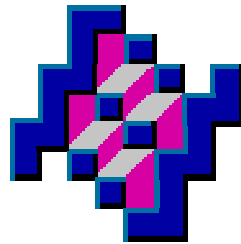


ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



**PRUEBAS RÁPIDAS PARA VIH: EL CASO DE LOS
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS EN MORELOS. 2009**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÁREA
DE CONCENTRACIÓN EN ADMINISTRACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD
P R E S E N T A :
JESÚS ISRAEL BERNABÉ ARANDA

DIRECTORA DE TESIS:
M en C, SILVIA MAGALI CUADRA HERNÁNDEZ

ASESORES:
Dr. CARLOS JESÚS CONDE GONZÁLEZ
Y Dr. CÉSAR INFANTE XIBILLE

CUERNAVACA, MORELOS A 10 DE FEBRERO DEL 2011



Índice

	Página
Agradecimientos	3
Resumen	9
Introducción	11
Antecedentes: situación sobre el VIH y las formas de detección	12
Justificación y marco de referencia: las formas de detección y sus procesos en los Servicios de Salud de Morelos	14
Planteamiento del problema	20
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Metodología	22
Proceso de consentimiento informado	24
Capítulo 1. Panorama institucional de atención en salud	
1.1 Las “pruebas rápidas” en Morelos, su marco normativo en los servicios públicos de salud	25
1.2 Sobre la aplicación de las “pruebas rápidas” para VIH/Sida	35
Capítulo 2. El proceso de aplicación de “pruebas rápidas”	
2.1 Los Centros de Salud: su organización y las barreras para la utilización de las “pruebas rápidas”	43
2.2 Los Capasits: vías de acceso y la oferta de las “pruebas rápidas” de VIH	46
2.3 Las Jurisdicciones Sanitarias y sus procesos para la aplicación de “pruebas rápidas”	49
Capítulo 3. Tipos de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en los SSM	
3.1 Descripción de la prueba rápida <i>Sure check VIH-1/2</i>	57
3.2 Descripción de la prueba rápida <i>Uni-Gold™</i>	61
3.3 Descripción de la Prueba rápida <i>OraQuick</i>	65
Capítulo 4. La aplicación de pruebas en el 2009: observación documental y entrevistas a usuarios	
4.1 Reconstrucción de la aplicación de prueba rápida	77
4.2 Barreras de acceso para acceder a la prueba rápida	81
4.3 Necesidades específicas manifestadas por los pacientes	82
Conclusiones	84
Limitantes	87
Referencias bibliográficas	90
Bibliografía consultada	96
Anexos	
1. Guía de entrevista semi-estructurada dirigida a pacientes con VIH-SIDA de los Servicios de Salud de Morelos	104
2. Cedula de monitoreo	107
3. Vigilancia centinela en grupos poblacionales de riesgo	112



AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la vida, así como guiarme en los momentos de profunda nostalgia y transformarla en fuerza de voluntad para realizarme como ser humano y profesionalista.

¡Gracias señor por tus bendiciones y amor!

Mamá Mica Rangel Barajas†

Por formarme, cuidarme y bendecir el suelo que piso. A ti te debo la terquedad y el hambre por triunfar, te envió un beso, un abrazo y todo mi amor.

Hasta pronto mi viejita hermosa.

Mamá Coco Aranda Rangel

Por darme la vida, por el amor puro de madre, por ser mi confidente en esas largas tardes y noches de pláticas y consejos, aunado al apoyo moral y económico.

¡Gracias por tener fe en mí!



Andrea Campanita Bernabé Rivera

Mi bebé, mi princesa, mi ángel guardián. A ti te dedico esta tesis, así como mi vida y mis triunfos. Desde que venias en camino de Paris, en abril del 2007, fui, soy y seguiré siendo el hombre más feliz del universo. Eres la razón por la que el día de hoy este aquí de pie, sereno y buscando soluciones positivas por salir adelante.

Por eso y más, te ganaste una carita feliz mi amor. 😊



Karla Rivera Salas, mí querida esposa

Por tu ternura y comprensión en los momentos más difíciles, así como los bellos momentos juntos, y a través del amor procrear la preciosa hija que tenemos.

Que Dios y la vida te colmen de bendiciones, amorcito.

Erasmus Villegas Calderón

Por toda la ayuda ofrecida y sin esperar nada a cambio, gracias por cuidar de mi mamá, y la estabilidad emocional que trajo a nuestras vidas.

¡A ti mí querido papá! Gracias.

Isael Bernabé Aranda, mi hermano

Por tu cariño y por mostrarme el camino al perdón sin esperar recibir nada a cambio, por el apoyo incondicional en los momentos difíciles y por estar siempre listo para servir.

Martha Laura Ávila Aranda, mi hermana

Por tus consejos, por ser mí amiga, por estar conmigo en los momentos felices y tristes y por tener una familia hermosa que me apoya.

Mi amor y admiración.

Jorge Rivera de la Vega, mi cuñado

Por el apoyo moral incondicional, por apoyar a mí hermana y darle estabilidad a su vida, por estar presente en los momentos de felicidad, así como en los de profunda tristeza.

Gracias en verdad.



Jonatán y Karen Bernabé Villanueva, Jorgito y Grecia Rivera Ávila, mis sobrinos

Que con su ternura, cariño, inocencia y energía iluminan mi vida. Bendito sea el suelo
que pisen, que Dios los bendiga hoy y siempre.

¡Los amo mis cachetitos!

Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández, mi directora de tesis

“Mi directora de tesis impuesta”, mil gracias por ser una académica responsable y preocupada en guiarme y dar la cara por mí; asimismo, a pesar de los obstáculos nunca soltarme en esté intercambio académico lleno de estrés, desvelos, sobresaltos, consejos para seguir y no abandonar la tesis y sobre todo, gracias por su sensibilidad como mujer, como mamá y por su compromiso mostrado en dejar un legado académico en mejores condiciones de cómo lo encontró, ahora ha sembrado en mí una semilla similar. Fue y ha sido una excelente guía; además, gracias a usted los proyectos de trabajo académico siguen.

Le entrego mi corazón, y pues ni modo, se ganó una estrellita, ¡Miss! ☆

Dr. Carlos Jesús Conde González, asesor de tesis

Por su respaldo académico, por su confianza, así como su permanente interés en mí desarrollo profesional, usted representa para mí un modelo a seguir en cuanto a crecimiento y congruencia profesional, personal y familiar.

¡Infinitamente gracias por este intercambio académico!



Dr. Cesar Infante Xibille, asesor de tesis

Por la confianza, el interés y el respaldo brindado, y porque curiosamente entendí y aprendí a conocerlo mejor a través de sus proyectos y trabajos de investigación.

Estoy honrado al aprender de usted y su obra.

Dr. Jorge Montes Alvarado, Presidente de Jurado

Mi más profunda gratitud, usted desde su trinchera peleo para consolidar las bases e iniciar este proyecto educativo, me compartió su experiencia en el ámbito académico y laboral, así como su permanente interés en el desarrollo profesional de sus alumnos.

Gracias por permitirme tener este intercambio académico y crecimiento de vida.

A las y los profesores de clase

Gracias por la aportación de su tiempo, conocimientos y experiencias al cursar la Maestría en Salud Pública, en general los considero unos verdaderos profesionales en el ámbito de la docencia. Me siento orgulloso y honrado de graduarme en el Instituto

Nacional de Salud Pública.

Que Dios los bendiga.



A mis compañeras y compañeros de maestría

A través de la continua convivencia, así como compartir opiniones, experiencias y discusiones nos conocimos profundamente y ahora cuento con nuevas y nuevos amigos.

A todas y a todos ustedes les envío un fuerte abrazo, todo mi cariño y mi respeto.

A mis jefes, compañeras y compañeros de trabajo

Que compartieron conmigo sus experiencias, su tiempo e información que sirvió de base para mi estudio, cuya aportación, deseo sea en beneficio de nuestra querida institución.

A mis actuales compañeros del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades gracias por la confianza, el cariño, por abrir su corazón y el apoyo incondicional brindado tanto en lo laboral como en lo personal, me han dado todos y cada uno de ustedes una lección de vida, de amor, de lucha y de trabajo que nunca olvidare.

Asimismo a mis entrañables amigas y amigos del trabajo, que creyeron en mí no solo como colaborador sino como ser humano, que me extendieron la mano y apoyaron cuando estaba a punto de renunciar a este proyecto, que han dado la cara por mí y se enorgullecen de que sea su amigo tanto o más que yo por ustedes, que me motivaron para salir adelante, que me cobijaron cuando lo necesité y que además me proporcionaron sabios consejos, muchos de los cuales fueron vertidos para poder concluir esta tesis, a todas y a todos ustedes con los que convivo a diario infinitamente les estaré agradecido.



A mis amigos de la infancia

A todos ustedes que me han acompañado en todo momento, tanto en los triunfos como en las tristezas, en lo bueno y en lo malo, ustedes que me han visto crecer y han aportado en mi vida.

Una vez más, gracias por estar conmigo y compartir este éxito profesional.

Y a las demás personas en mi entorno

Sin afán de omitir alguna: familiares, pacientes, amigos, compañeros, profesores, vecinos, mis abogados, médicos y enfermeras que me apoyaron y se preocuparon en algún momento por mí, haciendo posible este sueño para que el día de hoy concluya, gracias por su cariño y apoyo.

Generosamente considérense incluidos en mi corazón y en mis oraciones.



¡Tú y yo somos de la misma sangre!

Resumen

Introducción: El realizar una prueba inmunocromatográfica de detección rápida de anticuerpos anti Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el ámbito extra sanitario a escala mundial ha generado un cambio en la forma de hacer detección. En México esta actividad se ha dirigido a poblaciones clave, lo cual permite que los usuarios conozcan su estado serológico de manera rápida; en el estado de Morelos se conoce a las poblaciones clave y se cuenta con material y equipo para realizar un diagnóstico con base en estos reactivos, conocidos comúnmente como “pruebas rápidas”; sin embargo, las estrategias implantadas en el programa estatal de VIH/Sida para que las poblaciones clave accedan a estas pruebas no han sido documentadas y no se conoce qué grupos específicos, dentro de estas poblaciones, están utilizando las pruebas y por lo tanto si se cubren o no sus necesidades de diagnóstico oportuno. **Objetivo.** Documentar y analizar los procesos y estrategias que los servicios de salud del estado de Morelos (SSM) llevaron a cabo para diagnosticar los casos de VIH a partir de la aplicación de las “pruebas rápidas” en las poblaciones clave morelenses. **Objetivos específicos:** 1) Se detectaron las fuentes de información que permitieron documentar el caso en los SSM; 2) se describieron los procesos administrativos internos y hacia el público para el acceso y utilización de las “pruebas rápidas” en los SSM; 3) se reconstruyó la ruta que, en la búsqueda del diagnóstico, llevaron a cabo las personas que sospecharon de su infección, para con ello conocer las barreras de acceso que enfrentaron durante su proceso de diagnóstico; 4) se compararon las cifras de utilización de las pruebas con la prevalencia de los casos positivos encontrados en los SSM durante el periodo seleccionado y se relacionaron con las estrategias diseñadas; 5) proponer acciones para extender la cobertura a las poblaciones clave de Morelos. **Metodología.** Estudio retrospectivo y longitudinal. Se documentó, sistematizó y analizó la experiencia que se realizó en la



aplicación de “pruebas rápidas” para VIH durante el año 2009 en poblaciones clave de los SSM, a través de: 1) El análisis de la información documental de los registros de las pruebas aplicadas, de los casos que resultaron positivos, de los grupos de estas poblaciones clave que realmente son atendidos y de las estrategias seguidas para la captación de estas poblaciones; 2) observación de campo en las instancias seleccionadas que ofrecieron la prueba en los SSM; 3) realización de entrevistas semiestructuradas a personas que viven con el VIH/Sida que se atienden en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/Sida y de las Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) y preferentemente diagnosticadas en el año 2009, con el fin de reconstruir el camino de la búsqueda de atención, describir las barreras de acceso y sus necesidades específicas. La observación y análisis se centró en tres instancias que ofertan las “pruebas rápidas”: los Centros de Salud (CS), Capasits y las Jurisdicciones Sanitarias (JS) de los SSM. **Resultados.** Para el uso de las “pruebas rápidas” el estudio demostró la existencia de un marco normativo internacional, nacional y estatal congruente, además del cumplimiento de metas cuantitativas para el año 2009 en el estado de Morelos. Sin embargo, al compararse estas cifras de aplicación de las pruebas con las poblaciones que la utilizaron se encontró que muchas de ellas no son cubiertas y que existen fuertes barreras para el acceso a estas pruebas debidas, sobre todo, a procesos organizativos heterogéneos y, en algunos casos, irracionales^{*†} en los servicios de salud.

Conclusiones. Es urgente una revisión y reestructuración de los procesos de aplicación

* La racionalidad es la existencia o posesión de la razón: la racionalidad es exclusiva del ser humano. Fuente: Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe. 2005

† Max Weber añade al carácter racionalista, que existe una división sistemática del trabajo, del derecho y del poder, estableciendo las atribuciones de cada participante, los medios de obligatoriedad y las condiciones necesarias. Cada participante pasa a tener su cargo, sus funciones y su campo de competencia específicos y de responsabilidad. Cada participante debe saber cuál es su tarea, cual es su capacidad de mando sobre los otros, y sobre todo, cuales son los límites de su tarea, derechos y poder, para no sobrepasarlos ni interferir en la competencia ajena. Fuente: Weber M, Economía y Sociedad, fondo de Cultura Económica, Tomo I, México, 1975, Pp. 36



de las “pruebas rápidas” así como de las estrategias de captación de las poblaciones clave, con especial énfasis a los hombres bisexuales y a la comunidad lésbica, transexual, travesti y transgénero, que no son cubiertas por los servicios de salud de Morelos.

Introducción

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) se ha estimado que en el año 2009 se encontraban 33.4 millones [31.1-35.8 millones] de personas viviendo con VIH en el planeta.¹

La epidemia del VIH/Sida en América Latina al cierre del 2008 se mantiene estable y la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH1 o VIH2) sigue produciéndose mayormente en *poblaciones clave*[‡] dado su mayor riesgo de exposición². La clasificación de *poblaciones clave* incluye diferentes grupos: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), hombres y mujeres en circuitos de trabajo sexual (HTSC o MTSC, respectivamente), personas que se identifican como *gays*, transexuales, transgénero y/o bisexuales; también se incluyen aquellos que realizan prácticas que pueden facilitar la infección como el compartir agujas y jeringas infectadas al inyectarse drogas (UDIs); personas que ya viven con el VIH/Sida (PVS); personas en condiciones de encierro como las mujeres y los hombres reclusos en cárceles o en Centros de Readaptación Social (CERESO); las mujeres y hombres

[‡] El término *poblaciones clave* fue acuñado por la International AIDS Alliance (Alianza Internacional de SIDA) en el marco del *Proyecto Fronteras* que se ejecutó en la India, Ecuador y Camboya en el año 2005 y refiere que “son aquéllas que juegan un papel importante en la dinámica de la pandemia del VIH, están conformadas por grupos vulnerables a infectarse por VIH debido a que tienen un gran número de parejas sexuales”.



migrantes, así como otros grupos en condiciones de vulnerabilidad particulares como los jóvenes, las personas violentadas sexualmente, las y los indígenas, las y los niños en condición de calle, y otros con riesgo de presentar coinfección por tener tuberculosis, sin olvidar a las y los trabajadores de los distintos servicios de salud por riesgo ocupacional; ^{2, 3} sin embargo, diversos estudios han demostrado que la vía de transmisión más común para infectarse con el VIH, al menos en México, es la sexual no protegida de manera sistemática con condón^{4, 5, 6, 7, 8}; por lo cual, en este trabajo, partimos de la premisa de que el no uso del condón es donde se ubica el riesgo a infectarse por VIH.

Antecedentes: situación sobre el VIH/Sida y las formas de detección

De acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta, México presenta una prevalencia relativamente baja (0.3%) en los grupos de edad de 15 a 49 años de edad; lo que le sitúa por debajo de la media de América Latina, ubicada en 0.5% y 0.8% en todo el mundo. Por otro lado, México registra la prevalencia más baja con relación a sus países vecinos, que oscila entre 0.6% (Estados Unidos), 0.8% (Guatemala) y 2.1% (Belice); la tasa en México es de 3 casos por cada mil personas, es decir el 42° lugar en el mundo y el 16° lugar en América Latina y el Caribe.⁹

Desde que se reportó el primer caso en 1983, en México se ha observado una epidemia concentrada en los HSH; al respecto, Magis y colaboradores refieren que se están realizando múltiples esfuerzos y cada vez se ajustan mejor los instrumentos y sistemas de recolección de datos para observar la epidemia del VIH.¹⁰ Si bien los HSH continúan siendo el grupo más afectado, las investigaciones recientes están señalando que la



infección ha comenzado a crecer rápidamente en otras poblaciones, lo cual demuestra la importancia de incrementar la atención a todas aquellas personas, grupos o comunidades que pueden estar en situación de riesgo.¹⁰

En el cierre epidemiológico del año 2008, a nivel nacional, el estado de Morelos por prevalencia ocupó el lugar número 19 y por incidencia acumulada el tercer lugar¹¹; para marzo del año 2009, el estado ascendió al lugar número 16 por prevalencia y por incidencia acumulada se mantuvo el mismo lugar¹²; para el cierre de año 2009, la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) informó que por prevalencia Morelos ocupó el lugar número 8 a nivel nacional, sin especificar en su informe el lugar obtenido por incidencia acumulada⁹. Con esta tendencia, al menos se puede esperar que la incidencia acumulada en Morelos se mantenga en el tercer lugar. Sin embargo, estos datos no especifican a qué tipo de población clave pertenecen los casos y no se cuenta aún con un estudio validado que indique cuál es la población clave que presenta mayor riesgo de infectarse por el VIH, lo cual dificulta la toma de decisiones al dirigir estrategias de trabajo encaminadas a lo urgente y no se focaliza con las poblaciones clave para la detección y la promoción de la salud.

De acuerdo con estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Censida), de manera vinculada con ONUSIDA, en México existen 220 mil personas adultas infectadas por el VIH al cierre del año 2009¹³. La principal forma de acceso a las “pruebas rápidas” para VIH para la población mexicana en general es a través de las Coordinaciones Estatales de VIH/Sida, por medio de los dos Capasits y las tres Jurisdicciones Sanitarias, los cuales dependen de la Secretaría de Salud a través del Censida. En el ámbito nacional hasta el cierre del año 2009 no se ha



reportado cuál es la población clave que más demanda el consumo de las “pruebas rápidas” y, en el caso de los Servicios de Salud de Morelos, sólo se reporta el número de veces que la prueba rápida ha sido aplicada a la comunidad a través del Sistema de Información en Salud (SIS).

En el estado de Morelos, de acuerdo al cierre del año 2007, se acumularon 2 mil 660 casos de SIDA, y en ese mismo año se diagnosticaron 100 nuevos casos.¹⁴

En México, la forma cómo se diagnostica a las PVS inicia al aplicar una prueba rápida. Esta prueba se basa en la misma tecnología de las pruebas de Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA, por sus siglas en inglés), pero en lugar de enviar la muestra para su análisis en el laboratorio, la prueba rápida puede producir resultados similares en 20 minutos. Las “pruebas rápidas” pueden utilizar muestras de sangre o secreciones bucales, son fáciles de usar y no se necesitan instalaciones o clínicas, ni personal altamente capacitado para su realización.

Justificación y marco de referencia: las formas de detección y sus procesos en los Servicios de Salud de Morelos

Desde que la transmisión del VIH se convirtió en un problema de salud pública, es decir en los años 80, el método tradicional para saber si una persona está infectada con el VIH, inicia al obtener una muestra de sangre total y procesarla en un laboratorio para analizar el suero o plasma.⁸ La prueba de detección se realiza mediante el ELISA, método que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus.⁸ Un resultado negativo nos indica que la persona es seronegativa, y



por tanto no es portadora de los anticuerpos contra el VIH. Normativamente un resultado positivo no es suficiente para definir a la persona como seropositiva, hay que hacer otras verificaciones para eliminar cualquier posibilidad de error.⁸ Esta prueba más específica se llama *Western Blot*; un resultado positivo tras esta prueba nos indica que la persona es seropositiva y un resultado negativo, que la persona es seronegativa.⁸

En México, un laboratorio farmacéutico extranjero reportó en el año 2008 que para entregar un resultado de VIH bajo el método tradicional de ELISA descrito, el tiempo de espera es de 2 a 4 días; para cuando el resultado está listo, aproximadamente la mitad de las personas analizadas para VIH no regresan por sus resultados.¹⁵ Además de las pruebas tradicionales de laboratorio, los SSM desde el año 2005 cuentan con las llamadas “pruebas rápidas” para la detección de anticuerpos como instrumentos auxiliares en la detección del VIH1 o VIH2, mediante diferentes reactivos aplicados en suero, sangre o plasma, y desde el año 2009 en saliva. En tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), entre los subsistemas de salud del Estado más importantes, no adquieren esta prueba rápida y, por consiguiente, no la ofrecen a sus derechohabientes; además, ninguno de ellos realiza actividades extramuros para alcanzar poblaciones clave.

Técnicamente, las “pruebas rápidas” son iguales al tradicional ELISA, son altamente sensibles (99% o más), específicas (99% o más) y estables ante el uso rudo; se pueden transportar a las áreas de trabajo o de esparcimiento de las poblaciones clave y aplicarse *in situ*, tienen la ventaja de que son fáciles de aplicar al utilizar sólo una gota de sangre o fluido corporal, no requieren apoyo de laboratorio, cualquier persona con



entrenamiento básico puede tomar la muestra y el resultado está disponible en unos minutos. Sin embargo, es importante señalar que sus resultados deben confirmarse siempre mediante un estudio de *Western Blot* para establecer un diagnóstico positivo de infección por el VIH como lo indica la normatividad mexicana vigente.⁸

Antes de practicar una prueba para VIH/Sida, la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana solicita aplicar el procedimiento de consentimiento informado al usuario, dentro del cual es obligatorio brindar consejería debido al impacto emocional que los resultados pueden ocasionar; asimismo, el consejero expone las alternativas de atención, cuidado y seguimiento al que todas las personas tienen derecho ante un resultado positivo. Ello atiende también a la fuerte carga estigmatizadora que existe en torno al VIH,¹⁶ que puede influir en la generación de reacciones como depresión, angustia, ansiedad e incluso deseo de suicidio o su consumación después de un diagnóstico positivo.^{3,17}

Asimismo, el Censida considera que las “pruebas rápidas” deben aplicarse especialmente en poblaciones clave y con grupos de alto riesgo, como los que han sufrido abuso sexual, mujeres embarazadas o en trabajo de parto sin control prenatal, algún evento que conlleve riesgo de transmisión ocupacional y pacientes con enfermedades oportunistas ligadas a la evolución del Sida.¹⁸

Dentro de las acciones de detección para evitar la transmisión del VIH, las “pruebas rápidas” de VIH/Sida facilitan un tamizaje masivo, con entrega de resultado casi



inmediato, con sensibilidad y especificidad elevada. Ello permite actuar rápidamente en los casos de diagnósticos positivos al posibilitar el acceso oportuno a tratamientos, lo que elevaría la calidad de vida de los casos nuevos, ya que “un tratamiento temprano, asegura 20 ó 30 años de vida adicionales, siempre y cuando haya adherencia”.¹⁸ De allí que la gestión administrativa para la compra, distribución, uso y manejo del resultado de “pruebas rápidas” para detección del VIH/Sida, así como el análisis de factores organizacionales ligados a la cobertura de las poblaciones clave, sean un punto importante para la eficacia de las acciones de los Programas Estatales de VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

Por otro lado, el reporte de casos nuevos y toda la información de índole epidemiológica nacional y oficial se otorga a través del Censida; el organismo generador es el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), quien se nutre de cada unidad de salud, clínica y hospital de la República Mexicana a través del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), donde, para registrar los datos, se utiliza el formato SUIVE-1. Tomando como referencia estos registros, Censida ha hecho estimaciones y ha publicado que en México la transmisión del VIH se concentra en los grupos de HSH.¹⁰ El Censida considera dentro del grupo de los HSH a todo hombre que tenga sexo con otro hombre, excluyendo a los HTSC y a los bisexuales.¹⁹

Por su parte, la notificación obligatoria de los casos nuevos está prevista en la Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, lo cual se detalla en el Manual de Procedimientos de la Notificación Semanal de Casos Nuevos del CENAPRECE, que cuenta con el SUIVE, diseñado para reportar semanalmente los



casos nuevos diagnosticados, a través del formato SUIVE-1; sin embargo, dicho formato sólo tiene campos para agregar el sexo (masculino, femenino) y la edad,²⁰ y omite espacios para reportar alguna preferencia sexual.

Asimismo, existe un Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de antirretrovirales (SALVAR); es un sistema informático cuyo objetivo es el automatizar la adquisición y distribución de los medicamentos antirretrovirales (ARV) para tratamiento de los pacientes que viven con VIH/Sida y que son atendidos de manera gratuita por la Secretaría de Salud en todo el país. El sistema SALVAR, consta de tres módulos: el modulo I para la administración de pacientes, contiene la información básica de los pacientes que reciben tratamiento ARV gratuito por parte de la Secretaría de Salud en los Servicios de Atención Integral (SAI) y de los CAPASITS de todo el país; almacena los datos del tratamiento ARV que reciben, así como de los resultados de laboratorio; el modulo II para el inventario de medicamentos antirretrovirales, se encuentra en fase final de programación, almacenará el número de existencia física de medicamentos en cada SAI o CAPASITS, y se encargará de llevar un control de almacén más preciso de los medicamentos ARV; y el modulo III del expediente clínico electrónico, en fase de programación, al igual que un expediente clínico en papel, este módulo almacenará toda la información relativa al tratamiento y evolución del paciente. Este sistema registra de manera electrónica el sexo (masculino, femenino), entre otros datos personales pero omite espacios para reportar alguna preferencia sexual.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico requiere en su apartado de historia clínica general, colocar el sexo masculino o

femenino de la PVS, pero no registra tipo de práctica, identidad o preferencia sexual. Por ello, el expediente clínico no es una herramienta idónea para conocer las prácticas que determinan el tipo de población clave a la que pertenece el caso.²¹

En este mismo contexto, en el estado de Morelos se creó el Consejo Estatal para la Prevención y el Control del VIH/Sida (Conesida), aprobado el 23 de noviembre del 2005 y publicado en el Periódico tierra y Libertad el 28 de diciembre del 2005, el cual tiene por objeto brindar un abordaje multisectorial al problema, que transparente y clarifique los procesos de toma decisiones, y dar opciones para incrementar recursos provenientes de otros sectores nacionales e internacionales; este consejo está avalado y respaldado por el Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la federación el día 12 de noviembre del 2004, por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/Sida en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud; el Conesida también cuenta con un Comité Técnico de Prevención y Monitoreo, un Comité Financiero y un Comité Formativo y Derechos Humanos. Su meta es lograr una mayor participación intersectorial y una respuesta social organizada para que todas las personas que viven dentro del Estado de Morelos, cuenten con todos los elementos necesarios para prevenir el VIH/SIDA e ITS, principalmente entre las poblaciones más vulnerables, como los usuarios de drogas inyectables, trabajadores del sexo comercial, homosexuales y que las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA o alguna ITS tengan acceso y garantía a una detección, diagnóstico, tratamiento y atención integral de calidad, en un marco de respeto a la diversidad y a los derechos humanos.



Planteamiento del problema

El problema detectado es que en los SSM, existen barreras que impiden la utilización de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida; por ejemplo, en los SSM a través de la Coordinación Estatal de VIH/Sida e ITS, ofertan la prueba rápida de VIH/Sida y lo hacen básicamente a la población que lo solicite a través de operativos implementados por las Jurisdicciones Sanitarias (JS) o dentro de las unidades de salud y los Capasits, en un horario de oficina de 08:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes; la población más atendida en los Capasits para aplicar la prueba rápida es la referida por algún centro de salud u hospital general. Sin embargo, no se cuenta con registros de que esta aplicación se realice a los grupos que más lo necesiten, ni tampoco que la forma cómo se organizan los procesos de atención en estas cuatro instancias donde se aplican las pruebas sea la que convenga a las poblaciones clave; además, no existen mecanismos publicitarios instalados de ningún tipo que inviten o den a conocer los servicios de los Capasits, haciendo aún más difícil el acercamiento de la comunidad y de las poblaciones clave. De esta forma, las estrategias implantadas en el programa de VIH/Sida de los SSM para que las poblaciones clave accedan a estas pruebas no han sido documentadas y no se conoce qué grupos específicos, dentro de estas poblaciones, están accediendo a las pruebas y por lo tanto si se cubren o no sus necesidades de diagnóstico oportuno.

Dado el panorama descrito, en este trabajo se documentó y analizó el uso de “pruebas rápidas” para VIH/Sida en Morelos durante el año 2009, los procesos que se solicitaron para acceder a ellas y proponer un plan para incrementar este acceso para las poblaciones clave a los servicios de salud que ofrece el Programa Estatal de VIH/Sida.



Objetivo general

Documentar y analizar los procesos y estrategias que los SSM llevaron a cabo para diagnosticar los casos de VIH a partir de la aplicación de las llamadas “pruebas rápidas”, en las poblaciones clave morelenses.

Objetivos específicos

1. Detectar las fuentes de información que permitan documentar el caso de los SSM.
2. Describir los procesos administrativos internos y hacia el público que conforman el servicio de “pruebas rápidas” de detección del VIH en los SSM.
3. Reconstruir la ruta que, en la búsqueda del diagnóstico, llevan a cabo las personas que sospechan de su infección, para con ello conocer las barreras de acceso que enfrentaron en la búsqueda de su diagnóstico.
4. Comparar la utilización de las “pruebas rápidas” y las prevalencias de los casos positivos al VIH, encontrados en los SSM durante el periodo seleccionado, con las estrategias diseñadas y las acciones seguidas para acceder a estas poblaciones clave y aplicar las pruebas.
5. Proponer acciones para extender la cobertura a las poblaciones clave.



Metodología

Estudio es retrospectivo y longitudinal, es decir se documentó, sistematizó y analizó la experiencia que se realizó en la aplicación de “pruebas rápidas” para VIH durante el año 2009 en poblaciones clave de los SSM y el periodo de trabajo en campo previsto fue de abril a mayo del 2010.

Para responder al objetivo general planteado en esta propuesta, se describieron y analizaron los procesos de aplicación de “pruebas rápidas” para detectar el VIH/Sida en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, en los Capasits y en el área de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional, a través del análisis de dos tipos de fuentes: los registros documentales obtenidos durante la aplicación de 3 mil 996 “pruebas rápidas” para VIH durante el año 2009 y la exploración directa en campo.

Para ello se llevó a cabo:

1. El análisis de la información documental, donde se registraron el número de “pruebas rápidas” con que cuentan los SSM, las pruebas aplicadas, los casos que resultaron positivos al VIH, el tipo de población clave a la cual se brindó este tipo de tamizaje y las estrategias planteadas para atender a estos grupos.
2. Observación en campo, donde mediante un diario de campo se registraron las dinámicas de atención a las personas que solicitaron su diagnóstico en las tres instancias seleccionadas de los SSM.



3. Entrevistas semiestructuradas mediante una guía (Ver anexo 1) dirigida a PVS usuarios de los Capasits, con el fin de conocer el proceso de búsqueda de atención, las barreras de acceso que enfrentaron y las formas cómo sus necesidades de diagnóstico fueron cubiertas.

El campo de análisis se situó en tres instancias de los SSM que ofertaron “pruebas rápidas” y diagnosticaron PVS durante el año 2009: los centros de salud, los Capasits y las Jurisdicciones Sanitarias.

El foco de atención se centró en cuatro aspectos: 1) los procesos administrativos en la atención dentro de los servicios de salud públicos que ofertan dichas pruebas; 2) las estrategias para captación de casos en las poblaciones clave, 3) su relación con las prevalencias registradas de casos positivos, 4) y las necesidades de las poblaciones clave.

Esta reconstrucción y su análisis sirvieron como insumos para plantear algunas sugerencias que mejoren los servicios de atención a las poblaciones clave que solicitan las pruebas de detección de VIH/Sida.

Proceso de consentimiento informado

Con el fin de garantizar la confidencialidad de las fuentes y la autonomía de los participantes, se llevaron a cabo los siguientes pasos para garantizar un manejo ético de los datos.

1. La información recabada se manejó de manera confidencial.
2. Las personas seleccionadas para ser entrevistadas en esta exploración fueron informadas ampliamente del objetivo y los límites de esta exploración.
3. Estas mismas personas tuvieron el derecho de aceptar o rechazar participar en el estudio, o interrumpir la entrevista si así lo consideraron conveniente; es decir se les garantizó su derecho de autonomía.
4. Los testimonios que se utilizaron para documentar este trabajo son referidos en forma de códigos de entrevista para garantizar el anonimato de los informantes. Estos se destruyeron en cuanto terminó el proceso de análisis de la información.
5. La información recopilada sirvió únicamente para fines de este trabajo y sus resultados serán devueltos a la comunidad a través de artículos científicos que observarán los reglamentos éticos explícitos e implícitos de los comités que intervengan en estos procesos.



Capítulo 1. Panorama institucional de atención en salud

1.1. Las “pruebas rápidas” en Morelos, su marco normativo en los servicios públicos de salud.

Este capítulo describe el marco normativo nacional y estatal que rige la oferta de la prueba rápida de VIH/Sida tanto en la población general como en las poblaciones clave en los Servicios de Salud de Morelos, los cuales están obligados a cumplir.

A un nivel general, el marco normativo mexicano relacionado con la prevención y tratamiento del VIH, tiene como fundamento las discusiones y acuerdos que en materia de los derechos de las personas a una vida saludable, se han consensuado a nivel internacional. Estas normas son de índole diversa²² ya que rigen diferentes niveles en los procesos de control y prevención del VIH.

En el año de 1978, en Alma-Ata URSS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó recomendaciones internacionales para la Atención Primaria de la Salud. En ese entonces se acordó que, los países miembros, incluido México, deberían priorizar la atención para las comunidades alejadas y los grupos vulnerables a través de políticas públicas específicas, presupuestos permanentes y recursos humanos acordes a las necesidades de estas comunidades. Así, los gobiernos se concentrarían en aplicar intervenciones culturalmente aceptables, técnicamente apropiadas, factibles y adecuadamente seleccionadas; permitiendo con ello el aumento de la capacidad y la determinación para resolver sus propios problemas²³.



Los acuerdos de Alma Ata tenían como fundamento la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. La Declaración reconoce en su Artículo 22 el derecho a la seguridad social²⁴. En México, este derecho ya se encontraba elevado a rango constitucional desde 1917 en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El 3 de febrero de 1983, este artículo se reformó y quedó de la manera siguiente:

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 establecer 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 constitución²⁵.

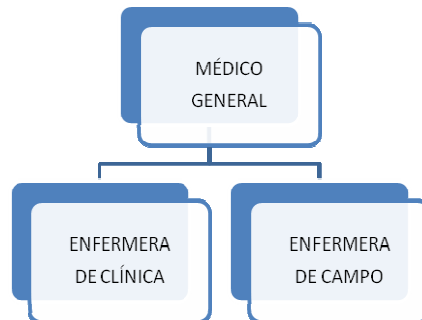
La Ley General de Salud reglamenta este derecho constitucional a la protección de la salud. En esta ley se contemplan tres niveles de atención médica: en el primer nivel se brindan los servicios de promoción a la salud y atención médica preventiva; en el segundo nivel, servicios de promoción a la salud y atención médica curativa de especialidad básica como Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia; y en el tercer nivel de atención se ofertan servicios médicos regionales y nacionales en institutos y hospitales de alta especialidad. Para el primer nivel de atención médica, el CS es la instancia responsable de brindar este servicio y deberá contar con el servicio de consulta externa²⁶ y con el servicio de medicina preventiva con su respectivo marco legal de sustento operacional²⁷.

La atención que se brinda en los centros de salud, es de carácter ambulatorio bajo el esquema de prestación de servicios incluidos en el Catalogo Único de Servicios en Salud (CAUSES), la atención médica familiar se brinda bajo principios de ser: integral, continua, anticipativa y personalizada; la atención de partos se brinda en unidades rurales de uno a tres núcleos básicos de salud, además de atención de urgencias, desarrollo de programas de atención médica, referencia de pacientes, participación comunitaria, educación para la salud, saneamiento básico y vigilancia epidemiológica²⁷.



Para llevar a cabo sus operaciones, los CS se organizan a partir de la figura del médico, la cual tiene la mayor jerarquía (figura 1).

Figura 1
Organigrama del centro de salud, modelo nacional



FUENTE: SSA. Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México: 2007

NOTA: El personal de salud descrito corresponde al mínimo para operar un Centro de Salud, conforme la población del área de influencia aumente, se aumenta el recurso humano y de infraestructura en salud.

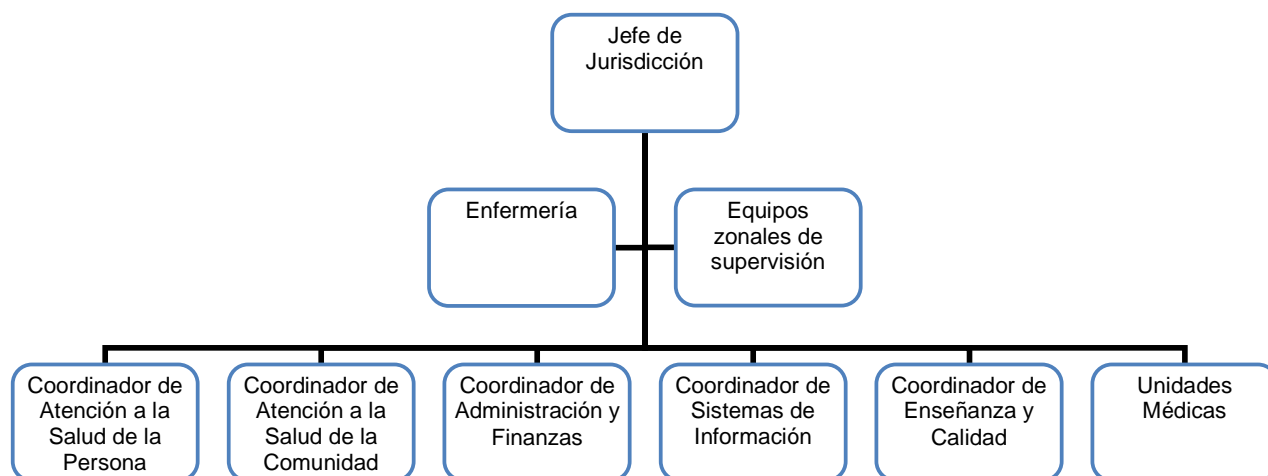
En este primer nivel de atención, el personal del CS tiene una jornada de trabajo de las 08:00 AM a 4:00 PM, de lunes a viernes; sin embargo, algunas unidades médicas cuentan con horario vespertino e incluso de fin de semana, servicio que es brindado por el personal pasante o de jornada acumulada. Los CS dependen de una jefatura jurisdiccional (JS)²⁷.

La JS es una unidad técnica y administrativa dependiente de los servicios de salud del estado y funge como enlace entre el centro de salud y el nivel estatal de salud²⁸; además, se enlaza con diferentes actores de la sociedad involucrados en la atención a la salud como los municipios, clínicas públicas y privadas de otros subsistemas de salud, consultorios médicos privados, escuelas públicas y privadas, entre otros.

El estado de Morelos está dividido en 33 municipios y cuenta con 202 CS de primer nivel de atención²⁹; la administración y coordinación de la prestación de servicios

médicos en los centros de salud está a cargo de la JS. En Morelos hay tres JS que tienen distribuidos los municipios y los centros de salud. La JS-I, con sede en Cuernavaca, está integrada por 11 municipios y 82 centros de salud; la JS-II con sede en Jojutla, está conformada por 6 municipios y 38 centros de salud; finalmente, la JS-III situada en Cuautla, cuenta con 16 municipios y 82 centros de salud²⁹. Su forma de organización se expone en la figura 2.

Figura 2
Organigrama jurisdiccional, modelo estatal



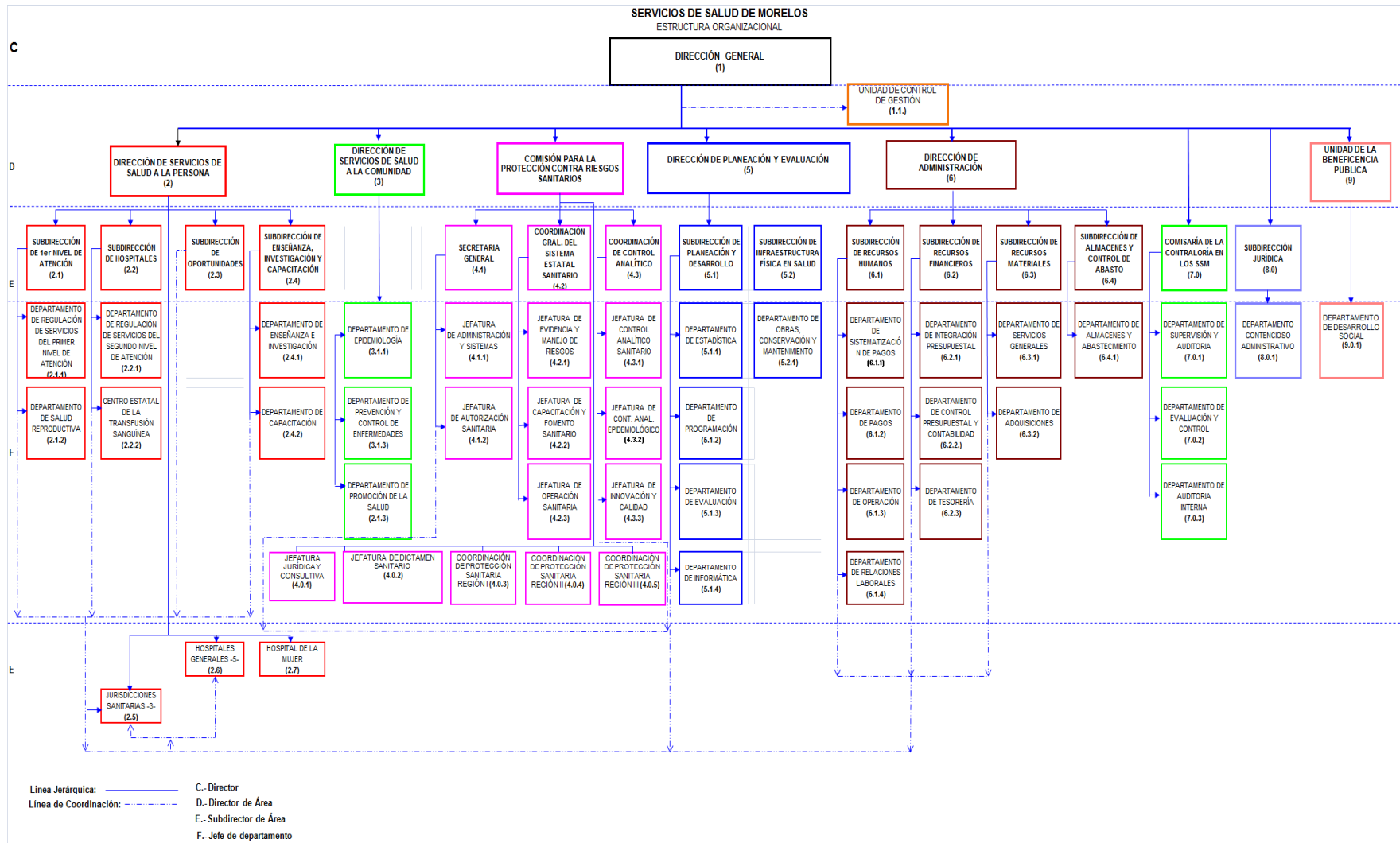
FUENTE: SSM. Manual Específico de Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Morelos. Abril 2007.

En el estado de Morelos, el Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado Servicios de Salud de Morelos (SSM), depende de la Administración Pública Estatal, (figura 3). Cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio, tiene como objetivo:

...prestar servicios de salud a población abierta, así como instrumentar programas asistenciales, otorgamiento de subsidios a instituciones de asistencia no lucrativas y administrativas y administrar la Beneficencia Pública Estatal, en cumplimiento a lo dispuesto por las leyes General y Estatal de Salud y por el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud³⁰.

Figura 3

Organigrama general de los Servicios de Salud de Morelos

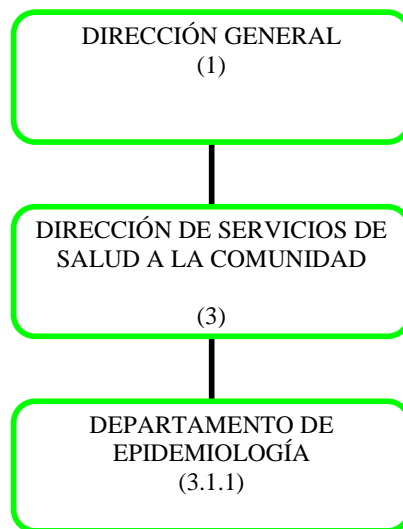


Fuente: SSM. Estructura Orgánica de los Servicios de Salud de Morelos. Servicios de Salud de Morelos. Octubre 2009

Además, para entender de dónde emanan los responsables de la aplicación de las “pruebas rápidas” para VIH/Sida, incluidos en el Organigrama General de los SSM, es necesario conocer de estas otras instancias rectoras:

1. La Coordinación Estatal del Programa VIH/Sida e ITS se ubica organizacionalmente dentro del Departamento de Epidemiología en la casilla No. 3.1.1 de la figura 3 que se observa con más detalle en la figura 4.

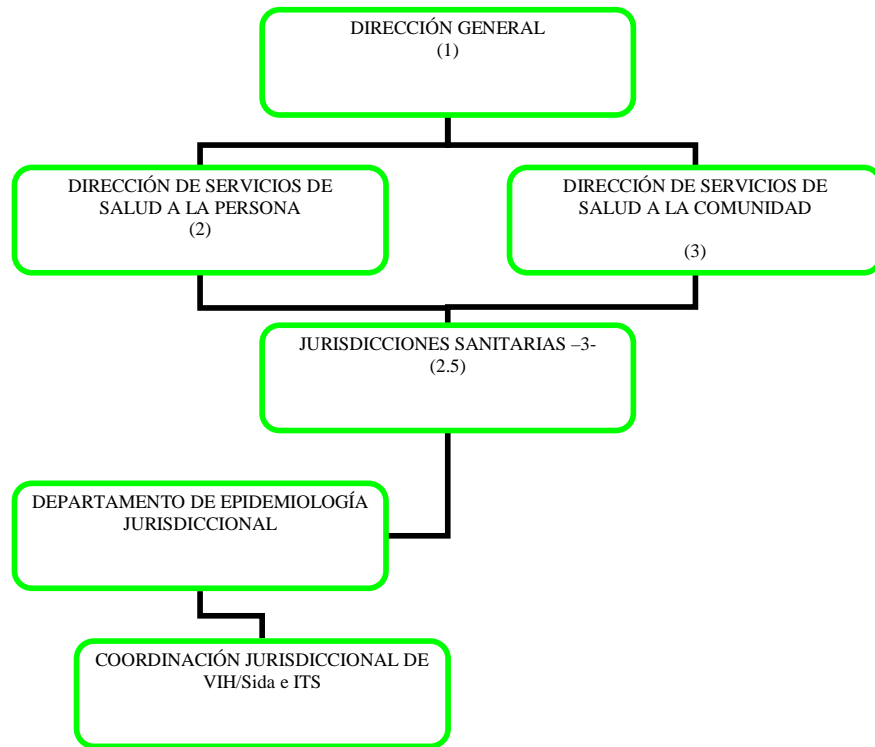
Figura 4
Ubicación de la Coordinación Estatal del Programa VIH/Sida e ITS dentro del organigrama de los Servicios de Salud de Morelos



Fuente: SSM. Estructura Orgánica de los Servicios de Salud de Morelos. Servicios de Salud de Morelos, Octubre 2009

2. Las tres Coordinaciones Jurisdiccionales del Programa VIH/Sida e ITS, así como los responsables de la aplicación de las “pruebas rápidas” para VIH/Sida se ubican organizacionalmente dentro del Departamento de Epidemiología en la casilla No. 2.5 (figura 3 y 5).

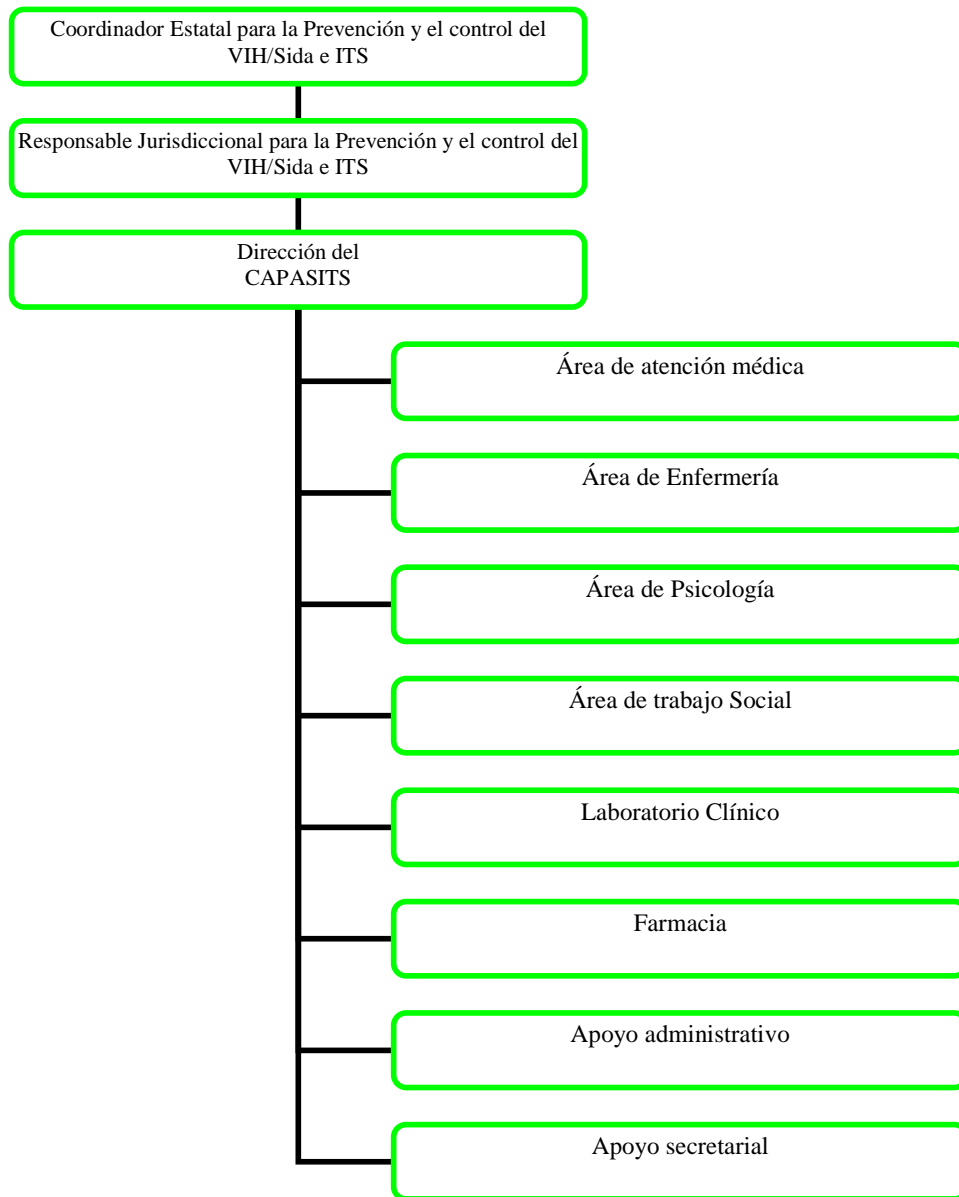
Figura 5
Coordinación Estatal del Programa VIH/Sida e ITS
dentro del organigrama parcial de los Servicios de Salud de Morelos



Fuente: SSM. Estructura Orgánica de los Servicios de Salud de Morelos. Servicios de Salud de Morelos. Octubre 2009

3. En el organigrama de la figura 3 no se incluye a los dos Capasits que existen en los SSM y los 202 CS de primer nivel de atención médica. Los Capasits no cuentan con manuales de organización aprobados dentro de la Dirección de Planeación de los SSM; sin embargo, existe un modelo nacional de los Capasits (figura 6).

Figura 6
Organigrama del Capasits, modelo nacional



Fuente: Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits). Noviembre 2003. P. 9.

En el año 2003, se creó el modelo nacional denominado Capasits dentro del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud y las Redes de Servicios de Atención a la

Salud³¹ con el objetivo de atender los aspectos relacionados con la transmisión del VIH. El Capasits tiene las características de una unidad médica para consulta externa de primer nivel, cuenta además con auxiliares de diagnóstico, farmacia y área de atención psicológica³². En los SSM, el Capasits tiene un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. Esta unidad cuenta con los elementos técnicos y organizacionales para ofertar la prueba rápida de VIH a la población que lo solicite.

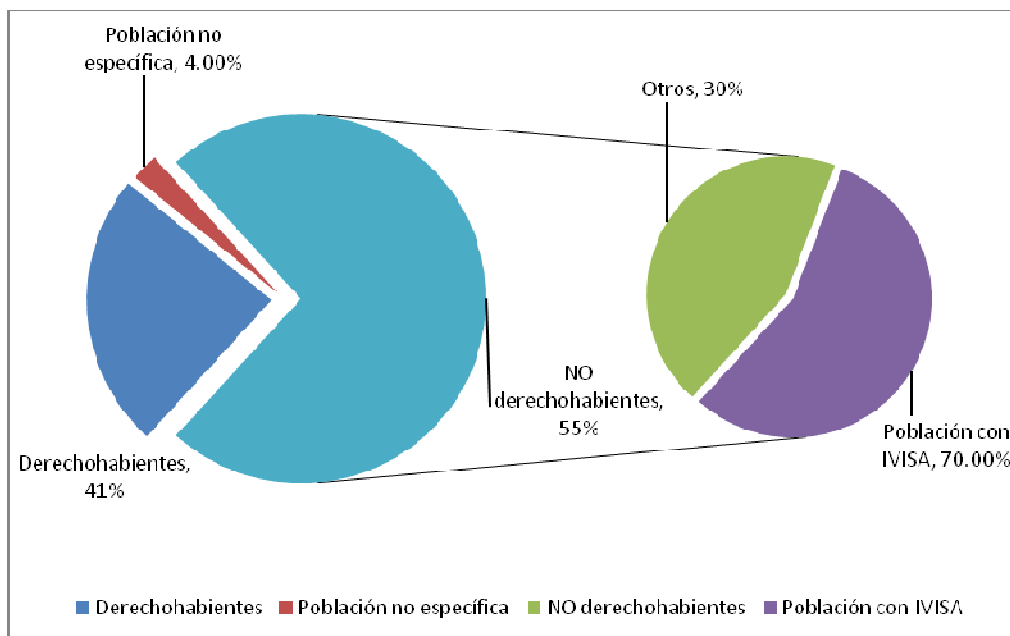
4. El responsable directo de la operación de los Capasits en los SSM es el Coordinador Estatal del Programa VIH/Sida e ITS, dentro de esta unidad se aplican “pruebas rápidas” para VIH/Sida.
5. Por su parte, el responsable administrativo de la operación de los CS de primer nivel es el Jefe Jurisdiccional.
6. Cada CS de los SSM cuenta con un responsable médico; ordinariamente el personal de enfermería es quien aplica la prueba rápida de VIH/Sida en los CS, en su ausencia es apoyada por el personal médico de la unidad.

En el II Censo Poblacional celebrado en el año del 2005, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó que la población total del estado de Morelos, era de 1 millón 612 mil 899 habitantes. De ellos, el 41.0% (661 mil 288 personas) tenía algún tipo de derechohabiencia y, el 55.0% (881 mil 496 personas) no contaban con derechohabiencia, este grupo constituye el foco de atención de los SSM³³. El total de hombres y mujeres de la población no derechohabiente con potencial inicio de vida sexual activa (IVISA) en edades de 15 a 54 años, era de 606 mil 617 personas,

lo que equivale al 70.0% del total no derechohabiente. Para el Programa Estatal de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual este es el universo poblacional potencial de atención en el año 2009 (figura 7).

Figura 7.

Distribución porcentual de la población no derechohabiente de 15 a 54 años



Fuente: Gráfica de elaboración propia, construida con datos obtenidos del INEGI en el II Censo Poblacional 2005.

1.2 Sobre la aplicación de las “pruebas rápidas” para VIH/Sida

En México, en el año 1985, la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud de México creó una estrategia para apoyar la vigilancia epidemiológica del VIH/Sida denominada vigilancia centinela; esta estrategia mide la prevalencia de la enfermedad en la población general y en poblaciones clave a través de la aplicación de encuestas serológicas*. De acuerdo con lo anterior, existen dos formas de hacer la vigilancia centinela: una a través de encuestas serológicas a grupos poblacionales y otra en los centros clínicos³⁴.

A partir del año 1995, la anteriormente llamada Comisión Nacional de Sida (Conasida) actualmente llamada Centro Nacional para la Prevención del Sida (Censida), por acuerdo de la DGE, se hizo cargo de continuar la vigilancia centinela y realizar estas encuestas serológicas en grupos específicos.

En 1996, se realizó una revisión y actualización en los formatos de encuesta centinela por el Programa Regional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Enfermedades de Transmisión Sexual (Sida/ETS) de la Organización Panamericana de la Salud³⁴, dentro de la cual se emitió una recomendación consistente en que la encuesta serológica estará ligada al nombre del sujeto investigado[†]. Sin embargo, esta recomendación en la actualidad no la requiere Censida ya que el formato de encuesta centinela aprobado por ellos para el periodo 2009 (Anexo 2) no requiere colocar los datos personales del

* La encuesta serológica, es un cuestionario con preguntas dirigidas tanto a población general como a poblaciones clave, con la característica agregada de que bajo consentimiento informado, el usuario participante es invitado a proporcionar una muestra sanguínea para estudio de VIH/Sida, en caso de que el usuario no acceda a proporcionar la muestra serológica la encuesta no se realiza, debido a que las dos partes se complementan para arrojar un resultado.

† La encuesta serológica ligada al nombre del sujeto investigado se refiere a conocer el nombre completo del usuario antes de hacerle la prueba rápida, así como su domicilio exacto para dar un seguimiento epidemiológico posterior en caso de que la prueba resulte reactiva.



usuario solicitante de la prueba; empero, tanto en los Capasits como los CS y las JS sí se recaban estos datos personales en formato paralelo para ligar el nombre de un usuario al resultado de la aplicación de la encuesta serológica tal y como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico para estar en condiciones de dar seguimiento al usuario en caso de resultar reactivo.

El marco legal que norma la aplicación de la encuesta serológica ligada a nombre se encuentra en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana en 2000, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993), la cual señala como medida de control del paciente con VIH la detección y diagnóstico del VIH/Sida³⁵.

Asimismo, desde el año de 1998, para determinar el número de personas a incluir en un estudio para la aplicación de la encuesta serológica ligada a nombre se norma este proceso dentro del Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida. Allí se publica una fórmula recomendada por la Dirección General de Epidemiología de México (Anexo 3).

Dentro del Programa Estatal de VIH/Sida e ITS de los SSM, se encuentra el área de Vigilancia Epidemiológica Centinela (VEC). Esta área es el enlace estatal con la Dirección de Investigación Operativa del Censida para la aplicación de la encuesta serológica. Quien funge como responsable de la vigilancia epidemiológica centinela de los SSM recibe la meta de trabajo anual a cumplir a Censida, y también se encarga de gestionar recursos para compra de insumos, incluyendo las “pruebas rápidas” de VIH/Sida, las cuales por normatividad estatal tienen que tener una caducidad igual o mayor a 18 meses, así como planear la distribución de los recursos adquiridos y el

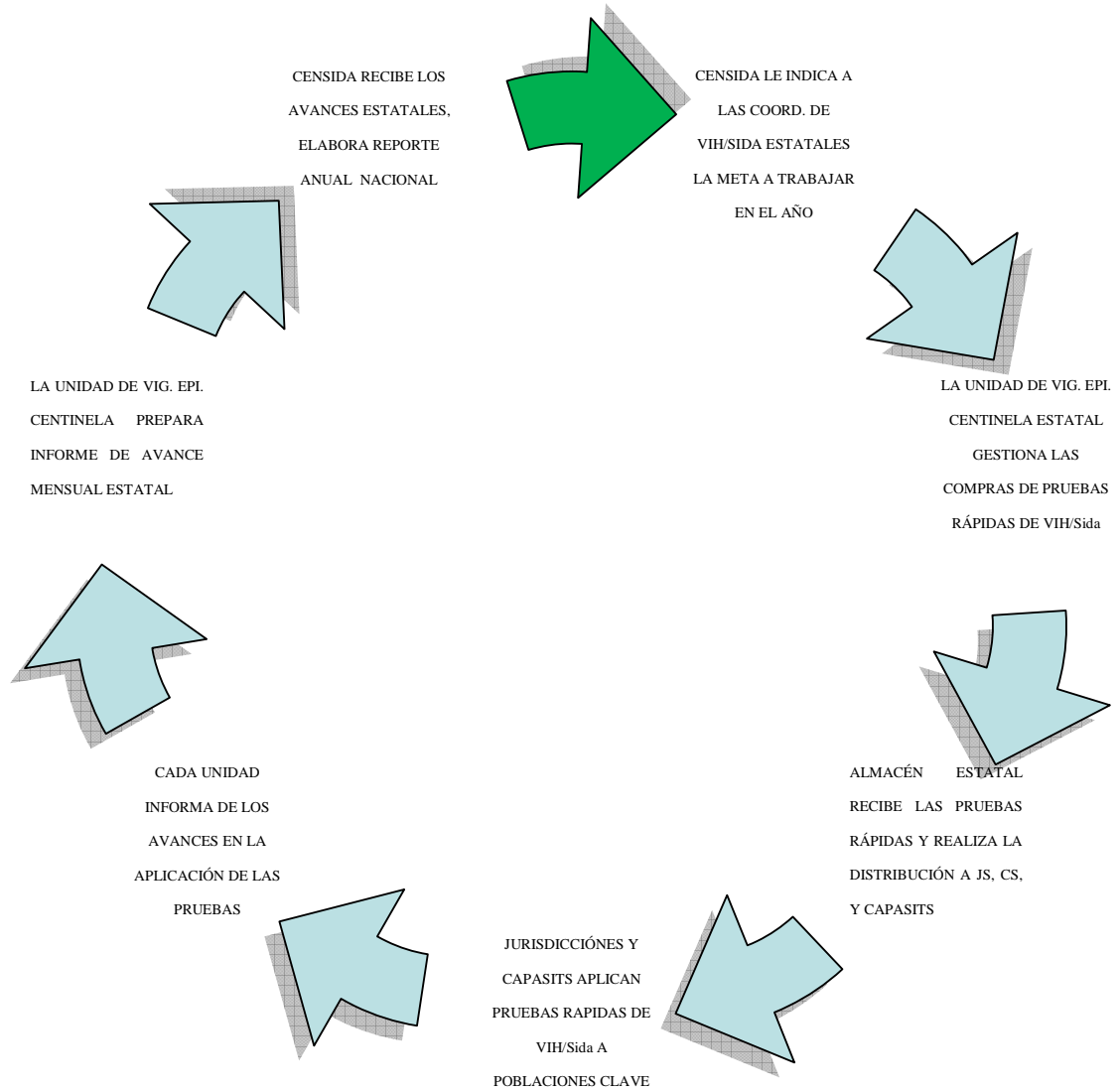


monitoreo en campo de aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida. Las “pruebas rápidas” de VIH/Sida y el resto de los insumos adquiridos para trabajar son entregados a los dos responsables de los Capasits y a las tres coordinaciones jurisdiccionales de VIH/Sida e ITS; en el caso de las JS, guardan una parte de estas pruebas y el resto se redistribuye en los CS de la JS correspondiente (figura 8), al menos con un año de caducidad para una adecuada planeación logística de manejo en campo.



Figura 8

Flujo de la aplicación de de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida



Fuente: Cuadro de elaboración propia. Recopilación de la observación en campo. SSM, 1 al 30 de abril 2010.

En lo que se refiere a logística para la aplicación de las “pruebas rápidas” en campo por parte de los Capasits y/o las JS, el personal que aplica las “pruebas rápidas” toma en consideración varios factores por un lado, la fecha de caducidad de las “pruebas rápidas” ya que cuando tienen una fecha de caducidad adecuada, mayor a 12 meses, hay tiempo suficiente para hacer gestiones administrativas por parte de las JS y de los Capasits para ingresar a las diferentes instituciones y acceder a las poblaciones clave; sin embargo, cuando las “pruebas rápidas” llegan a tener una fecha de caducidad entre uno a seis meses, se toma la estrategia de programar poblaciones clave de fácil acceso como son: jóvenes universitarios, mujeres heterosexuales que acuden a los servicios o grupos de personas que pueden localizarse en lugares específicos, como las personas en reclusión o en bares, aunque existen algunas complicaciones para acceder pues es necesario hacer solicitudes previas por escrito para entrar en los CERESOS o los bares en donde se practica el sexoservicio. También se ubica a las mujeres y hombres violentados sexualmente usuarios de los servicios de salud, para programar acciones rápidas de aplicación de pruebas y evitar el desperdicio que provocaría desecharlas. Las “pruebas rápidas” con caducidad menor a 12 meses se obtienen porque son devueltas por los CS a las JS por bajo o nulo movimiento después de un año de entregadas para su uso, generalmente al no haberse utilizado con las mujeres embarazadas; también pueden llegar por donación del Censida, alguna organización de la sociedad civil o incluso como donaciones de laboratorios particulares.

Para la aplicación de “pruebas rápidas” para la detección de VIH/Sida, tanto a nivel jurisdiccional como en los Capasits y en los CS, los SSM contaban en el año 2009 con recursos humanos distribuidos conforme la densidad de población de cada región de la manera siguiente (cuadro 1).



Cuadro 1

Recursos humanos de los Servicios de Salud de Morelos. 2009

Recurso humano	JS I Cuernavaca	JS II Jojutla	JS III Cauatla	Capasits Cuernavaca	Capasits Anenecuilco
Responsable Jurisdiccional y de Capasits del Programa VIH/Sida e ITS	1 Enfermera	1 Enfermera	1 Médica	1 Médica	1 Médica
Personal de Enfermería Jurisdiccional exclusivo para VIH/Sida	0	0	1		
Chofer/Promotor de Salud Jurisdiccional para VIH/Sida	1	1	0		
Personal de enfermería en centro de salud de apoyo para el programa de VIH/Sida	82	38	82		
Técnico Laboratorista de Capasits				1	1
Personal de Enfermería de Capasits				1	1
Personal de Psicología de Capasits				1	1
TOTAL	84	40	84	4	4

Fuente: SSM. Plantilla de personal. Subdirección de Recursos Humanos. 2009.

Con relación al parque vehicular para apoyo a las actividades de detección y promoción en el campo del VIH/Sida, los SSM cuentan con un total de tres unidades, cada uno ubicado en la JS I, II y III. Los Capasits de Cuernavaca y Anenecuilco no cuentan con vehículos para la realización de sus tareas³⁶.

Capítulo 2. El proceso de aplicación de “pruebas rápidas”

En este capítulo se describen los procesos de aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida a los usuarios de los centros de salud (CS), del Capasits y de las 3 Jurisdicciones Sanitarias (JS). Esta información se reconstruyó a partir de la observación participante*.

La observación se realizó del 5 de abril al 14 de mayo del año 2010 en 20 CS de los SSM, distribuidos en algunos municipios del estado de Morelos, de los cuales 10 fueron CS ubicados en localidades rurales (CSR) y 10 CS ubicados en localidades urbanas (CSU)†. Se incluyó a las tres JS pues allí también se aplican pruebas. Para completar la reconstrucción del proceso se incluyó en la observación de campo al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) y al Laboratorio de Análisis Clínicos del Centro de Salud Cuernavaca (LACCSC) con la finalidad de registrar si aplican “pruebas rápidas” para VIH/Sida a usuarios que lo soliciten y cuáles son los procesos que siguen estos servicios (cuadro 2).

* La observación participante es aquella donde el investigador participa de manera activa dentro del grupo que observa, es decir, no se limita a mirar y a tomar notas sin relacionarse con los miembros del grupo, por el contrario pregunta e interactúa con ellos. Fuente: Pick S, López-Velazco A. Como investigar en Ciencias Sociales. México. Trillas. 1994

La observación participante se caracteriza por la existencia de un conocimiento previo entre observador y observado y una permisividad en el intercambio, lo cual da lugar a una iniciativa por parte de cada uno de ellos en su interrelación con el otro. El observado puede dirigirse al observador, y el observador al observado en una posición de mayor cercanía psicológica pero con un nivel de participación bajo o nulo. Fuente: Aguirre-Baztán, A. Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Ed. Boixareu Universitaria. Barcelona, 1995. p. 73.

† De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), una localidad se considera rural cuando tiene menos de 2,500 habitantes y urbana aquella donde viven más de 2,500 habitantes. FUENTE: II Censo de población y vivienda 2005. INEGI. Referirse a: http://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P [20 mayo 2010]

El número total de CS visitados equivale al 10% del total de unidades de salud de los SSM; los laboratorios se seleccionaron debido a que ahí se ofertan y/o procesan muestras serológicas para VIH. Se excluyeron de esta exploración las clínicas privadas o de otra institución de salud.

Cuadro 2
Unidades observadas: Jurisdicciones sanitarias, centros de salud y laboratorios

JS I CUERNAVACA	JS II JOJUTLA	JS III CUAUTLA
Municipio de Cuernavaca Jurisdicción Sanitaria I Capasits Cuernavaca Lab. CSU Leyva CSR Buenavista del Monte CSR Santa María CSU Leyva Municipio de Coatlán del Rio CSR Cocoyotla CSR Michapa Municipio de Tetecala CSR Conlalco Municipio de Jiutepec CSU Tlahuapan Laboratorio Estatal de Salud Pública	Municipio de Tlaquiltenango CSR Huautla Municipio de Tlaltizapan CSR Acamilpa CSU Tlaltizapan Municipio de Jojutla Jurisdicción Sanitaria II CSU Jojutla Municipio de Zacatepec de Hidalgo CSU Zacatepec de Hidalgo	Municipio de Anenecuilco Capasits Anenecuilco Municipio de Cuautla Jurisdicción Sanitaria III CSU Cuautla CSU Peña Flores Municipio de Totolapan CSR Nepopualco CSU Totolean Municipio de Tlayacapan CSR Nacatongo Municipio de Ayala CSR Tlayecac Municipio de Tetela del Volcán CSU Tétela del Volcán Municipio de Yautepec de Zaragoza CSU Yautepec de Zaragoza

CSR= Centro de Salud Rural CSU= Centro de Salud Urbano
Periodo de observación: 1 de abril al 30 de mayo del 2010.



2.1 Los Centros de Salud: su organización y las barreras para la utilización de las “pruebas rápidas”

La observación en campo mostró que todos los CS visitados cuentan con abasto de “pruebas rápidas” por núcleo básico de servicios de salud*. Estas pruebas únicamente son ofertadas por el personal de salud a pacientes embarazadas, por lo tanto es el grupo clave que más las utiliza. Asimismo, tanto en los CSR como en los CSU los horarios de atención y de prestación de servicios básicos de salud son idénticos. El horario de atención médica y de enfermería es de ocho horas de lunes a viernes, y se extiende el servicio si hay personal médico pasante 4 horas más durante la tarde y 8 horas más el día sábado. Durante este horario de atención, existe la posibilidad y se puede dar la oportunidad de aplicar u ofertar “pruebas rápidas” de VIH/Sida a otros grupos que llegan a solicitar los servicios de atención médica; sin embargo, al único grupo que se invita a conocer de su estado serológico es al de mujeres embarazadas, aunque no la soliciten. A este grupo se dirige la consejería previa, para posteriormente firmar un consentimiento informado donde aceptan la realización de la prueba. Al final del proceso, gratuito en todos los CS, se archiva el resultado y el consentimiento en el expediente clínico.

En general, en los CS se observaron tres formas de solicitud de atención médica por parte de los usuarios; la primera, cuando el usuario asiste por primera vez a solicitar servicios médicos o medicina preventiva a consulta externa y no tiene un expediente clínico elaborado. La segunda forma consiste en que el paciente, que puede o no contar

* El núcleo básico de servicios de salud, está integrado por la población residente de responsabilidad en un área geográfica determinada. Esta población está conformada por 3,000 habitantes o 500 familias. FUENTE: Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud México. 2007. Pág., 29.



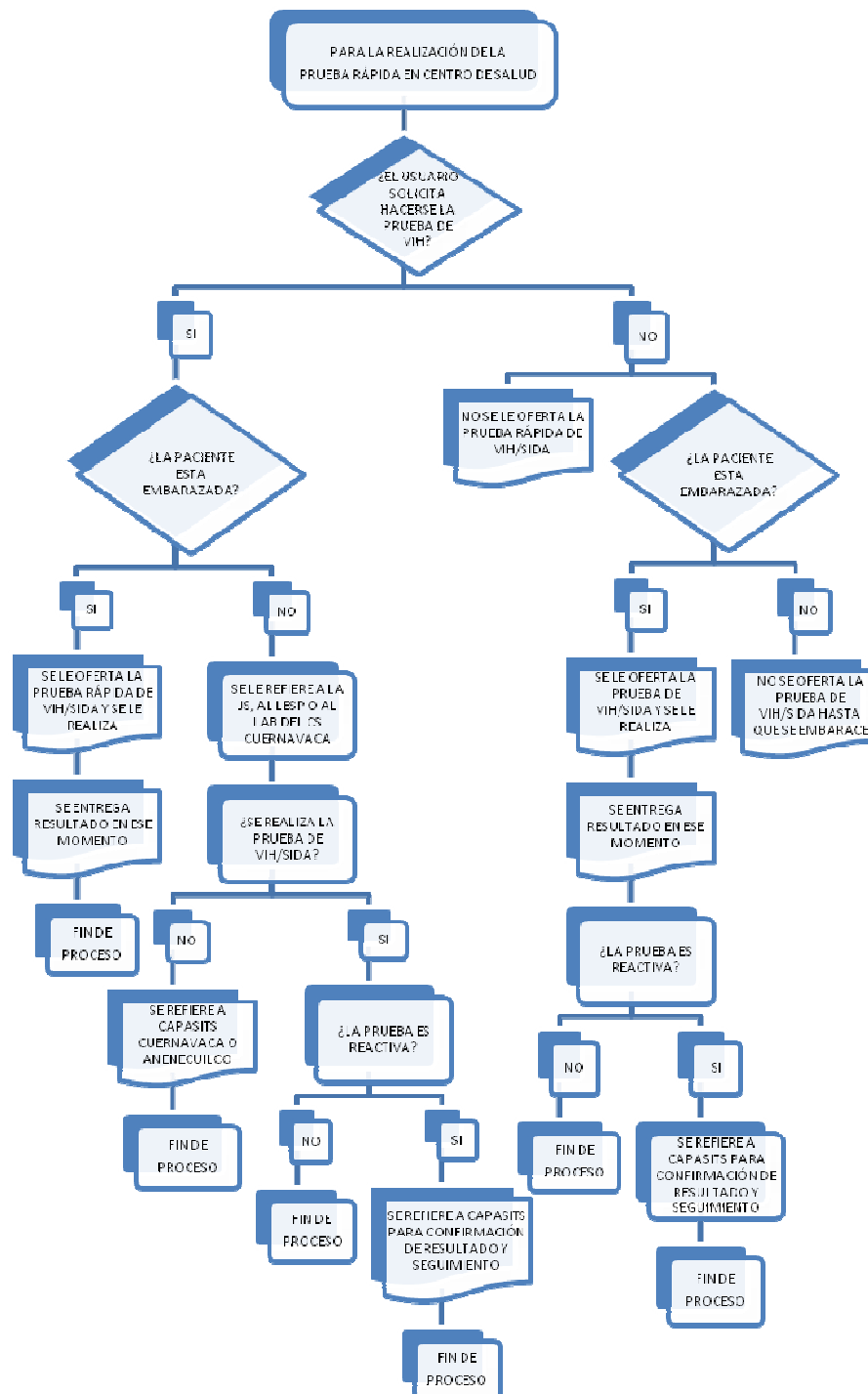
con un expediente clínico elaborado previamente, asiste a la unidad por alguna condición de salud que ponga en peligro su vida y requiera atención de urgencia; y la tercera, el paciente ya ha utilizado el servicio, cuenta con un expediente clínico y se le da una cita para que asista al servicio que el personal de salud considere que requiere o el paciente solicite.

En estas tres formas de solicitud de atención de los CS se observó que los pacientes por lo general no solicitan hacerse la prueba de VIH/Sida, empero, cuando algún paciente externa su deseo de hacerse la prueba rápida de VIH/Sida, o el mismo personal de salud considera necesario por criterio clínico hacerle el estudio de VIH/Sida al paciente, no le ofrecen la realización de la prueba rápida allí, aún contando con los reactivos. A estos pacientes se les refiere al LESP de los SSM. Sin embargo, en este laboratorio, aunque cuenta con “pruebas rápidas” para VIH/Sida e incluso con la prueba confirmatoria de *Western Blot*, no se aplica a la población que lo solicite, ya que sólo procesan muestras enviadas por unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel. En los CS, también se refiere a los pacientes que solicitan o necesitan una prueba rápida al LACCSC ubicado en el centro de la ciudad de Cuernavaca. En este sitio, el personal del laboratorio cuenta con “pruebas rápidas” de VIH/Sida, puede tomar muestras, pero tampoco realizan la prueba rápida de VIH/Sida; se observó discriminación y homofobia en el personal de este lugar.

Tanto en el LACCSC como el LESP vuelven a referir al paciente solicitante al Capasits de Cuernavaca o de Anenecuilco para que se le realice la prueba rápida. El proceso tan sólo para llegar al Capasits le puede tomar al usuario alrededor de 10 días, cuando se podría hacer en su primera visita al CS (figura 9).



Figura 9
Proceso para realizar la prueba rápida de VIH/Sida
en Centro de Salud. Morelos, 2009



Fuente: Gráfica de elaboración propia. Recopilación de la observación en campo. SSM, 1 al 30 de abril 2010.

2.2 Los Capasits: vías de acceso y la oferta de las “pruebas rápidas” de VIH

Se visitaron los Capasits de Cuernavaca y de Anenecuilco. Allí se observaron diferentes formas de acceso de los usuarios a estos lugares. Una es de manera voluntaria, generalmente a partir de recomendaciones de familiares, pacientes o amigos que conocen los servicios que ofertan en los Capasits. Otra forma de acceso es a partir de ser referidos por el CS, la JS o un hospital de los SSM. Una tercera opción es por algún regidor de bienestar social municipal^{*}; al solicitar como requisito obligatorio a las mujeres con trabajo sexual comercial formal e informal[†] una licencia sanitaria que incluye la prueba de VIH, teniendo el documento una validez o vigencia de 3 meses; y la cuarta forma, es por alguna clínica u hospital privado. En todos los casos, en el Capasits se les brinda el servicio de detección rápida gratuitamente y el horario de atención es de 8 horas de lunes a viernes.

Para la aplicación de la prueba rápida de VIH/Sida en los Capasits, primero el usuario se presenta en el módulo de trabajo social para identificarse y dar sus datos personales; después, pasa a consulta de Psicología; luego, el laboratorio le toma la muestra para

^{*}La figura de Regidor de Bienestar Social, está integrada en la organización y estructura de la administración pública de los municipios en el estado de Morelos y toma como atribuciones: Promover a través de los programas de asistencia social del municipio, el desarrollo integral de sus habitantes; promover a través de la debida observancia de la Ley Estatal de Salud y los reglamentos internos, las acciones tendientes a lograr y conservar una población sana; vigilar el cumplimiento de los programas de salud pública de los tres niveles de gobierno; y organizar e integrar los comités de salud en las localidades.

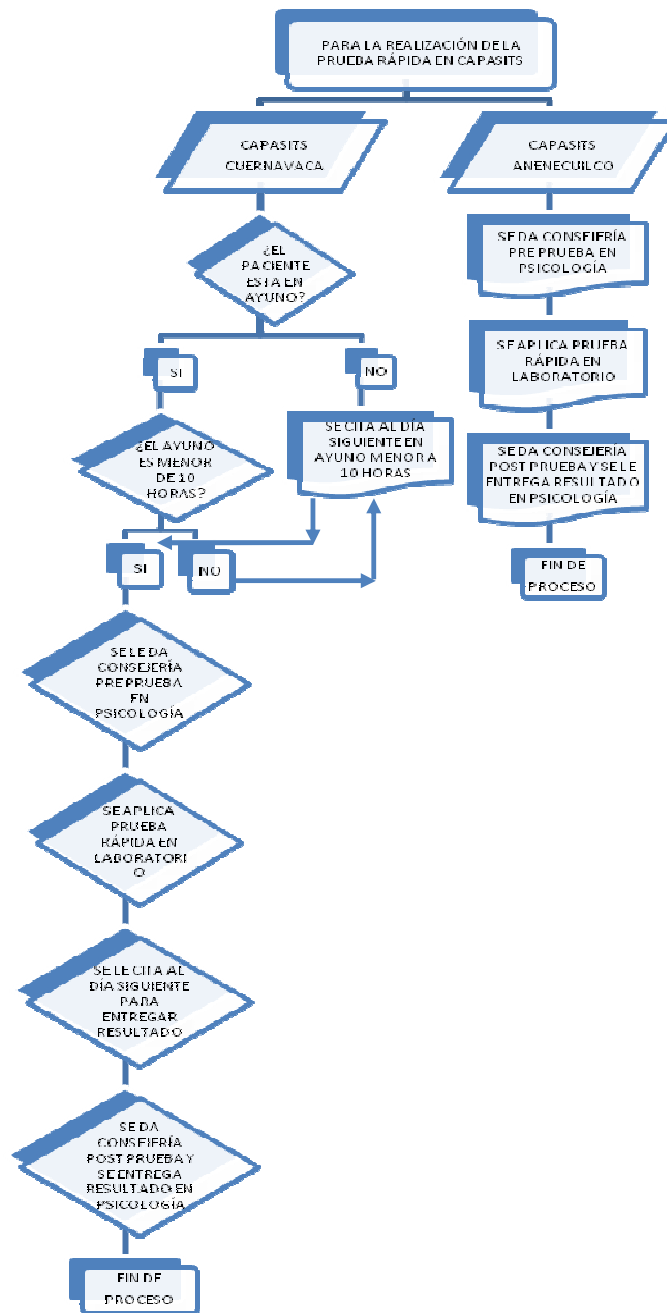
[†] El trabajo sexual puede clasificarse como “formal” (organizado) o “informal” (no organizado). En general, el trabajo sexual formal se realiza en un establecimiento y los gerentes y/o proxenetas actúan como autoridades claramente definidas y como intermediarios entre el profesional del sexo y su cliente. Los profesionales del sexo informales, como las mujeres y varones que ejercen la prostitución en la calle o en lugares de alterne por cuenta propia, normalmente encuentran a sus clientes independientemente. Fuente: ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/Sida. ONUSIDA. Ginebra, 2003. p. 4. Referirse a: <http://www.scribd.com/doc/10533640/Trabajo-Sexual-y-Vih-Sida> [01 Nov. 2010]

realizarle la “prueba rápida”, posteriormente regresa a consulta de Psicología y ahí se le da el resultado de la “prueba rápida” aplicada. Este proceso dura en total alrededor de 60 minutos.

Se observó que el Capasits Cuernavaca tiene algunas diferencias en la aplicación de la prueba rápida en comparación con el Capasits de Anenecuilco. La primera se refiere al tipo de requisitos médicos cuando el usuario se presenta a solicitar la prueba. En el Capasits Cuernavaca, si el solicitante ingirió algún alimento durante ese día, no se le realiza la prueba rápida y lo citan para el día hábil siguiente a partir de las ocho de la mañana con el requisito de que haga un ayuno mínimo de 6 horas para la aplicación de la misma, condición innecesaria para la obtención de resultados. Si el usuario se presenta al día siguiente en ayuno después de las doce del día ya no le hacen la prueba rápida bajo el argumento que “está en ayuno prolongado” y lo citan al día siguiente; cuando finalmente el paciente cumple con el requisito del ayuno, se le aplica la prueba rápida y el resultado se lo entregan al siguiente día hábil en el área de Psicología. Este proceso puede tardar alrededor de 5 a 7 días. Estos requisitos no son solicitados en el Capasits de Anenecuilco.

Otra diferencia observada en el Capasits Anenecuilco, el técnico laboratorista y en ocasiones con el área de enfermería, trabajo social, dentista y/o en forma conjunta con el departamento de Psicología forman un equipo de trabajo y asisten a los Centros de Readaptación Social (Ceresos) y a las cabeceras municipales cercanas a su unidad para aplicar “pruebas rápidas” de VIH/Sida a personas en trabajo sexual de la región. En contraposición el Capasits Cuernavaca, brinda la atención siempre pero no sale de la unidad para aplicación de “pruebas rápidas” de VIH/Sida (figura 10).

Figura 10
Procesos para realizar la prueba rápida de VIH/Sida en Capasits



Fuente: Gráfica de elaboración propia. Recopilación de la observación en campo. Capasits Cuernavaca y Anenecuilco. 17-19 de mayo 2010.

2.3 Las Jurisdicciones Sanitarias y sus procesos para la aplicación de “pruebas rápidas”

La observación en campo permitió también registrar que en las JS se aplican “pruebas rápidas” dentro de las oficinas y en otras áreas de la comunidad. En el caso de la aplicación de “pruebas rápidas” por la JS, los usuarios por lo regular son referidos por los CS. En este proceso destaca que los tres responsables jurisdiccionales de VIH/Sida no cuentan con consultorios médicos, de psicología o área de toma de muestra para aplicar “pruebas rápidas”, sus oficinas se han acondicionado para funcionar como consultorios donde realizan la toma de muestra, dan consejería y entregan resultados; evidentemente estos espacios no garantizan condiciones idóneas para estas tareas pues originalmente no fueron creados para ello.

Cada JS cuenta con un vehículo compacto denominado *Prevenmovihl* el cual está equipado con una pantalla de televisión y bocinas, en éste se traslada un promotor de la salud y una enfermera de campo. El *Prevenmovihl* es utilizado para difundir las actividades del Programa VIH/Sida e ITS.

Además, este vehículo se utiliza para desplazar al personal de la JS especializado en el VIH/Sida con el fin de aplicar “pruebas rápidas” en diferentes lugares de su comunidad. Estas actividades se realizan a través de una cita previa en universidades, con pacientes de los CS de los SSM, con población abierta de las cabeceras municipales quienes también convocan a sexoservidoras y a población de migrantes, personas que se atienden en clínicas públicas, asistenciales o privadas para rehabilitación por drogas y/o

alcohol, en los Ceresos, en empresas y fabricas privadas. El horario de atención es de 8 horas, de lunes a viernes.

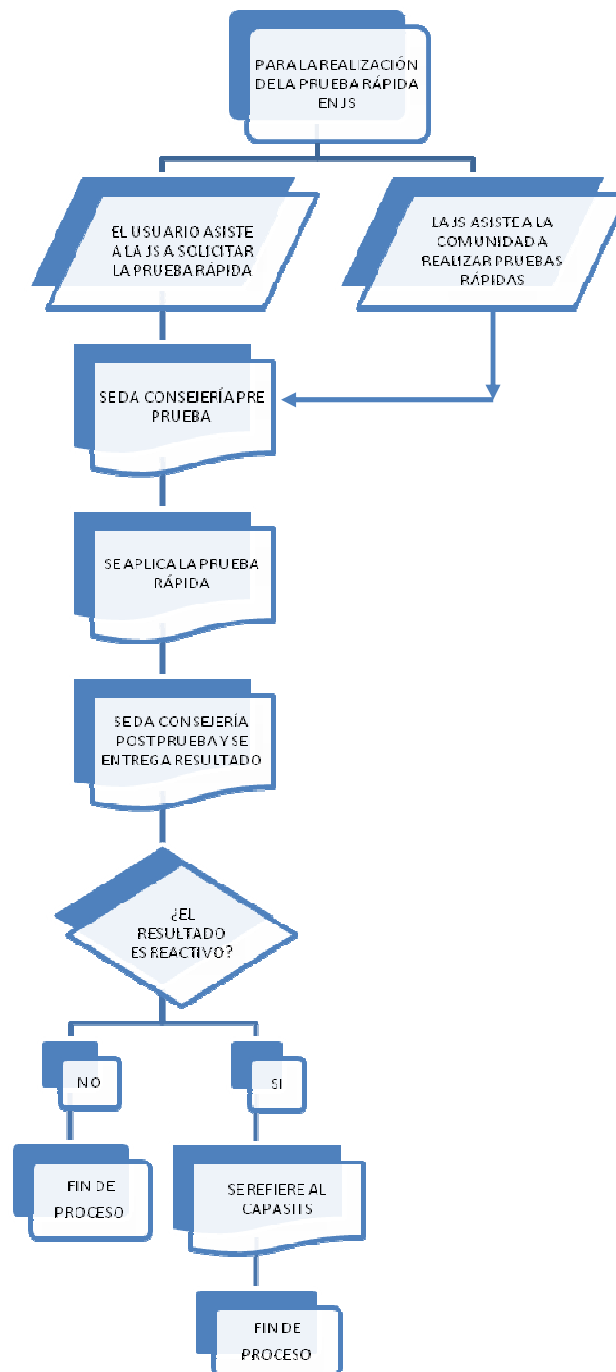
Para la aplicación de las “pruebas rápidas”, la enfermera de campo de la JS da una consejería pre-prueba, la cual puede ser individual o grupal. Esta actividad dura 20 minutos. A quienes acepten hacerse la prueba rápida se les entrega un número de turno y un consentimiento informado para firma, se les va nombrando y se les aplica una encuesta serológica ligada a nombre, se toma la muestra serológica para la prueba rápida, se da una consejería post-prueba y se entrega el resultado al paciente. El tiempo para realizar esta actividad dura 10 minutos, y en una jornada de trabajo se aplican hasta 40 “pruebas rápidas”. En varias ocasiones se observó que las enfermeras de campo recibieron ayuda de las brigadas epidemiológicas jurisdiccionales* y la productividad se elevó a 100 “pruebas rápidas” aplicadas por día (figura 11).

* Brigada epidemiológica jurisdiccional. Se refiere a un médico de campo, una enfermera de campo y un promotor de salud.



Figura 11

Proceso para realizar la prueba rápida de VIH/Sida en Jurisdicción Sanitaria.



Fuente: Gráfica de elaboración propia. Recopilación de la observación en campo. JS I, II y III. 20-28 de mayo 2010.

Como se puede observar en esta descripción, los CS, las JS y los Capasits son las instancias involucradas en la aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida en los

SSM y a pesar de tener la misma función, se organizan de manera diferente y sus prácticas son orientadas por valores diferentes a lo que establecen las consideraciones científicas. Así se destaca que en los CS las “pruebas rápidas” estén designadas exclusivamente para mujeres embarazadas y cuando otros usuarios requieren hacerse la prueba son referidos a otras instancias. Por su parte, en la JS se atiende a usuarios en sus oficinas sin haber sido diseñadas para este efecto; además, los requisitos que solicitan los Capasits para la aplicación de la prueba rápida son diferentes entre ellos.

Capítulo 3. Tipos de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en los SSM

El objetivo de este capítulo es describir el proceso de compra, así como las especificaciones técnicas para el uso adecuado de las “pruebas rápidas” utilizadas en los SSM, con la intención de conocer los parámetros técnicos para su manejo y buen uso y contar con parámetros de comparación para lo que sucede en los procesos de los servicios de salud de Morelos.

Existen diversos tipos de “pruebas rápidas” para la detección del VIH/Sida, los SSM adquirieron tres tipos diferentes de “pruebas rápidas”, cada una se valida a nivel nacional por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (INDRE).

En el año 2009, los SSM adquirieron 12 mil 300 “pruebas rápidas” de VIH/Sida, las cuales no estaban contempladas para su compra en el programa de compras consolidadas* programado desde el año 2008 y para consumo en el año 2009, sino que se ingresaron como compras urgentes† en el año 2009 con 3 mil “pruebas rápidas” por cada solicitud de abasto.

Para adquirir estas “pruebas rápidas”, la decisión se basa en tres consideraciones. La primera es que la sensibilidad y la especificidad sea alta (> del 99%); la segunda es que el precio sea bajo en comparación con otras pruebas; y por último, que la prueba tenga

* Compra consolidada es aquella que el monto de gasto rebasa los 500 mil pesos y su compra requiere de una licitación pública invitando a proveedores registrados en los SSM a concursar. El fallo para el ganador y el abasto puede tardar 10 meses.

† Las compras urgentes son aquellas que no están programadas en el presupuesto operativo anual del año en curso y el monto de gasto no rebasa los 500 mil pesos. El fallo para el ganador y el abasto puede tardar 2 meses.



un buen desempeño en campo, esto significa que el manejo sea sencillo, rápido y limpio.

El Programa Estatal de VIH/Sida/ITS, inició el año 2009 con un desabasto de “pruebas rápidas”; fueron llegando al almacén estatal de manera parcial y dosificada durante los meses subsecuentes.

Las primeras 500 pruebas se recibieron el 29 de abril de 2009 y más de la mitad se designó para iniciar el trabajo con poblaciones clave, el resto para los Capasits y un surtimiento de abasto urgente para el Hospital General de Cuernavaca y Jojutla; destacando que estas unidades operativas cuentan con su propio presupuesto para compra, sin embargo las áreas encargadas de la gestión de abasto no hicieron solicitud de compra para el año 2009 (Cuadro 3); la segunda dotación de 800 pruebas se recibió por donación de Censida el 24 de mayo y se utilizó en su totalidad para abordar a las poblaciones clave. Otras 3 mil 50 pruebas llegaron a finales de julio y se utilizaron para reabastecer a los Capasits, las JS, los CS y a los Hospitales Generales de Cuernavaca y de Jojutla. El 29 de julio de 2009 ingresaron 5 mil “pruebas rápidas” y el 21 de octubre se recibió la última compra del año, estas últimas “pruebas rápidas” ya no se distribuyeron y se guardaron en el Programa Estatal de VIH/Sida/ITS para iniciar el año 2010 con abasto; destaca que una vez más no se programó una compra consolidada de “pruebas rápidas” para el año 2010 (cuadro 3).



Cuadro 3
Periodicidad del abasto de “pruebas rápidas” por unidad

FECHA DE ABASTO	JURISDICCIÓN			HOSPITALES		CAPASITS		PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CENTINELA ESTATAL	SUB
	I	II	III	JOJUTLA	PARRES	CUERNAVCA	ANENECUILCO		TOTAL
21-oct-09	500	300	500	200	50	600	500	350	3000
29-jul-09	1000	1300	1300	500	50	500	350	0	5000
								PROY HSH	
16-jul-09	500	300	500	250	50	600	500	350	3050
24-may-09	125	100	125	100	50	100	100	100	800
29-abr-09	125	75	100	25	50	50	25	50	500
SUBTOTAL	1750	1775	2025	875	200	1250	975	500	9350

PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA VEC	1742	1655	1100					252*	4749
---------------------------------------	-------------	-------------	-------------	--	--	--	--	-------------	-------------

SUBTOTAL PRUEBAS DISTRIBUIDAS	9350
PENDIENTE PARA DISTRIBUIR	3000
TOTAL COMPRA ANUAL DE “PRUEBAS RÁPIDAS” EN EL 2009	12350

	“PRUEBAS RÁPIDAS” UTILIZADAS PARA LA VEC EN EL AÑO 2009
	“PRUEBAS RÁPIDAS” PENDIENTES PARA DISTRIBUCIÓN EN EL AÑO 2010
	TOTAL DE “PRUEBAS RÁPIDAS” ENTREGADAS PARA CONSUMO EN EL 2009

Fuente: Cuadro de elaboración propia. Recopilación de la observación en campo. JS I, II y III. 20-28 de mayo 2010.

*NOTA: El responsable estatal de la VEC, no estaba programado al inicio del periodo para aplicar “pruebas rápidas”; sin embargo, cuando alguna JS no podía atender alguna cita programada, ellos solicitaron apoyo al Programa Estatal de VIH/Sida/ITS y se aplicaron “pruebas rápidas” por parte del responsable estatal para no tener oportunidades perdidas de aplicación de “pruebas rápidas” con poblaciones clave.

Cabe señalar que las pruebas ofertadas en el mercado internacional aprobadas por el INDRE para uso en México son* : IMX System III Plus, Serodia, Enzygnost anti-HIV micro, VIDAS HIV Duo, Simplired Ab Test, Scan-Plus VIH, ImmunoComb HIV, Biokit, Vironostika anti-HIV Uni-form, Vironostoka HIV, Mixt, HIV-CHECK 1+2, Ortho Ab-Capture ELISA, Genelavia, Genelavia Mixt, Multispot, Genie II, DIA HIV, Genscreen HIV1/2 Ver.2, Surecheck HIV ½, Accutrack HIV-1 Confirmatory test, OraQuick Rapid HIV-1 Antibody test, OraQuick Advanced Rapid HIV1/2, Antibody test, HIV Ag/Ab Combo, Geenscreen HIV Ag-Ab Plus, GENIE II HIV1/HIV2 V2, Detect HIV V2, Abbott Axsym HIV ½ gO, UMELISA HIV 1+2 Recombinant, Uni-Gold HIV Test, First Response HIV Card Test 1-2-0, HIV 1/2/0 tri-line, Determine HIV1/2, Neogen VIH, Hexagon HIV, Advanced Quality Onestep Anti-HIV (1&2) Test (sangre completa), Advanced Quality TM, VIH ½ LAFON.

En el año 2009, la prueba que cumplió con las mejores características de operación en los SSM en primer lugar fue *Sure check ½*, con un precio unitario de 55.00 pesos; le sigue en ventajas la prueba *Uni-Gold™* con un precio unitario de 40.00 pesos y al final la prueba *OraQuick* con un precio unitario de 150.00 pesos.

* Secretaría de Salud México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Reactivos para la determinación de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), evaluados por el INDRE. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Agosto 2008.



3.1 Descripción de la prueba rápida *Sure check 1/2*

Según la ficha técnica de manejo del producto, es una prueba rápida *in vitro* para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 y Tipo 2 en sangre humana total. La prueba está diseñada para un uso seguro, eficaz y de fácil empleo.



Esta prueba no requiere una alta capacitación para su aplicación, ni aditamentos especiales. La prueba se basa en la técnica de inmunocromatografía. Si en la muestra están presentes anticuerpos específicos al VIH-1 y/o al VIH-2, éstos se fijarán en el sitio donde están colocados los antígenos virales, formándose un complejo antígeno-anticuerpo que se hará visible al agregar el conjugado de oro coloidal, la lectura es directa, no requiere de instrumental especial.

La Federación de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos de Norteamérica, refiere una sensibilidad del 99.8% y una especificidad del 99.9%, solamente para VIH tipo 1. El INDRE refiere una sensibilidad del 100% y una especificidad del 100%. El Laboratorio Clínico del Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México, le confiere

una sensibilidad del 99.41% y una especificidad del 99.89%*. Su precio durante el año 2009 fue de \$55 pesos 00/100 MN (\$5.00 dólares norteamericanos –USD-), lo que en comparación con la prueba Uni-Gold™ es un poco más cara; sin embargo, su fácil manejo operacional compensa el costo.

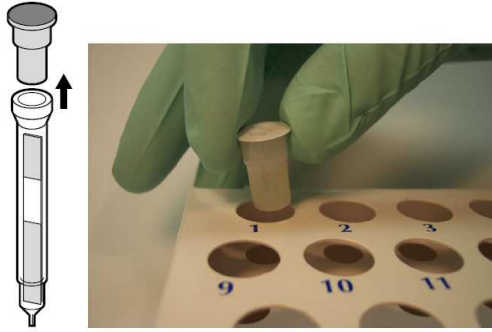
Cada caja contiene 25 pruebas, 25 lancetas, 25 tiras de apósito y una gradilla lo que facilita el manejo de la prueba y la manipulación de la muestra de sangre. El procedimiento para la realización de la prueba rápida consta de los siguientes pasos:

1. Abrir la bolsa contenedora de la prueba y retirar los componentes, retirar el buffer de la prueba y colocarlo en la gradilla.



* Chembio Diagnostic Systems. Referirse a : <http://www.chembio.com/humantest3.html> [15 mayo 2010]

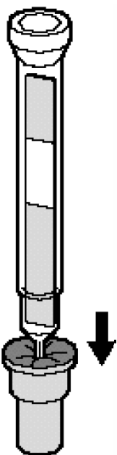




2. Puncionar el dedo y absorber una gota de sangre con la pipeta.

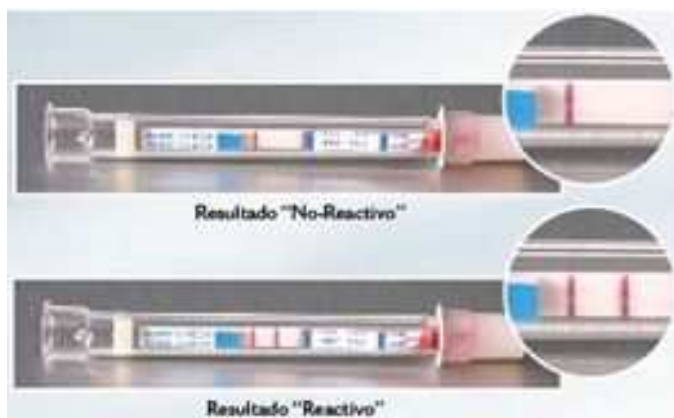


3. Colocar la pipeta dentro del buffer de solución absorbente.



4. Después de 15 minutos leer los resultados.

Un resultado no reactivo es cuando se ve una línea en cualquier tonalidad de rojo en el área de control de la tira reactiva. Un resultado reactivo, se refiere a ver dos líneas de cualquier tonalidad de rojo en el área de control de la tira reactiva, y un resultado inválido, es aquel en donde no aparecen líneas en el área de control, cuando esto sucede no se reportan los resultados, se vuelve al paso número uno utilizando una prueba rápida nueva.



3.2 Descripción de la prueba rápida *Uni-Gold™*

La prueba para VIH *Uni-Gold™* es un ensayo que emplea un sólo reactivo para detectar anticuerpos contra los tipos 1 y 2 del VIH en suero, plasma o sangre.



Esta prueba es un inmunoensayo rápido, en el cual se inmovilizan las proteínas recombinantes que representan las regiones inmuno dominantes de las proteínas de la envoltura de VIH-1 y VIH-2, las glicoproteínas gp41, gp120 (VIH-1) y la glicoproteína gp36 (VIH-2), en la región de ensayo de la tira de nitrocelulosa respectivamente. Estas proteínas también están ligadas a oro coloidal y quedan impregnadas debajo de la región de ensayo del dispositivo. También se sensibiliza una banda estrecha de la membrana de nitrocelulosa como región de control. Durante el ensayo, se aplican dos gotas de suero, plasma o sangre en el receptáculo para muestras, seguido de dos gotas de tampón de lavado y se deja que avance la reacción. Los anticuerpos de cualquier clase de inmunoglobulinas, específicos para las proteínas recombinantes VIH-1 o VIH-2, reaccionarán con los antígenos ligados al oro coloidal. El complejo de proteína del anticuerpo/oro coloidal se mueve cromatográficamente a lo largo de la membrana hasta las regiones de ensayo y control del dispositivo de ensayo. Una banda de color rosa/roja en la región de ensayo del dispositivo es indicativa de una reacción positiva. Se produce una reacción negativa en ausencia de los anticuerpos de inmunoglobulina humanos contra VIH en la muestra analizada. En consecuencia, no se desarrolla ninguna banda detectable visualmente en la región de ensayo del dispositivo. El exceso de conjugado

forma una segunda banda de color rosa/roja en la región de control del dispositivo. La aparición de esta banda es indicativa de un comportamiento apropiado de los reactivos en el *kit*.

Su precio para el año 2009 fue de \$40 pesos 00/100 MN (\$35.00 USD), lo que la sitúa en el lugar número dos de elección estatal no tanto por el precio sino por el manejo adicional de una pipeta para absorber y transportar la muestra serológica.

Cada caja contiene 20 “pruebas rápidas” las cuales en su tira contienen oro coloidal marcado con proteínas recombinantes de VIH como zona de ensayo y una línea de control; además, la caja contiene un frasco de reactivo de lavado de 2 ml, el cual es único para sangre, suero o plasma; finalmente, la caja contiene 20 pipetas desechables.

En relación a la conservación y estabilidad, esta prueba rápida y la solución de lavado se pueden almacenar a una temperatura de entre 2 y 27°C y ninguno de los componentes del kit debe utilizarse después de su fecha de vencimiento. Su efectividad ha sido evaluada por numerosas organizaciones, los resultados de dos de ellas se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4
Evaluaciones realizadas a la prueba

Evaluación efectuada por	Sensibilidad	Especificidad	NPV	PPV	Eficacia del ensayo
Centro Epidemiológico del Caribe* CAREC/OPS/OMS	100%	99.70%	99%	100%	99,40%
Evaluación de la OMS (Fase 1)** (Informe preliminar)	100%	100%	100%	100%	N/A

*471 sueros que incluyen 102 sueros VIH positivos y 369 sueros VIH negativos recolectados principalmente en clínicas prenatales. Junto con 100 muestras de plasma guardadas obtenidas de mujeres con VIH confirmado.

** Se evaluaron 250 muestras de sangre y se compararon con la prueba de referencia.

Fuente: Trinity Biotech PCL. Referirse a: http://www.trinitybiotech.com/data/Products/Insert/045-191%20ES_14%20May%20Approved%20Master.pdf [5 mayo 2010]

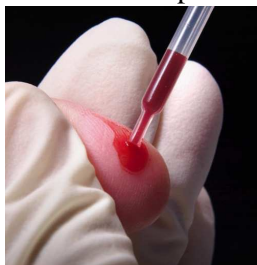


Para la realización de la prueba rápida, se deben seguir los siguientes pasos.

1. Retirar la prueba rápida del paquete y rotularla con el número de identificación del usuario.



2. Colectar el espécimen utilizando la pipeta.



3. Agregar 2 gotas (60µl) de espécimen en el pozo colector del dispositivo.

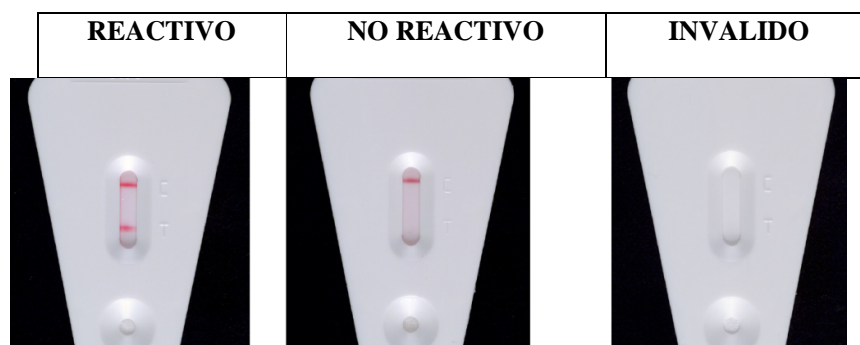


4. Agregar 2 gotas (60µl) de solución absorbente en el pozo colector del dispositivo y espere 10 minutos para leer los resultados.



5. Interpretar los resultados.

Un resultado reactivo se interpreta con dos líneas de cualquier tonalidad de rojo en la tira; un resultado no reactivo es aquel con una línea en el área de control y en un resultado inválido no aparecen líneas, esto a causa de una mala técnica de procesamiento o porque la prueba esta caducada o defectuosa, en este caso no se reportan los resultados inválidos, se repite el paso 1 con una prueba nueva.



3.3 Descripción de la Prueba rápida *OraQuick*

Es una prueba rápida de detección de anticuerpos VIH-1/2 de un sólo uso, de inmuno ensayo cualitativo, para detectar anticuerpos específicos de virus tipo 1 y 2 (VIH-1/2) del VIH en fluido oral, en sangre por punción venosa o perforación sanguínea del dedo y en plasma.

Esta prueba asegura resultados completos en 20 minutos, con una sensibilidad en fluido oral del 99.3%, en sangre del 99.6% y en plasma del 99.6% y una especificidad en fluido oral de 99.8%, en sangre del 100% y el plasma del 99.9%*.



La prueba viene en presentación individual dentro de una bolsa sellada herméticamente, dentro de la cual está incluida la prueba y un frasco de solución reveladora, por separado el proveedor proporciona una gradilla y un recolector de sangre (Figura 12).

Figura 12
Presentación de la prueba



En cuanto al manejo operacional, esta prueba es versátil al utilizar células salivales además de sangre y plasma y a partir de ahí dar un resultado. Para el caso de la muestra

* Fuente: Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

salival, se hace un raspado de encía superior e inferior y se coloca la paleta dentro de una solución reveladora, siendo esta aplicación la más utilizada por el personal de salud para entregar resultados (Figura 13).

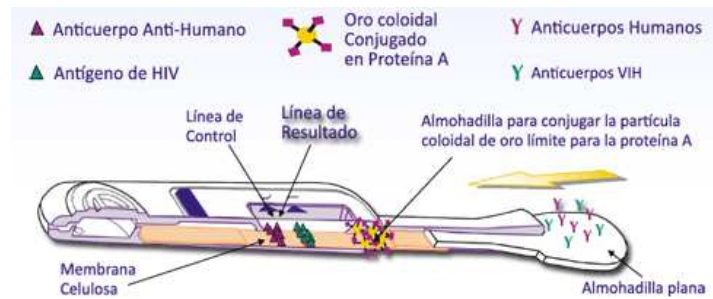
Figura 13
Forma de uso de la prueba rápida



Fuente: Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

El funcionamiento de la prueba inicia al colocar la muestra de un espécimen en la almohadilla plana del dispositivo siendo absorbida y transferida a la membrana celulosa. Los anticuerpos humanos y anticuerpos de VIH, si están presentes, retienen las partículas coloidales de oro (Figura 14).

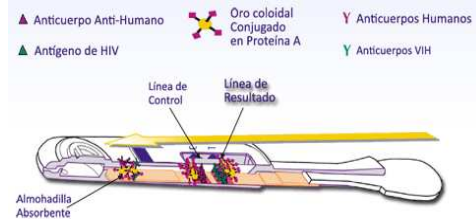
Figura 14
Funcionamiento de la prueba rápida



Fuente: Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

Las partículas de oro coloidal que contienen los anticuerpos de VIH se ligan al antígeno de HIV “T” formando una línea roja visible. Las partículas de oro coloidales que contienen los anticuerpos Humanos se ligan a los Anticuerpos Anti-humanos “C” formando una línea roja visible. Los remanentes de partículas de oro coloidal son capturados y retenidos en la almohadilla absorbente (Figura 15).

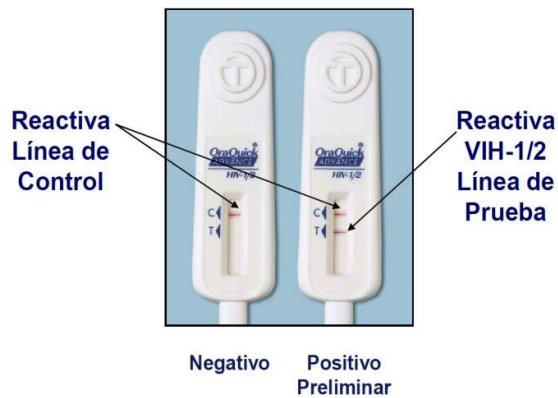
Figura 15.
Forma en cómo reaccionan las partículas



Fuente: Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

Para la lectura de los resultados, una línea reactiva de color rojo indica que la prueba es no reactiva y dos líneas de color rojo indican que la prueba es reactiva o positivo preliminar para VIH 1/2 (Figura 16).

Figura 16
Lectura de resultados



Fuente: Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

El precio de esta prueba es de \$150 pesos00/100 MN (\$14.00 USD), siendo ésta la prueba más cara de las anteriormente descritas.

En cuanto al manejo operacional, esta prueba es la mejor en comparación con cualquiera de las pruebas descritas es este capítulo, ya que cuenta con la ventaja de no puncionar al paciente al utilizar muestras de saliva.

En resumen, al comparar el precio, la efectividad y la eficacia de las pruebas utilizadas por los SSM, en primer lugar se considera más útil a *Sure check 1/2*, al cubrir la mayoría de los requisitos requeridos para dar un servicio completo, confiable y a un costo bajo.

En segundo lugar se coloca a *Uni-Gold™* y en tercer lugar a *OraQuick*.

Capítulo 4. La aplicación de pruebas en el 2009: observación documental y entrevistas a usuarios

En este capítulo se muestran los resultados que los SSM obtuvieron en la aplicación de las “pruebas rápidas” para las poblaciones clave; asimismo, se reconstruye el camino de la búsqueda de atención de las poblaciones clave para acceder a la prueba rápida de VIH/Sida, se describen además, las barreras de acceso y las necesidades específicas manifestadas por ellas y ellos durante este proceso.

En el año 2009, se planeó atender a 25 poblaciones clave de las cuales se logró abordar a 21 de ellas (cuadro 5). La meta que se programó fue la aplicación de 3 mil 996 “pruebas rápidas” de detección del VIH. En ese año se logró la aplicación de 4 mil 749 pruebas. Como se puede observar, la meta se rebasó. Sin embargo, un análisis más cuidadoso de estas cifras, al clasificarse por el tipo de población a la que se le realizó la prueba, revela que el resultado no fue el esperado: no se atendió al 100% a las poblaciones clave programadas en el periodo ya que la mayoría de las pruebas se concentró en heterosexuales con múltiples parejas sexuales, en trabajadores sexuales y en reclusos. Estas poblaciones clave tienen como característica principal que son grupos que cuentan con un acceso fácil a los servicios de salud, ya que empatan con el horario matutino que rige a los CS, o bien son grupos cautivos, ubicados en ciertos espacios, que no implican pesquisas por parte de los servicios de salud.



Cuadro 5
Reporte final de actividades en poblaciones clave
Concentrado enero-diciembre 2009

POBLACIÓN CLAVE	“PRUEBAS RÁPIDAS” APLICADAS	PRUEBAS REACTIVAS O INCIDENCIA	FALSO REACTIVO	CONFIRMACIÓN CON ELISA Y WESTERN BLOT	PREVALENCIA DETECTADA	LUGAR DE IMPORTANCIA POR PREVALENCIA
Hombre bisexual	9	1		1	11.1	1
Hombres sexo con hombres	38	3		3	7.8	2
Hombres TSC	26	1		1	3.8	3
Hombres migrantes	48	1		1	2.0	4
Hombres usuarios de otras drogas	118	2		2	1.6	5
Hombres heterosexuales con múltiples parejas sexuales	567	4	2*	2	0.3	6
Hombres en reclusión	679	1		1	0.1	7
Mujeres heterosexuales con múltiples parejas sexuales	997	2	2*	0	0	
Mujeres TSC	553	0		0	0	
Mujeres jóvenes	350	0		0	0	
Mujeres en reclusión	329	0		0	0	
Hombres jóvenes	301	0		0	0	
Mujeres migrantes	50	0		0	0	
Mujeres con tuberculosis	23	0		0	0	
Mujeres usuarias de otras drogas	20	0		0	0	
Hombres con tuberculosis	19	0		0	0	
UDIS Hombres	12	0		0	0	
Mujer en violencia sexual	3	0		0	0	
UDIS Mujeres	2	0		0	0	
Mujer bisexual	1	0		0	0	
Niña en condición de calle	1	0		0	0	
Hombre en violencia sexual	0	0		0	0	
Indígena mujer	0	0		0	0	
Indígena hombre	0	0		0	0	
Niño en condición de calle	0	0		0	0	
TOTAL	4749	15	4	11		

FUENTE: SSM. Reporte preliminar de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.

4 falsos reactivos detectados. A estos pacientes se les confirmó su condición negativa con prueba *Western Blot* y se les dio seguimiento epidemiológico mediante tres citas cada 3 meses en el Capasits Cuernavaca. NOTA: Los falsos reactivos detectados corresponden a una falla humana en el manejo de la prueba *Uni-Gold™* por una persona con poco entrenamiento en el manejo técnico y lectura de resultados de la misma.

La definición de **Incidencia** puede ser esencialmente definida como el número de nuevos casos de enfermedad que se presentan en una situación más o menos específica en un determinado período de tiempo, su expresión es numérica. La definición de **Prevalencia**, hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular, su expresión es porcentual.



De las poblaciones claves programadas por los SSM, cuatro de ellas no fueron abordadas en todo el año. Estas poblaciones están clasificadas como hombres que sufren o realizan violencia sexual, mujeres y hombres indígenas y niños en condición de calle. La falta de utilización de las “pruebas rápidas” por estos grupos refleja dos fenómenos. Por un lado, significa que las estrategias de alcance programadas por los SSM no funcionaron en estos grupos; por otro, el origen de esta programación la recomendó el Censida en una reunión nacional de coordinadores de VIH/Sida/ITS realizada en el mes de abril en Acapulco Guerrero, solicitando a todos los responsables estatales a buscar y programar intervenciones con estos grupos y dado que se trata de un mandato externo, no es parte de las necesidades del estado de Morelos. Por ejemplo dentro del Capasits, en el trabajo de campo, se ubicó a un grupo denominado población “LGTTTB”, esta población incluye a las lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgénero y bisexuales. Sin embargo estos grupos están excluidos de las directrices de los servicios de salud estatal y nacional. Asimismo, dentro del grupo de las mujeres TSC, algunas de ellas son trabajadoras informales, esto quiere decir que no necesariamente se definen como TSC, sino como meseras, cigarreras, ficheras. Ello indica la necesidad de adecuar estas metas a las condiciones específicas de Morelos.

Aunque tradicionalmente en México, los hombres que tienen sexo con otros hombres han sido los que presentan una mayor prevalencia sobre otras poblaciones clave, sin embargo, para el periodo 2009, los SSM detectaron, a través de las pruebas “pruebas rápidas” aplicadas en campo, que el grupo con mayor prevalencia fue el clasificado como hombre bisexual; el caso fue detectado en una clínica de rehabilitación de drogas por parte del personal jurisdiccional.

Los datos sobre aplicación de pruebas, a falta de otros registros, serían para nosotros el indicador de utilización de estas pruebas por los grupos. Como sabemos la utilización * a su vez nos señala barreras en el acceso que son condiciones de inequidad[†], dado que no se están brindando los insumos a quien lo requiere.

Si comparamos los resultados de aplicación de las “pruebas rápidas” con las cifras de prevalencia ajustadas encontradas en el 2009 (cuadro 6) podríamos señalar que las poblaciones clave que más necesitan la aplicación de pruebas en el estado de Morelos son los hombres bisexuales al registrar una prevalencia del 11.1%. Le siguen los hombres que tienen sexo con otros hombres (7.8%), a continuación los hombres trabajadores sexuales (3.8%); los hombres migrantes (2.0%) y hombres usuarios de otras drogas (1.6%). En sexto lugar se colocan los hombres heterosexuales con múltiples parejas (0.3%) y los hombres privados de la libertad (0.1%)³⁷ (Cuadro 6).

* Al medir la utilización de los servicios, se está estudiando la accesibilidad a los mismos, esto es, los motivos por los cuales una persona solicita una consulta médica o una atención en salud van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo. Por ejemplo, en una localidad, una pequeña parte de las personas con síntomas de alguna enfermedad consultan a un médico y a este fenómeno se le ha denominado “fenómeno del iceberg de la enfermedad”; también se sabe que no todos los problemas de salud que tiene una persona son informados al médico en el momento de la consulta; por otro lado, existe el gran utilizador responsable por el uso de una gran proporción de las consultas ofrecidas a la población y que, en algunas ocasiones, utiliza los servicios de salud sin que tenga, desde el punto de vista médico, una justificativa clara. Estos ejemplos son los extremos que pueden ser observados en los padrones de utilización y que son determinados por la necesidad sentida en salud y por otras características. Fuente: Mendoza-Sassi Raúl, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001

† La Sociedad Internacional de Equidad en Salud, en su reunión inaugural celebrada en La Habana, Cuba en junio del año 2000, adoptó la siguiente definición: equidad en Salud es la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediadas en uno o en más aspectos de salud en poblaciones o subgrupos poblacionales socialmente, demográficamente, o geográficamente definidos. (A la inversa, la inequidad en salud es la presencia de tales diferencias.) Fuente: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 1, February 2006. p.12-13

Censida estimó la prevalencia en los hombres trabajadores sexuales, a nivel nacional en el año 2009, en 15%. Le siguieron los hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas³⁸ (cuadro 6). Las cifras difieren en el caso de los tres primeros grupos clave, de los cuales hay registro oficial, sin embargo el orden es el mismo que lo encontrado en el estado de Morelos.

Cuadro 6
Prevalencia detectada a nivel nacional por Censida y la detectada en los Servicios de Salud de Morelos

República Mexicana, 2009*			1. Estado de Morelos, 2009†		
Poblaciones clave	Prevalencia nacional	Utilización nacional de “pruebas rápidas”	Poblaciones clave	Prevalencia estatal	Utilización estatal de “pruebas rápidas”
Trabajadores Sexuales	15%	NOTA: Censida cuenta con el dato de cuantas pruebas se han utilizado por población clave; sin embargo, no han publicado este dato de manera oficial a nivel nacional	Bisexual hombre	11.1%	9
Hombres que tienen sexo con hombres	11%		Hombres que tienen sexo con hombres	7.8%	38
UDI	5%		Trabajadores sexuales	3.8%	26
Trabajadoras sexuales	Sin dato		Migrantes hombres	2.0%	48
Mujeres heterosexuales	Sin dato		Usuarios de otras drogas hombres	1.6%	118
			Heterosexuales con múltiples parejas sexuales Hombre	0.3%	567
		Personas privadas de la libertad hombres	0.1%	679	

De las 9 mil 350 “pruebas rápidas” reportadas como utilizadas en el año 2009 por los SSM, 4 mil 749 fueron utilizadas con poblaciones clave, 1 mil con mujeres

* Fuente: Censida. VIH/Sida en México. Censida. 2009.

† Fuente: Servicios de Salud de Morelos. Reporte preliminar de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.

embarazadas y el resto dentro de los Capasits de Cuernavaca y Anenecuilco con personas que solicitaron la prueba rápida en esas unidades y que no fueron clasificadas en ningún grupo ya que en los Capasits no utilizan el formato de encuesta centinela, solo reportan el consumo de la prueba rápida en el Sistema de Información en Salud (SIS).

Así, para explorar algunos de los factores que influyen en esta distribución de utilización y aplicación de las pruebas en las poblaciones clave, en este trabajo se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas* a usuarios de los servicios.

Las entrevistas se llevaron a cabo el 25 y 27 de mayo del 2010 de las 07:00 AM a las 4:00 PM. Se seleccionaron a pacientes diagnosticados con VIH/Sida, atendidos en alguno de los Capasits y que su fecha de diagnóstico hubiese sido en el año 2009. Las preguntas de estas entrevistas se guiaron por los temas siguientes: discusión para hacerse la prueba, búsqueda de la prueba, trato del personal, agilidad en la atención e impresión de la experiencia vivida en la atención.

En el Capasits Cuernavaca se invitó a participar en el estudio a 24 pacientes citados previamente para atención clínica. Las poblaciones clave a las que pertenecen los pacientes seleccionados son: mujer en trabajo sexual, hombre en trabajo sexual, hombre que tiene sexo con otros hombres, hombre bisexual, hombre migrante, hombre heterosexual, mujer heterosexual, hombres en reclusión, travestis y transexuales. La

* En la entrevista semiestructurada las preguntas están definidas previamente en un guión de entrevista pero la secuencia, así como su formulación pueden variar en función de cada sujeto entrevistado. Es decir, el investigador realiza una serie de preguntas generalmente abiertas al principio de la entrevista que definen el área a investigar, pero tiene libertad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas. Fuente: Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas: La entrevista. Nure Investigación, No. 33 Mar-Abr. 2008.

pertenencia a estos grupos se logró conocer a partir de una autodefinición manifestada por ellos por escrito y de manera individual en el momento de la presentación para la entrevista.

El abordaje consistió en reunirlos en la sala de espera y, posterior a una presentación con ellos como alumno de Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, pedirles su apoyo y consentimiento verbal para hacerles unas preguntas en privado, para reconstruir la ruta de cómo fue que se les ofertó, o ellos buscaron la prueba rápida para VIH/Sida. Aceptaron a participar en las entrevistas 11 personas incluidas en diferentes poblaciones clave, tal como se muestra en el cuadro 7.

Cuadro 7
Características socio demográficas de los entrevistados
Capasits Cuernavaca. 2010

Población clave	Escolaridad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Entrevistas realizadas
TSC mujer	Primaria	Morelos	Unión libre	2
TSC hombre	Preparatoria	Guerrero	Soltero	1
HSH	2 pacientes tienen Secundaria	1 nació en el Distrito Federal	Dos pacientes son solteros	4
	2 pacientes tienen Preparatoria	3 nacieron en Morelos	Dos pacientes en Unión libre	
Bisexual hombre	Secundaria	Morelos	Soltero	1
Migrante hombre	Primaria	Guerrero	Casado	1
Hombre heterosexual	Secundaria	Morelos	Casado	1
Mujer heterosexual	Secundaria	Morelos	Casada	1
Total				11

Fuente: Cuadro de elaboración propia. Recopilación de la entrevista semiestructurada. Capasits Cuernavaca. 25-27 de mayo 2010.

Con este grupo se logró la comprensión de los procesos buscada, llegando al punto de saturación teórica*.

A los informantes de los grupos de población clave que participaron en las entrevistas se les explicó el fin académico de la actividad, aclarándoles la confidencialidad de la información para cumplir con el proceso del consentimiento informado[†]. El

* “Respecto al tamaño de la muestra no hay criterios ni reglas firmemente establecidas, determinándose en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante”. Fuente: Salamanca-Castro A., Crespo-Blanco C., El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación, No. 27, pp. 1-4, Mar-Abr. 2007.

[†] Una definición de consentimiento informado sería “[...] un contrato médico-jurídico en el que mediante un proceso de información-comunicación, el sujeto recibe la información integral de su problema y, por su autonomía, lo acepta o lo rechaza, sin vicios de consentimiento para su validación y tomando en cuenta el riesgo-beneficio”. Fuente: Larracilla-Alegre J. Investigación y ética en pediatría. Consideraciones



consentimiento informado fue explicado de manera verbal y la autorización por parte del informante se grabó en audio y se firmó por escrito; posteriormente se iniciaron las entrevistas, las cuales fueron grabadas en audio para no limitar o detener la fluidez de la conversación.

4.1 Reconstrucción del proceso de la aplicación de prueba rápida

La observación en campo y las entrevistas a los usuarios del Capasits nos permitieron reconstruir el proceso de búsqueda para la aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida.

La primera vía detectada de acceso a las “pruebas rápidas” fueron las de los pacientes asintomáticos. Generalmente este proceso inicia cuando una persona se interesa por conocer su estado de salud pues sabe de la posibilidad de ser una persona portadora del VIH pero no manifiesta ningún tipo de enfermedad: “yo me estoy jubilando, no tengo nada, no siento nada, pero me quiero hacer la prueba de VIH/Sida” (11HGAYCUEMEX). Los pacientes entonces buscan aplicarse la prueba por diferentes motivaciones: deseo personal, como requisito para entrar a un proyecto de

generales. Cirugía y cirujanos. Academia Mexicana de Pediatría. Volumen 71, No. 5, sep-oct 2003. p. 405.

Por su parte, la Ley General de Salud señala que se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Fuente: Ley General de Salud México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud. Disposiciones generales. Artículo 20. Porrúa; 1998. pp.445-458.

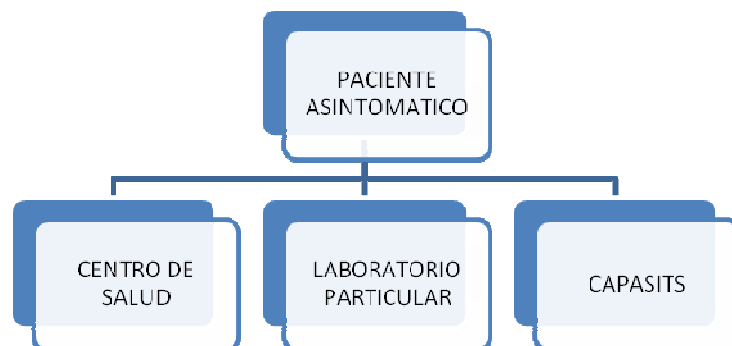
Para Figueroa, el consentimiento informado es un proceso de intercambio de saberes, que tiene significados distintos para las personas de acuerdo a sus posibilidades de opción “consentir es una toma de posición ante algo que se escoge y no la aceptación de una práctica de manera obligada o coaccionada, por no existir otras opciones. Es decir, si no existe la posibilidad real de haber disentido, el consentimiento informado, deja de ser tal”. Figueroa-Perea JG. El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. Perinatol Reprod Hum. Vol. 13, No. 1, ene-mar 1999. pp. 32-43



investigación, al tener un inicio de vida sexual activa o que alguna pareja actual o previa haya fallecido por VIH. También se detectó que la prueba de VIH forma parte de los requisitos laborales, como es el caso de las personas en circuitos de sexo comercial, dado que los regidores de salud municipal solicitan una “tarjeta sanitaria de salud” para practicarlos, dentro de bares o en la vía pública: “tenía pensado entrar a trabajar en un bar, y ahí, sabe que hacen estudios antes de entrar” (01MTSCCUEMEX).

Para hacerse por primera vez la prueba rápida de VIH/Sida, se detectaron dos momentos diferentes: uno en donde el paciente está asintomático y otro en el cual ya presenta signos y/o síntomas de enfermedad. En el primer caso, los lugares que los pacientes buscaron para hacerse la prueba de manera voluntaria fueron: en cinco casos en laboratorios particulares; y otros dos casos en el Capasits –uno de ellos ingresó directamente al Capasits y otro fue referido por un centro de salud de los SSM- (figura 17).

Figura 17
Búsqueda de la prueba rápida cuando el paciente es asintomático



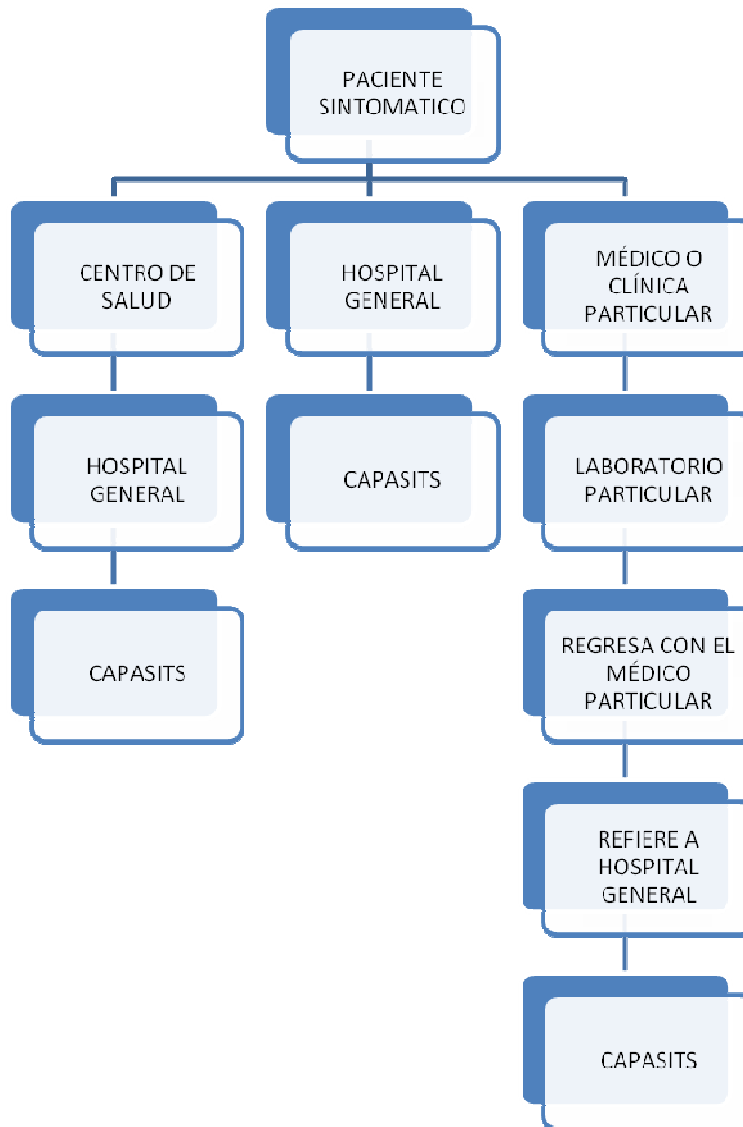
Fuente: Cuadro de elaboración propia. Recopilación de la entrevista semiestructurada. Capasits Cuernavaca. 30 Mayo 2010.

En el segundo caso en el que el paciente presentó signos y/o síntomas de alguna enfermedad oportunista, en 5 casos, fueron diagnosticados en hospitales generales por manejo y seguimiento clínico del médico tratante; es así que, el paciente puede estar sintomático y acudir a realizarse una prueba para comprobar o descartar la infección por VIH como la causa de sus afecciones: “me empecé a poner enfermo, me costaba trabajo respirar, tenía mucha tos y fui al hospital” (07HHETCUE). Para estos pacientes, la ruta de acceso a la prueba rápida partió de diferentes lugares, algunos asistieron con médicos o clínicas particulares, a centros de salud e incluso a hospitales generales para atender problemas de salud urgentes (figura 18).

Generalmente, los pacientes que asistieron con médicos y clínicas particulares fueron referidos a laboratorios de análisis clínicos particulares para la aplicación de la prueba rápida de VIH/Sida (figura 18).

Otra vía es a través de los centros de salud de los SSM que captan a personas con un grave deterioro de su sistema inmunológico y las refieren al Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres”. Allí los pacientes fueron atendidos de sus afecciones y se les realizó la prueba rápida de VIH/Sida; una vez diagnosticados y cuando el paciente fue dado de alta, se le refirió al Capasits para darle seguimiento específico (figura 18).

Figura 18
Búsqueda de la prueba rápida cuando el paciente es sintomático



Fuente: Cuadro de elaboración propia. Recopilación de la entrevista semiestructurada. Capasits Cuernavaca. 30 Mayo 2010.

4.2 Barreras de acceso para acceder a la prueba rápida

La exploración mostró cuatro tipos de barreras de acceso para la aplicación de las “pruebas rápidas”. La primera es el desconocimiento del personal de salud, tanto de centros de salud de los SSM como de clínicas particulares, de la existencia de los Capasits como los lugares para referir pacientes que solicitan la prueba: “Fui al centro de salud de Leyva, de ahí me enviaron al hospital y después el médico del hospital se tuvo que ir y me envió con la doctora del Capasits” (12HGAYCUEMEX).

La segunda barrera se caracteriza porque los médicos no realizan una historia clínica y una exploración física completa a los pacientes, los cuales son diagnosticados erróneamente tomando como referencia signos y síntomas superficiales:

“[...] fui con un Dr. Símil porque tenía unos puntitos en la boca, me vio y me dijo: es Candidiasis, y me hizo un tratamiento que duró casi un año y se quitaron muchos de los puntitos, pero quedo un poquito y regresé con el doctor y me dice: mejor le sugiero una prueba de VIH. Es así como fui a salubridad para hacerme la prueba.” (11HGAYCUEMEX).

Otro ejemplo de esta barrera es la que describió este paciente:

“Empecé a tener problemas del estomago, fui a ver a un doctor particular y me puso a dieta, después fui a ver a otro, me dio tratamiento y también me puso a dieta, la cosa es que vi como a 10 y todos me ponían a dieta, hasta que fui a ver a un especialista particular y me dice, le voy a hacer unos estudios, para mí que a lo mejor va a tener el VIH” (06HMIGHETCUEMEX).

La negación del servicio por parte del personal de salud de los SSM para realizar la prueba rápida a los usuarios que la solicitan, aún teniendo las “pruebas rápidas” disponibles fue referida de la manera siguiente:

“Fui al centro de salud de Jiutepec y tenía la inquietud de saber cómo estaba de la sangre para el VIH, hablé con una enfermera y le explique mi deseo de

querer hacerme la prueba, ella me preguntó que si estaba enfermo, le respondí que no, entonces me dijo que tenía pruebas pero que estaban reservadas para unas embarazadas, me pidió que fuera al laboratorio estatal que se encuentra en Tejalpa y pedir informes” (11HGAYCUEMEX).

En ese mismo orden, otra barrera es el largo tiempo de espera para entregar resultado de la prueba rápida por parte del personal de salud, el cual llegó a ser de hasta 20 días.

“Yo trabajaba en un bar, fueron unas enfermeras de la Jurisdicción de Cuernavaca junto con gente del municipio, solicitaron voluntarios y me tomaron la prueba rápida, tomaron mis datos personales, como llevaban prisa se llevaron la prueba y dijeron que regresarían al otro día y pasaron varios días, incluso yo pregunte que en donde se podían localizar y nadie supo, regresaron 20 días después y directamente preguntaron por mí, entregándome el resultado positivo” (12HGAYCUEMEX).

4.3 Necesidades específicas manifestadas por los pacientes

Una de las necesidades manifestadas por los pacientes que asistieron a los laboratorios privados a realizarse la prueba rápida es que desean más información específica sobre la prueba rápida, la explicación de lo que significa cada resultado y saber si se van a morir pronto o no.

“Cuando me dieron el resultado en el laboratorio yo no entendía nada, solo me entregaron un sobre cerrado y cuando salí abrí el sobre y decía positivo, pero en ese momento no sabía si era bueno o malo ese resultado, supuse que tenía VIH por la cara que puso la persona cuando me entregó el sobre pero no sabía cuánto tiempo me quedaba de vida, pensé que me iba a morir muy pronto (01MTSCCUEMEX).

La exploración cualitativa también señaló que los pacientes ubican las barreras geográficas como parte de su imposibilidad para acceder al Capasits, el cual está alejado de su domicilio y se pierde mucho tiempo del día para asistir a una consulta:

“Yo vivo en un pueblito, me cuesta mucho trabajo llegar a mi cita en el Capasits, tanto por la distancia como por mi salud, tengo que transbordar camiones y como ahorita no trabajo pues el gasto para mi es fuerte, incluso ha habido ocasiones en las que he perdido mis citas, porque no puedo llegar a tiempo; considero que es necesario tener otras clínicas como el Capasits más cerca porque en el centro de salud de mi localidad no tienen los medicamentos que necesito (12HGAYCUEMEX).

Por otro lado, un paciente refiere la ampliación de los horarios de atención y cobertura del Capasits como una necesidad. Esta persona se enfermó en viernes, fue al hospital general y lo refirieron al Capasits para aplicarle la prueba rápida de VIH/Sida, el cual ya había cerrado; tuvo que esperar hasta el lunes para ser atendido:

“Tuve un problema intestinal, me enfermé un día viernes, fui al Hospital Parres, me tuvieron en observación, unas horas después me sentí mejor y me dieron de alta, entonces yo les dije que quería hacerme la prueba de VIH, porque desde hace tiempo ya tenía la intención de hacérmela, entonces el doctor me dijo que fuera al Capasits Cuernavaca, fui ese mismo día, eran como a las 5 PM pero ya habían cerrado, regrese el sábado y no estaba abierto, regresé hasta el lunes siguiente y pude entrar, pero los horarios de atención del Capasits son cortos y se me hizo raro que el hospital está abierto todos los días y el Capasits no, entonces porque no recorren los horarios para que personas como yo nos atiendan (10HGAYCUEMEX).

Conclusiones

Respecto al marco normativo, los resultados muestran la existencia de leyes y reglamentos internacionales y nacionales que han sido adecuados y son utilizados por los SSM con las poblaciones clave que se atienden. En este estado, la aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida para las poblaciones clave se realiza efectivamente en las jurisdicciones sanitarias y en los Capasits, lo que permite tener dos vías de acceso para ofertar y acceder a las pruebas. En los centros de salud, éstas también se ofertan, pero sólo a mujeres embarazadas, lo que restringe las oportunidades de acceso de los grupos considerados clave en la transmisión y control del VIH. Sin embargo, la diferencia de procesos organizativos para la aplicación y la referencia de los usuarios solicitantes se convierten en la principal barrera de acceso y utilización de las “pruebas rápidas”. Esta falta de estandarización en los procesos indica la inexistencia de lineamientos de supervisión continua y la escasa supervisión programada anual, tanto por parte del nivel nacional hacia el nivel estatal y del sector estatal a los Capasits y a las jurisdicciones sanitarias.

Este hecho se refuerza al no tener integrados en el organigrama general de los SSM a los Capasits y a los centros de salud, situación que permite tener omisiones y/o retrasos en cuanto a la gestión de recursos económicos, abasto de material de curación, consumibles, medicamentos, y por supuesto, la compra de las “pruebas rápidas” para VIH/Sida; asimismo, al comparar el modelo nacional del organigrama del Capasits con el modelo real de los SSM, la plantilla de personal está incompleta al no contar con un director, con una secretaria y tampoco con un apoyo administrativo como lo plantea la normatividad. Estas funciones son cubiertas por el médico que brinda atención al

paciente; asimismo, no se cuenta con un responsable de farmacia, esta función la hace la enfermera, situación que desgasta al personal encargado de estas actividades.

Con relación a la infraestructura, cabe señalar que el parque vehicular sólo se concentra en las jurisdicciones sanitarias, los dos Capasits no cuentan con vehículos oficiales de apoyo; en su lugar, el personal utiliza transporte público o su propio automóvil para salir a sus actividades de trabajo. Esta situación retrasa los tiempos y movimientos en las actividades programadas en la comunidad, además implica un riesgo sanitario al transportar de regreso los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) para su desecho.

Respecto a los procesos observados por los centros de salud, las jurisdicciones sanitarias y los Capasits, instancias involucradas en la aplicación de las “pruebas rápidas” de VIH/Sida en los SSM, destaca que en los centros de salud las “pruebas rápidas” son asignadas sólo a mujeres embarazadas; cuando otros usuarios solicitan la realización de la prueba los refieren a otras instancias. Por su parte, las jurisdicciones sanitarias atienden a usuarios en sus oficinas sin haber sido diseñadas para este efecto. Entre los Capasits los procesos de trabajo son diferentes. Por su parte, los horarios de atención en las tres instancias no incluyen el horario nocturno de atención para las poblaciones clave con actividad nocturna, lo cual permite tener oportunidades perdidas de atención. Esta heterogeneidad se convierte en la barrera más fuerte de acceso para la utilización de las “pruebas rápidas”.

Con relación a la forma como se abordan a las poblaciones consideradas clave, encontramos que en el Capasits Cuernavaca, el personal aplica filtros innecesario a los

usuarios; asimismo, este personal no sale fuera de su unidad a ofertar las “pruebas rápidas” en campo, dedicándose a su actividad intramuros. Por su parte, en las jurisdicciones sanitarias se observó que la oferta de “pruebas rápidas” se hace a las poblaciones que lo demanden y no necesariamente a las poblaciones que lo ameriten.

La búsqueda y atención de las diferentes poblaciones clave es importante para crear un marco heterogéneo de muestra y así contar con cálculos de prevalencia por tipo de población clave con el fin de llevar a cabo una gestión administrativa organizada, racional que permita el abordaje de las poblaciones clave, evitando con ello su atención sólo de manera esporádica o porque el síndrome ya se ha desarrollado. Esta organización implica tener listo con tiempo al personal, material y vehículos para lograr un impacto positivo en los resultados de campo deseados. La exploración también indica la necesidad de incluir como población clave al grupo denominado LGTTTB y a las trabajadoras sexuales informales.

El análisis de las entrevistas semiestructuradas permite observar una diferencia en cuanto a las formas de acceso a las “pruebas rápidas”: las diferentes instancias de salud, y el personal que labora en éstas, no tienen claro los procesos de atención y, por el otro lado, da la impresión que no desean aclararlos al observar desconocimiento en las normas de atención, atención clínica deficiente, negación del personal para atender a los usuarios que solicitaron hacerse la prueba rápida de VIH/Sida y finalmente el tiempo de espera prolongado, lo cual entre otras cosas, provoca que el usuario se desmotive y no regrese o lo haga más enfermo, con complicaciones y tal vez con la responsabilidad de haber infectado a más personas, debido a procesos organizativos irracionales.

Limitantes

El análisis de la utilización de las “pruebas rápidas” por grupo clave tienen validez interna porque ha sido un proceso controlado entre el manejo de la prueba, la identificación de las poblaciones clave en las que se ha aplicado la prueba y el resultado obtenido. No tiene validez externa, porque la información no precede de una muestra representativa de las poblaciones clave del estado de Morelos.

Una limitación del trabajo es que los resultados no son generalizables al grueso de la población de Morelos; sin embargo, los resultados son válidos para la muestra estudiada en los SSM. Por lo anterior, se observa el primer lugar obtenido por prevalencia en el grupo de hombres bisexuales, enseguida a los HSH, en tercer lugar a los TSC hombres y en cuarto lugar a hombres migrantes. Con esta información, se recomienda aumentar la capacidad de acceso a las poblaciones clave descritas anteriormente para lograr un mayor beneficio de la información generada.

Con base en esta información nos atrevemos a sugerir

1. Generar, en el estado de Morelos, estrategias de atención a las poblaciones clave con énfasis en la población hombre bisexual, HSH, hombre TSC y hombre migrante, por ser los que tuvieron mayor prevalencia.



2. Ubicar organizacionalmente a los Capasits en la Subdirección de Primer Nivel de Atención para lograr un mejor abasto, una mejor atención al usuario y una supervisión continua al personal con apego a normatividad.
3. Completar la plantilla de personal requerida para operar al 100% los Capasits.
4. Equipar a los Capasits con vehículo oficial y chofer para ayudar en la movilización oportuna del personal y del material de campo.
5. Generar una indicación estatal para que en los CS se les aplique a la población solicitante la prueba rápida de VIH/Sida.
6. Incrementar los horarios de atención e incorporar estrategias de trabajo extramuros por parte de las jurisdicciones sanitarias y los Capasits para buscar a las poblaciones clave con actividades nocturnas, como es el caso de las y los sexoservidores formales e informales, travestis, transexuales y transgenero, tanto en sus centros de trabajo como en lugares de reunión y esparcimiento.
7. Homologar y simplificar los procesos de aplicación de las “pruebas rápidas” a los usuarios que lo soliciten en las tres instancias de los servicios de salud.
8. Aplicar las “pruebas rápidas” en los Capasits con rapidez para que los usuarios resuelvan con prontitud su búsqueda diagnóstica.
9. Capacitar y certificar al personal que aplica la prueba rápida de VIH/Sida en los SSM, en cuanto a consejería pre y post prueba, técnica adecuada de aplicación y lectura de la prueba, así como fortalecer la eliminación del estigma y la discriminación.
10. Programar y gestionar compras consolidadas desde el año anterior, acordando con el proveedor que las entregas en el almacén estatal de los SSM sea de manera parcial y trimestral para que las fechas de caducidad y los volúmenes de entrega sean cortos y adecuados para su manejo.

11. Para obtener la muestra de poblaciones clave a trabajar en los SSM, se sugiere utilizar la propuesta del Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, emitido por la Dirección General de Epidemiología de México en febrero del año 1998.



Referencias bibliográficas

¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación de la epidemia de SIDA 2009. Organización Mundial de la Salud; Ginebra 2009. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> [28 diciembre 2009]

² Hernández-Chávez J. Trabajando para reducir el estigma y la discriminación. Revista Vida digna, Colectivo Sol A.C., International HIV/Alliance. Julio 2008, México, D.F.

³ Lugo-García G. Cuautitlán único plantel de universitario que ofrece la prueba rápida de VIH. Gaceta UNAM Comunidad, 10 diciembre 2008. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/noticias/notifesc167.php> [4 enero 2010]

⁴ Dulles-Airport H, Virginia H. Evidencia científica sobre la eficacia del condón para prevención de enfermedades de transmisión sexual. Network en español. 2001: Vol. 21, No. 2

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH SIDA, La Paz Bolivia, disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>. [15 Enero 2010]

⁶ Wilkinson D. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales: Comentario de la BSR (última revisión: 11 Noviembre 2002). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 10 Update Software Ltd, Oxford, 2007. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/dwcom/es/index.html [16 enero 2010]

⁷ Grossman H, ¿Cómo se transmite el VIH? AIDSmeds.com 21 Mayo 2006. Disponible en: http://www.aidsmeds.com/articles/Transmite_10003.shtml [20 diciembre 2009]



⁸ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. México, DF: Diario Oficial de la Federación. 22 septiembre 1999

⁹ Registro Nacional de Casos de SIDA de México. Epidemiología de VIH/SIDA en México. México. DF: Dirección General Adjunta de Epidemiología. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 17 noviembre 2009

¹⁰ Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Gayet-Serrano C, Rivera-Reyes P, De-Luca M. El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. Disponible en:
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/librosangulos.html> [2 enero 2010]

¹¹ Secretaría de Salud México. Dirección General de Epidemiología. Registro Nominal de Seropositivos a VIH. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. 14 noviembre 2008. Disponible en:
<http://www.scribd.com/doc/13076240/Estadisticas-de-VIH-en-Mexico-2008> [1 marzo 2010]

¹² Secretaría de Salud México. Dirección General de Epidemiología. Registro Nominal de Seropositivos a VIH. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. 31 marzo 2009. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/vigilancia.html> [1 marzo 2010]

¹³ Córdoba-Villalobos J, Hernández-Ávila M, Izazola-Licea J, Magis-Rodríguez C, García-León C, Hernández-Tepichin G. El VIH/SIDA en México 2009. CENSIDA, 2009

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, Datos Morelos. 1º diciembre 2009. Disponible en:
www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2009/sida17.doc [6 enero 2010]



¹⁵ Caso-Marasco A, Anaya P, Alfaro-Pardo E. Análisis costo efectividad de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH como herramienta de prevención y control de la epidemia. Laboratorios Autrey México, DF: 3-8 de agosto de 2008. Disponible en:

http://sipam.org.mx/pipermail/generalinfo_sipam.org.mx/attachments/20090723/163fc3d6/attachment.pdf

[20 noviembre 2009]

¹⁶ Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública de México 2006; 48:141-50

¹⁷ Hernández D, Cuadra SM, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. México Chetumal. En: Bronfman M, Leyva R, Negrori M, editores. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Instituto Nacional de Salud Pública de México. 2004; p. 261-3

¹⁸ Reyes M. CENSIDA fomentará realización de 100 mil pruebas rápidas para detectar VIH entre la población general. Notiese. México. DF, 20 agosto 2008. Disponible en:

http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=423 [5 enero 2010]

¹⁹ Rivera P. Propuesta Evaluación del Desempeño 2009. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa, Abril 2009

²⁰ El Manual de Procedimientos de la Notificación Semanal de Casos Nuevos. Casos sujetos a notificación obligatoria. México, DF: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología; junio 2006

²¹ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. México, DF. Diario Oficial de la Federación. 7 diciembre 1998



²² Cuadra-Hernández SM, Leyva-Flores R, Hernández-Rosete D, Bronfman-Pertozvsky NB. Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000. Salud Pública Méx 2002; 44:508-518

²³ OMS. Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Suiza 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [2 abril 2010]

²⁴ ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 diciembre 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [19 abril 2010]

²⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Última Reforma 24 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> [3 de abril 2010]

²⁶ SSA. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 30 diciembre 2009. Art. 2º, Art. 28, Art. 77 bis 1. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [6 abril 2010]

²⁷ SSA. Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México: 2007. p. 14, 15, 16, 18 y 29

²⁸ Servicios de Salud de Morelos. Manual Específico de Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Morelos. Abril 2007

²⁹ Servicios de Salud de Morelos. Subsistema de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Servicios de Salud de Morelos. Enero, 2009. Disponible en: http://www.ssm.gob.mx/pdf/infra_salud/Unidades_Medicas/DIRECTORIO_CLUES_RENIS-MOR_2008.pdf [9 abril 2010]

³⁰ Reglamento interior del organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos. Periódico Oficial Tierra y Libertad. 30 de junio de 1999

³¹ SSA. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. Secretaria de Salud. México: noviembre 2003.

³² Censida. Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Censida. México: noviembre 2003. P. 9, Disponible en:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf [3 de abril 2010]

³³ INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=10215&c=16851&s=est#> [5 abril 2010] (De estas cifras, el censo no especifica el tipo de servicio de salud del 4.0% de la población restante).

³⁴ SSA. Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Dirección General de Epidemiología. México: febrero de 1998

³⁵ SSA. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Diario Oficial de la Federación. México: 22 septiembre 1999

³⁶ Servicios de Salud de Morelos. Servicios Generales. Parque vehicular. 2009

³⁷ Servicios de Salud de Morelos. Reporte preliminar de pruebas rápidas para VIH/SIDA utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.



³⁸ Censida. El VIH/SIDA en México. Censida México. 2009. Referirse a <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf> [26 octubre 2010]



Bibliografía consultada

Aguirre-Baztán, A. Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Ed. Boixareu Universitaria. Barcelona, 1995. p. 73.

Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas: La entrevista. Nure Investigación, No. 33 Mar-Abr. 2008.

Caso-Marasco A, Anaya P, Alfaro-Pardo E. Análisis costo efectividad de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH como herramienta de prevención y control de la epidemia. Laboratorios Autrey México, DF: 3-8 de agosto de 2008. Disponible en:

http://sipam.org.mx/pipermail/generalinfo_sipam.org.mx/attachments/20090723/163fc3d6/attachment.pdf

[20 noviembre 2009]

Censida. El VIH/SIDA en México. Censida México. 2009. Referirse a

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf> [26 octubre 2010]

Censida. Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Censida. México: noviembre 2003. P. 9,

Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf [3 de abril 2010]

Censida. VIH/Sida en México. Censida. 2009.

Chembio Diagnostic Systems. Referirse a : <http://www.chembio.com/humantest3.html> [15 mayo 2010]

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Última Reforma 24 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> [3 de abril 2010]

Córdoba-Villalobos J, Hernández-Ávila M, Izazola-Licea J, Magis-Rodríguez C, García-León C, Hernández-Tepichin G. El VIH/SIDA en México 2009. CENSIDA, 2009



Cuadra-Hernández SM, Leyva-Flores R, Hernández-Rosete D, Bronfman-Pertozvsky NB. Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000. Salud Pública Méx 2002; 44:508-518

Dulles-Airport H, Virginia H. Evidencia científica sobre la eficacia del condón para prevención de enfermedades de transmisión sexual. Network en español. 2001: Vol. 21, No. 2

El Manual de Procedimientos de la Notificación Semanal de Casos Nuevos. Casos sujetos a notificación obligatoria. México, DF: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología; junio 2006

Figueroa-Perea JG. El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. Perinatol Reprod Hum. Vol. 13, No. 1, ene-mar 1999. pp. 32-43

Grossman H, ¿Cómo se transmite el VIH? AIDSmeds.com 21 Mayo 2006. Disponible en:

http://www.aidsmeds.com/articles/Transmite_10003.shtml [20 diciembre 2009]

Hernández D, Cuadra SM, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. México Chetumal. En: Bronfman M, Leyva R, Negrori M, editores. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Instituto Nacional de Salud Pública de México. 2004; p. 261-3

Hernández-Chávez J. Trabajando para reducir el estigma y la discriminación. Revista Vida digna,

Colectivo Sol A.C., International HIV/Alliance. Julio 2008, México, D.F.

II Censo de población y vivienda 2005. INEGI. Referirse a:

http://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P [20 mayo 2010]



INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=10215&c=16851&s=est#> [5 abril 2010] (De estas cifras, el censo no especifica el tipo de servicio de salud del 4.0% de la población restante).

Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública de México 2006; 48:141-50

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, Datos Morelos. 1º diciembre 2009. Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2009/sida17.doc [6 enero 2010]

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1, February 2006. p.12-13

Laboratorios Autrey, S.A. de C.V.

Larracilla-Alegre J. Investigación y ética en pediatría. Consideraciones generales. Cirugía y cirujanos. Academia Mexicana de Pediatría. Volumen 71, No. 5, sep-oct 2003. p. 405.

Lugo-García G. Cuautitlán único plantel de universitario que ofrece la prueba rápida de VIH. [Gaceta UNAM Comunidad. 10 diciembre 2008](#). Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/noticias/notifesc167.php> [4 enero 2010]

Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Gayet-Serrano C, Rivera-Reyes P, De-Luca M. El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/librosangulos.html> [2 enero 2010]

Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits). Noviembre 2003. P. 9.

Mendoza-Sassi Raúl, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001

Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud México. 2007. Pág., 29.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. México, DF: Diario Oficial de la Federación. 22 septiembre 1999

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. México, DF. Diario Oficial de la Federación. 7 diciembre 1998

OMS. Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Suiza 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [2 abril 2010]

ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 diciembre 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [19 abril 2010]

ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/Sida. ONUSIDA. Ginebra, 2003. p. 4. Referirse a: http://www.scribd.com/doc/10533640/Trabajo-Sexual-y-Vih-Sida_01 Nov. 2010]

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH SIDA, La Paz Bolivia, disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>, [15 Enero 2010]



Pick S, López-Velazco A. Como investigar en Ciencias Sociales. México. Trillas. 1994

SSM. Plantilla de personal. Subdirección de Recursos Humanos. 2009.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación de la epidemia de SIDA 2009. Organización Mundial de la Salud; Ginebra 2009. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> [28 diciembre 2009]

Registro Nacional de Casos de SIDA de México. Epidemiología de VIH/SIDA en México. México. DF: Dirección General Adjunta de Epidemiología. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 17 noviembre 2009

Reglamento interior del organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos. Periódico Oficial Tierra y Libertad. 30 de junio de 1999

Reyes M. CENSIDA fomentará realización de 100 mil pruebas rápidas para detectar VIH entre la población general. Notiese. México. DF, 20 agosto 2008. Disponible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=423 [5 enero 2010]

Rivera P. Propuesta Evaluación del Desempeño 2009. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa, Abril 2009

Salamanca-Castro A., Crespo-Blanco C., El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación, No. 27, pp. 1-4, Mar-Abr. 2007.



Secretaría de Salud México. Dirección General de Epidemiología. Registro Nominal de Seropositivos a VIH. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. 14 noviembre 2008. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/13076240/Estadisticas-de-VIH-en-Mexico-2008> [1 marzo 2010]

Secretaría de Salud México. Dirección General de Epidemiología. Registro Nominal de Seropositivos a VIH. CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. 31 marzo 2009. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/vigilancia.html> [1 marzo 2010]

Secretaría de Salud México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Reactivos para la determinación de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), evaluados por el INDRE. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Agosto 2008.

Servicios de Salud de Morelos. Manual Específico de Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Morelos. Abril 2007

Servicios de Salud de Morelos. Reporte preliminar de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.

Servicios de Salud de Morelos. Reporte preliminar de pruebas rápidas para VIH/SIDA utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.

Servicios de Salud de Morelos. Servicios Generales. Parque vehicular. 2009

Servicios de Salud de Morelos. Subsistema de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Servicios de Salud de Morelos. Enero, 2009. Disponible en: http://www.ssm.gob.mx/pdf/infra_salud/Unidades_Medicas/DIRECTORIO_CLUES_RENIS-MOR_2008.pdf [9 abril 2010]



SSA. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 30 diciembre 2009. Art. 2º, Art. 28, Art. 77 bis 1. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [6 abril 2010]

SSA. Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Dirección General de Epidemiología. México: febrero de 1998

SSA. Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México: 2007. p. 14, 15, 16, 18 y 29

SSA. Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México: 2007

SSA. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Diario Oficial de la Federación. México: 22 septiembre 1999

SSA. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. Secretaria de Salud. México: noviembre 2003.

SSM. Estructura Orgánica de los Servicios de Salud de Morelos. Servicios de Salud de Morelos. Octubre 2009

SSM. Manual Específico de Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Morelos. Abril 2007.

SSM. Reporte preliminar de “pruebas rápidas” para VIH/Sida utilizadas en poblaciones clave en el año 2009.

Trinity Biotech PCL. Referirse a: http://www.trinitybiotech.com/data/Products/Insert/045-191%20ES_14%20May%20Approved%20Master.pdf [5 mayo 2010]



Wilkinson D. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales: Comentario de la BSR (última revisión: 11 Noviembre 2002). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 10 Update Software Ltd, Oxford, 2007. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/dwcom/es/index.html [16 enero 2010]



ANEXOS.

Anexo 1

Guía de entrevista semi-estructurada dirigida a pacientes con VIH-SIDA de los Servicios de Salud de Morelos

Objetivos de la guía:

- Identificar los pasos que el participante llevó a cabo para acceder a la prueba rápida de VIH dentro de los Servicios de Salud de Morelos en el año 2009.
- Conocer las barreras en la atención que enfrentó para acceder a su diagnóstico.
- Documentar si sus necesidades de diagnóstico fueron cubiertas por las instancias de los SSM donde se aplican las pruebas.

I. Consentimiento informado

Presentación del entrevistador y breve explicación del objetivo de la entrevista. Solicitar permiso al entrevistado para ser grabado y para registrar sus datos personales. El tiempo de la entrevista será máximo de dos horas. Aclarar que la información obtenida será utilizada con un fin académico y tratada con Ética; el entrevistado podrá omitir el decir sus datos personales, si así lo desea o usar un sobrenombre y tiene el derecho de pausar, renunciar o concluir la entrevista en cualquier momento si a su parecer esto es apropiado o necesario.

II. Información general del participante

Nombre:

Edad:

Sexo:

Identidad sexual autoreferida:

Ocupación:

Fecha de Entrevista:

Lugar:



Fecha de diagnóstico de VIH:

III. Desarrollo de la entrevista

1. Tema: Discusión para hacerse la prueba.

Pregunta de arranque: Me puede platicar ¿cómo fue que construyo la idea de hacerse la prueba de VIH/SIDA?

2. Tema: Búsqueda de la prueba.

Pregunta de arranque: Después de que se decidió a hacerse la prueba, ¿dónde y cómo la busco?

3. Tema: Trato del personal.

Pregunta de arranque: Cuando finalmente ubicó un lugar donde realizarse la prueba, ¿Qué paso?, ¿cómo fue el trato del personal de salud?, ¿Qué trámites tuvo que realizar? ¿fueron fáciles o difíciles?

4. Tema: Agilidad en la atención.

Pregunta de arranque: La prueba de VIH se la ofertaron en ese momento ¿o qué le dijeron?

Pregunta de arranque: Una vez que el personal lo abordó ¿Lo enviaron a otro lugar para hacerse la prueba de VIH?

Pregunta de arranque: Una vez que le realizaron la prueba de VIH, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para saber el resultado?

5. Tema: Impresión de la experiencia vivida en la atención.

Pregunta de arranque: Desde su punto de vista ¿cómo percibe todo el proceso para hacerse la prueba de VIH?





Pregunta de arranque: En algún momento durante el proceso de la atención, ¿sintió que sufrió algún tipo de maltrato verbal, psicológico, estigma o discriminación por la prueba solicitada, por parte del personal que lo atendió?



Anexo 2

Cedula de monitoreo

 	
CÉDULA DE MONITOREO PROGRAMA DE ACCIÓN VIH/ITS	
1.- INSTITUCIÓN NOTIFICANTE	
Jurisdicción Sanitaria	
IR1)Clave Única de Establecimiento de Salud- CLUES: (antes llamada RENIS)	
IR2) Localidad Municipio Entidad Federativa	
IR3) Lugar de aplicación de la cédula y toma de muestra:	
Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
ONG	<input type="checkbox"/>
SAI	<input type="checkbox"/>
CAPASITS	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/> Especificar
2.- REFERENCIA	
R1) De los siguientes motivos que le voy a leer díganos por favor ¿por qué acudió a estos servicios de salud?	
Por iniciativa propia vino a solicitar la prueba de detección del VIH.	<input type="checkbox"/>
Porque lo enviaron de una ONG	<input type="checkbox"/>
Porque lo enviaron de otros servicios de salud.	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
3.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
DS1) Edad en años cumplidos	
DS2) Sexo : Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
DS3) Escolaridad	
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Bachillerato	<input type="checkbox"/>
Carrera técnica	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>
Postgrado	<input type="checkbox"/>
No sabe leer ni escribir	<input type="checkbox"/>
DS4) ¿Habla alguna lengua indígena ?	
Si	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
DS5) Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
DS6) Tipo de población a la que pertenece:	
Hombre que tiene sexo con Hombres	<input type="checkbox"/>
Persona privada de su libertad	<input type="checkbox"/>
Trabajadora sexual	<input type="checkbox"/>
Migrante a Estados Unidos	<input type="checkbox"/>
Trabajador sexual	<input type="checkbox"/>
Bisexual	<input type="checkbox"/>
Usuario de drogas inyectables	<input type="checkbox"/>
Niño(a) en condición de la calle	<input type="checkbox"/>
Heterosexual con multiples parejas	<input type="checkbox"/>
Otra (especifique)	<input type="text"/>
Persona con Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
4.- ACCESO A SERVICIOS	
AS1) En su localidad ¿quién le proporciona condones?	
<i>Marcar todas las que mencione el entrevistado</i>	
Personal de Salud	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>
Personal de ONG's	<input type="checkbox"/>
Pareja(s) sexual(es)	<input type="checkbox"/>
Los compro	<input type="checkbox"/>
No hay disponibilidad	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>
AS2) ¿En su localidad cuenta con los siguientes servicios de salud?	
<i>Marcar todas las que mencione el entrevistado</i>	
Detección de VIH	<input type="checkbox"/>
Información sobre VIH	<input type="checkbox"/>
Detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	<input type="checkbox"/>
Consejería sobre VIH	<input type="checkbox"/>
Tratamiento para ITS (gonorrea, sífilis, herpes, papiloma, etc)	<input type="checkbox"/>
Condomes Gratuitos	<input type="checkbox"/>
Tratamiento para VIH	<input type="checkbox"/>
AS3) ¿Sabe usted que el tratamiento antirretroviral para SIDA en México es gratuito?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
AS4) ¿Sabe usted a dónde acudir en caso de requerir atención y/o tratamiento de VIH?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>



5.- COMPORTAMIENTO SEXUAL		
CS1) ¿Sus relaciones sexuales son ?		
Con mujeres <input type="checkbox"/>	Con Hombres <input type="checkbox"/>	Con hombres y mujeres <input type="checkbox"/>
CS2) En los últimos seis meses, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?		
Parejas estables <input type="text"/>	Parejas no estables <input type="text"/>	
Parejas que le pagaron <input type="text"/>	Parejas a quien pagó <input type="text"/>	
USO DE CONDÓN		
CS3) En los últimos seis meses, ¿con qué tipo de pareja utilizó condón?		
<i>Marcar todas las que mencione el entrevistado</i>		
Con pareja estable <input type="checkbox"/>	Con pareja no estables <input type="checkbox"/>	
Con parejas que le pagaron <input type="checkbox"/>	Con pareja a quien pagó <input type="checkbox"/>	
CS4) En caso de no haber usado condón en su última relación sexual, señale cual o cuales fueron sus razones		
<i>Marcar todas las que mencione el entrevistado</i>		
No había condón disponible <input type="checkbox"/>	No creí necesario usarlo <input type="checkbox"/>	
Mi pareja no quiso usarlo <input type="checkbox"/>	Yo no quise usarlo <input type="checkbox"/>	
No sé usarlo <input type="checkbox"/>	Tengo confianza en la pareja <input type="checkbox"/>	
CS5) ¿En su última relación sexual VAGINAL, usaron condón?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CS6) ¿En su última relación sexual ANAL, usaron condón?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CS7) La última vez que tuvo sexo ORAL, ¿usaron condón?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CS8) En su última relación sexual ¿Usó lubricante?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
6.- DISCRIMINACIÓN		
D1) ¿Ha dejado de acudir a un servicio de salud por maltrato verbal o físico por parte del personal de salud?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
D2) Al solicitar trabajo, ¿ha sido rechazado(a) debido a su orientación sexual?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
D3) ¿Alguien de su familia, le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su orientación sexual?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
D4) ¿Alguna vez le han negado inscripción o ingreso a una escuela por su orientación sexual?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
D5) ¿Sabe usted que puede acudir a alguna de las siguientes instituciones en caso de discriminación?		
<i>Leerle al entrevistado el listado de Instituciones</i>		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
1.- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)	5.- Organizaciones de la Sociedad Civil con Trabajo en SIDA	
2.- Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH)	6.- Organización Civil con trabajo de Derechos Humanos	
3.- Procuraduría Estatal de Derechos Humanos	7.- Ministerio Público o Agencias del Ministerio Público	
4.- Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación (CONAPRED)	8.- Agencias del Ministerio Público de Discriminación (sólo existen en Aguascalientes, Chiapas, Distrito Federal)	
D6) ¿Si ha sido discriminado por qué no ha presentado su queja?		
Por desconocimiento <input type="checkbox"/>	Porque no quise hacerlo <input type="checkbox"/>	Por miedo <input type="checkbox"/>
Porque no he tenido dinero para transportarme <input type="checkbox"/>		

7.- USO DE DROGAS INYECTABLES.	
UDI-1) ¿En el último mes se inyectó drogas con agujas o jeringas que alguien más había usado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
UDI-2) ¿La última vez que se inyectó droga utilizó agujas o jeringas que alguien más había usado antes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.- TUBERCULOSIS	
TB1) ¿Le han diagnosticado tuberculosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>
TB2) Actualmente tiene, ¿tos con flema?	Si <input type="checkbox"/> → Referir al servicio correspondiente No <input type="checkbox"/>
9.- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	
ITS1) ¿En los últimos 3 meses ha presentado alguno de los siguientes síntomas en su área genital?: mal olor, dolor, comezón, ardor, granos, llagas o flujo	SI <input type="checkbox"/> → Referir al servicio correspondiente No <input type="checkbox"/>
10.- LABORATORIO	
LB1.- ¿Se ha realizado anteriormente la prueba de VIH?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LB2.- ¿Acepta usted la realización de esta prueba?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LB2.- ¿Recibió consejería para realizarse la prueba de VIH?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LB3.- ¿Firmó la carta de consentimiento informado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LB4.- Número de clave y folio de la prueba rápida	<input type="text"/>
LB4.1.- Resultado de esta Prueba Rápida	<input type="checkbox"/> Reactiva → ¿a qué lugar fue referida(o)? → <input type="text"/> <input type="checkbox"/> No reactiva → pase a la siguiente sección <input type="checkbox"/> Inválida → aplicar una 2a. prueba rápida
LB5.- Número de clave y folio de 2a. prueba rápida	<input type="text"/>
LB5.1.- Resultado de 2a. Prueba Rápida	<input type="checkbox"/> Reactiva → ¿a qué lugar fue referida(o)? → <input type="text"/> <input type="checkbox"/> No reactiva → pase a la siguiente sección <input type="checkbox"/> Inválida → gestionar la aplicación de pruebas adicionales
11.- RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMATO	
Nombre completo de la persona que llenó el formato	<input type="text"/>
Firma de la persona que llenó el formato	<input type="text"/>
Fecha de elaboración	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
MUCHAS GRACIAS	



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE MONITOREO
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS**

Se deberá anotar con una X, un número o llenar espacio en blanco, según se pida

1.- INSTITUCIÓN NOTIFICANTE

Nombre de la Jurisdicción Sanitaria. Anotar el nombre de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el lugar donde se aplicó la prueba
Clave Única de establecimientos de Salud (CLUES). Anotar la clave que corresponda a la unidad médica, en caso de que se aplique en el Servicio de Atención Integral (SAI), Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS), Centro de Salud u otra unidad médica.
Localidad. Anotar el nombre completo de la localidad donde se aplicó la prueba
Municipio. Anotar el municipio donde se aplicó la prueba
Entidad Federativa Anotar la entidad donde se aplicó la prueba
Lugar de aplicación de la cédula/toma de muestra: Anotar en la casilla que corresponda al lugar donde se haya aplicado la prueba
Se entiende por ONG a los Organismos no Gubernamentales. Picadero, es el lugar donde se adquieren o consumen drogas inyectables

2. REFERENCIA

Anotar en la casilla correspondiente el motivo por el cual acudió a hacerse la Prueba

3.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad, Sexo, Escolaridad, Lengua, Estado Civil: Anotar con una X en la casilla correspondiente
Tipo de población a la que pertenece.

Definiciones: Hombre que tiene sexo con hombre (HSH): Hombres que han tenido contactos sexuales con hombres.

Trabajador, trabajadora del sexo (TS). Persona que tiene relaciones sexuales a cambio de pago en dinero

Bisexual hombre o mujer: Hombre o mujer que ha tenido contacto sexual con personas de ambos sexos.

Heterosexual: Hombre o mujer que ha tenido contacto sexual sólo con personas del sexo opuesto

Persona privada de su libertad. Internos de los Centros de Readaptación Social (CERESOS)

En caso de que el entrevistado pertenezca a más de un grupo poblacional, (ejemplo que sea trabajador del sexo y sea migrante), se anotará en un solo grupo.

5. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Relaciones Sexuales con hombres, con mujeres y con hombres y mujeres. Anotar una sola opción en la casilla correspondiente.

Definiciones. Se entiende por: **pareja estable**, a la persona con la que ha vivido o convivido al menos seis meses y mantiene relaciones sexuales; **pareja no estable** es con quien ocasionalmente tiene relaciones sexuales sin pago de dinero; **pareja a quien pagó**, pareja que le dio dinero por tener de relaciones sexuales; **parejas que le pagaron**, parejas que le han dado dinero por tener relaciones sexuales.

Número de parejas sexuales en los último seis meses. Anotar el número en las tres casillas, por ejemplo 007, 099, 200. Si no ha tenido parejas sexuales de algún tipo, en los últimos seis meses, anotar 000 en todas las casillas.

Utilización del condón por tipo de pareja y razones para no usar condón. Anotar todas las que mencione el entrevistado

Uso de condón por tipo de penetración. Anotar en la casilla correspondiente

6. DISCRIMINACIÓN

Anotar en la casilla correspondiente.

Leerle al entrevistado el listado de las instancias a las que puede acudir en caso de tener necesidad de presentar una denuncia por discriminación

7. USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES. Anotar en la casilla correspondiente

8. TUBERCULOSIS. Anotar en la casilla correspondiente. En caso de que el entrevistado presente tos con flema, realizar detección de Tuberculosis o referir a la persona al centro de salud u otra unidad médica para que la realicen.

9. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS). En caso de que el entrevistado presente alguno de los signos y síntomas del listado, realizar detección de ITS o referir a la persona al centro de salud u otra unidad médica para que la realicen.

10. LABORATORIO

Detección anterior de VIH. Anotar si se ha realizado anteriormente alguna prueba de detección de VIH de cualquier tipo

Acaptación de la prueba rápida. Anotar si acepta o no hacerse la prueba. Si no acepta, pedirle que firme la carta de consentimiento informado en el rubro de que no acepta hacerse la prueba. Si acepta, que firme en el rubro de aceptación.

Número de folio de la prueba. Anotar la clave y número de folio de la prueba asignada por el Responsable Estatal del Programa de VIH/ITS

Consejería. Anotar en la casilla correspondiente

Resultado de esta prueba rápida. Anotar el resultado de la prueba aplicada

Reactiva: Si fue el caso, habilitar esta casilla e indicar el lugar a donde fue referida la persona

No reactiva: Si fue el caso, habilitar esta casilla y pasar a la siguiente sección

Inválida: Si fue el caso, habilitar esta casilla y aplicar una 2ª prueba rápida

Número de folio de la 2ª prueba rápida: Aplica solamente si la primera prueba resultó inválida.

Anotar el resultado de la 2ª prueba rápida

Reactiva: Si fue el caso, habilitar esta casilla e indicar el lugar a donde fue referida la persona

No reactiva: Si fue el caso, habilitar esta casilla y pasar a la siguiente sección

Inválida: Si fue el caso, habilitar esta casilla y gestionar la realización de pruebas adicionales (ELISA)

11. RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMATO

Anotar el nombre completo de la persona que llenó la cédula

Firma autógrafa del responsable del llenado de la cédula

Anotar la fecha en que se elaboró la cédula





CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO DE LA PRUEBA RÁPIDA:

El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA y los Servicios Estatales de Salud, están realizando pruebas rápidas para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y un cuestionario anónimo y confidencial, en el que preguntamos principalmente sobre los servicios de salud, uso de condón y riesgos de adquirir VIH, para poder brindar un tratamiento médico adecuado y oportuno.

Si está de acuerdo en participar, le solicitamos acceda a realizarse la prueba rápida, para lo cual tomaremos una gota de sangre de uno de sus dedos con un pinchazo. Únicamente puede sentir malestar por el pinchazo en el dedo. También se le dará información sobre VIH, SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y condones gratis.

Si el resultado de esta prueba rápida fuera positivo, no significa que usted tenga VIH; para confirmar si usted tiene o no el virus se le enviará al servicio especializado de salud estatal donde se le realizarán otras pruebas y en caso de requerirlo se le proporcionará el tratamiento médico y psicológico por el tiempo que sea necesario, sin costo para usted.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si decide no participar, terminar antes el cuestionario o no hacerse la prueba rápida, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted.

CONSENTIMIENTO:

Me han explicado qué es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, cómo se transmite y cómo se previene.

Se me ha orientado sobre la importancia de realizarme una prueba para saber si soy o no portador del VIH, sobre el procedimiento para que me hagan esta prueba rápida de detección y la aplicación del cuestionario, por lo cual doy mi consentimiento de manera voluntaria para que me realicen ambos procedimientos.

De igual manera, confirmo que he recibido la información, así como consejería sobre el significado de tener un resultado posiblemente

positivo en esta prueba rápida, en cuyo caso se me enviará con:

Dr. _____

Institución: _____

Domicilio: _____

Teléfono/ fax/e-mail. _____

para que se realice la prueba confirmatoria y se me brinde atención médica y consejería necesaria.

Asimismo, entiendo que, aunque la prueba rápida es voluntaria y confidencial y el resultado me será entregado personalmente, un consejero y/o personal de salud capacitado debe saber mi resultado para poder orientarme pero bajo ninguna circunstancia, divulgará el resultado de mi prueba o dato alguno que permita la identificación de mi persona a terceros.

Firma del entrevistado / Fecha

He explicado al participante los objetivos del estudio, los beneficios y los riesgos asociados con su participación:

Firma del entrevistador

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el entrevistado: _____

Fecha: _____

Presencia el proceso de obtención del consentimiento informado. Las preguntas del participante fueron respondidas y aceptó participar de forma voluntaria:

Firma del testigo 1

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el entrevistado: _____

Fecha: _____

Firma del testigo 2

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el entrevistado: _____

Fecha: _____

Nota: Si el participante no sabe escribir, puede poner su huella digital



Anexo 3

10.4. Vigilancia centinela en grupos poblacionales de riesgo

10.4.1. Metodología para la realización de una encuesta centinela

Una encuesta centinela consta de dos etapas fundamentalmente; la primera se refiere a la planeación en la cual se definirán los objetivos, dónde, cuándo y el tipo de encuesta y los recursos a utilizar. La segunda será la etapa de operación, en la cual se llevarán a cabo las actividades planeadas.

10.4.1.1. Planeación

10.4.1.1.1. Definición del universo. Se considerará cuatro tipos de universos:

10.4.1.1.1.1. *Población general*. Toda persona mayor de 18 años que viva habitualmente en una zona geográfica seleccionada. La encuesta en población general se realizará cada tres años.

10.4.1.1.1.2. *Embarazadas*. Mujeres embarazadas que al momento de la encuesta vivan habitualmente en una región seleccionada y que acudan a algún servicio médico durante su embarazo y la atención del parto. La encuesta en embarazadas se debe realizar anualmente.

10.4.1.1.1.3. *Hombres jóvenes*. Todos los individuos del sexo masculino mayores de 18 años y menores de 30 que vivan en la zona geográfica seleccionada y que acudan a los servicios de urgencias por alguna atención que requiera la toma de una muestra sanguínea. Se realizará anualmente.

10.4.1.1.1.4. *Grupos especiales*. Cada estado tiene la posibilidad de definir un grupo para encuestar, de acuerdo con su riesgo epidemiológico; por ejemplo, sexoservidoras y población indígena; en este último caso se deberá de considerar como la población general y se realizará cada tres años.

10.4.1.1.2. Diseño del muestreo



10.4.1.1.2.1. Determinación del tamaño de muestra.

La fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde: z = la constante conocida del nivel de confianza deseado.

p = la prevalencia observada por estudios previos o la estimada (en %).

$$q = 100\% - p$$

d = la diferencia entre la prevalencia estimada y los límites del intervalo de confianza que se pretende aceptar.

Ejemplo: Si la prevalencia estimada en el grupo a ser estudiado es del 10% ($p=10\%$ y $q=90\%$) y se acepta un intervalo de confianza de 7 a 13% ($d= 13\%-10\%$ o $10\% - 7\%=3$) para un nivel de confianza del 90% ($Z=1.65$) se tiene que:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.65)^2 (90)(10)}{3^2} \\ &= \frac{272}{9} \\ &= 32 \end{aligned}$$

10.4.1.1.2.2. Selección de la muestra

10.4.1.1.2.2.1. Una vez que se conoce el número de individuos que se encuestarán según la muestra, se procede a seleccionarlos del universo definido. Este paso se determina obviamente por el universo de acuerdo con lo siguiente:

10.4.1.1.2.2.2. Para el caso de la población general se seleccionará de acuerdo con el marco muestral maestro jurisdiccional y se tomará en cuenta las viviendas y el promedio de habitantes mayores de 18 años por vivienda.



10.4.1.2. Las embarazadas serán seleccionadas de la siguiente manera:

10.4.1.2.1. Se elegirá al azar los hospitales que conformaran el marco muestral de hospitales del estado.

10.4.1.2.2. Se encuestará a las embarazadas que sean atendidas en el o los hospitales seleccionados durante un periodo determinado; en el caso de que en dicho tiempo no se cumpla con el tamaño de muestra, se tomarán en el hospital más cercano.

10.4.1.2.3. Para el caso de los hombres jóvenes será:

10.4.1.2.3.1. Se elegirá al azar los hospitales con servicios de urgencia que conformarán el marco muestral de hospitales del estado,

10.4.1.2.3.2. Se encuestará a los hombres jóvenes que sean atendidos en el o los hospitales seleccionados durante un periodo determinado; en el caso de que en dicho tiempo no se cumpla con el tamaño de muestra, se tomarán en el hospital más cercano.

10.4.1.2.4. Cuando se trate de grupos especiales la selección se hará de acuerdo con el marco maestro que se tenga para dicho universo.

10.4.1.2.5. Seleccionar la forma de participación. Además de la selección de acuerdo con el grupo definido, es necesario seleccionar la forma de participación; para con ello es necesario evitar en lo posible el sesgo de participación, para lo cual se hacen las siguientes propuestas, los planificadores deberán elegir cuál es la mejor para su caso en particular.

La selección debe de ser de dos tipos

10.4.1.2.5.1. Ligada al nombre. Se realiza previo consentimiento del encuestado y por lo tanto podrán utilizarse cuestionarios; podría medirse además riesgo y otras características (se aplicarán los formatos VIH/Sida98-4, VIH/Sida98-5 y VIH/Sida98-6).

10.4.1.2.5.2. No ligada al nombre. Se trata de una prueba de sangre, originalmente obtenida con otros objetivos, en la cual no se puede identificar al individuo donante con la muestra.

Para cumplir con el objetivo de la vigilancia epidemiológica centinela (obtener una medición de la prevalencia del VIH lo más válida y fiable posible), la forma de participación más recomendable es la prueba no ligada a nombre, ya que es el que menor sesgo de participación tiene.