso al tratamiento médico.
- 3.2.4. Cuidado de la salud de los internos.
- 3.2.5. Derechos Humanos.

3.3. Marco Jurídico Nacional.

- 3.3.1. Derecho a la Salud.
- 3.3.2. Prevención, Tratamiento y Líneas de acción.
- 3.3.3. Suministración de Medicamentos.

3.4. Trato y Tratamiento Penitenciario a personas que viven con VIH/SIDA que se encuentran en reclusión.

Capitulo IV

4. Directorio de Organismos Gubernamentales.

- 4.1 Directorio de Responsables del Programa Estatal de VIH de la Secretaría de Salud
- 4.2 Directorio de Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e ITS (CAPASITS)

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La problemática que se vive en torno a los sistemas penitenciarios con respecto a la salud de quienes viven y conviven en ellos, ha sido y seguirá siendo un tema fundamental que será imposible soslayar, sobre todo cuando se aborda la situación del VIH, por ser parte de un problema de salud pública mundial y específicamente nacional.

Desde hace más de dos siglos, hasta la actualidad se han realizado diversos estudios acerca de las condiciones y matices del sistema penitenciario, también es cierto que las características propias de cada centro son diferentes, lo cual representa un factor condicionante para llevar a cabo algunas acciones de orden preventivo, relacionadas con la salud en general; si a ello sumamos el miedo irracional no sólo para hablar del tema sino a convivir con personas seropositivas al VIH sintomáticas, y lo que es peor a minimizar la vulnerabilidad que hombres y mujeres tienen, por las características propias del encierro, que se suman a las biológicas y culturales que se arrastran desde antes de estar reclusos y que les ponen en una situación de mayor riesgo no sólo al VIH sino a otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas dos premisas, pretenden hacer reflexionar acerca de la importancia que tiene, el involucramiento del personal que labora en los centros penitenciarios, independientemente de la formación y posición que tengan dentro de ellos, ya que son ellos quienes conocen la dinámica propia de su entorno laboral en el que conviven diariamente con hombres y mujeres privados de su libertad.

Si bien todos los centros penitenciarios del país cuentan con Programas de Salud y el derecho a la salud se encuentra previsto en las legislaciones nacional e internacional, la realidad es que las características propias del encierro penitenciario imponen a hombres y mujeres privados de su libertad, condiciones especiales de riesgo y de responsabilidad-vergüenza para acudir con el personal asignado para proporcionar servicios de salud. En este contexto, se debe tener presente que el encierro, propicia relaciones físico-afectivas “especiales” de carácter circunstancial que llenan esos huecos emocionales y “baches depresivos” ante la pérdida no sólo de la libertad, sino también de la vida cotidiana con la familia, pareja, hijos etc., tanto en hombres como mujeres y que seguramente tienen procesos diferentes para elaborar este proceso, pero además internos y parte del personal de los Centros Penitenciarios creen que las personas que están privadas de la libertad también están privadas del derecho a sus derechos fundamentales, como el derecho a la salud; ejemplo de ello es la dificultad no sólo a decidir el uso de condón sino a pedir un condón o información acerca del VIH u otras ITS.

El abasto insuficiente de condones, así como los pocos recursos humanos para cubrir las necesidades de información sobre prevención de VIH/ITS, son solo algunos de los factores que obstaculizan o limitan las diferentes estrategias que sobre prevención deben realizarse, por otra parte la existencia de personal no capacitado en materia de VIH o que ha sido capacitado pero que persiste en su interior el miedo irracional de convivir con personas que viven con VIH, pone de manifiesto que el problema va más allá de la falta de conocimientos y la poca sensibilidad ante la problemática de la pandemia, en la mayoría de los Centros Penitenciarios.

Por lo anterior, y por el interés de las autoridades de la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) y de la Secretaría de Salud a través de CENSIDA, es que, se dieron a la tarea de elaborar en forma conjunta esta guía, que cuenta con elementos teórico metodológicos que le permitirán a cualquier persona que trabaja en los Centros Penitenciarios, abordar de una manera sencilla el tema de VIH/SIDA con una visión de género y no de riesgo, estableciendo con ello el puente que permita de ida y de regreso la confianza necesaria entre internos y trabajadores, y con ello dar y recibir la información necesaria acerca del qué y el cómo prevenir el VIH, además de facilitar la toma de decisiones en forma libre, informada, firmada y con respeto a los derechos fundamentales que como ciudadanos se tienen, así mismo acercarlos a la realidad concreta en donde la participación de ambas partes es de fundamental importancia, pues son pieza importante para completar el rompecabezas llamado prevención, detección y manejo oportuno del VIH.

El trabajo en materia de prevención se nutre de recursos técnicos, que pueden ser leídos en manuales, guías o durante el proceso de capacitación. Sin embargo, al igual que en otros oficios y profesiones, lo más importante es el compromiso que se crea por y para sí mismos a partir de la información y formación que se tiene, así como del carácter cultural de los problemas que se abordarán, exigiendo con ello a quien está en el terreno operativo, la capacidad de traducir “aquello general” que aprendió en “esto particular” con lo que trabajará, tener paciencia, saber ganarse la confianza de la gente, buscar las palabras para decir las cosas sin ofensa y aprovechar todo aquello por insignificante que parezca y que suelen estar dormidos en librerías, cajas, bodegas, etc., que pueden ser un apoyo para los objetivos que se persiguen.

OBJETIVO

La guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en Centros Penitenciarios, contiene información técnico-científica y un conjunto de actividades a través de las cuales se busca garantizar una intervención educativa por parte del personal asignado para aplicarla, con una visión de género y no de riesgo, teniendo en cuenta los estilos de vida y limitaciones propias de la dinámica de cada lugar de trabajo. Establece también, los pasos mínimos a seguir, el orden lógico y secuencial de los contenidos, que servirán para ofertar la detección del VIH, manejo y tratamiento oportuno de las personas que viven con VIH, en forma gratuita e informada, con consentimiento firmado de la persona que desee realizárselo, garantizando la confidencialidad y respeto a los derechos humanos.

DEFINICIÓN Y ABREVIATURAS

Como en cualquier otro tema es necesario contar con una definición o con las definiciones necesarias para situar al lector en el contexto que nos ocupa, permitiendo con ello el hablar de lo mismo sin lugar a mal entendidos que a la larga confundan al lector.

ABREVIATURAS

ARV	Antirretrovirales.
CAP	Comportamiento Actitudes y Prácticas.
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Centro de Control y Prevención de Enfermedades).
CDNH	Comisión Nacional de Derechos Humanos.
CENSIDA	Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.
CERESOS	Centros de Readaptación Social.
COESIDA	Consejo Estatal para la Prevención del VIH/SIDA.
EXP	Fecha de expiración (fecha de caducidad).
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
MFD	Fecha de manufacturación (fecha en que se elaboró).
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SS	Secretaría de Salud.
SSP	Secretaría de Seguridad Pública.
UNAIDS	Joint United Nations Programmed on HIV/AIDS.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
APV	Asesoría antes de la prueba voluntaria.

CAPITULO I

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Actitudes y aptitudes para hacer intervención educativa en Centros Penitenciarios.

En realidad usted ya cuenta con más del 50% de experiencia para poder ser parte del equipo de personas interesadas y convencidas de que un grano de arena, sumado a otros, formarán tarde o temprano una gran montaña, en otras palabras, ser parte activa en la prevención del VIH desde cualquier trinchera dará como resultado menos personas infectadas y menos personas muriendo sin haber aprovechado las alternativas para llevar una mejor calidad de vida. La experiencia de su trabajo en una prisión es única, en comparación con la de otros profesionales que sólo a través de la lectura saben cuales son las condiciones favorables, poco o nada favorables para llevar información tan “delicada” como es el VIH, por seguir siendo un padecimiento que estigmatiza, abandona y hace invisible a las personas, trabajar en este equipo es un nuevo reto y un gran aporte al esfuerzo de miles de personas que han decidido ser parte activa en la prevención del VIH.

Todas las personas tienen aptitudes para proporcionar información sobre VIH, lo único que cambia es el estilo, profundidad, medio que utiliza y lo más importante la veracidad y convicción del objetivo que persigue su trabajo. Si bien es cierto que todos contamos con aptitudes, también es cierto que no todos cuentan con la información científica necesaria sobre el tema y cuando la tienen no están convencidos de la importancia de su participación y menos de lo que dicen.

El trabajo preventivo en VIH al interior de los diferentes Centros Penitenciarios requiere de todas aquellas aptitudes que se tienen o que se desarrollan en una comunidad en la que a fuerza de las circunstancias, crean su propia cultura, algunos servicios, economías sui géneris, representantes y líderes morales o de cualquier orden, en este sentido el interés y trabajo interinstitucional aporta las herramientas teórico metodológicas en materia de VIH y no es, sino el personal que trabaja en estos centros las que cuentan con la experiencia necesaria para ejecutar el programa de prevención de VIH, además de ser un elemento de suma importancia para fortalecer o implementar estrategias que permitan sensibilizar, a cada persona, informar y devolver la responsabilidad de decidir sobre su cuerpo y su salud.

La experiencia vista como una aptitud es una oportunidad, que permitirá con mayor objetividad y realidad acercarse al objetivo que se persigue, ya que sin proponérselo, el personal que trabaja en los diferentes Centros Penitenciarios forman parte de esa comunidad penitenciaria en la que tienen un estatus, que les da ventaja sobre otros profesionales que sólo conocen de oídas la dinámica y respuesta de esta población.

A manera de conclusión, con respecto a las aptitudes con las que debe contar la persona que se encargue de la intervención educativa dirigida a las personas privadas de la libertad hombres o mujeres, podríamos decir que cuentan con la principal; el conocimiento de la dinámica propia de cada centro, los comportamientos de riesgo imperantes en cada uno de los Centros Penitenciarios y la “personalidad” de los que viven y conviven en ellos.

Con respecto a las actitudes con las que debe contar, no son tantas como muchas veces se ha dicho o pensado, ya que sólo con una que ponga en práctica, las demás se harán presentes, la actitud principal que debe de tener es la de *respeto*, a la persona como ser humano que al igual que otros seres humanos tiene errores y corresponde a otros juzgarle por esos errores. Si desde un primer momento se trata con respeto, la tolerancia, mesura, disponibilidad para escuchar, explicar, apoyar y dar una palabra de aliento serán las mejores armas que se tendrán para ser escuchado y visto como una persona confiable, digna de respeto, quien se acercará para apoyar y formar parte de la cadena de información para prevenir y disminuir el número de infectados por el VIH, la no discriminación y trato igualitario de los que viven con VIH.

Los profesionales, como parte y producto de la sociedad en que vivimos, no son inmunes a creer y actuar el mito social que equipara a las personas privadas de la libertad como a “cosas” carentes y no merecedores de ningún derecho, convirtiéndoles en fantasmas que sólo podrán ver algunos, este párrafo no pretende convertirles en víctimas o juzgarlos y condenarlos como victimarios, sólo pretende la reflexión de la responsabilidad y ética que como profesionales le debemos a la sociedad, y que en materia de VIH debemos tener presente a cada momento con nuestras actitudes y todo aquello que le acompaña.

En este sentido, tenemos que reconocer que realmente no podríamos hablar de una definición acabada acerca de lo es la actitud y más aún si pretendemos definir una “buena actitud”, la subjetividad que tiene es tan variada como personas existen, que sólo nos remitiremos a plantearla como una serie de acciones que nos acerca más a los objetivos que interesan al programa de prevención de VIH en Centros Penitenciarios.

En este orden de ideas consideremos que la actitud de las personas responsables de coordinar, supervisar y aplicar el programa en los Centros Penitenciarios debe ser coherente y congruente con los objetivos del programa y con el trato que tendrá con los beneficiarios del mismo, “*el lenguaje no verbal dice más que mil palabras*”, en este sentido es importante reflexionar acerca de cuánto están dispuestos a involucrarse activamente en el programa ya que, se pueden contar con mucha experiencia en el área penitenciaria, en el área médica, psicológica, educativa o social, tener información muy vasta sobre VIH/SIDA, sin embargo considerarse ajenos al problema del VIH o estar llenos de prejuicios o miedo irracional para interactuar con el problema, pero sentirse obligados a tomar este reto y responsabilidad por obligación, lo cual carece de sentido para los objetivos que persigue cualquier programa de prevención sobre todo el de VIH, porque lejos de avanzar se retrocede siempre en detrimento de quien espera ser atendido, aún sin pedirlo

La mejor actitud es el respeto y sumado a ello, tolerancia, información fehaciente, convicción y confidencialidad, sin olvidar tratar a las personas, como les gustaría ser tratados si estuviera en lugar de ella o él.

1.2 La calidad de los servicios como estrategia de prevención en VIH.

Constantemente se cuestiona la calidad de los servicios que proporcionan las instituciones en cualquiera de sus niveles y áreas, así como la falta de sensibilidad para tratar a las personas que acuden con la esperanza de encontrar un alivio a su dolor físico o emocional o alternativas de solución al problema que le aqueja en esos momentos; sin embargo, estos cuestionamientos sólo han sido en forma unidireccional, sin tomar en cuenta las problemáticas que como prestadores de servicio tienen para realizar su trabajo y que de ninguna manera justifican en su totalidad la pérdida de sensibilidad, interés por la actividad por la que le pagan, tacto o valores humanos que con la cotidianidad sumada a la rutina y falta de incentivos propios y/o institucionales se han ido perdiendo.

En este orden de ideas y con la finalidad de recuperar no las pérdidas sino las virtudes, capacidades, ideales, intereses o quizá el gusto para realizar lo que saben hacer (que seguramente lo hacen bien), vale la pena recordar que existen una serie de situaciones que difícilmente podrán ser solucionadas y no por ello dejarán de realizar un trabajo que decidieron aceptar y que por su ética profesional deberán desempeñar lo mejor posible; por tanto, no será suficiente sólo el conocimiento aprendido en la mejor universidad del mundo, sino que se requerirá de una serie de valores que no necesitan estar implícitos en ninguna contrato de trabajo y que cada persona es responsable de crear y ejecutar para su propio beneficio y por ende, reflejarlos en el proceso que nos lleva a los resultados de un buen trabajo. Nuestros propios valores con respecto a la vida, a la salud, a la muerte, al amor, al significado de lo bueno o malo estarán dejando una huella tan profunda como la forma en que enviemos el mensaje.

¿Pero que son los valores en la calidad?

Existen diferentes definiciones acerca de la calidad, dependiendo cada una de ellas, del objetivo o contexto al que se quiera aplicar, razón por la cual cada dependencia u organización da la apariencia de tener modelos o significado diferente en este sentido, aún cuando persigan exactamente lo mismo; es entonces en este sentido que debemos aplicar una definición concreta, que aplica en cualquier contexto u objetivo que se persiga:

Calidad, es la cualidad por la que una persona, cosa o hecho merecen mayor o menor importancia, es un valor que nos indica o significa eficacia de algo.

Por lo anterior, es importante reconocer la existencia de diferentes tipos de valores que son considerados como universales y que no sólo se aplican en la vida personal sino que también son aplicables para desarrollar y llevar a un buen fin el trabajo que estemos desempeñando, ya sea como parte de la estructura de la institución, proceso o resultado de un programa.

Debemos considerar que un valor no es una preferencia momentánea, sino una predilección que se cree, se sostiene y se considera justificada moralmente, como resultado de un proceso de razonamiento o juicio personal. No existe una forma única de interpretar qué son los valores, por lo que, es en lo que tendremos que hacer coincidir y amalgamar como trabajadores de una institución, para formar un equipo de trabajo con una visión común y un mismo objetivo

Para realizar un buen trabajo de calidad en lo que respecta a VIH en todo su contexto, las personas involucradas no deben olvidar que respeto, tolerancia, honradez, orden y responsabilidad son actitudes y acciones que llevadas a la práctica por todos (usuarios y servidores), darán como resultado día con día la satisfacción de sentir y saber que estamos siendo parte del cambio y que se están edificando con bases firmes proyectos de vida en donde cada cual, es responsable de lo que le toca hacer y responsables de lo que se derive de ello. La calidad como base del éxito de un programa, no sólo es lo que administrativamente se deba de cumplir, que por ser tan simple se hace más complejo de entender y sobre todo de realizar, no podemos negar que algunas personas consideran que para que exista calidad se necesita tener mejor infraestructura, mejor puesto, mejor sueldo, más tiempo y menos asignaciones; en parte tienen razón, sin embargo, contar con las mejores condiciones laborales no garantiza la calidad del trabajo que realizan.

Las políticas planteadas por el Programa de VIH/SIDA de la CD. de México ⁽¹⁾, están basadas en cinco premisas que llevadas a la acción permiten ejecutar con calidad la prevención, detección y manejo oportuno del VIH/SIDA, independientemente del contexto en que se realicen.

PREMISAS BÁSICAS PARA UN TRABAJO DE CALIDAD EN VIH:

- No discriminación.
- Privacidad y confidencialidad.
- Acceso a la atención médica integral.
- Apoyo social y seguridad en el trabajo.
- Acceso a información veraz y oportuna.

El conocimiento básico del problema, aunado a la ética profesional de los involucrados en la tarea de prevención del VIH, dejarnos sólo de intentos, aceptar que necesitamos ayuda, aceptar que nos equivocamos, aceptar responsabilidades, aceptar que otros podrían hacer mejor el mismo trabajo, aceptar que no lo sabemos todo, aceptar a quien piensa diferente, respetar todo aquello que no nos gusta, y tantas otras cosas que lamentablemente limitan nuestra existencia personal y laboral, son la parte fundamental de la calidad que nos debemos y debemos a los demás.

El éxito de cualquier programa está basado en un trabajo de conjunto en donde cada uno de sus integrantes compita consigo mismo para mejorar lo que ha hecho sin perder el sentido de ser para tener y no terminar siendo para tener.

Para que exista calidad de los servicios que se proporcionan, es necesario contar con el conocimiento de lo que haremos, adueñarnos de los objetivos como si fueran nuestros, valorar los avances por pequeños que sean, reconocer los errores y aprender de ellos, valorar y reconocer el esfuerzo de otros, apreciar lo que hacemos y lo que hacen los demás y el interés para dar y recibir, sí no se pierde de vista lo anterior, se tendrá mayor posibilidad de obtener el éxito esperado y sin ser parte del objetivo trascender para que otros lo hagan mejor.

1.3 Perspectiva de género y no de riesgo.

Los procesos de modernización del Sector Salud y la necesidad de brindar servicios a la población con mayor énfasis en promoción de la salud y prevención, hacen indispensable que el personal involucrado en la prevención de VIH tenga un abordaje integral de la problemática sin olvidar la incorporación de componentes psicosociales, además de los biológicos de la sexualidad, con un enfoque de género y no de riesgo sin perder de vista los derechos humanos. Sabemos que a pesar de los grandes cambios y estudios sobre el papel que juega el género en algunos problemas de salud, el Sector Salud ha tomado un rol periférico en cuanto a la sexualidad y generalmente el manejo que da a padecimientos ligados al ejercicio de la sexualidad de los individuos en el área meramente sexual, los aborda desde una perspectiva biologicista dejando a un lado aspectos ligados al género que a veces son determinantes para padecer o no una infección. En este sentido, el trabajo de prevención, detección y manejo oportuno dirigido a personas privadas de la libertad, tiene un grado mayor de dificultad en comparación con el resto de la población, pues socialmente a diferencia de otros, se enfrentan a situaciones de mayor vulnerabilidad ante el VIH, hepatitis “B” o “C”, u otras infecciones de transmisión sexual, precisamente por el contexto en que desarrollará su vida y que está ligada a cuestiones sociales, biológicas y emocionales que se ven modificadas al ingresar a un Centro Penitenciario.

El trabajo en VIH de todo este tiempo ha permitido observar y relacionar el impacto que tienen las desigualdades, relaciones de género y poder, sobre la transmisión del VIH, se ha documentado que en todo el mundo, y particularmente en los países en desarrollo, las mujeres tienen menores probabilidades que los hombres de decidir cuando y como mantendrán una relación sexual (2). El trabajo con hombres y mujeres debe ser en forma paralela, no sólo por su propia salud sino también la de su pareja y/o familia, induciéndoles a ser parte de la solución aunque formen parte del problema.

Es indispensable acotar algunas definiciones y conceptos, para tener mayor claridad de cómo, el género en sus diferentes contextos está relacionado con la vulnerabilidad al VIH. Actualmente, considerar que los programas de prevención, detección y manejo oportuno, deben ser elaborados y dirigidos a grupos etiquetados como de riesgo o por tener prácticas sexuales diferentes a las “normales” ya no son aceptables, ya que este manejo sólo llevó a señalar y discriminar a las personas que por estar dentro de este parámetro ya eran consideradas no como probables infectados(as) sino como personas con VIH/SIDA y las otras que no aceptaban o no formaban parte de ellos vivieron por mucho tiempo como libres de la infección pero infectando a otros.

Lo que es cierto es que la suma de diferentes factores (Fig. 1) son los que harán que las personas tengan más o menos posibilidades de infectarse o infectar a otras personas.

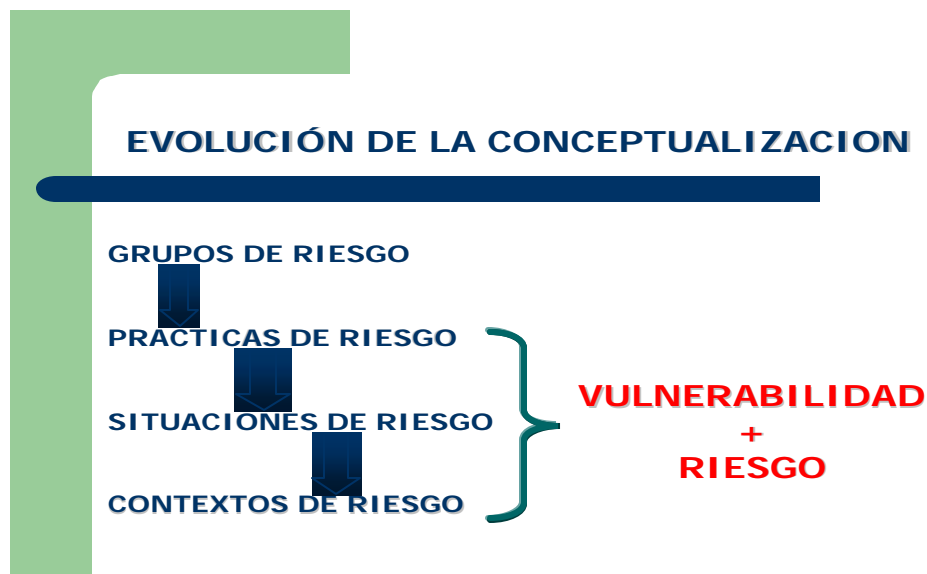


FIGURA N° 1

Es importante establecer la diferencia entre sexo y género, y así establecer un marco de referencia que nos permita hablar de la vulnerabilidad de los individuos y como interviene en los diferentes ámbitos de la vida, que facilita u obstaculiza la toma de decisiones en la prevención del VIH y otras ITS.

Sexo se refiere a las características fisiológicas y anatómicas que caracterizan a un hombre y una mujer, que al complementarse tienen la potencialidad de la reproducción.

Género se refiere a las ideas y expectativas (normas sociales) compartidas respecto a lo que debe ser un hombre o una mujer o lo que cotidianamente se maneja como femenino o masculino.

Las características reales que definen lo que un hombre o mujer deba ser están definidas y condicionadas a la concepción particular que cada sociedad tenga de estas y que se aprenden de generación en generación a través de la familia, amigos, escuela, religión, medios de comunicación etc. Los cuales establecen los roles en el ámbito privado y social de los individuos.

El contexto social es uno de los elementos que permea el comportamiento sexual, y fortalece el contexto de riesgo en que se encuentren. Hoy día el término sexo (masculino o femenino) se refiere a la condición biológica natural gobernada por leyes genéticas que determinan una anatomía corporal y una fisiología específica, mientras que el término *género* (hombre o mujer) se refiere a una construcción social que ha asignado papeles definidos a cada sexo a lo largo de la evolución histórica de la humanidad. De ello se desprende que ciertos factores del comportamiento favorecen una mayor frecuencia de algunos trastornos, así como su mayor letalidad, en un sexo que en otro (3).

Vulnerabilidad masculina

Biológica: Los genitales externos masculinos están cubiertos con una extensión menor de mucosa en comparación con los femeninos, sin embargo esto no lo exime de riesgo ya que la falta de revisiones médicas preventivas y una higiene inadecuada sobre todo si no están circuncidados, permite la presencia de infecciones que aumentan la posibilidad de entrada del VIH, al estar en contacto con líquido y mucosa vaginal; sangre y mucosa anal.

Social: Las pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales para demostrar y reafirmar su hombría los coloca en mayor situación de riesgo; a veces, las imágenes tradicionales de masculinidad alientan a los hombres a forzar relaciones sexuales no deseadas; independientemente del medio y contexto sociocultural en que se encuentren, tienen menos probabilidades de solicitar asistencia sanitaria y tienen en general un escaso conocimiento sobre ITS, en comparación con las mujeres y muchas de éstas, discurren sin diagnóstico ni tratamiento, lo que incrementa el riesgo de transmisión del VIH; El consumo de alcohol y otras sustancias, aumenta la probabilidad de mantener relaciones sexuales no protegidas o de compartir jeringas, aumentando el riesgo de reinfecciones de VIH y de transmitirlo tanto a sus parejas sexuales como compañeros de adicción; aunque la mayoría de las relaciones sexuales entre hombres (HSH) son encubiertas, algunos estudios a escala mundial sugieren que hasta una sexta parte de todos los encuestados masculinos comunica haber mantenido relaciones sexuales con otros hombres (4)

Emocional: Es poco lo que se ha tratado en este sentido, la construcción social de lo que se supone tiene y debe ser un hombre en el contexto sociocultural desde tiempo inmemorial les han hecho creer que son hombres insensibles imposibilitados para relacionar sexo con afecto a diferencia de la mayoría de las mujeres que anteponen a la relación sexual algún tipo de afecto. Este hecho crea en ellos un sentimiento de ambivalencia en donde la presión social aunada con la estructura emocional al respecto les pone en la disyuntiva de ser muy hombres y no rechazar la oportunidad a ser débiles por negarse a una relación sólo por “cumplir”, por supuesto la mayoría decide por lo primero y lo lleva a reafirmar que para él las relaciones físico-afectivas estables, no son obstáculo para tener una relación sexual casual o pseudo estable, pues está cumpliendo socialmente.

Vulnerabilidad femenina

Biológica: La transmisión del VIH, es varias veces mayor del hombre a la mujer, que de la mujer al hombre porque la mucosa que reviste la cavidad vaginal es mayor en comparación con la que recubre el glande, es más delgada en la mujer joven y durante la menopausia o pos menopausia se torna más delgada y disminuye la lubricación, padecen de más infecciones de transmisión sexual que cursan asintomáticas y ocasionan soluciones de continuidad que son entrada perfecta para el virus.

Social: Las mujeres no se perciben como sujetos de riesgo cuando sólo han tenido o tienen una sola pareja sexual; dependen de la cooperación masculina para protegerse de la infección (uso de condón), se tiene la falsa idea de que sólo las “que venden su cuerpo” son las que piden condón, las casadas o con pareja estable no; la dependencia económica más la presión social y cultural con respecto a lo que debe ser y hacer una mujer, hace difícil para muchas mujeres rechacen una relación sexual de riesgo o convengan a su pareja de tener relaciones sexuales protegidas.

Emocional: La relación de pareja que establece la mayoría de las mujeres, está basada en el amor como significado de invulnerabilidad hacia la infidelidad, VIH e ITS, acompañada de la fantasía de ser ellas, las que harán que su pareja deje la adicción al alcohol u otras drogas, son un factor más que aumenta la vulnerabilidad a infectarse con el VIH.

Es en este sentido que la mujer establece una relación de carácter unidireccional en donde cree que tiene la obligación de no dudar de la responsabilidad y salud sexual de su pareja; generándose así el conflicto entre exigir el uso de un condón o correr el riesgo de ser golpeada y abandonada por la ofensa que hace a la pareja al dudar de él, o ser catalogada como “mujer de mala reputación”.

El constructo de la sexualidad femenina esta basada en la mayoría de las culturas en un concepto que califica como bueno o malo, lo que ella haga con su cuerpo y lo que exteriorice de ello, de lo que vale como persona/mujer si cuenta o no con una pareja estable, de la sumisión que por antonomasia debe tener hacia un hombre, conduciendo y contribuyendo la mayoría de las veces a la dependencia emocional y a una pobre concepción de autoestima.

A pesar de que el SIDA tiene su mayor incidencia en el sexo masculino, no se puede afirmar que son los hombres los que están más predispuestos biológicamente que las mujeres. Tampoco puede afirmarse que la progresión de la enfermedad esté ligada al sexo. Podemos inferir que las conductas y prácticas que realizan los hombres están relacionadas al escenario de transición en el cual se desarrollan y que invariablemente se le presentará fuertemente estereotipado de cómo debe ser y actuar como hombre o muy hombre, por ejemplo; tener una vida sexual muy activa en contraste con la mujer que debe guardarse hasta que exista el verdadero amor o esté casada; a los hombres los educan y crecen con la idea de ser invencibles e invulnerables a enfermedades y peligros cotidianos de la vida, lo cual expone más al riesgo de contraer infecciones y caer en adicciones a drogas y alcohol, si bien en la infección por VIH no hay una propensión basada en el género, debe señalarse que la drogadicción es más frecuente en la población masculina que en la femenina.

Se debe tener presente que si no se contextualiza el sentido u objetivo de la prevención del VIH, relacionado con la vulnerabilidad que se tiene como hombre o mujer, para infectarse con el VIH u otra ITS, ninguna o casi ninguna persona aceptará que está o estuvo en riesgo de contraerlo.

Esta contextualización es de suma importancia, cuando la intervención educativa es dirigida a la población penitenciaria, porque visto con otra mirada, las personas que ingresan a un centro penitenciario, realmente están ingresando, se están mudando a una comunidad que ha elaborado su propia organización y que funciona como si fuera una pequeña ciudad, con barrios, con una cultura propia, resultado del amalgamamiento de educación, creencias, mitos, códigos y valores de cada uno de los que ahí viven, de cómo conciben su propio derecho a hacer uso de los servicios de salud, incluso cuentan con sus propios representantes y líderes morales que influyen de forma indirecta en la decisión de responsabilizarse o no de su salud, en donde los comportamientos de riesgo son muy frecuentes y van desde relaciones sexuales no protegidas, a tatuajes y perforaciones poco seguras, sin olvidar el uso de drogas y la violencia sexual (Fig. 2).

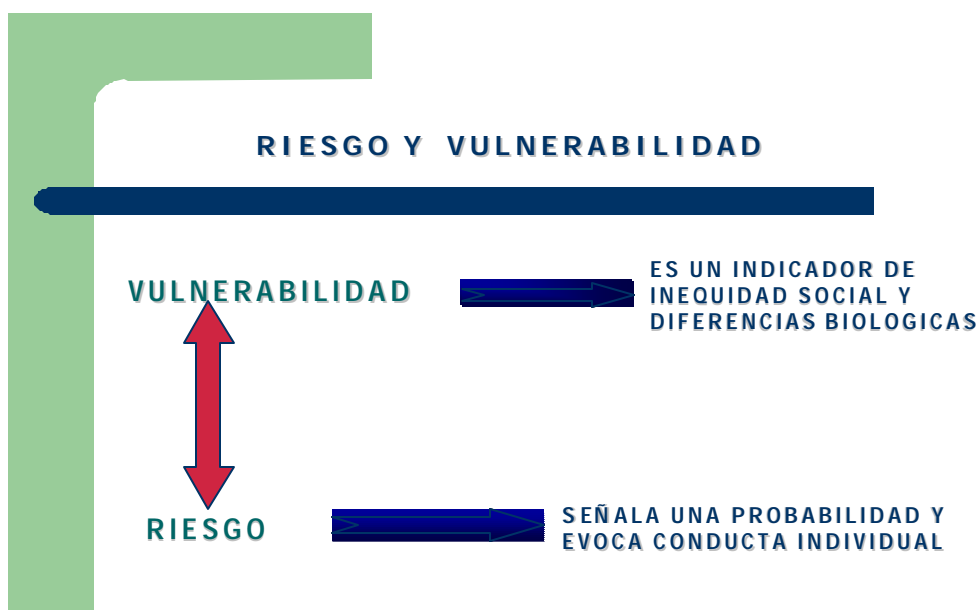


FIGURA Nº 2

La susceptibilidad biológica al VIH es universal para todos los grupos raciales, géneros, edades y culturas. Sin embargo, estudios recientes han demostrado la importancia de varios factores biológicos en la transmisión del VIH:

“El enfoque de género es, ante todo, la posibilidad de cambiar desde dentro de nosotros, para contribuir a una vida más justa, más equitativa para hombres y mujeres...” (5)

CAPITULO II

2. ¿QUÉ ES EL VIH, QUÉ ES SIDA?

2.1 Generalidades sobre VIH/SIDA

Definiciones epidemiológicas.

Con fines de vigilancia epidemiológica se utilizan dos definiciones que se utilizarán de acuerdo a los recursos, diagnósticos, signos y síntomas clínicos que presenten las personas que tienen un resultado positivo a VIH:

Persona con VIH: Todo individuo que después de realizarse prueba de tamizaje para detección de anticuerpos de VIH, es positivo y confirmado con examen de western blot (6)

Caso (Persona) SIDA: Es una adaptación de la definición propuesta por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC](7), que requiere la presencia de criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, definiéndose entonces como: Persona seropositiva a VIH confirmado, que presenta 1 o varias infecciones oportunistas de más de 4 semanas de evolución que no responden adecuadamente a tratamiento y/o neoplasias indicadoras de inmunodeficiencia por ejemplo: neumonía por pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi, leucoencefalopatía multifocal progresiva, encefalitis de cualquier etiología, además de los signos y síntomas ya conocidos como diarreas y disminución de peso, etc.

Es necesario establecer la diferencia entre VIH y SIDA, pues a pesar de estar inscrito en todos los documentos relacionados con el tema, persiste la idea errónea de definirlo como lo mismo, es decir, al saber que alguien es seropositivo a VIH, automáticamente le catalogan como persona con SIDA, lamentablemente el mismo personal de salud sigue fomentando este error a partir del propio.

Virus (De la palabra latina virus, toxina o veneno): es un agente biológico potencialmente patógeno, intracelular obligado, es decir: sólo se replican dentro de células de organismos humanos vivos, fuera de él, son muy lábiles al medio ambiente y están inactivos.

¿QUÉ SIGNIFICA VIH?

VIH: Son las siglas que identifican el agente etiológico que ocasiona la inmunodeficiencia en seres humanos.

V = virus, que pertenece a la familia de retrovirus y subfamilia de los lentivirus. Es de suma importancia recordar este dato; esta característica explica de manera sencilla, la razón por la cual el organismo se deteriora en forma lenta pero continúa.

I = inmunodeficiencia, es una palabra compuesta, en la que INMUNO hace referencia a un grupo de células que conforman al Sistema inmunológico o también llamado de defensa, cuya función básica es la de proteger al organismo de agentes extraños productores de enfermedades; DEFICIENCIA se refiere, al déficit funcional del sistema antes mencionado.

H = Humana, este virus es especie-específico, es decir, sólo ataca a un grupo de células especializadas del organismo humano (sistema inmunológico), dato también importante que no se debe olvidar, pues en forma muy concreta y sencilla, explica y desmitifica información errónea con respecto a vías de transmisión (Fig. 3)

En resumen VIH:

- Es un retrovirus de lento desarrollo.
- Sólo sobrevive en células humanas vivas.
- Sólo infecta a células que poseen receptores específicos para él.
- No sobrevive fuera del organismo.
- Tiene una alta capacidad de mutación.

¿Qué significa SIDA?

Es el acrónimo que se utiliza para dar nombre a la última fase o etapa de la infección por VIH:

S = S í n d r o m e, definido como el conjunto de *signos* (lo que se puede ver en el cuerpo de la persona) y *síntomas* (las molestias que refiere la persona), que corresponde a una o varias enfermedades presentes en el organismo, que pueden ser comunes en la población general y la presencia de infecciones oportunistas, que sólo se presentan en persona con un sistema inmunológico deprimido.

D = De

I = I n m u n o d e f i c i e n c i a, se refiere al Déficit e incapacidad del sistema inmunológico para responder al embate de agentes productores de enfermedad.

A = A d q u i r i d a, Porque la infección del VIH que ocasiona la inmunodeficiencia no es de carácter hereditario, es una infección que adquiere el individuo a través de vías ya reconocidas.

En resumen SIDA:

Es un acrónimo con el que se hace referencia a la expresión final de la patología de la infección por VIH, cuya capacidad para atacar a los linfocitos T (CD4) supone la destrucción del sistema inmunitario del paciente afectado, dejándolo expuesto a la agresión de numerosas infecciones oportunistas que lo llevan a la muerte.

Las personas no mueren por el VIH, mueren por la falla orgánica y/o sistémica ocasionada por uno o varios padecimientos.

¿Qué hace el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al entrar al organismo?

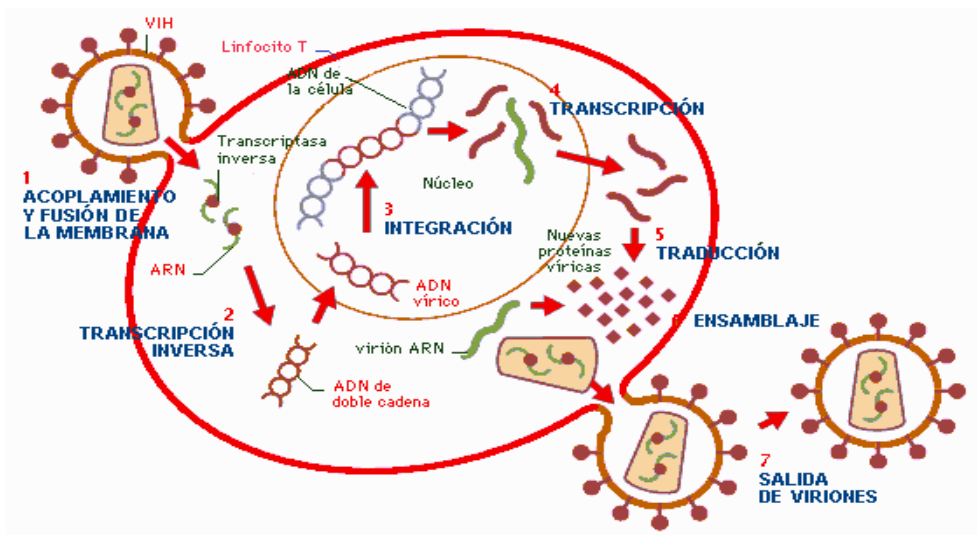


Fig. 3 Ciclo de replicación viral y daño celular

Paso 1: Reconocimiento y ensamble

- El VIH se une al receptor de la célula huésped (CD4).
- La información genética del virus es introducido dentro de la célula (linfocito CD4), mientras que su envoltura permanece adherida a la superficie de la membrana actuando como antígeno extraño, permitiendo con ello la formación de anticuerpos específicos para el VIH (en promedio tardan de 4 a 12 semanas para formarse).

Paso 2, 3: Transcripción e integración

- Su doble cadena de ARN se convierten en líneas dobles de ADN mediante un proceso enzimático, para posteriormente integrarse al núcleo de la célula combinándose con la información genética de la célula huésped (linfocitos CD4), pudiendo persistir en una etapa latente por muchos años y cada que se formen nuevos linfocitos, éstos ya estarán infectados.

Paso 4: Traducción y Replicación

- El ADN viral que se formó a partir de la doble cadena de ARN es transcrito por un proceso enzimático para formar el nuevo ARN viral que formará el material genético para la nueva generación de virus. “Se estima que por cada virus que ataca a una célula, se producen y liberan cerca de 200 nuevos virus” (8)

Paso 5,6 Y 7: Salida de nuevos virus y Muerte Celular

- Una vez que los componentes genéticos y enzimáticos han quedado envueltos la cápside de lo que será el nuevo virus es “empaquetado” en una envoltura procedente de la célula parasitada (linfocito CD4), a la que se le han incrustado los receptores que reconocerán a otros linfocitos para iniciar otro ciclo de replicación, lo cual hace imposible que sea reconocido como agente extraño, por los anticuerpos inicialmente formados en su contra.
- La salida de los nuevos virus, provoca la destrucción de los linfocitos, pueden quedar libres generando una viremia y de ahí infectar a otras células (lo cual permite realizar un estudio de laboratorio llamado carga viral, que es un marcador para saber en que estado se encuentra el individuo y efectividad del tratamiento ARV) o bien puede pasar en forma directa de una célula a otra e iniciar un nuevo ciclo de replicación viral en cada célula parásito.

El VIH es extremadamente lábil fuera del cuerpo humano y puede ser muy fácilmente degradable, porque su envoltura es muy rica en lípidos:

Líquidos que inactivan al virus fuera del organismo:

- Temperaturas arriba de 60°C.
- Contacto con agua y jabón.
- Contacto con alcohol etílico, isopropílico.
- Contacto con agua oxigenada.
- Contacto con hipoclorito de sodio (Cloro).
- Contacto con formaldehído al 10%.
- Contacto con glutaraldehído al 2%.
- Contacto con acetona, fenol, otros.

LÍQUIDOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL VIH Y SON POTENCIALMENTE INFECTANTES

El VIH se ha aislado en diversos líquidos corporales de personas infectadas, sin embargo, sólo la sangre, semen, secreciones cervicales y vaginales así como la leche materna son capaces de transmitir el virus, cuando otros líquidos corporales incluido el pus y otras secreciones contienen sangre o grandes cantidades de linfocitos (células del sistema inmunológico) como es el líquido cefalorraquídeo, amniótica o intraarticular, también se consideran altamente infectantes y sólo se estará en riesgo si no se llevan a cabo las medidas universales de protección, además de no ser líquidos que se intercambien en una relación cotidiana ni de pareja, esto sólo se considera como un riesgo para personal de salud y que realiza actividades específicas.

LÍQUIDOS POTENCIALMENTE INFECTANTES
<ul style="list-style-type: none">• SEMEN Y LÍQUIDO PREEYACULATORIO• SECRECIÓN CERVICAL Y VAGINAL• SANGRE• LECHE MATERNA

GENERALIDADES ACERCA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH

Como ya sabemos, la infección es causada por un Retrovirus llamado VIH, que afecta sólo al ser humano, fue descubierto en el año de 1983. Pertenece a la familia *Retroviridae* y contiene material genético de doble cadena (ácido ribonucleico), destruye lentamente el sistema inmunológico principalmente los Linfocitos T, los cuales poseen un receptor llamado "CD4", al cual se une (ensambla) el virus, inyectando al interior de la célula su información genética que integrará al núcleo de la célula, además de iniciar el proceso bioquímico que le permitirá su replicación y destrucción del huésped cuando sale a infectar otras células con las mismas características, este proceso es lento pero continuo, causando así un grave deterioro a las funciones del Sistema Inmunológico en forma silenciosa hasta por varios años, la presencia o manifestación de signos y síntomas de enfermedades de diferente etiología son los que determinan el diagnóstico del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Cuando el VIH entra al organismo algunas personas pueden presentar malestar general, fiebre, dolores musculares, crecimiento de ganglios, confundiendo con un cuadro gripal severo o con cualquier otro padecimiento de origen viral el cual desaparece en un par de días y es una de las expresiones de cómo el sistema inmunológico se defiende; a esto se le conoce como infección aguda y no todas las personas la presentan, es importante señalar que aún sin sintomatología el SI elabora anticuerpos anti VIH en un periodo de tiempo llamado de ventana y que es de aproximadamente 12 semanas para la población en general. El periodo de tiempo (periodo de incubación) entre la infección por el VIH y la aparición de signos y síntomas que conforman propiamente el SIDA, es variable y dependerá de cada organismo y estilos de vida así como el manejo oportuno con ARV (Fig.4).

Sobre la base de la dinámica de infección, sintomatología y transmisión es posible clarificar de qué manera se trasmite el virus, así como *la no existencia de grupos de riesgo*, sino prácticas o circunstancias.

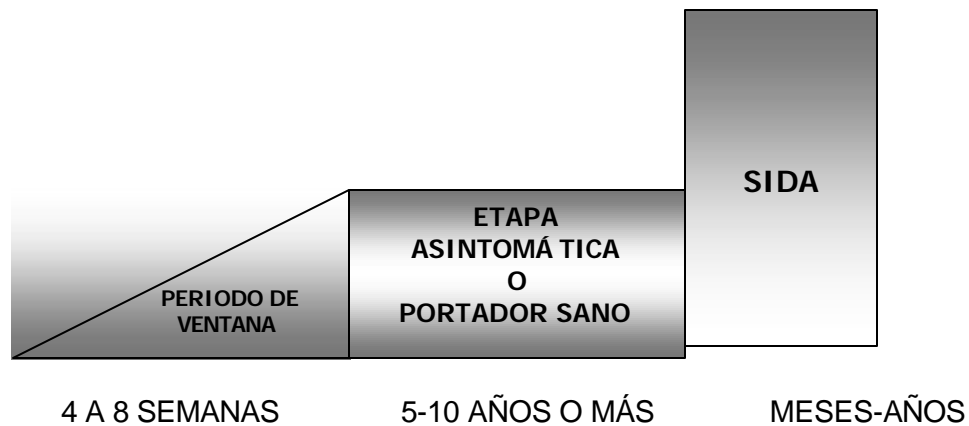


Fig. 4 Historia natural de la infección por VIH

¿Signos y Síntomas más comunes que caracterizan al SIDA?

La infección por VIH ha venido evolucionando clínicamente de manera muy favorable, ya que inicialmente se manejaba como una infección de 4 fases bien delimitadas, sin embargo el tratamiento oportuno con ARV, cuidados en general, así como cambios y mutaciones del virus o tal vez la adaptación paulatina del organismo, ha puesto de manifiesto que personas que por datos de laboratorio (carga viral y nivel de CD4) y padecimientos comunes en inmunodeprimidos se diagnosticaban como pacientes con SIDA, después de un tiempo con tratamiento específico para el padecimiento, más ARV y cuidados en general, mejoraban considerablemente y clínicamente nuevamente se consideraban asintomáticos.

Existen padecimientos bien identificados, signos y síntomas que por su presencia y frecuencia de presentación se consideran clave en el diagnóstico de SIDA, así como algunos estudios de laboratorio que permiten establecer no sólo diagnóstico, sino el momento en que se tiene que iniciar tratamientos curativos o profilácticos para el padecimiento o padecimientos en cuestión, así como de otros básicos y complementarios como es la CV y CD4 para dar inicio a tratamiento con ARV (Cuadro 1).

SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	PADECIMIENTOS
De más de 15 días de duración que se presentan sin causa o razón aparente y tardan en desaparecer:	Más comunes causados por gérmenes oportunistas o no muy comunes en la población en general :
Diarrea	Neumonía por pneumocystis carinii
Perdida de peso (+ de 10%)	Sarcoma de kaposi en piel o en algún órgano interno
Fiebre continua o intermitente (+40°C)	Linfoma de Hodkin y no Hodkin (Cáncer de ganglios)
Fatiga progresiva hasta la postración	Encefalopatía ligada al VIH
Dificultad para respirar progresiva	Neumonía, retinitis, encefalopatía por Citomegalovirus
Síndrome de desgaste	Meningitis por Criptococo
Inflamación y dolor de ganglios en + de 2 sitios del cuerpo	Inf. Gastrointestinal por Criptosporidia
Alteraciones dermatológicas; Sarcoma Kaposi	Toxoplasmosis cerebral
Sudoración profusa (Nocturna)	Tuberculosis pulmonar o en otro órgano

	sistema
Leucoplaquia pilosa (lengua)	Cáncer cervico uterino en menores de 3 años
Candidiasis (algodoncillo) en boca, piel	Candidiasis (algodoncillo) generalizada
	Otras: por gérmenes comunes en la población general o por flora habitual del organismo

Cuadro 1

Vías de transmisión del VIH

La probabilidad de transmisión del VIH de una persona infectada a una no infectada, varía significativamente dependiendo del tipo de exposición o contacto de que se trate. La transmisión del VIH de una persona a otra ocurre a través de los siguientes mecanismos:

Transmisión sexual

En la vía sexual, la puerta de entrada de la región ano-genital y bucofaríngea es por las características de su mucosa que habitualmente queda expuesta y en contacto de líquidos corporales potencialmente infectantes y puede tener soluciones de continuidad secundarias a diferentes causas, por ejemplo los micro traumatismos producidos por el coito, anal o vaginal; inflamación, úlceras simples o secundarias a ITS como sífilis, chancro blando y herpes, así como otras infecciones sexuales que aumentan la concentración de linfocitos en la secreción cervical, como Chlamydia, Gonococo, Ureaplasma urealyticum y micoplasma hominis; contribuyendo todos estos como factores facilitadores del ingreso del VIH al organismo huésped.

De los diferentes tipos de relación sexual la más riesgosa corresponde a la penetración anal. Si bien el riesgo de contagio es para ambos miembros de la pareja, es mayor para el individuo receptivo, pues las características anatómicas del recto (gran vascularización, fragilidad de la mucosa y cercanía del plexo linfático rectal) favorecen la transmisión del HIV.

La penetración vaginal es considerada como de menor riesgo en comparación con la anal, en la cual la mujer es quien presenta mayor riesgo ya que la vagina funciona como receptáculo en donde permanece el semen por algunos minutos, por tanto mayor tiempo de exposición al VIH y otros gérmenes, la presencia de ITS ulcerativas o inflamatorias, aumentan la vulnerabilidad y probabilidad de adquirirlo.

El riesgo de infectarse con VIH a través de contacto sexual oral (Buco-genital) sin protección (sin un condón) es muy bajo en comparación con una relación sexual por vía anal o vaginal sin protección. Sin embargo, incluso una actividad de bajo riesgo puede constituir un mecanismo de infección importante si se realiza con frecuencia (9) y cuenta con otros factores que favorezcan la entrada del virus al organismo por ejemplo; problemas bucales, incluyendo encías sangrantes (gingivitis), así como el tiempo de exposición al semen y líquido preeyaculatorio en la cavidad oral.

Es muy difícil establecer que la transmisión del VIH ocurrió únicamente por vía oral, ya que la mayoría de las veces terminan en una relación vaginal o anal.

VIH e ITS

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) de cualquier tipo y especialmente las ulcerativas (Cuadro 2) que ocasionan daño en la mucosa y rompen la barrera natural, favoreciendo la entrada del VIH al organismo.

ITS ULCERATIVAS	AGENTE ETIOLÓGICO
SIFILIS	TREPONEMA PALLIDUM
CHANCROIDE	HEMOPHILUS DUCREYI
GRANULOMA INGUINAL	CALYMMATOBACTERIUM GRANULOMATIS
HERPES GENITAL	HSV-1, HSV-2
LINFOGRANULOMA VENÉREO	CHLAMIDYA TRACHOMATIS L-1, L3

Cuadro 2: Infecciones de transmisión sexual ulcerativas

Las úlceras genitales ocasionadas por los distintos gérmenes, aumentan la vulnerabilidad de una persona no infectada durante una relación sexual con una persona que vive con VIH. También se incrementa la posibilidad de reinfección con el VIH, cuando una o ambas personas cursan con alguna de estas ITS y mantienen relaciones sexuales sin condón, además de aumentar la infectividad por la presencia de líquido propio de la inflamación que contiene mayor cantidad de células del sistema inmunológico infectadas con el VIH y virus libres que tiene la vía perfecta, para entrar al organismo de la otra persona (Fig. 5). Es por ello, que el manejo oportuno y apropiado de la enfermedad ulcerativa genital debe de ser considerado como una de las principales estrategias para el control de la epidemia del SIDA.

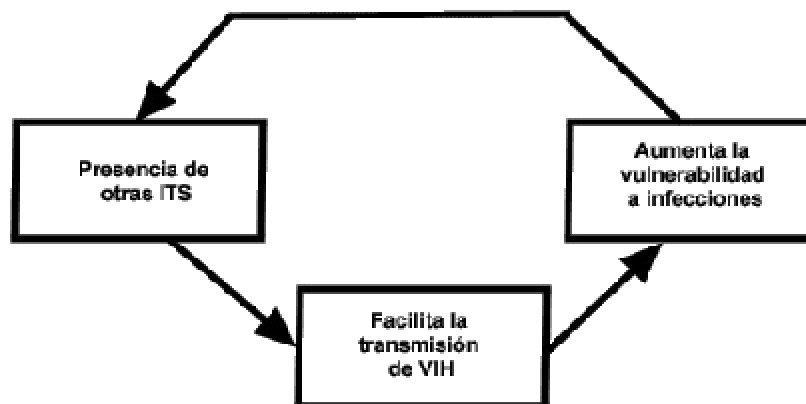


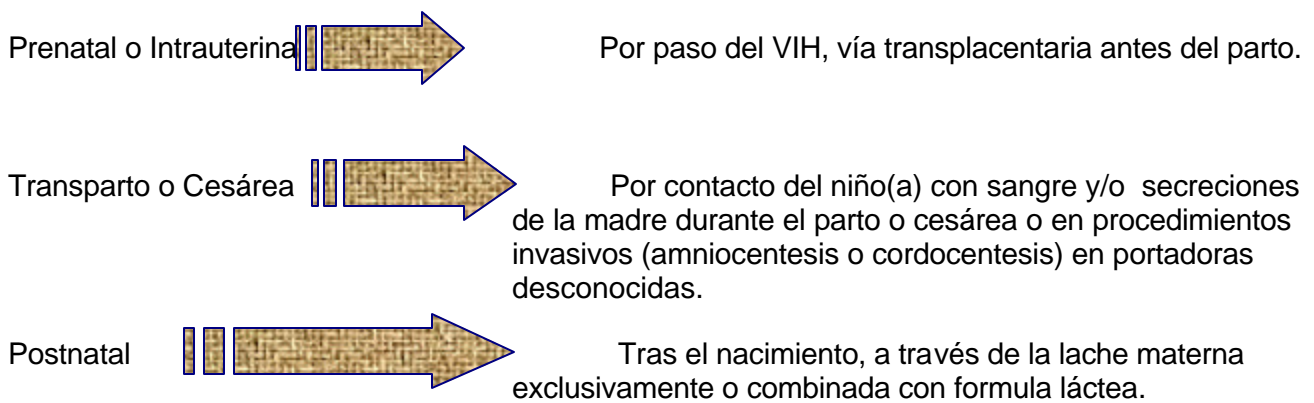
Fig. 5

Transmisión vertical o perinatal

En la actualidad la incidencia de VIH en mujeres embarazadas en México es muy baja, oscila entre 0.04% y 0.09%, sin embargo esto no debe hacernos pensar que está controlada la epidemia en este sector de la población, toda vez que la prevalencia en la población heterosexual masculina ha aumentado y las mujeres embarazadas no se perciben en riesgo, por tanto la realización de un examen de VIH generalmente no lo consideran prioritario. La implementación de programas de consejería dirigidos a embarazadas ha permitido tener un mayor acercamiento y una detección oportuna, que posibilita el manejo y tratamiento oportuno, derivándose de ello la disminución en la

probabilidad del nacimiento de niños infectados. La tasa de transmisión perinatal calculada para países en vías de desarrollo es de 25 a 30% en promedio la cual varía de acuerdo a diversos factores maternos que lo favorecen, por ejemplo: estadio de la infección, CV alta, CD4 bajos, falta de tratamiento ARV, ruptura de membrana prolongada, etc. (10)

No se conoce con exactitud cuál es el momento en el que se produce la transmisión del VIH al niño, aunque se ha demostrado que puede producirse en varios momentos, por lo que hablaremos en general de transmisión perinatal, refiriéndonos a la que se produce de madre a hijo. En los niños, el mecanismo de transmisión del virus es diferente a la de los adultos. En la actualidad la principal vía por su frecuencia es la transmisión materno-infantil o vertical, a partir de una madre con SIDA o VIH+, el porcentaje de niños que han adquirido la infección por una vía distinta a la vertical, como la transfusional es mínimo. Las tres vías de transmisión vertical de la enfermedad son:



De las tres rutas anteriores, se considera que la más frecuente es la transmisión intrauterina. Se ha demostrado que el diagnóstico y tratamiento profiláctico oportuno con ARV, disminuye en forma considerable (hasta el 2%) la posibilidad de que nazcan niños(as) infectados; la probabilidad de transmisión dependerá de algunos factores, por ejemplo; tiempo de vivir con VIH de la madre, carga viral elevada, nivel bajo de CD4, entre otros. (Fig. 6)

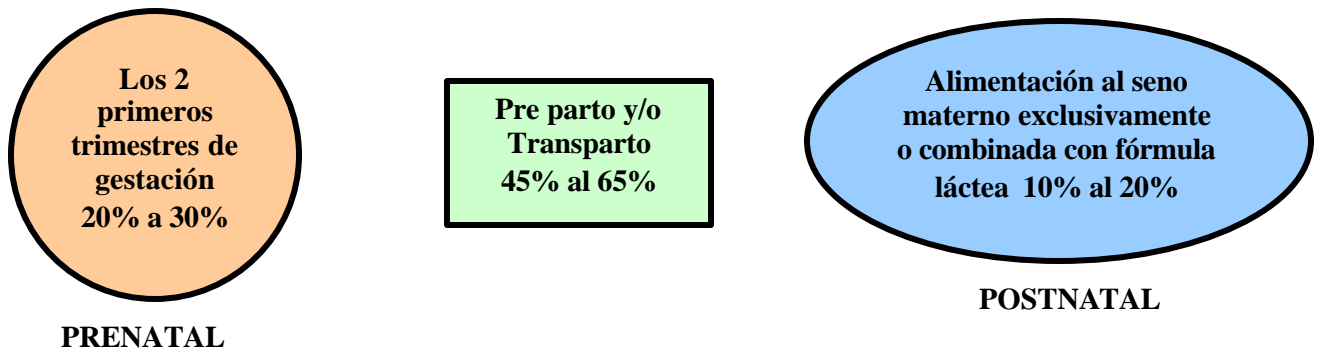


Fig. 6. Probabilidad de transmisión sin profilaxis

Transmisión sanguínea

El desarrollo de normas y leyes más estrictas, para el manejo y control de la sangre y métodos más precisos en la selección de los productos que se transfunden y de los órganos que se trasplantan, han contribuido a modular la proporción de enfermedades emergentes (como el VIH). Los riesgos actuales de transmitir enfermedades por transfusión dependen del país y la región en donde se lleven a cabo (11).

Transfusión sanguínea: La incidencia de transmisión por esta vía es actualmente muy baja y tiene lugar cuando la sangre de una persona que vive con VIH entra en el torrente sanguíneo de otra persona. Esto puede ser por el uso compartido de agujas al realizarse tatuajes, piercing, compartición de jeringas en UDIs, accidentes con objetos punzo-cortantes que contengan sangre con VIH.

Rutas de infección por vía sanguínea:

1. Transfusiones de sangre o derivados.
2. Trasplantes de órganos.
3. Agujas o jeringas no esterilizadas.
4. Objetos punzo-cortantes no esterilizados.

Con respecto a la primera y segunda ruta, sabemos que desde la década de los ochenta, los fabricantes y las agencias reguladoras de la fabricación de derivados plasmáticos, se han dado a la tarea de establecer una serie de medidas tendientes a reducir el riesgo de transmisión de infecciones por transfusión a través de los hemoderivados (12). Las principales medidas hasta ahora aplicadas son la selección de donantes de sangre y plasma apropiados (sangre segura).

Exposición ocupacional

El primer caso de seroconversión al VIH, posterior a un accidente ocupacional fue reportado en 1984 y desde entonces hasta finales de 1996, el CDC ha reportado 52 casos documentados de infección y 111 posibles casos por esta vía, los cuales corresponden predominantemente a personal de enfermería y técnicos de laboratorio. En la actualidad se estima el riesgo de transmisión de VIH por exposición percutánea en 0.31% ó de 1 en 325 exposiciones (13).

Estadísticas de la exposición ocupacional al VIH en personal de salud en México (SSA), reportaron en 1996 la existencia de ocho casos de SIDA por esta vía. Todos ellos seroconvirtieron posterior al accidente (14), aunque es de hacer notar que no fueron documentados los datos al momento del accidente, "De acuerdo con datos de la SSA, ocurren en nuestro país 33 accidentes por cada 100 camas ocupadas por año, lo que implicaría la posibilidad de ocurrencia de 365 661 accidentes ocupacionales anuales, considerando 1'108 064 ingresos a los servicios hospitalarios de esta Secretaría. Robles y col. (Lesiones de riesgo en los trabajadores de la salud. Experiencia del Hospital Ángeles. Coordinación de control de infecciones, trabajo presentado en la 11 Reunión Académica de Aniversario del Hospital) en 1997, reportaron que los accidentes laborales en este país, han disminuido ante la toma de conciencia por parte de los trabajadores de la salud para la observancia de las precauciones universales de prevención. A pesar de ello, es conveniente insistir con cursos de capacitación así como proporcionar las condiciones y materiales necesarios a este sector de la población" (15)

RIESGO DE TRANSMISIÓN POR EXPOSICIÓN PERCÚTANLA A SANGRE CONTAMINADA

Virus de la hepatitis "B"	→	6.0-30.0 %
Virus hepatitis "C"	→	1.2-6.0 %
VIH	→	0.25-0.4 %

Las rutas de infección por uso de jeringas, agujas, material punzo-cortante contaminado con sangre en el área de salud, tiene una incidencia muy baja como causa única de transmisión, ya que al igual que la relacionada con la vía oral, la mayoría de las veces, si no es que todas, tienen el antecedente de relaciones sexuales sin protección.

Factores que determinan la posibilidad de infección frente a un accidente laboral de exposición a sangre:

- ◆ La profundidad del pinchazo.
- ◆ Del tipo de aguja (maciza, hueca y su calibre).
- ◆ Del tipo de procedimiento que se haya realizado (punción venosa, intramuscular, tipo de objeto cortante).
- ◆ De la utilización de guantes durante el accidente.
- ◆ De la concentración de virus que contenga el fluido.

Es evidente que el riesgo de transmisión por esta vía es baja, sin embargo, los accidentes laborales se siguen presentado debido a una pobre educación en bioseguridad o por la carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales provenientes de personas que viven con VIH. (Fig. 7).

En 1986, ante la preocupación por esta vía de transmisión, el gobierno mexicano legisló sobre el manejo de sangre y sus derivados e instituyó un programa permanente de sangre segura que sumada a la intervención educativa y el cumplimiento de las normas oficiales, son hasta el momento, quizás el mejor ejemplo de que sí se puede prevenir si se actúa a tiempo.

PERSONAL QUE TIENE MÁS ACCIDENTES	LUGAR EN QUE OCURREN	ACTIVIDAD QUE SE ESTABA REALIZANDO
Enfermería	Urgencias, UCI y Habitación del paciente	Uso de jeringas e intento de reencapuchamiento
Laboratorio	Laboratorio	Uso de jeringas, traslado y manejo de muestras sanguíneas
Médicos	Urgencias, quirófano	Al pasar el instrumental y uso del mismo

Figura N ° 7

Relación entre alcohol, drogas y VIH

Es importante enfatizar en este segmento, la relación del alcohol y drogas con la infección del VIH, sobre todo en la población usuaria de drogas inyectables por el uso y compartición de agujas y jeringas, en las que no sólo están compartiendo la droga, sino pequeñas cantidades de sangre de la persona que se inyectó antes y que seguramente ignora(n) si esta libre del VIH, convirtiéndose esto, en una de las maneras más fáciles para infectarse no sólo de VIH, sino de hepatitis "B", "C" y/o Sífilis.

Algunos estudios han comprobado que "existe una relación directa entre el consumo de sustancias y drogas y la transmisión del VIH. Se estima que el consumo de drogas intravenosas es el

responsable directo de más del 5% de las infecciones por el VIH en todo el mundo. El consumo de drogas estimulantes o de sociedad, incluido el alcohol, está también asociado a las prácticas sexuales peligrosas, que a su vez pueden dar como resultado la infección por el VIH. En todo el mundo los varones tienen más probabilidades que las mujeres de consumir esa clase de sustancias” (16)

Lo que es cierto y difícil de negar es que, cualquiera de las formas de drogadicción está asociada a un riesgo elevado para contraer el VIH, toda persona que se encuentra bajo el efecto de las drogas psicoactivas y/o alcohol, generalmente pierden o disminuyen su capacidad para discernir o diferenciar entre una actitud (práctica) de riesgo y una segura o menos riesgosa, además de convertirse fácilmente en objeto de abuso sexual, violación o una relación sexual consensuada pero sin protección.

En este sentido, es imposible soslayar que existen comportamientos poco saludables con respecto a la salud y especialmente a la salud sexual en la mayoría de los internos, mismas que se van adoptando o fortaleciendo al ingresar a un Centro Penitenciario; vida sexual activa sin protección, dependencia al alcohol y/o drogas (sobretudo inyectables) desde antes de ingresar a dichos Centros, así como otros factores ligados a la vulnerabilidad biológica y de género, es decir, culturales, sociales y de comportamiento, son sin lugar a duda los elementos perfectos para que se propague el VIH, si no se hacen intervenciones educativas que les permitan reflexionar y elaborar cambios de conducta con respecto al riesgo de infectarse y propagar la infección a círculos más cercanos como son la pareja y futuros hijos, por otras seguras o menos riesgosas.

“De los seis a siete millones de personas que se estima se inyectan drogas en el mundo entero, las cuatro quintas partes son hombres. Es más probable que un varón consumidor de drogas intravenosas tenga una pareja que no se inyecte, que una mujer que comparta la aguja” (17)

2.2 Diagnóstico de VIH

El diagnóstico de la infección por VIH sólo puede establecerse de modo definitivo por medio de exámenes de laboratorio, ya que las manifestaciones clínicas aunque sugerentes son inespecíficas en cualquier estado de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio utilizadas son para demostrar la presencia del virus o de sus componentes (proteínas y ácidos nucleicos) o bien, la respuesta inmunitaria del huésped (presencia de anticuerpos contra el virus).

A) Pruebas iniciales de detección o presuntivas:

Existen diferentes técnicas para su realización y su objetivo es detectar anticuerpos específicos contra el VIH, el resultado positivo de estas de ninguna manera debe interpretarse como un resultado definitivo, pues se tiene que confirmar. El examen más utilizado es el de ELISA y actualmente técnicas de pruebas rápidas con formato de inmunodot con mínima cantidad de extracción de sangre.

B) Pruebas suplementarias o confirmatorias:

Existen diferentes pruebas complementarias que confirman un resultado presuntivo, el más utilizado por su costo y por el tiempo de espera, es el de Western blot (WB), la diferencia con el de ELISA es que este identifica proteínas que forman parte de la estructura viral.

La realización de un examen de VIH siempre debe ser de manera voluntaria, informada y con firma del consentimiento de la persona, de ninguna manera condicionado o como requisito para proporcionar algún servicio, contratación o ingreso a alguna institución educativa o recreativa o por la preferencia sexual que se tenga y en cualquier momento que sea solicitado por la persona interesada.

¿Cuándo se considera un resultado positivo?

- ◆ Ante la existencia de dos resultados positivos de ELISA, aglutinación o prueba rápida y una prueba de Western blot (WB) positiva, incluyendo a personas asintomáticas y sin factores de riesgo.
- ◆ Ante la existencia de dos pruebas de ELISA, aglutinación o prueba rápida en una persona con cuadro clínico sugestivo de SIDA.
- ◆ Ante la existencia de alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del Virus o algún componente del mismo (cultivo viral, determinación de antígeno p24, reacción en cadena de la polimerasa (PCR)).

¿Cuándo se considera un resultado negativo?

- ◆ Cuando sólo una de las pruebas de tamizaje (ELISA, aglutinación o prueba rápida) es positiva.
- ◆ Cuando el resultado e Western blot es negativo.

¿Cuándo se considera un resultado indeterminado?

- ◆ Ante la existencia de dos resultados positivos de prueba de tamizaje (ELISA, aglutinación o prueba rápida), pero con Western blot indeterminado. Es importante explicar a la persona la probabilidad de ser positivo y la pertinencia de realizarse un nuevo examen para confirmarlo, pues seguramente está en una etapa de seroconversión.

¿Qué es un seguimiento serológico?

El seguimiento serológico se refiere al tiempo en que debe repetirse un examen de detección si:

- ◆ Si al realizar el primer examen de tamizaje, la persona se encuentra en periodo de ventana inmunológico o alguna de sus parejas sexuales vive con VIH o falleció con diagnóstico de SIDA.
- ◆ Si tuvo exposición a sangre o líquidos corporales potencialmente infectantes que proceden de una persona infectada con el VIH o se desconoce su estado.
- ◆ Si tiene un resultado indeterminado o ante la duda de la existencia de la infección.
- ◆ Hijos de madre que vive con VIH, menores de dos años.
- ◆ Violación.

¿Cada que tiempo se realiza el examen de detección en caso de seguimiento serológico?

La periodicidad para repetir el tamizaje es a los 3, 6, 9, 12, 15 y 18 meses después del primer resultado, dependiendo de la causa o factores que lo ameriten, acompañando estos de apoyo psicológico.

- ◆ Casos indeterminados:

⇒ Si a los tres meses después del primer resultado indeterminado, el resultado de Western blot es negativo y no tiene una nueva exposición de riesgo, se considerara negativo y no es necesario repetir.

⇒ Si a los tres meses después del primer resultado indeterminado, el resultado de Western blot es positivo, se considerara positivo y no es necesario repetir.

- ◆ Hijos de madre que vive con VIH: Se realiza tamizaje cada tres meses, hasta el año y medio y si el resultado es negativo se considera negativo, si existe la posibilidad de realizar PCR y Cultivo Viral y son negativos antes de este tiempo también se consideran negativo.
- ◆ En casos de violación: se realiza tamizaje a los 3, 6 y 12 meses, si los resultados son negativos y no existe una nueva exposición de riesgo, se considerará negativo.
- ◆ En caso de exposición ocupacional: Se realiza tamizaje a los 3, 6 y 12 meses, si los resultados son negativos y no existe una nueva exposición de riesgo, se considera negativo

¿Cuándo considerar un resultado falso negativo?

- ◆ Cuando la persona se encuentra en periodo de ventana (tiempo que tarda el organismo para elaborar anticuerpos contra el VIH, y es en promedio en la población en general de 8 a 12 semanas).
- ◆ Cuando la persona se encuentra bajo tratamiento con medicamentos que deprimen su sistema inmunológico (inmunosupresores).
- ◆ Transfusión masiva.
- ◆ Transplante de médula ósea.
- ◆ Contaminación de muestra con polvo de guantes durante la toma y procesamiento de la muestra (poco probable).

¿Cuándo considerar un resultado falso positivo en las pruebas de tamizaje (ELISA, aglutinación o prueba rápida)?

- ◆ Enfermedades autoinmunes.
- ◆ Mieloma múltiple.
- ◆ Cirrosis biliar primaria.
- ◆ Hepatitis alcohólica.
- ◆ Vacunación reciente contra influenza.
- ◆ Transferencia pasiva de anticuerpos contra el VIH (sólo en casos de probabilidad de transmisión vertical).
- ◆ Pruebas positivas para sífilis (VDRL o RPR).

*Las nuevas generaciones de reactivos tienen una alta especificidad y sensibilidad, lo cual hace poco probable la presencia de resultados falsos positivos. Se sugiere Consultar la ultima versión de la Guía de manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con VIH/SIDA, editada por CENSIDA o la pagina web

2.3 Consejería Pre y Post Detección

¿Porqué es importante la consejería pre y post realización del examen de VIH?

Diversos investigadores han confirmado la importancia del apoyo psicosocial en el manejo de la infección por el VIH y en la decisión o no, de realizarse un examen de detección, en este sentido, la consejería se debe considerar como un componente de las estrategias para las futuras intervenciones educativas de empoderamiento en relación a la prevención y mejor calidad de vida, es un factor básico que, por desgracia, no ha sido integrado formalmente en la atención del paciente que vive con el VIH. Un ejemplo de lo anterior lo constituye la muy a menudo inexistente pero obligada sesión de consejería previa a la toma de muestra para la realización del examen de detección del VIH, que en la mayoría de las ocasiones da como resultado, errores de interpretación por parte del paciente, incluso en quién lo atiende; lo más común es que consideran un resultado positivo como diagnóstico de SIDA, transmitiendo al usuario un mensaje de muerte a corto plazo sin opción de intervención. Se podría creer que esto no es factible de ocurrir entre el personal de salud pero suele suceder, aun en estos tiempos en que el acceso a la información está a la mano de todos, esta conceptualización que se le da al examen de detección de VIH como "la prueba del SIDA", es el resultado del desconocimiento del espectro de esta infección.

Por supuesto si hablamos del manejo de esta necesidad y obligatoriedad que todo trabajador de la salud debe de realizar siempre que este capacitado para realizarla y en caso contrario, la de canalizar a las personas con profesionales capacitados para este fin. Se sabe de historias de vida, que refieren el impacto doblemente doloroso, al saber que les realizaron el examen de VIH, sin su consentimiento y saberse infectados con el VIH. En algunos Centros Penitenciarios no sólo de México sino de otros países, los han realizado de esta manera, razón por la cual es de suma importancia conocer y reconocer que la consejería debe y tiene que proporcionársele a cualquier persona y que el hecho de estar privado de la libertad no significa estar privado del derecho a decidir sobre su salud mental y física.

¿Qué es la Consejería?

La consejería se define como un encuentro cara a cara, breve, focalizado y dirigido, en el cual el usuario plantea sus dudas e inquietudes respecto a un tema dentro de un marco de respeto, confidencialidad y calidez.

El objetivo de la consejería es dar información sobre el tema específico del cual se trate, ayudando al usuario a clarificar sus pensamientos y/o emociones, facilitando así, la reflexión y la toma de decisiones.

Las características de la consejería son:

- Focalizada: sólo se aborda un tema a la vez.
- Cara a cara: se realiza en persona para facilitar la comunicación.
- Confidencial: la información no será compartida con nadie más.

La consejería se hace:

- Saludando de mano al usuario, siendo cordial y presentándose, así se crea un ambiente de cordialidad
- Se le habla al usuario por su nombre, así se genera confianza.
- Abordar el asunto a tratar, en este caso hablar sobre la intención de hacer la prueba de VIH, beneficios que se pueden obtener al conocer su resultado, preguntar qué información tiene respecto a las formas de transmisión y prevención del VIH, corregir y ampliar. Aclarar dudas.

Para ser consejero se necesita:

- Respetar valores, creencias y estilos de vida: aceptar a las personas tal como son.
- Ser empático: situarse en el lugar de la otra persona y comprender cómo se siente.
- Sensibilidad: capacidad de vivenciar las emociones que genera el usuario (ternura, tristeza, enojo, alegría)
- Creatividad: uso de los recursos profesionales para facilitar el trabajo.
- Información básica sobre VIH.

El consejero requiere:

- Escucha activa: dar atención a todo lo que dice y hace el usuario.
- Establecer contacto visual con el usuario, con esto se le hace saber que se tiene interés por él.
- Utilizar lenguaje claro: que sea entendible para el usuario.
- Dar información en forma concreta.
- Corregir información de manera sensible.
- Usar el silencio adecuadamente: durante estos espacios se le permite al usuario reflexionar.
- Cuidado del lenguaje corporal: contacto visual, postura corporal cómoda, gesticulación.
- Uso de preguntas abiertas para estimular al usuario a hablar.

Objetivos de la consejería pre prueba de VIH:

1. Prevención de la transmisión del VIH:

De personas que se han realizado las pruebas y son personas con VIH, a parejas que no se han realizado las pruebas u obtuvieron un resultado negativo.

Objetivos de la consejería post prueba de VIH

1. Prevención de la infección por el VIH

En personas que se han realizado las pruebas, su resultado es negativo y su pareja positiva, o que no se han realizado las pruebas.

2. Utilización temprana y apropiada del servicio.

- ◆ En personas que se han realizado la prueba y su resultado es positivo
 - Atención médica (incluidos la terapia antirretroviral, el tratamiento y prevención de infecciones oportunistas, la prevención de infecciones asociadas al VIH y la detección sistemática de infecciones y tumores asociados al VIH).
 - Planificación familiar (incluido el asesoramiento sobre opciones reproductivas).
 - Asistencia psicológica (incluido el apoyo individual, de la pareja y familiar). Considerando que se enfrentan a la discriminación, estigma, rechazo, abandono y sufren depresión y estrés.
 - Asesoramiento para una vida positiva (nutrición, asesoramiento continuo, revelación del estado serológico e identificación de la red de seguridad).
 - Apoyo social.
 - Mejor adaptación y planificación para el futuro.
 - Asesoramiento jurídico.
- ◆ En Personas que se han realizado las pruebas y su resultado es negativo:
 - Asistencia psicológica.
 - Planificación familiar (incluido el asesoramiento sobre opciones reproductivas).
 - Mejor adaptación y planificación para el futuro.

3. Ventajas sociales

- Normalización del VIH.
- Hacer frente al estigma.
- Fomento de la sensibilización.
- Apoyo a los derechos humanos.

4. Asesoramiento para la observancia

- Observación de las terapias antirretrovirales y preventivas.
- Hacer frente a los efectos adversos.
- Asesoramiento sobre la observancia en intervenciones para la prevención de la TMI.

5. Mejorar la atención a través de la consejería

La consejería hace posible que las personas que viven con VIH soliciten atención psicológica, social y médica. También permite que las personas con resultado negativo accedan a servicios adecuados.

Disminuciones en el comportamiento de riesgo sexual asociadas a la pre consejería

Diversos estudios señalan disminuciones significativas en el comportamiento de riesgo asociadas a la pre consejería, siendo las personas con resultado positivo a VIH, las que presentan una mayor reducción en el comportamiento de riesgo frente a las personas con resultado negativo a VIH o aquellas que desconocen su estado serológico. Consultar la Guía sobre Consejería editada por CENSIDA o consultar la página Web.

2.4 Medidas preventivas en el ámbito laboral y personal

“En 2005, se produjeron cerca de cinco millones de nuevas infecciones por el VIH en el mundo, 3 200 000 de las cuales correspondieron sólo a África Subsahariana. En el mismo año, fallecieron tres millones de personas de enfermedades relacionadas con el SIDA; más de medio millón (570 000) eran niños” (18)

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. Los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que se busca que todas las acciones en la materia se deberán vincular con el desarrollo social y económico del país (19)

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 —como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas—, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones) (20).

Es entonces a partir de las lecciones aprendidas, que se ha demostrado la importancia de la prevención del VIH, así como la necesidad de intensificarse en todos los ámbitos con un carácter de obligatorio; Investigaciones a nivel mundial han demostrado que una de cada cinco personas que corren el riesgo de infectarse por el VIH, tiene acceso a los servicios básicos de prevención y de las personas que viven con el VIH, sólo una de cada diez se ha sometido a la prueba y sabe su diagnóstico en forma oportuna (ONUSIDA, 2004)

La intervención educativa oportuna, decidida y concertada da como resultado no sólo el conocimiento del problema sino un cambio de actitud a favor de la prevención a mediano y largo plazo, por ejemplo: a disminuido la incidencia en HSH en muchos países occidentales, en jóvenes de Uganda, profesionales del sexo y clientes en Tailandia y Camboya, también en consumidores de drogas intravenosas de España y el Brasil. Con demasiada frecuencia las estrategias de prevención carecen de alcance, intensidad y de visión a largo plazo. Para que las intervenciones de prevención den los resultados necesarios y así, tomar la delantera a la epidemia, los proyectos con horizontes a corto plazo deben traducirse en estrategias programáticas a largo plazo.

El estigma y la discriminación relacionada al VIH, han demostrado ser los obstáculos más difíciles de superar en la prevención eficaz del VIH. El estigma impulsa a las personas a actuar de un modo tal, que perjudica directamente a otras y le niega servicios o derechos sobre todo a las personas privadas de la libertad, razón por la cual se tiene que hacer énfasis en cualquier intervención educativa de prevención, independientemente del grupo poblacional a quien vaya dirigida.

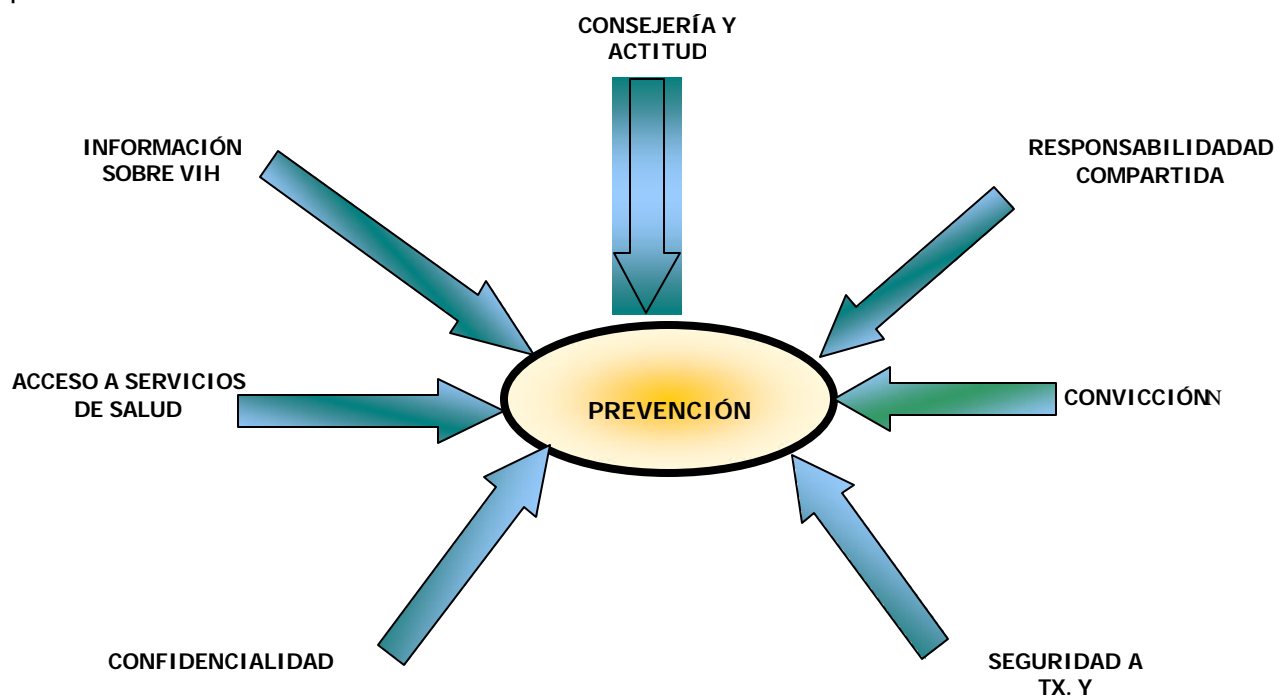
LOS NIVELES DE PREVENCIÓN

Todos los procesos patológicos presentan en su historia natural ciertos periodos, en cada uno de los cuales es posible aplicar algún tipo de prevención en cualquiera de sus dos niveles: primaria y secundaria. La prevención primaria, tiene por objeto disminuir la probabilidad de aparición de las afecciones y enfermedades, así como la reducción de la incidencia del proceso mórbido.

¿Qué es la prevención primaria?: Son las acciones encaminadas para proteger la salud, que se ejercen sobre el medio ambiente, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que se llevan a cabo sobre las personas, por ejemplo: educación sanitaria, inmunizaciones preventivas, tratamientos profilácticos, realización de exámenes de diagnóstico, etc.

¿Qué es la prevención secundaria?: Son las acciones encaminadas a interrumpir la progresión de la infección y/o daños que este causando la enfermedad, por ejemplo; mediante el tratamiento precoz y oportuno antes del desarrollo de la enfermedad, la aplicación de vacunas específicas cuando ya existe la infección, radioterapia, etcétera, mejorando en la mayoría de bs casos, el pronóstico para los pacientes.

Esta se realiza sólo cuando la primaria no ha existido o ha fracasado, desde el punto de vista epidemiológico, tiene como objetivo principal reducir la prevalencia del padecimiento, en un lugar y población determinada.



¿Qué hacer para prevenir la infección por vía sexual?

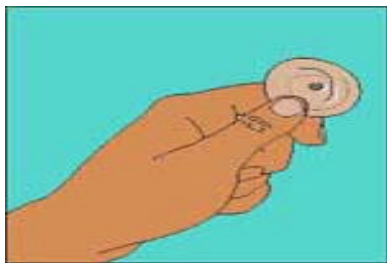
Conocer bien a la pareja sexual es una medida relativa de prevención y sólo la persona es quién decidirá si basado en ello no negocia el uso de condón; las siguientes opciones son las que a través del tiempo han demostrado efectividad si se realizan en forma adecuada y consistente:

❖ **Uso de Condón:** Independientemente del tipo de relación afectiva sea con hombre o mujer, el uso correcto del condón masculino o femenino, es la mejor forma de protegerse no sólo del VIH, sino de otras Infecciones de transmisión sexual, a continuación algunas indicaciones básicas sobre el uso de condón masculino y femenino:

1) Recomendaciones básicas para uso de condón masculino

- Asegúrese de tener un condón antes de necesitarlo.
- Use un condón por cada relación sea anal, vaginal u oral.
- Colóquelo antes de que el pene toque los genitales, ano o boca de su pareja.
- Coloque el condón en la punta del pene erecto y desenróllelo suavemente (su pareja puede hacerlo), cuidando de que el borde enrollado quede hacia afuera, si la pareja no está circuncidado, tire el prepucio hacia atrás (arriba) y siga desenrollando hasta la base del pene, no hay necesidad de estirarlo.
- Puede poner antes una gota de lubricante a base de agua en el interior del condón y poner un poco más encima cuando está totalmente desenrollado cubriendo el pene.
- Después de la eyaculación y antes de estar completamente flácido, sostenga el borde del condón en la base del pene, mientras lo retira del ano o vagina, esto evita que el condón quede dentro y que se derrame el semen o bien el pene quede descubierto y este en contacto con líquidos vaginales, sangre u otro tipo de líquido generado.
- Tire el condón usado en el bote de basura, no es necesario hacerle nudo.
- Utilice un nuevo condón si realizara otro coito.
- No es conveniente usar el mismo condón para penetrar más de un orificio natural del cuerpo (ano, vagina, boca).
- Use otro condón si el que tiene presenta algún daño en el empaque, si está caduco, si la superficie se nota irregular o el color no es uniforme, se siente muy seco o muy pegajoso, o parece quebradizo.

EXPLICACIÓN ESQUEMÁTICA DEL USO DE CONDÓN MASCULINO



Verificar la caducidad antes de abrir el paquete, abrirlo con la yema de los dedos, no usar los dientes, uñas o tijeras porque pueden romper el condón.



Poner el condón una vez que el pene esté erecto, y **antes de que toque la boca, la vagina o el ano de la pareja**. Si no está circuncidado, retraer el prepucio antes de colocarlo.



Presiona la punta del condón (receptáculo del semen) de modo que no quede aire atrapado dentro. Desenrollar el condón hasta la base del pene.



Comprobar que el condón está bien colocado tirando suavemente de la punta.



Después de eyacular, retirar el pene con cuidado antes de que se ponga flácido, sujetando la base del preservativo.



Póngalo en el bote de basura, no necesita hacerle nudo y utilice otro si continuara con otra relación.

2) Recomendaciones básicas para el uso de condón femenino

El condón femenino está hecho de poliuretano que es muy resistente y menos sensible al calor y a la humedad en comparación con el de látex, pero a un costo mayor, a continuación algunas recomendaciones para su uso:

- Antes de usarlo por primera vez, se recomienda hacer una exploración genital para conocer/reconocer algunas estructuras internas que servirán como punto de referencia para su mejor colocación, básicamente el borde inferior del pubis.
- Al igual que el masculino tiene una fecha de caducidad y se debe tener cuidado de que el empaque este en buenas condiciones, tiene la ventaja de poder colocarse incluso horas antes de una relación coital.
- Evidentemente la forma es diferente así como su tamaño (es una funda de aproximadamente 17 cm. de longitud con un anillo interno y externo flexible también de poliuretano, se coloca como si fuera un diafragma, el anillo interior se ajusta detrás del borde inferior del pubis y el exterior (que es más grande cubre parte de los genitales externos (vulva).
- Terminada la relación se toma entre los dedos el aro externo y se gira una o dos veces sobre su propio eje y se extrae sin mayor problema, se tira en el bote de basura.
- Al igual que el masculino, se usa sólo una vez, al venir más lubricado no es necesaria la utilización de lubricantes y en caso de requerirlo debe ser a base de agua.



Revisa la fecha de vencimiento, verifique el estado de la envoltura.

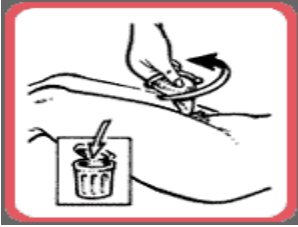
Saca el preservativo de su envoltura cuidando de no romperlo.



Para introducirlo en la vagina, el anillo interno debe ser presionado entre el dedo pulgar y el del medio dejando el dedo índice entre ambos. Para introducirlo es necesario que la mujer coloque una pierna sobre una superficie más alta que la otra ó en cuclillas, e introduzca el anillo.



Una vez introducido, es necesario empujar con el dedo índice hasta que se sienta que se pasa el hueso púbico, y así comprobar que el condón quede derecho dentro de la vagina.



Al concluir la relación sexual, es necesario dar media vuelta al anillo externo, para evitar que el semen se derrame. Para retirarlo, hale el preservativo hacia fuera y deséchelo.

Recomendaciones extras que no se deben olvidar

- ❖ Con respecto al condón masculino o femenino
 - ✓ Los condones femenino o masculino deben conservarse en un lugar seco, fresco y protegido de la luz.
 - ✓ No utilizar ningún tipo de crema o aceite como lubricante extra, estos productos son derivados del petróleo que al contacto con el material del cual están hechos se rompen con facilidad.
 - ✓ Antes de usar cualquiera tipo de condón verificar fecha de caducidad y que el empaque esté sin roturas y con burbuja de aire.
 - ✓ No usar ambos condones durante la relación, la fricción entre ambos puede deteriorarlos por el calor que se genera entre ellos.
 - ✓ No desenrollarlos ni llenarlos con algún líquido para verificar su estado.
 - ✓ No abrir el empaque con uñas o instrumento punzo cortante.

- ❖ Limitar el número de parejas sexuales y usar condón.

- ❖ Fidelidad mutua.

- ❖ Auto masturbación o en pareja, caricias y juegos sexuales sin penetración, uso de juguetes sexuales de uso individual (sexo seguro).

- ❖ Abstinencia sexual (por convicción y no como obligación).

Estas recomendaciones no son sólo para personas que ignoran su serología o que se saben portadores del VIH. Es importante recordar que toda persona que vive con VIH, no necesariamente tiene que suspender su actividad sexual, el uso de protección en sus relaciones sexuales también deben ser protegidas para evitar infectar a la pareja o reinfectarse, la reinfección sólo acelerará el proceso de la enfermedad aún cuando este bajo tratamiento con ARV.

¿Qué hacer para prevenir la infección por vía sanguínea?

Bancos de sangre y donadores: Afortunadamente desde 1986 se lleva un control estricto en bancos de sangre, pues toda donación es voluntaria previa consejería y consentimiento firmado, la aplicación de cuestionario de autoexclusión y otros parámetros clínicos que aseguren el estado de salud clínico del donador antes de sangrarlo (extraer la sangre) y posteriormente realizar examen de detección de infecciones latentes como es la hepatitis B, C y de manera específica VIH, la sangre de donadores que da positivo para VIH, Hepatitis y sífilis, se inactiva por diversos medios para desecharla posteriormente. Los donadores positivos reciben consejería previa para darles el resultado y canalizarles al servicio de salud correspondiente para su control y manejo.

Candidatos a transfusión de sangre o derivados: Toda persona que recibirá alguna transfusión de sangre o derivado, debe exigir sangre segura, verificando que el paquete que la contiene tenga la etiqueta de color verde que indica ausencia del VIH.

Candidatos a trasplante de órganos: Todo órgano debe ser analizado previamente y el familiar o paciente tiene el derecho de pedir al médico tratante que se lo asegure por escrito.

Para personal que maneja o esta en contacto con sangre o secreciones corporales con sangre: Es recomendable el uso de guantes de látex o poliuretano y en caso extremo de no contar con este material, usar cualquier bolsa de plástico.

Material punzo cortante (agujas, jeringas, cánulas, etc.): En caso de utilizar este tipo de material, debe ser nuevo y desechable; cuando esto es imposible puede recurrirse a la limpieza de las jeringuillas que consiste en llenar la jeringa con cloro, expulsarlo, llenarla con agua, expulsarla, repitiendo 3 veces el procedimiento. En usuarios de drogas inyectables (UDI), es importante explicarles que el uso de jeringas es individual y que lo mejor es no compartirlas.

Para realizarse piercing, tatuajes, depilación eléctrica o acupuntura es importante acudir a un lugar formalmente establecido y autorizado; y asegurarse de que se usa un equipo nuevo o estéril. Como norma de higiene básica, no se deben compartir objetos de aseo personal como son: cuchillas de afeitar, cepillo de dientes, instrumentos de manicura, entre otros.

Precauciones para el personal de salud

Todo personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos, debe recibir información acerca de las medidas que por Norma tienen que realizar para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud, vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales y no olvidar que todo paciente es potencialmente infectante no sólo por el VIH.

Medidas de seguridad antes llamadas de bioseguridad: Deben entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral y que compromete también otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial a seguirlas en caso necesario y difundirlas, pues tienen un carácter de obligatorio y se resumen en 3 premisas fundamentales:

A) Universalidad: Las medidas involucrarán todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes.

B) Uso de barreras: Para evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes a través de la utilización de careta/googles, tapaboca, bata, Para proteger membranas, mucosas de ojos, nariz y boca durante procedimientos y cuidados de pacientes y otras superficies corporales que pudieran tener lesiones dérmicas al estar realizando actividades que puedan generar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones. No evitan los accidentes de exposición, pero disminuyen la posibilidad en forma considerable.

C) Medios de eliminación de material contaminado (manejo de RPBI): Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados en contenedores y/o bolsas con características específicas, almacenadas y eliminadas sin riesgo, como lo marca la NOM-010-SSA2-1993.

D) Lavado de manos: Antes de atender a cada paciente, después de manipular instrumental o equipos usados que hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes, luego de retirarse los guantes, después de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, hayan usado o no guantes.

¿Qué hacer en caso de un accidente de exposición a sangre o fluidos corporales (AES)?

- Suspender inmediatamente la actividad.
- Conservar la tranquilidad.
- Lavar el área con agua y jabón y provocar sangrado de la herida.
- Dar aviso a la Autoridad Superior Inmediata, para documentar el accidente.
- Realizar examen para detección de anticuerpos de VIH (previa consejería y consentimiento informado), basal y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.
- Usar condón hasta determinar que no hubo seroconversión.
- Valoración médica para iniciar Profilaxis con ARV, sin que pasen más de 4 hrs. Después del accidente (ver guía de manejo ARV emitida por la SSA).

Qué hacer para prevenir la transmisión vertical (materno-infantil)

La posibilidad de prevenir la transmisión de VIH de la madre al hijo es muy alta, siempre y cuando la detección sea oportuna y las mujeres tengan la posibilidad de acceder al tratamiento específico TARAA (Terapia Antiretroviral Altamente Activa), en México hay disponibilidad del medicamento para todas las mujeres que así lo requieran durante y después del embarazo, así como seguimiento del recién nacido hasta darle de alta como negativo o bien, para iniciar tratamiento y manejo correspondiente si es positivo VIH.

Recomendaciones para evitar la transmisión vertical

- ◆ Idealmente a toda mujer con vida sexual activa y reproductiva, se les debe ofrecer la realización del examen de detección de VIH en forma gratuita y confidencial, previa información y consejería para que ella decida libremente.
- ◆ A toda mujer embarazada, independientemente del momento en que se encuentre del embarazo, se le debe ofrecer previa información y consejería la realización del examen de detección del VIH, sin coacción o condicionamientos en forma gratuita y confidencial.
- ◆ Además de la información básica, se le debe asegurar que en caso de ser positiva, será canalizada al servicio médico correspondiente para inicio de tratamiento profiláctico, manejo y control durante y después del parto, así como a su hijo en forma gratuita.
- ◆ Se le debe informar su derecho a interrumpir el embarazo, previa valoración y dictamen médico correspondiente sin coacción ni condicionamiento, contando para ello con el apoyo psicológico correspondiente.
- ◆ En caso se seguir con el embarazo, mantener un control médico y de laboratorio estrecho para dar inicio al tratamiento profiláctico o bien el ajuste y cambio de ARV, programación de parto o cesárea electiva.
- ◆ Evitar el inicio de trabajo de parto y ruptura de membranas.
- ◆ Sí se decide el nacimiento por vía vaginal, realizar las medidas de asepsia y antisepsia del canal de parto para evitar en lo posible el contacto del niño, con secreciones vaginales y sangre.

- ◆ Proporcionar tratamiento ARV al recién nacido en las siguientes seis horas posteriores al nacimiento.
- ◆ Evitar o suspender la alimentación al seno materno, asegurando la dotación de fórmula maternizada.
- ◆ Asegurar seguimiento serológico al recién nacido hasta el año y medio y su control, manejo y tratamiento en caso de seroconvertirse.

La realización oportuna del examen de detección y tratamiento oportuno y la no lactancia al seno materno, han demostrado que la probabilidad de transmisión se reduce hasta en un 98%, demostrando con ello que estas medidas son un medio efectivo de prevención incluso en mujeres que sabiéndose seropositivas al VIH, se embarazan.

2.5 Atención y tratamiento oportuno en instituciones privativas de libertad.

El propósito de este apartado es proporcionar al personal que labora en Centros Penitenciarios un marco de referencia para el diagnóstico, manejo y control clínico de la infección por el VIH, de ninguna manera pretende sustituir ni el criterio ni la experiencia clínica del personal de salud, que atenderá a las personas que viven con VIH privadas de la libertad, dado que el curso de la infección puede presentar cuadros clínicos diferentes a los contemplados en este documento, ya que las investigaciones progresan rápidamente y los hallazgos científicos y médicos modifican constantemente ideas y conceptos. En la actualidad, la falta de pautas claras para la atención clínica, podría conducir a establecer diagnósticos inexactos, las pautas que a continuación se indican son las mínimas necesarias que toda persona que decide realizarse un examen diagnóstico de VIH y obtiene un resultado positivo debe recibir.

En los últimos años los avances en el tratamiento de la infección por el VIH han dado como resultado que, por vez primera en la historia de la epidemia, podamos considerar al SIDA como una enfermedad crónica y manejable que no es necesariamente mortal. La evidencia disponible, ha dejado claro de forma contundente que el empleo de tratamiento ARV, ha producido importantes beneficios clínicos y mejoría de la calidad de vida de las personas que viven con VIH, disminuyendo de manera importante y marcada disminución en hospitalizaciones y morbimortalidad.

Acceso universal a tratamiento antiretroviral

La iniciativa para el Acceso a Medicamentos ARV, emprendida por el ONUSIDA en 1997 en Abujía y Kampala- y luego transferida de África y al Caribe-, los proyectos piloto a pequeña escala han demostrado, uno tras otro, la seguridad y eficacia de estos programas, muchos países, incluidos los que tienen una alta prevalencia del VIH o epidemias incipientes en grandes poblaciones, ya se están movilizand o en respuesta a las insuficiencias en el tratamiento del VIH. Diversos países de América Latina y el Caribe ofrecen actualmente cobertura universal de terapia antiretroviral, incluidos, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay y por supuesto México (21), desde luego existen otros países que han avanzado positivamente y que seguramente en estos momentos también cuentan con el acceso universal a tratamiento ARV.

En México, desde 2001 la Secretaría de Salud asume directamente la compra de ARV y los distribuye de acuerdo con las necesidades de cada uno de los Estados, hasta Junio del 2006 existían 100 servicios especializados en las 32 entidades federativas, lográndose con ello el acceso universal a tratamiento ARV, para todo aquel que vive con VIH que no cuente con seguridad social (IMSS, ISSSTE). La voluntad política, sumada al respeto de los derechos humanos y participación de la sociedad civil, ha permitido el avance de forma equitativa y no discriminatoria en la lucha contra la pandemia.

Manejo oportuno y multidisciplinario

La atención oportuna de toda persona que vive con VIH, retrasa en forma por demás considerable la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que por su aparición progresiva permite el control ambulatorio por mucho tiempo, siendo éste uno de los aspectos más importantes en su control. El enfoque multidisciplinario permite no sólo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y que han desarrollado SIDA, sino que, de una manera secundaria mejora el medio familiar, laboral y social de la persona, en este sentido, es importante visualizar los efectos positivos que tendrá en los Centros Penitenciarios, iniciar oportunamente la prevención y tratamiento médico, apoyándose con otros profesionales y no sólo para cumplir con la parte médica del problema, ya que de esta manera se estará contribuyendo a mejorar la convivencia diaria con naturalidad, desmitificando los riesgos ficticios que tiene el resto de la población interna y el propio personal de salud.

Toda persona que ha sido diagnosticada como portadora del VIH, debe tener una atención personalizada y de acompañamiento, dándole la oportunidad de reflexionar acerca de las diferentes alternativas que se ofrecen para su tratamiento, en este sentido el apoyo psicológico es de suma importancia, pues permite iniciar con bases firmes el control y manejo de la persona que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA, la interacción médica y psicológica desde un inicio, ha facilitado la comprensión y empoderamiento de las personas para acudir y seguir de forma consistente, las indicaciones para mejorar su calidad de vida, además de percibir una atención conjunta y no fragmentada.

Primera evaluación clínica de la persona que vive con VIH

Sabemos ahora que la infección por VIH es un proceso crónico y que las personas deberán controlarse periódicamente durante años, por esta razón la primera entrevista médica tiene un carácter preponderante pues de ello dependerá en gran medida el regreso a su control y que siga las indicaciones correspondientes a su tratamiento. Los instrumentos que permiten hacer una primera evaluación para decidir el manejo clínico son:

- a) Historia Clínica completa.
Es importante identificar la fecha aproximada de la infección y problemas de salud asociados que pueden ser alterados por el VIH.
- b) Exploración física completa.
Buscando de forma intencionada signos clínicos de progresión (candidiasis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi etc.) en la mujer debe efectuarse examen ginecológico con citología.
- c) Exámenes básales de Laboratorio y gabinete:
Biometría hemática completa, examen general de orina, Química sanguínea completa, VDRL, serología para toxoplasmosis, Hepatitis B y C, perfil hepático y de lípidos, tele de tórax etc.
- d) Exámenes complementarios:
Cuantificación de carga viral (CV) y conteo de linfocitos CD4.
- e) Referencia a :
 - Psicología (integrando a la pareja y familiares por separado).
 - Planificación familiar (incluido el asesoramiento sobre opciones reproductivas).
 - Neumología.
 - Dental.
 - Otros servicios, dependiendo de los diagnósticos integrados.

La decisión terapéutica con respecto a los ARV generalmente no se inicia en la primer cita, salvo que presente signos de progresión o presente signos y síntomas que sean compatibles con SIDA, en esta parte de la consulta médica es importante la experiencia y criterio del médico; si bien es cierto que existen lineamientos y guías sobre tratamiento de VIH, también es cierto que depende en muchas ocasiones del criterio médico y disponibilidad de ARV.

La prevención de infecciones oportunistas retrasa la progresión de la infección por VIH, mejora la calidad de vida, el inicio dependerá de su historia clínica, conteo de linfocitos CD4 y antecedentes epidemiológicos. En México por la alta prevalencia de tuberculosis, es necesario iniciar tratamiento profiláctico a todo adulto que vive con VIH.

Para ampliar este segmento consultar la guía para atención médica de pacientes con infección por VIH en consulta externa y hospitales

CAPITULO III

3. NORMATIVIDAD DEL VIH/SIDA EN CENTROS PENITENCIARIOS

3.1. Sistema Penitenciario Mexicano.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 18, párrafo segundo, se encuentra la fundamentación que rige al Sistema Penitenciario Mexicano y establece los criterios básicos que deben orientar la readaptación social el cual señala:

“Los Gobiernos de la Federación y de los Estados organizarán el sistema penal, en sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente. Las mujeres compurgarán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto” (22).

El artículo 2° de la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados remarca el concepto constitucional (23).

El Sistema Penitenciario Mexicano cuenta actualmente con 455 Centros de Readaptación Social con capacidad instalada para 159,693 internos tanto procesados como sentenciados.

3.2. Marco Jurídico Internacional.

3.2.1. Derecho a la salud.

El criterio fundamental lo constituye la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El artículo 25 - 1 señala que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

3.2.2. Derecho a la Prevención y al tratamiento.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, impone obligaciones concretas al Estado Mexicano, éste establece en su artículo 12 lo siguiente:

“1. Los Estados Partes 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 Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

.....

- 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”.

3.2.3. Protección, confidencialidad, acceso al tratamiento médico.

La Declaración Cumbre de París sobre el SIDA, celebrada el 1° de diciembre de 1994, reconoce los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA y establece el compromiso de 42 gobiernos,

incluido el de México, para luchar contra las condiciones sociales y económicas que favorecen la discriminación y la propagación del virus.

Los Estados afirman su deber de solidaridad hacia las personas infectadas o que corren el riesgo de infección, dentro de sus sociedades y en la comunidad internacional, asimismo su determinación de velar porque todas las personas que viven con VIH/SIDA puedan ejercer plenamente y en total igualdad sus derechos y libertades fundamentales sin distinción alguna; se comprometen también a proteger y promover mediante el entorno jurídico y social los derechos de las personas, en particular de las que viven con el VIH/SIDA o están más expuestas a la infección, y a asegurar que las personas que viven con VIH/SIDA gocen de igual protección ante la ley en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria, al empleo, a la educación, a la libertad de circulación, a la vivienda y a la protección social.

En 1996, se acuerdan las “Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA”, que buscan brindar líneas de acción a seguir por los Estados que han asumido el compromiso de la lucha frente al VIH/SIDA. Este documento, que contiene 12 directrices, insta a los gobiernos a no sólo atender la problemática de salud pública desde el aspecto médico, sino a orientar las políticas públicas hacia la extinción de la discriminación y la violencia hacia personas que viven con VIH/SIDA y la atención universal y oportuna de mujeres, niños y otros grupos vulnerables.

Este instrumento presenta, en su cuarta directriz, un apartado sobre el derecho a la salud, específicamente en relación con el VIH, el cual dice:

“Las autoridades penitenciarias deberían adoptar todas las medidas necesarias en particular personal suficiente, vigilancia eficaz y sanciones disciplinarias adecuadas, con miras a proteger a los reclusos frente a la violación, la violencia y la coacción sexuales; dar a los reclusos –y al personal penitenciario, la posibilidad de recibir información y educación sobre la prevención del VIH, someterse voluntariamente a la prueba del VIH y recibir asesoramiento, beneficiarse de los medios de prevención, recibir tratamiento y atención, y participar voluntariamente en pruebas clínicas relacionadas con el VIH; garantizar la confidencialidad y prohibir las pruebas obligatorias, la segregación y la denegación de acceso a instalaciones carcelarias, así como los privilegios y los programas de excarcelación para los reclusos infectados por el VIH. En cambio, debería considerarse la posibilidad de excarcelar anticipadamente, por razones humanitarias a los reclusos que tengan el SIDA” (24)

En la “Declaración de Derechos y Humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)” de 1992, se dicta la pauta para la adopción de políticas y medidas en todos los niveles en respuesta al VIH y al SIDA, se nos hace un recordatorio de la Declaración Universal de Derechos Humanos y ulteriores instrumentos jurídicos y los principios universalmente aceptados de la ética y la humanidad.

En esta declaración se reafirma que todos los miembros y los órganos de la sociedad tienen la obligación de respetar los derechos y la dignidad de todos y de observar los principios de la ética y la humanidad en el desarrollo de su vida, reconociendo que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha extendido ya por todo el mundo, atravesando las divisiones de raza, clase, edad, sexo y orientación sexual, causando la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que ya hay medidas mundiales para hacer frente al VIH y al SIDA pero que se requiere una nueva acción urgente basada en el respeto de los derechos humanos para combatir la propagación del VIH, cuidar de los enfermos y abordar las dimensiones económicas y sociales del VIH y el SIDA (25).

3.2.4. Cuidado de la salud de los internos.

Específicamente en relación con el cuidado de la salud de los internos, el Conjunto de Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de Detención o Prisión, aprobado por la Asamblea General de la ONU, en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988, establece lo siguiente:

“Principio 24. Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos”.

Los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobado por la Asamblea General de la ONU, en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1988, formula una serie de criterios básicos del personal médico frente a las personas reclusas.

De este documento cabe resaltar el Principio 1 que señala:

“El personal de salud, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”. (26)

3.2.5. Derechos Humanos.

En el artículo 22 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos aprobadas por el Consejo económico y social de la ONU en 1957, se señala que:

“Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado. Los servicios médicos deberán organizarse con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional”. (27)

Los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, adoptados y proclamados por la Asamblea General de la ONU en 1990, aportan importantes criterios para el trabajo de defensa de los Derechos Humanos en centros de reclusión:

“1. Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos.

2. No existirá discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otros factores. (...)

5. Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas. (...)

9. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”. (28)

3.3. Marco Jurídico Nacional.

La calidad de vida de hombres y mujeres depende del desarrollo de la salud integral de cada uno de ellos y ellas. Por esto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales consideran a la salud como un derecho fundamental y su pleno ejercicio es piedra angular del desarrollo de Estados basados en la justicia social.

El derecho de los internos e internas en Centros Penitenciarios a una adecuada atención a la salud y el acceso a medidas preventivas, así como la obligación de los funcionarios de proveerlas, no pueden estar sujetos al criterio de personas o grupos, sino que está previsto y regulado por la legislación nacional e internacional.

3.3.1 Derecho a la Salud.

Las bases jurídicas más importantes del derecho a la salud, se encuentran en los artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 1°.- Párrafo Tercero:

"Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".

Artículo 4°.- Párrafo Tercero:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

La Ley General de Salud, en sus artículos 112, fracción III, establece la orientación en salud y 134, fracción XIII, compromete a las instituciones del sector salud a la educación sexual y a luchar contra las enfermedades infecciosas.

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

"III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades".

Art. 134. "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

.....
XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)". (29)

3.3.2. Prevención, Tratamiento y Líneas de acción

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993), reúne los puntos de vista propuestos y resultados de investigaciones de diversas dependencias gubernamentales y privadas, estableciendo medidas concretas y procedimientos obligatorios para todas las autoridades, estableciendo las líneas de acción en el ámbito nacional

para frenar la pandemia y los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y el control de la infección por el VIH.

En su apartado 6.11.1.- que a la letra dice “Todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a pacientes con VIH/SIDA, de manera responsable, digna y respetuosa”. (30)

La Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, publicada en el 2002, amplía las funciones del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) para combatir todas las infecciones de transmisión sexual, y provee los principios y criterios para la prevención y control de éstas, obligando a los sistemas estatales de salud a llevar a cabo acciones efectivas para ello.

En su apartado 5.3 Medidas de control, 5.3.2.2 establece lo siguiente “Proporcionar un tratamiento específico, eficaz y oportuno, para curar y prevenir las complicaciones asociadas a las ITS”. (31)

3.3.3. Suministración de Medicamentos.

La obligación para la suministración de medicamentos se encuentra establecida en la Tesis Jurisprudencial del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de marzo de 2000, en la que señala que la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, significa proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, sin que contradiga el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud. (32)

Con las disposiciones del artículo 4º Constitucional y de la Ley General de Salud, la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, así como las Normas Oficiales Mexicanas: NOM- 010-SSA2-1993 y NOM-SSA-2002, la primera para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y la segunda para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, conforman el marco regulador de las acciones específicas que tienen carácter obligatorio para los integrantes de la población del sistema penitenciario (autoridades, personal médico, de seguridad, técnico, jurídico y administrativo).

El Código Penal Federal, en su artículo 75, nos señala la posibilidad de modificar la sanción cuando se acredite que el interno no la pueda cumplir debido a su estado de salud.

Artículo 75. “Cuando el reo acredite plenamente que no puede cumplir alguna de las modalidades de la sanción que le fue impuesta por ser incompatible con su edad, sexo, salud, o constitución física, la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social podrá modificar aquélla, siempre que la modificación no sea esencial”. (33)

3.4. Trato y Tratamiento Penitenciario a personas que viven con VIH/SIDA que se encuentran en reclusión.

En nuestro país se adoptó formal y sistemáticamente la ideología de la readaptación social, planteando al Sistema mediante la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre la Readaptación Social de Sentenciados surgida de los principios vigentes en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, aprobadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Los Centros Penitenciarios han adoptado una diversidad de modelos sistémicos para el tratamiento del sujeto interno considerando necesaria su evolución a instituciones de verdadero tratamiento que permitan en un futuro, crear una comunidad terapéutica que incida en la readaptación del interno.

A la prisión preventiva se le puede ver como una medida cautelar que tiene como objetivo asegurar la presencia del procesado a juicio y garantizar la reparación del daño, ante todo se pretende evitar la reincidencia y ejecutar anticipadamente la pena, siendo éste último un criterio eminentemente retributivo y reinvicativo. (34)

Es fundamental contar con el consentimiento informado de la persona, para recibir el trato y tratamiento médico, lo que supone:

- Información, acerca de lo que va a suceder.
- Comprensión, de lo que el tratamiento implica.
- Voluntariedad, estar libre de toda presión.
- Consentimiento, firmado.

El trato y tratamiento que se apliquen deberán realizarse por personal capacitado, técnico y especializado en cada una de las respectivas áreas, recordando que la ley protege a todos los individuos por igual, por lo que el interno que vive con VIH, no debe sufrir ningún tipo de discriminación.

Ya que la pena de privación de libertad no provoca la pérdida de sus derechos humanos o la dignidad, todos los internos tienen el derecho a la vida, a la salud y por ningún motivo debe negarse a los internos la posibilidad de recibir información, educación y medios de prevención con respecto al VIH, así como el asesoramiento, la confidencialidad y la atención médica en esta materia.

La protección de la salud al interior de los Centros Penitenciarios, debe ser una de las principales tareas de los funcionarios responsables de los mismos, ya que tiene que ver directamente con los empleados y con los internos. Es notorio que todos ellos están sujetos al cumplimiento de las normas de vida y de convivencia.

El Manual de derechos Humanos, en su apartado 1.5. establece la definición de la violación a los Derechos de los seropositivos o enfermos de SIDA.

1.5 Denotación.

1. Cualquier acción u omisión por la que se niegue o limite la prestación de servicios médicos o....
2. La negativa a su contratación o ingreso a alguna institución educativa o instalaciones oficiales..
3. el trato discriminatorio, ofensivo o de rechazo....
4. cometido directamente por parte de profesionales, técnicos o auxiliares del Sector Salud...
5. o indirectamente, mediante su anuencia para que lo realice un particular... (35)

En Abril de 1996, ONUSIDA señaló: "A menudo no hay suficientes recursos para prestar asistencia sanitaria básica en las prisiones y mucho menos para programas sobre el VIH/SIDA, sin embargo, la situación es realmente urgente, y afecta el derecho a la salud, a la seguridad de las personas, a la igualdad ante la ley, a la ausencia de un trato inhumano y degradante; hay que corregirla urgentemente en interés de la salud, los derechos y la dignidad de los reclusos; en interés de la salud y la seguridad del personal de las prisiones; y en interés de las comunidades de las que proceden y a las que regresan los reclusos".

La divulgación y protección de los derechos humanos es fundamental para las respuestas al VIH/SIDA, privar de sus derechos a las personas que viven con el VIH, y a los afectados por la epidemia, no sólo pone en peligro su bienestar, sino también la vida misma. Más de 40 millones de personas viven con el VIH en el mundo, la mitad de éstas son mujeres y las nuevas infecciones ocurren entre jóvenes menores de 25 años.

De igual manera es fundamental tener informada a la población de los Centros Penitenciarios respecto del VIH/SIDA, lo que traerá mayores beneficios para su prevención y tratamiento.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en su carácter de órgano normativo a nivel federal, es el encargado de plantear las estrategias y programas para regular las acciones en esta materia, ya que es el responsable de:

- Formular y difundir las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de infecciones por el VIH/SIDA;
- Proponer los mecanismos de coordinación con las entidades federativas para evitar la diseminación de VIH/SIDA y otras ITS;
- Coordinar y promover la concentración de las acciones entre las instituciones de los sectores públicos social y privado relacionado con esta materia;
- Promover y apoyar la realización de investigaciones y eventos de carácter científico, relacionados con la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- Definir, promover, supervisar y evaluar las estrategias, los contenidos técnicos y los materiales didácticos que se utilicen en la materia para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud;
- Promover y coordinar la capacitación y actualización de los recursos humanos que participen en la ejecución del Programa en Acción;
- Promover la coordinación y cooperación técnica con instituciones y organizaciones internacionales en actividades relacionadas con el VIH/SIDA y las ITS.

Coordinación del Programa de Acción: VIH/SIDA e infecciones de Transmisión Sexual con áreas y programas del Sector Salud.

Componentes del programa	Principales instituciones o áreas involucradas	Principales Programas de Acción del Sector Salud
Atención Integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS.	Servicios de Salud del Sector. Servicios Especializados para la Atención del VIH/SIDA. Coordinación Nacional de Institutos. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Protección Financiera en Salud. Dirección General de Equidad y Desarrollo.	Modelo Integrado de Atención en Salud (MIDAS). Hospital Universal. Formación y Capacitación del Personal de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES). Seguro Popular. Tuberculosis. Vete Sano, Regresa Sano. Mujer y Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).
Mitigación del daño.	Servicios de Salud del Sector. Servicios Especializados para la Atención del VIH/SIDA. Dirección General de Equidad y Desarrollo. Coordinación de Enlace con el Congreso y Participación Ciudadana. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Promoción de la Salud.	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Protección Financiera. Comunidades Saludables. Mujer y Salud.

Recomendaciones prácticas, al personal que labora en los Centros Penitenciarios del País.

¿Como protegerse de los riesgos de contaminación por el virus del VIH en las actividades profesionales?

- Evitar el contacto directo con sangre o mucosas.
- Protegerse las manos con guantes de látex.
- Organizar las prácticas profesionales.
- Recurrir al Servicio Médico en caso de exposición accidental a sangre o mucosas.
- Estar actualizado en la información de la enfermedad. (36)

CAPITULO IV

4. DIRECTORIO DE ORGANISMOS GUBERNAMENTALES

4.1 Directorio de Servicios Estatales de Salud

Directorio de Responsables del Programa Estatal de VIH de la Secretaría de Salud

Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur
Margil de Jesús nº 1501, Fracc. Arboledas Aguascalientes, Ags. C. P. 20020 Tel. 01 449 91 07 912 y 79 80 01 449 91 07 912 Ext. 309, 310 y 312	Pioneros nº 1005 Palacio Federal 3er Piso Centro Cívico, C. P. 21000 Mexicali, B. C. Tel. 01 686 55 95 800 Ext. 4251 Fax 01 686 55 95 817 Fax 01 686 55 62 984	Revolución Nº 822 Norte Col. El Esterito, La Paz BCS Tel. 01 612 12 20 166 Ext. 104 y 121 Fax 01 612 12 28 612
Campeche	Coahuila	Colima
Calle Diez Nº 286 A, Barrio de San Román C. P. 24040 Campeche, Campeche Tel. 01 981 81 65 303 ext. 2257	Blv. Saltillo nº 431, esq. Reynosa, Col. República Poniente Tel. 01 844438 83 30 Ext. 4690 Fax 01 844 41 49 386	Calzada Galván nº 100, 2º Piso Col. Centro, Colima C. P. 28000 Tel. y fax 01 312 31 34 549
Chiapas	Chihuahua	Distrito Federal
Calle las Palmas Nº 312, Fracc. Las Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas C. P. 29007. Sidatel 01800 280 1000 Tel. 01 961 614 2 334 (solo información) FAX 01 961 60 4 1 935	Calle Medicina Nº 1500, Esq. Gabino Barreda, Col. Magisterial Chihuahua, Chih. C. P. 31310 Fax 01 614 426 60 50 / 911 Tel. 01 614 42 66 000	Benjamín Hill Nº 24 Col. Condesa, Delegación Cuauhtémoc, Méx. D. F. Tel. 55 15 83 11 Fax 52 71 64 39
Durango	Guanajuato	Guerrero
Cuauhtémoc Nº 225 Norte, Edif. de Salud de Durango, Col Centro, C. P. 34000 Durango, Dgo. tel. 01 618 81 74 760 / 82 480 Ext. 235-36 Fax. 01 618 81 71 797	Tamazuca Nº 4 Col. Centro C. P. 3600, Guanajuato, Gto. Tel. 01 743 73 21 118 Fax. 01 473 73 24 573	Av. Rufo Figueroa Nº 6 Col. Burócratas, C.P. 39090 Chilpancingo, Gro. Tel. 01 747 47 27 416 01 747 47 11 863 Ext. 155 Fax 01 747 47 22 298
Hidalgo	Jalisco	Estado de México

Madero N° 405, Fracc. Ex Hacienda de Guadalupe, C. P. 42059, Pachuca, Hidalgo Tel. y Fax 01 771 71 7 0 225 Ext. 2225	Lago de Tequesquitengo N° 2600 Col. Lagos del Country Zapopan, Jalisco Tel. 01 333 853 37 23-24 ext. 9104 01 333 853 36 65	I. la Católica N° 308 Col. Reforma, C. P. 50070 Toluca, Edo. de México Tel. 01 722 21 30 147 01 722 21 30 791 Ext. 778 Fax. 01 722 214 82 64
--	--	---

Michoacán	Morelos	Nayarit
Santiago Tapia N° 14, Centro Histórico C. P. 58000, Morelia Michoacán Tel. 01 443 312 11 18 01 443 313 9684, Fax 01 443 31 781 38	Calle Leyva N° 307, Col. Centro Cuernavaca, Morelos Tel. y fax. 01 777 310 20 04	Gustavo Baz N° 33, Fracc. Fray Junípero Serra C. P. 63169 Tepic, Nayarit Tel. 01 311 211 95 14 01 311 21 3 11 80
Nuevo León	Oaxaca	Puebla
Zuazua N° 250, Norte Edif. Canavati 4º Piso, Zona Centro, C.P. 64000 Monterrey, Nuevo León Tel. 01 818 34 0 6924 / 343 55 89 Fax 01 818 34 0 1155	Calz. Porfirio Díaz N° 318-A Col. Reforma, C. P. 68050 Oaxaca, Oaxaca Tel. 01 951 518 6802 / 19 Fax 01 951 51 8 6821	15 Sur N° 302, Col. Centro C. P. 72000 Puebla, Puebla Tel./ Fax 01 222 24 22 596 01 222 229 83 00 01 242 32 66 ext. 178
Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí
Av. 16 de Sept. N° 51, Centro Histórico C. P. 76000 Querétaro, Qro. Tel. y fax. 01 442 215 83 70	Av. Niños Héroe de Chapultepec N° 267, Esq. José Ma. Morelos C.P. 77000 Chetumal, Q. Roo Fax 01 983 83 51931 Ext. 150 Tel. 01 983 835 19 31 ext. 4836	5 de Mayo N° 1485 Int. B Col. El Santuario, C.P. 78340 Tel. 01 444 842 9010 Fax 01 444 815 1062
Sinaloa	Sonora	Tabasco
Montebello n° 150 Fracc. Montebello C. P. 80129, Culiacán, Sinaloa Tel. 01 667 759 25 00 ext. 530 Fax 01 667 759 25 06 / 713 71 85	Comonfort y Blv. Paseo del Canal, Centro Centro de Gobierno Estatal, Edif. Sonora 1er piso, nivel ala norte, Hermosillo Son. Tel. 01 662 212 17 53 / 69 10 Fax. 01 662 212 1753	Calle Vía n° 5 3er piso, col. Tabasco 2000 C.P. 86035 Villa Hermosa, Tabasco Tel. 01 993 31 62 521 Fax 01 993 31 63 213
Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz
Palacio Federal 3er Piso, Col. Centro C.P. 87000, Cd. Victoria Tamaulipas Tel. 01 834 318 63 00 Ext. 7634 Fax 01 834 31 211 51 / 318 63 00 Ext. 7353	Av. Constructores N° 2 Colonia el Sabinal C.P. 90000 Tlaxcala, Tlaxcala Tel. y Fax 01 246 46 29 300 Tel. 01 246 466 53 15	Soconusco N° 31 Col. Aguacatal, C.P. 91130, Jalapa, Veracruz Tel. 01 228 842 30 00 ext. 3132. 01 228 842 3000 ext.

		3117
Yucatán	Zacatecas	CENSIDA
Calle 72 N° 463, entre la 53 y 55 C. P. 97000, Mérida Yucatán Tel. y Fax 01 999 93 03 050 ext. 45033 Y 45077,	Av. González Ortega y Callejón del Resbalón s/n esq. con Dr. Castro s/n , C.P. 98000 Zacatecas, Zacatecas Tel. 01 492 92 3 94 94 Ext. 2211 y 2222 01 492 923 94 94 ext. 2247 y 2222	Herschel N° 199 Col. Nueva Anzures 9150 6063 91506023

4.2 Directorio de Centros de Atención Integral de VIH (CAPASITS)

AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR
Calle artillero s/n Complejo Mier Fracc. 3er Milenio, Col. Satélite Morelos. Aguascalientes Ags. Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 15:30 Celular 044 449 460 68 53	En Mexicali: Ayuntamiento y Rio Santiago, Col. Lázaro Cárdenas. teléfono y fax (686) 536 3712 En Tijuana: Av. De las Fuentes 2868, Col. Las Fuentes, tel. (664) 650 2220 En Ensenada: Agustín Iturbide s/n, Col. Pórticos del Mar. Tel. (686) 120 60 90 Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 15:30	En la Paz: Melchor Ocampo esquina Primo Verdad, Col. Centro, C.P. 23000 Tel. (612) 128 88 17 En Cabo San Lucas: Centro de Salud Centro, Av. 12 de octubre s/n entre Ocampo y Zaragoza, C.P. 23450. Tel. (624) 143 26 00 Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 14:30Hrs.
GUANAJUATO	COAHUILA	CHIHUAHUA
En Celaya: Gobernador Víctor Lizalde y Juan V. Castelazo s/n Col. Valle del Real Celaya Gto., C.P. 38020 Tel. (461) 61 51 316 Servicio de lunes a viernes de 8:00 a 16 Hrs En Irapuato: En proceso	En Saltillo: Calle Juan García Ponce y Jorge Godoy s/n Col. Satélite Sur C.P. 25113, tel. (844) 434 60 80 En Torreón: Francisco Villa Sur esq. Fco. I. Madero s/n Tel.(871) 763 68 46 Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 15:30 Hrs ambos centros	En Cd. Juárez: Av. De la República n° 3530, C.P. 32300, Cd. Juárez Chih. Tel. (656) 613 56 59 Servicio de lunes a viernes En Chihuahua: Av. Teófilo Borunda y Colón n° 510, Chih. Chih. C.P. 31000 Teléfono (614) 416 69 12 ext. 146 Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 14:30 en ambos centros
GUERRERO	HIDALGO	JALISCO
En Acapulco: Juan R. Escudero n° 158 Cd. Renacimiento, Acapulco Guerrero	Fraccionamiento Luis Donaldo Colosio II, s/n 3ª etapa Fracción "A" a un	Calle Aldama n° 1013 Col. Villas del Real, Puerto Vallarta Jal. C.P: 48297

Teléfono (744) 44 55 882 En Chilpancingo: Blv. René Juárez C. esq. Huamúchil s/n Col. Ciudad de los Servicios Teléfono (747) 11 60 747 De 8:00 a 15:30 Hrs. Ambos centros	costado de la Universidad Virtual, Pachuca Hidalgo. Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 15:00 hrs. (verificar)	Teléfono (322) 299 47 15 / 47 01 (322) 135 57 19 Servicio de lunes a viernes De 9:00 a 17:30 Hrs.
NAYARIT	PUEBLA	QUINTANA ROO
En Tepic: Av. Aguamilpas s/n, Colonia Cd. Industrial, C.P. 63173 Servicio de lunes a viernes De 8:00 a 16:00 hrs En Bahía Banderas: En proceso	En la Cd. De Puebla: En proceso En Acatlán de Osorio: Actualmente en espera de personal asignado al Centro, para mayor información comunicarse con el responsable del Programa de VIH Estatal	En Cancún: Calle Pino Suárez esq. con Nicolás Campa, Col. Centro Teléfono (422) 215 8370 En Chetumal: SM 65, Andador 5 entre el 12 y el 13, Col. Puerto Juárez C.P. 77500 Teléfono (998) 884 46 02 Llamar para verificar días y horario de servicio
SONORA	SINALOA	TABASCO
Calle Melchor Ocampo entre Aldama y Niños Héroes, Col. Anáhuac, C.P. 81280 Servicio de lunes a viernes, llamar a responsable Estatal del Prog. de VIH para días y horario de servicios	En Culiacán: Calle San Luis de la Paz s/n esq. Monterrey, Col. Rosas del Tepeyac, C.P. 79068 En Mazatlán: Blv. Lola Beltrán n° 3057 Pte. Fracc. Rincón de Humaya, C:P. 80020 En Mochis: av. Ferrocarril s/n Col. Sta. Elena, C.P. 82180 Llamar al Responsable del Prog. De VIH Estatal para saber días y horario de servicio	Calle Gándara esq. Michoacán Col. Olivares, Villahermosa Tabasco C.P. 83180 Teléfono (662) 216 12 97 Llamar para saber días y horario de servicio

MÉXICO	TAMAULIPAS
En Naucalpan: Ferrocarril Acámabaro s/n esq. 1º de Mayo s/n Colonia San Andrés Atotonilco, C.P. 53510 Teléfono 28 60 3873 En Tlalnepantla: Calle Villahermosa y Colima s/n Colonia Fracc. Valle Ceylán, C.P. 54150 Teléfono 53670175 En Netzahualcóyotl: Av. Álamos s/n esq. Poniente 25 (cerca del Hospital de la Perla), tel. 57 42 09 60 – 51 13 19 20 Los tres con servicio de lunes a viernes de 8 a 16 Hrs En Ecatepec: Calle Simón Bolívar. Esq. Libertadores de América s/n, Colonia Fracc. Las Américas, C.P. 55075 En Toluca: Av. Nicolas san Juan s/n Col. Rancho Cuauhtémoc C.P. 50010, cel. 72 24	En Ciudad Victoria: Centro Educ. Cultural "A. López Mateos" C.P. 87000, tel. (834) 31 21 010 y 3120 136 ext. 218 En Nuevo Laredo: Calle Rio Niger n° 1732 Colonia Voluntad 3 C. P. 88177, tel. (867)712 93 94 En Reynosa: Calle San Luis s/n entre Toluca y Chilpancingo Colonia Rodríguez Centro, C.P. 88630 Teléfono (899) 923 79 36 y 923 78 31 ext. 219 En Matamoros: Ubicado en el Hospital ejidal, Calle González s/n Col. Centro, tel. (868) 819 25 65 En Tampico: Calle Belisario Domínguez n° 600 Pte., Colonia del Pueblo, C. P. 89190 (Centro de Salud urbano) Teléfono 8833) 21 23 28 y 21 21 088

10 52 85 Llamar para saber horario y días de servicio	Llamar para saber horario y días de servicio.
--	---

Bibliografía

1. Manual Operativo de Procedimiento Secretaría de Salud, Programa de VIH/SIDA de la Cd. de México, Mayo 2001, Pág. 2.
2. ONUSIDA/02.54S (versión español, octubre 2002) ISBN 92-9173-126-9. Version ingles UNAIDS/01.64E, octubre 2001: Working with den for VIH prevention and care. Traducing-ONUSIDA
3. Rev. Panamá Salud Pública vol. 4 n. 5 Washington Nov. 1998 Print ISSN 1020-4989.
4. ONUSIDA/02.54S (versión española, octubre de 2002) ISBN 92-9173-126-9 Versión original inglés, UNAIDS/01.64E, octubre de 2001: *Working with den for HIV Prevention and care.* Traducción – ONUSIDA.
5. “Calidad de la Atención con Perspectiva de Género, aportes desde la Sociedad Civil”, Monserrat Salas V. Coord. Pág. 102.
6. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.
7. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41 (No. RR-17).
8. El odontólogo frente al sida: Consejo Nacional de Prevención y Control del VIH, primera ed.1989 México D. F. Pág. 29.
9. Berrey M, Shea T. Oral sex HIV transmission (letter). J AIDS 1997; 475.
10. Uribe, Hernández p. Guía para el Manejo de la Mujer embarazada con Infección por VIH, CONASIDA, Tercera edición, México 2000 Pág. 14-15.
11. Gac Méd. Méx. Vol.139, Suplemento No. 3, 2003 S 82-89 (Transfusión sanguínea y enfermedades emergentes).
12. Larkin JA, Ubillos SS, Sinnott JT, Houston SH. Infection prophylaxis after occupational exposure to HIV: a simple approach. The AIDS Reader 1998; 8-95.
13. Ponce de León S, Del Río Ch, Rangel S, Magis C. Infección por VIH en trabajadores de la salud en México. SIDA/ETS 1996; 2:14-6.
14. Vol. 12/No. 2/Abril-Junio, 2001 Ligia del C. Vera-Gamboa. *Rutas de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana inicialmente no consideradas factibles.* PAG. 126
15. Vol. 12/No. 2/Abril-Junio, 2001 Ligia del C. Vera-Gamboa. Op cit
16. Los varones y e SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de g
17. ONUSIDA Campaña mundial contra el SIDA 2002 Campaña Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género pág. 20
18. ONUSIDA/OMS Intensificar la prevención Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005 PAG. 1
19. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Programa de acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). México: SSA, 2002.
20. UNGASS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York: ONU, 2002.
21. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: cuarto Informe mundial, pág. 106-107.
22. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Diario Oficial de la Federación 05 de febrero de 1917.
23. Ley que Establece las normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, Diario Oficial de la Federación 19 de junio de 1971.
24. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, versión consolidada de 2006
25. Declaración de Derechos y Humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) de 1992.
26. Los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Adoptado por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

27. Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos aprobadas por el Consejo Económico y Social de la ONU en 1957
28. Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, 43/173. Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. Adoptados y proclamados por la Asamblea General de la ONU en 1990
29. Ley General de Salud, México, Diario Oficial de la Federación 07 de febrero de 1984.
30. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993).
31. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, publicada en el 2002
32. Izazola, Licea José Antonio. Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina, México. 1998.
33. Código Penal Federal, México. 2004. Ed. Sista. DOF. 31 de agosto de 1931, Reformado el 28 de Junio de 2007.
34. Nova, J. La prisión como medida preventiva y como pena. En: orientaciones de la política criminal legislativa. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales; 2005.
35. Programa de Acción: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2002.
36. Santé et risques professionnels: La Prevention, France .Direction de l'Administrations Pénitentiaire, 1998. pp. 20-28.

Páginas Web

1. AIDS (<http://www.aidsonline.com/>) Permite el acceso a todos los artículos.
2. AIDS Treatment News (<http://www.immunet.org/immunet/atn.nsf/homepage>)
3. Annals of Internal Medicine (<http://www.acponline.org/catalog/journals/annals.htm>)
4. Antimicrobials Agents and Chemotherapy (<http://aac.asm.org/>)
5. Antiviral Therapy (<http://www.intmedpress.com/IMPweb/Journals/AVT/contents.htm>)
6. Archives of Internal Medicine (<http://www.ama-assn.org/public/journals/inte/intehome.htm>)
7. British Medical Journal Homepage (<http://www.bmj.com/index.shtml>)
8. Clinical Infectious diseases (<http://www.journals.uchicago.edu/CID/home.html>)
9. Emerging Infectious Diseases (<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>)
10. World Prisons Brief, International Center for Prison Studies. www.prisonstudies.org
11. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Texto vigente. Consultada en: www.ordenjuridico.gob.mx

GUIAS Y MANUALES DE CENSIDA DISPONIBLES EN LA BIBLIOTECA "FRANCISCO GALVÁN DÍAZ"

(Dirección electrónica para consulta o bajar documento: <http://www.salud.gob.mx/conasida>)

1. Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH / SIDA / CENSIDA. 2ª ed. -- 2006
2. Guía de orientación para informadores VIH/SIDA: área de capacitación / CONASIDA. -- 1994
3. Guía para el manejo de la mujer embarazada por infección por VIH / CENSIDA. -- 2000
4. Guía de prevención y tratamiento para la exposición ocupacional al VIH / CENSIDA. -- 1988
5. Guía para la instalación de centros de información / CENSIDA. -- 1994
6. Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA / CENSIDA. -- 1999
7. Guía para la atención medica de pacientes con infección por VIH / SIDA en consultas externas y hospitales / CENSIDA. -- 2000
8. Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA / CENSIDA. -- 1999
9. Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA / CENSIDA. -- 1992
10. Guía para la planificación y organización de los COESIDAS / CENSIDA. -- c1999

11. Guía para la aplicación de la prueba rápida / CENSIDA. – 2006
12. Manual de Prevención de las ITS y el VIH/SIDA con mujeres en contextos de comercio sexual/CENSIDA.—2003
13. Manual de procedimientos de laboratorio / CENSIDA. – 2004
14. Caminos de la vida: manual de capacitación / CENSIDA. – 2000
15. Crecer en los tiempos del SIDA / CENSIDA. – 1991
16. El médico frente al SIDA / CENSIDA. – 1989
17. Manual de procedimientos del consejo nacional para la prevención y control del SIDA / CENSIDA. – 2000
18. Manual de procedimientos para el manejo de residuos peligrosos / CENSIDA. – 2004
19. Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual / CENSIDA. – 2004
20. Manual para la capacitación de instructores en medidas preventivas sobre el SIDA / CONASIDA. – 1988
21. Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas / CENSIDA. -- 2003
22. SIDA: aspectos de salud pública / CENSIDA, INSP. -- 2006
23. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manual de información para médicos y estudiantes de medicina. -- 1987
24. VIH/SIDA en hombres privados de su libertad en México: manual de bases jurídicas... / Bernardo Romero, ed. CENSIDA .2006
25. Cartilla de los derechos sexuales de las jóvenes y los jóvenes para prevenir el VIH/SIDA... / CENSIDA. 2000
26. Curso abierto y a distancia sobre SIDA e ITS / CENSIDA. – 1999
27. El SIDA: realidades y opciones / CENSIDA y SECOFI-- [1990] [Información básica para la prevención*]
28. SIDA /VIH : Derechos Humanos / CONASIDA -- 1992
29. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: información general y medidas preventivas. -- 1988
30. Todo lo que tu querías saber del SIDA / CENSIDA, ilustrado por Rius. -- 1992.
31. El odontólogo frente al SIDA / CENSIDA. – 1989
32. Preguntas y respuestas sobre SIDA del personal de salud / CONASIDA. – 1993
33. Género y VIH/SIDA una agenda mexicana para la acción / CENSIDA, USAID, Colectivo Sol y Letra S. – c2006