

## Resumen del artículo

# Neoliberalismo, instituciones de salud pública en México y respuesta al VIH en Puebla

**Adriana Celis Bandala**

Universidad Autónoma de Puebla

adrianabandala@gmail.com

Maestra en Psicoterapia por la Universidad Iberoamericana (Puebla).

El sistema económico neoliberal ha obligado a los países en desarrollo a implementar reformas estructurales que condicionan el ejercicio de una de las principales obligaciones del Estado, la procuración del bienestar social a la población. La seguridad en el ámbito educativo, de salud, de vivienda, de trabajo, entre otros, se han visto afectados por estas reformas. El derecho a la salud, en este contexto, está condicionado más por factores asociados con intereses de sistemas financieros internacionales que por una perspectiva de derechos humanos. La respuesta que el Sistema de Salud en México brinda a las personas que viven con VIH resulta insuficiente debido a las fallas en los programas de atención y prevención que generalmente operan con menos recursos de los que requieren.

## Abstract

The neoliberal economic system has obliged developing countries to implement structural reforms that condition the exercise of one of the State's primary obligations: procuring the social wellbeing of the population. Security in areas like education, healthcare, housing and work, among others, has been deeply affected by these reforms. In the case of healthcare, this right is now conditioned more by factors associated with the interests of international financial systems than by a perspective based on human rights. The response that Mexico's Health System has

## Palabras clave:

neoliberalismo, sistema de salud, respuesta al VIH, Puebla

## Keywords:

neoliberalism, health system, response to HIV, Puebla

provided to people who live with HIV has been insufficient due to failures in the programs designed to prevent the spread of this disease and attend to its sufferers; initiatives constantly obliged to operate with inadequate resources.

Adriana Celis Bandala

Universidad Autónoma de Puebla

# Neoliberalismo, instituciones de salud pública en México y respuesta al VIH en Puebla

## Introducción

El nivel de desarrollo y vida de una población puede distinguirse por el acceso y calidad de los servicios de salud que los gobiernos brindan a sus ciudadanos. La salud es un área de intervención prioritaria para aquellas administraciones que están interesadas en proporcionar y mantener el bienestar social de sus ciudadanos. Con el avance mundial del neoliberalismo, dicho factor de las sociedades de muchos países, incluido México, se deterioró debido a la implementación de reformas estructurales dictadas por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

La vía neoliberal planteó desde la década de los ochenta que los gobiernos debían proteger ante todo las instituciones financieras, lo cual contrasta con el principio de no intervencionismo que el mismo sistema neoliberal propone.<sup>1</sup> Este sesgo ha golpeado la estructura de bienestar de por sí precaria en varios países del mundo, siendo el rubro de salud uno de los más afectados.

A pesar de la importancia que representa el ámbito sanitario, en México se destinó solamente 51.8% del presupuesto público durante el periodo de 2010-2014 mientras que en países como Iraq o Arabia Saudita lo hicieron en 53.6% y 65.8%, respectivamente.<sup>2</sup> En el caso del gobierno del estado de Puebla el gasto público en salud en el 2012 dirigido a per-

1 David Harvey, *El enigma del capital y las crisis del capitalismo* (Madrid: Akal, 2012), 15.

2 BM, "Gasto en Salud, sector público: porcentaje del gasto total en salud", <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL> (consultado el 8 de noviembre de 2014).

3 Censida, “Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México: registro Nacional de casos de Sida”, [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_2do\\_trim\\_2014\\_2.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf) (consultado el 13 de octubre de 2014).

4 Rosa María Martina Sufía, “Sida: El riesgo de ignorar”, en *Mujer y Sida. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer* (México: El Colegio de México, 1992), 41-58.

sonas con seguridad social fue de 7 186 074.1 pesos y para la población sin seguridad social fue de 8 803 468.1 pesos. Este gasto es insuficiente si consideramos que en el caso del VIH/Sida el monto aproximado de un tratamiento antirretroviral oscila entre cuatro y treinta mil pesos mensuales y en Puebla existe un registro de 7 536 personas viviendo con VIH, lo que representa el 4.4% de la población total de seropositivos en México.<sup>3</sup> Tomando el costo mínimo, el gasto mensual sería de 30 208 000.00 pesos, es decir el doble de lo que se gasta en salud en personas con y sin seguridad social.

El Estado mexicano está respondiendo a la pandemia del VIH en un contexto de crisis económica y desigualdad social fomentada por procesos neoliberales y de globalización donde la pobreza y los programas focalizados son la norma. Las características biológicas del virus, así como las formas de transmisión, hacen de éste un problema complejo en el que diversos actores deben convenir. El hecho de que el VIH/Sida sea hasta ahora un padecimiento incurable y que desde su aparición estuviera marcado por estigmas, ha generado que su detección, tratamiento y control sean más complicados.

La estigmatización sobre este padecimiento se generó básicamente por la forma de transmitir el virus y aun cuando existen diferentes versiones sobre el origen de la pandemia y los principales transmisores, un elemento constante en la literatura académica es que el sexo entre varones ha jugado un papel importante. El VIH/Sida también ha sido estigmatizado por su relación directa con la sexualidad “anormal” y con el uso de drogas inyectables, de aquí que una de las primeras formas peyorativas de dirigirse a él y clasificar a las personas que lo contraían era “la enfermedad de las cuatro H” (homosexual, heroinómano, hemofílico y haitiano). Esta estigmatización se extendió tanto que llegaron a llamarla la “peste negra del siglo xx” y la “peste rosa”.<sup>4</sup> En suma, desde su reconocimiento por la ciencia médica, la enfermedad sufrió un proceso de estigmatización basado en la homofobia y en la racialización de los inculpados de transmitirla. La vergüenza del enfermo y el escándalo a su alrededor se acompañan de

la culpa, pues lleva implícita una fuerte carga moral sobre la forma de contagio. Desde esa perspectiva de estigmas, ser VIH positivo o tener Sida implica pertenecer a algún “grupo de riesgo”, implica haber hecho “algo malo”; se trata de comportamientos “peligrosos, inadecuados, ilegales, desviados o pervertidos”.<sup>5</sup>

Para una pandemia, los números son importantes. Desde el inicio de ésta, 78 millones de personas han contraído el virus de VIH y 35 millones de personas han muerto a causa del Sida observándose el pico más alto de 2 millones en 2005. Para diciembre de 2015, 36.7 millones de personas contabilizadas en todo el mundo vivían con el virus y 2.1 millones de personas lo contrajeron, indicativo importante sobre el nivel de eficacia de los programas preventivos a nivel mundial. Para las mismas fechas, 1.1 millones de personas fallecieron a causa del Sida y 17 millones de personas tuvieron acceso a terapia con antirretrovirales (ARV).<sup>6</sup>

Las nuevas infecciones por VIH han apenas disminuido 6% desde 2010; sin embargo, en transmisión vertical se reporta una cifra de casi 50% menos, de 290 000 niños en 2010 a 150 000 en 2015.<sup>7</sup> En el caso de México, hasta septiembre de 2014 había 2 785 casos diagnosticados en lo que iba del año y desde 1983-2014 el número de casos acumulados en el país era de 172 254. En el estado de Puebla la cifra de 7 536 personas lo ubica en el séptimo lugar a nivel nacional de casos acumulados.<sup>8</sup>

Las cifras adquieren relevancia en tanto que representan la vida de millones de personas. Las estadísticas muestran el número de casos detectados a los que se les ha dado atención y que han tenido acceso a los ARV, pero no hay estimaciones acerca del número de personas que quedan sin atención. Desde el inicio de la pandemia se han resaltado los recursos materiales requeridos para dar una respuesta eficaz. A tales fines tenemos que, al término del 2014 la inversión de dólares estadounidenses ascendió a 19 200 millones en países de ingresos medios y bajos, estimando que para el 2020 se requerirán 26 200 millones.<sup>9</sup>

Por lo que respecta a la atención del VIH en mujeres tenemos que, se incluyen en primera instancia a aquellas que forman parejas serodiscor-

5 Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas* (Madrid: Taurus, 1996), 103-121.

6 Onusida, “Estadísticas Mundiales 2015, Hoja informativa 2016”, <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> (consultado el 2 de junio de 2016).

7 Onusida, “Estadísticas Mundiales 2015”, 1.

8 Censida, “Vigilancia Epidemiológica”, 4.

9 Onusida, “Estadísticas Mundiales 2015”, 1.

dantes, transgénero, trabajadoras sexuales, mujeres jóvenes, migrantes, víctimas de trata, consideradas todas ellas grupos clave y dejando un poco al margen a las amas de casa, quienes son tomadas en cuenta básicamente durante el embarazo, ellas difícilmente tienen representatividad política debido a la condición de domesticidad en la que viven, por exceso de trabajo, o por desconocimiento. Los grupos de varones homosexuales son los que generalmente se organizan y se hacen escuchar. La distorsión de la información y las opiniones poco fundamentadas han generado pánicos que agravan la situación, se han puesto en marcha mecanismos de negación y han florecido viejos prejuicios; así surgió la idea de que las mujeres “decentes” no se enfermaban: “El VIH no se contrae por lo que la persona es, sino por lo que hace, mantener relaciones sexuales con numerosas parejas es permitido y tolerado en varones y no así en mujeres, la doble moral se aplica con mayor severidad cuando se trata de una mujer casada y alcanza su máxima expresión si contrae el virus”.<sup>10</sup>

10 Martina Sufía, “Sida: El riesgo de ignorar”, 47.

Esta moral imperante genera en las mujeres un sentimiento de culpa y hace que muchas de ellas piensen que son merecedoras del sufrimiento degradante, del rechazo y el estigma que les rodea y, si además están embarazadas y el bebé nace infectado el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo son mayores.<sup>11</sup>

11 Martina Sufía, “Sida: El riesgo de ignorar”, 41-58.

El virus del VIH ha expuesto prácticas sexuales que permanecían ocultas, confrontado a las personas y a las sociedades en sus creencias e ignorancia, al tiempo que muestra la incapacidad y desidia política de algunos gobiernos. El Estado se ha visto presionado no solamente por su compromiso de velar por la salud de la población, obedeciendo a lo dispuesto en el artículo IV de la Constitución Mexicana, también ha enfrentado un fenómeno que ninguna otra enfermedad crónica había presentado en al menos los últimos 40 años, la participación política de las personas que viven con VIH quienes han dado un fuerte impulso a la implementación de políticas públicas dirigidas a dar respuesta a la pandemia.

## Globalización, neoliberalismo y bienestar en México

Las políticas de corte neoliberal impulsadas en México desde el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), aplicadas para resolver crisis económicas originadas por endeudamientos, se fortalecieron durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) con la firma del Tratado de Libre Comercio. El neoliberalismo, de acuerdo con Harvey,<sup>12</sup> es un proyecto de clase surgido durante la década de 1970 que sustenta como emblema la libertad y responsabilidad individual, las bondades de la privatización y el libre comercio cuya meta final es consolidar la acumulación de capital. Tras poco más de tres décadas de neoliberalismo en México la crisis económica se recrudece manifestándose en falta de empleo, estancamiento de los salarios, desaparición de pensiones y contratos colectivos de trabajo, privatización de los fondos para el retiro, migración hacia el norte del país, precarización de los servicios públicos de salud y criminalización de la protesta social, entre otros.

Siguiendo a Stahm y Oswald,<sup>13</sup> durante la crisis de 1982 en países de América Latina como Brasil, Chile y México, el FMI intentó que los países deudores pagaran su deuda con tratamientos de saneamiento que exigían congelar salarios, impedir subsidios en alimentos, devaluar la moneda, liberar el comercio y reducir el gasto social. La ineficiencia de las empresas públicas y la eficacia del sector privado promovido por la competencia, fue el argumento a favor de la privatización de los servicios de bienestar social. A las políticas de bienestar de las décadas anteriores a 1980, se las tachó de paternalismo estatal que retrasaba el desarrollo de las sociedades; según la perspectiva neoliberal, estas medidas desalentaban la inversión privada y generaban dependencias.<sup>14</sup> Esta crítica de la dependencia y del paternalismo estatal se hace evidente en múltiples espacios, donde se reproducen los discursos empleados por los sectores financieros y empresariales, permeados por el valor del individualismo, la meritocracia y la competencia que criminaliza a los pobres, a los no aptos y a los que reclaman atención. En las palabras de un productor agrícola poblano, “lo que pasa

12 Harvey, *El enigma del capital*, 15.

13 Rudolf Stahm y Ursula Oswald, *Por esto somos tan pobres* (México: UNAM, 1990), 123-140.

14 Cristina Laurell, *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa* (México: Era, 1997), 15-16.

es que la gente está acostumbrada a que papá gobierno le resuelva todo, ahora tienen y tienen hijos para que les paguen y así no trabajen, están mal por güevones [...] ahora ya no quieren vender a los hijos porque el gobierno les da 1 300 pesos mensuales por cada uno”.<sup>15</sup>

15 Entrevista de Adriana Celis al Sr. E., 52 años, productor de lechuga hidropónica. Tehuacán, Puebla, septiembre de 2013.

Puede leerse que las críticas al Estado de bienestar no se sitúan únicamente en la ineficiencia de las instituciones públicas sino también en las reacciones que generan en algunos sectores de la población quienes consideran la dependencia como un saldo funesto. Parte de la respuesta que los sistemas neoliberales han dado a esta crítica es la focalización de la atención la cual define los programas a instrumentar y quienes van a ser incluidos como beneficiarios. En principio, se debe comprobar la necesidad de acuerdo con criterios previamente establecidos que siguen las pautas neoliberales y, posteriormente, adaptarse a la vigilancia constante. Impulsan una política de beneficencia pública con un alto grado de discrecionalidad gubernamental. Se desconocen de esta forma los derechos sociales y la obligatoriedad del Estado de garantizarlos. Al respecto, Laurell señala lo siguiente: “El neoliberalismo se opone radicalmente a la igualdad en el acceso a los beneficios, a la universalidad de la cobertura y a la gratuidad de los servicios sociales”.<sup>16</sup>

16 Laurell, *La reforma contra la salud*, 17.

La política neoliberal encierra una fuerte contradicción dado que, por una parte despoja al Estado de funciones primordiales y, por el otro, necesita a un Estado fuerte que garantice las condiciones bajo las cuales se reproduce dicho sistema. El neoliberalismo sostiene que “el bienestar social pertenece al ámbito privado y sus fuentes naturales son la familia, la comunidad y los servicios privados”.<sup>17</sup> Al respecto, Narotzky señala que en el ámbito familiar se resuelven distintas obligaciones del Estado; por ejemplo, la fuerza de trabajo que se emplea en los cuidados de los enfermos no como una actividad profesional, sino como parte de las tareas asignadas a la familia.<sup>18</sup> Este trabajo tiene un valor que no es considerado por el sistema de salud ni por el Estado y es visto como obligatorio o normado por el mandato de los afectos. El trabajo de los familiares en el hospital es similar al trabajo doméstico, es un trabajo no reconocido y no pagado. Esto lleva

17 Laurell, *La reforma contra la salud*, 16.

18 Susana Narotzky, *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales* (Madrid: csic, 1995), 137-157.

a pensar en un proceso de producción de salud que pasa de ser un derecho a una mercancía que cada quien debe comprar y que se encarece conforme se fortalece el sistema neoliberal adoptando la forma de privatización. El neoliberalismo transfiere el bienestar social al ámbito privado, enfatizando la fuente “natural” de la familia y trasladando las obligaciones del Estado al ámbito familiar. Por otro lado, están las instituciones privadas no lucrativas que atienden a la población de bajos recursos. Se resalta el trabajo de las organizaciones civiles a las que el Estado apoya financieramente porque se les reconoce mayor eficacia que a las instituciones públicas.

En el periodo de 1982 a 1990 varios países de América Latina adoptaron el sistema de “economía de mercado” como modelo económico bajo los lineamientos del Consenso de Washington. Estos dictados (1989) tenían como meta subordinar a los gobiernos de países en desarrollo a los mandatos del FMI, BM y Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La implementación de la propuesta de Washington trajo como consecuencia el rezago en la atención de los derechos sociales.<sup>19</sup>

Lo que se pretendía con las medidas de reestructuración neoliberal era la desregulación del mercado, la libre competencia desde plataformas completamente desiguales, el individualismo como valor principal y, sobre todo, la exclusión y desmantelamiento del Estado como encargado de generar bienes, servicios y bienestar social. Este individualismo se consiguió desactivando a los sindicatos y cancelando los derechos anteriormente adquiridos por los trabajadores. Es de sobra reconocido que la desaparición de los contratos colectivos de trabajo y la desregulación laboral impulsan la competencia y fortalecen el individualismo. El argumento ideológico más fuerte del pensamiento neoliberal es que la política de mercado es la mejor forma para generar recursos económicos, satisfacer (focalizadamente) las demandas de los pueblos y potenciar el desarrollo, por lo que todo aquello que frene el flujo de mercado resulta nocivo para el bienestar de los individuos. Así, a las políticas de bienestar se les tachó de intervencionismo estatal contrario a la sanidad de la economía y a la

19 Ramón Casilda Béjar, “América Latina y el Consenso de Washington”, *Boletín económico de ICE* 2803 (26 de abril-2 de mayo de 2004), [http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/14120/original/America\\_Latina\\_yel\\_consenso\\_de\\_Washington.pdf](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/14120/original/America_Latina_yel_consenso_de_Washington.pdf)(consultado el 20 de septiembre de 2013).

20 Laurell, *La reforma contra la salud*, 9-22.

producción que desalienta la inversión de los empresarios y la motivación de logro en los trabajadores.<sup>20</sup>

## Precarización y privatización del Sistema de Salud

A principios de la década de 1980 se presentaron los primeros casos de VIH en un contexto donde la desigualdad, la precarización del empleo, la exclusión, marginación, violencia y pobreza se extendían por todas partes; como respuesta a esta emergencia la atención estatal se centró en “grupos focalizados” estrategia adoptada como alternativa que sigue vigente hasta nuestros días, dejando en segundo plano la atención del resto de la población: “los sistemas de salud iniciaron un proceso de fragmentación en virtud de las privatizaciones y descentralización. El sector público fue condenado al deterioro y desmantelamiento como consecuencia de la falta de presupuesto, de la pobre asignación de recursos y la sobredemanda desde un área cada vez más pobre”.<sup>21</sup>

21 Natalia Rodríguez, “Procesos de resignificación a partir del diagnóstico de VIH/Sida”, en *Etnografías de la muerte: Rituales, desapariciones, VIH/Sida y resignificación de la vida*, compilado por Cecilia Hidalgo (Buenos Aires: CICCUS, 2010), 137-212, especialmente página 139.

Los discursos recurrentes que intentan reivindicar los beneficios de la privatización de los servicios de salud y la atención focalizada del Estado se apoyan en la escasez de recursos y la ineficiencia del sector público. Sin embargo, conviene puntualizar que la falta de recursos se genera precisamente por los recortes en el gasto social y que para confirmar la ineficacia del sector público en comparación del privado se requiere, entre otras cosas, de iguales condiciones en la producción del servicio.

Tanto el derecho a la protección de la salud como a la seguridad social son derechos constitucionales. México cuenta con institutos de seguridad social que orientan su cobertura a distintos grupos de trabajadores como el Hospital de Petróleos Mexicanos, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Trabajadores en general (IMSS) y el del sector informal (Seguro Popular). Esta división hace una diferencia en cuanto a la estructura institucional y también en cuanto a la cobertura y calidad de los servicios. El instituto que mayor cobertura tenía hasta

años recientes era el Instituto Mexicano del Seguro Social, que cubría los seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte (IVCM).

A partir de 1983, bajo la presidencia de Miguel de la Madrid, las instituciones públicas empezaron a decaer y se aplicaron reformas que llevaron al deterioro del sector salud por parte del Estado y a la consolidación del sector privado. Este es un hecho relevante debido a que coincide con la aparición de la pandemia del VIH/Sida en México. El gasto en salud se redujo a 50% entre 1983 y 1988 y no se volvió a recuperar en años posteriores; la política de bajos salarios y precarización laboral promovida por el proyecto neoliberal fue y sigue siendo la causa principal del bajo financiamiento en los servicios estatales de salud.<sup>22</sup> Según datos del 2014 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México se encuentra por debajo del promedio del gasto total en salud de sus países miembros que equivale a 9.3% del producto interno bruto (PIB) mientras que México destina sólo 6.2%.<sup>23</sup>

En 1993, después de casi una década de reformas estructurales, gran parte de la responsabilidad en el financiamiento a la salud se trasladó a los usuarios argumentando que el presupuesto dirigido a la atención del “sector privilegiado” (es decir, los trabajadores beneficiados por la cobertura estatal), debía estar orientado a la cobertura de la población abierta. Igualmente, se planteó que la aportación restada al IMSS se entregaría a la Secretaría de Salud (SSA), lo que nunca sucedió. Con ello se redujo la participación del Estado pasando la aportación obrero-patronal de 55% en 1982 a 70% en 1993. Estos ajustes favorecieron el deterioro de los servicios de salud y el surgimiento de las empresas médicas privadas. Actualmente, según la OCDE, 50% del gasto en salud es cubierto directamente por los pacientes.<sup>24</sup>

La reforma del sector salud (1994) dispone en forma cuidadosa que la salud es un asunto privado que debe ser resuelto por la familia o el mercado dejando para el Estado sólo lo que la iniciativa privada no quiera asumir por falta de rentabilidad o recursos de los demandantes. La última reforma a la Ley General de Salud del 4 de junio de 2014 presentada

22 Laurell, *La reforma contra la salud*, 27.

23 OCDE, “Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación”, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf> (consultado el 18 de diciembre de 2014).

24 OCDE, “Estadísticas de la OCDE”, 1-3.

por el Ejecutivo Federal en la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, en su artículo 2º fracción v establece que el Estado “debe procurar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”. De igual forma, el artículo 3º, fracción II, indica que el Estado “debe procurar la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables”, en tanto que el artículo 6º fracción III, señala lo siguiente: “El Estado debe colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social”.<sup>25</sup>

Siguiendo los lineamientos del BM, los servicios de salud se han estratificado y el Estado está dirigiendo su atención a la población “no asegurable”, es decir aquella que no puede pagar sus servicios de salud ya sean públicos o privados; esto es, convirtiendo un derecho constitucional en una versión de caridad pública.<sup>26</sup> Las mismas leyes establecidas por el Estado dan cuenta de la estratificación del derecho a la salud como lo refleja la Ley General de Salud la cual está clasificada en tres tipos: 1. Atención médica, 2. Salud pública, 3. Asistencia social. El artículo 25 de dicha ley establece que: “Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”.<sup>27</sup>

Durante el periodo del 2010 y 2011 los gastos catastróficos por VIH/Sida fueron validados y autorizados en su totalidad a diferencia de otros padecimientos como el cuidado intensivo neonatal, insuficiencia renal, cáncer de mama o cataratas, sin embargo quedan muchos padecimientos sin cubrir y manejan un reducido número de medicamentos. El Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) es muy inferior a los seguros médicos de los institutos de seguro social laboral e incluye únicamente nueve enfermedades de gasto catastrófico.<sup>28</sup>

El proceso privatizador y consecuente deterioro del sector no es privativo de México. En España, por ejemplo, la comunidad Catalana ha incre-

25 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, “Ley General de Salud. Última Reforma DOF (Diario Oficial de la Federación)”, [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_040614.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf) (consultado el 10 de noviembre de 2014).

26 Laurell, *La reforma contra la salud*, 89.

27 Cámara de Diputados, “Ley General de Salud”, 10.

28 Cristina Laurell, *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano* (Buenos Aires: Clacso, 2013), 71-83.



En México, el sistema de salud ha hecho esfuerzos por hacer más eficiente su respuesta al VIH; sin embargo, existen múltiples obstáculos que complican dicha tarea, como la escasa participación económica de los gobiernos estatales. En el 2013 el Estado mexicano invirtió en el rubro de salud 125 721.71 millones de pesos (0.71% del PIB). Para el Seguro Popular, designó 72 330.03 millones de pesos y 290.71 millones de pesos han sido destinados para la atención del VIH/Sida a través de los programas de atención y prevención. El presupuesto asignado en el 2014 al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida fue de 275.70 millones de pesos, prácticamente 15 millones menos que el año anterior cuando el número de personas que requieren atención se ha incrementado. El gasto para la Función Salud consolidado del Fondo de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios fue de 2 772.58 millones de pesos.<sup>31</sup>

En junio de 2008 se creó en México la Comisión Coordinadora para la Negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud que empezó pactando con diversos laboratorios dueños de patentes la reducción de costos para 23 fármacos antirretrovirales consiguiendo hasta 41% en 19 de ellos con aplicación para el 2009. Hasta 2008 se estimaba que en México la cobertura de pacientes en tratamiento era superior 95% con un crecimiento de 13% anual debido a que si bien las muertes por Sida son menos desde 1996, las infecciones por VIH van en aumento.<sup>32</sup>

Los monopolios farmacéuticos suben los precios de manera arbitraria y suprimen el mercado de medicamentos genéricos; consecuentemente, tanto las personas como los países pierden las posibilidades de adquirirlos. El tema de los medicamentos genéricos es complejo, particularmente para los países pobres; un ejemplo de ello es el Sur de África en donde a finales de la década de 1990, ante la gravedad de la pandemia de VIH, el gobierno solicitó tener acceso a medicamentos genéricos, lo que provocó un conflicto entre las compañías farmacéuticas internacionales debido a que violaba el Tratado de la Propiedad Intelectual (TRIP). Finalmente, en 2001 se permitió la introducción de la primera generación de antirretrovirales

31 M. Reyes Tépac, "El Presupuesto Público Federal para la Función Seguridad Nacional 2013-2014", <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-03-14.pdf> (consultado el 10 de octubre de 2014).

32 José Antonio Izazola, "Avance y retos de la prevención y el control del Sida en México", <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106i.pdf> (consultado el 20 de noviembre de 2014).

genéricos bajando el costo anual por paciente de 10 000 dólares anuales a 150 dólares o menos.<sup>33</sup>

Aunque se redujo el costo de los antirretrovirales genéricos de primera generación, los antirretrovirales de segunda y tercera generación se mantienen altos. En el 2006 India era un proveedor de ARV a bajo costo para los países en desarrollo, sin embargo, los nuevos que India produce están patentados debido a que el país fue obligado a seguir la Ley Internacional de Propiedad Intelectual que se puso en marcha en el 2005. La Organización Mundial de Comercio (OMC), en su declaración ministerial del 14 de noviembre del 2001, concedía que se emplearan licencias obligatorias autorizadas por la OMC y expedidas por las farmacéuticas propietarias de las patentes. Estas licencias pueden ser usadas en casos de emergencia nacional y permiten que los países produzcan medicamentos genéricos bajo ciertas condiciones, o en su defecto comprarlos a otros países que cuenten con estas licencias. Ruanda obtuvo una licencia para producir TriAvir pero tuvo demasiados problemas internos, tanto de habilidad como de infraestructura. En el 2007 solicitó el ARV a una empresa canadiense, obteniendo su medicamento hasta 2008 debido a que las leyes de Canadá son más estrictas en cuanto a otorgar licencias obligatorias a empresas productoras de genéricos. A diferencia de Ruanda, Tailandia tuvo éxito en el uso de su licencia; esto generó que las empresas involucradas retiraran los registros de sus nuevos medicamentos del mercado tailandés, es decir que el acceso depende en gran medida de la decisión de los dueños de las patentes. Otro país que decidió producir medicamentos contra el VIH es Brasil; utilizó el mecanismo de la licencia obligatoria aduciendo a la situación de emergencia nacional que se aceptó en el 2001 (Declaración de Doha) en la conferencia de la OMC. Las farmacéuticas internacionales han intentado negociar con cada país en vías de desarrollo para pactar precios más bajos a cambio de que no usen este mecanismo. Cuando Brasil declaró que empezaría a producir sus fármacos, la empresa Merck identificó tal acción como una expropiación de propiedad intelectual que afectaba la investigación. Es decir, que los derechos humanos tienen un límite en la industria farmacéutica.<sup>34</sup>

33 Rebecca Wolitz, "Intellectual Property and Access to Medications. Academics Stand Against Poverty", <http://academicsstand.org/wp-content/uploads/2014/05/Intellectual-Property-and-Access-to-Medications1.pdf>, (consultado el 22 de noviembre de 2014).

34 Wolitz, "Intellectual Property", 24-32.

Brasil junto con Rusia, India, China y Sudáfrica (identificados en grupo como países BRICS), han atendido a las flexibilidades que ha permitido el TRIP para poder brindar el acceso universal de antirretrovirales en sus países. En noviembre de 2001 la OMC confirmó que los acuerdos tomados en el TRIP no impedían que sus miembros adoptaran medidas que protegieran la salud pública, así mismo la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas ratificó, con excepción de Estados Unidos, que el acceso a las drogas para la lucha contra el Sida era un derecho humano.<sup>35</sup>

A pesar de que México participa en protocolos sobre la efectividad de ARV, no los produce y no cuenta con compra paralela; su consumo lo satisface mayormente el mercado estadounidense a precios de patente.<sup>36</sup> La implementación de los nuevos medicamentos se da por medio de un análisis de necesidades realizadas por Censida y del análisis del presupuesto. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida es el organismo que decide hacia dónde van los recursos entregados por la federación para dar respuesta al VIH. Lo que Censida ha intentado es que los estados aporten recursos para los medicamentos y que mejoren sus sistemas de diagnóstico oportuno. Los descuentos en la compra de medicamentos ya no son suficientes por lo que se ha considerado usar el recurso de declaración de emergencia para obtener la licencia obligatoria y así producir medicamentos genéricos tal como lo hizo Brasil.<sup>37</sup>

El acceso universal a los medicamentos se ha cubierto hasta el momento; sin embargo, el incremento de nuevas infecciones aunado a los altos costos y al bajo presupuesto destinado al rubro, hace cada vez más difícil cubrir este objetivo. El 22 de octubre del 2012, representantes de Organizaciones no Gubernamentales y vocales del sector social de Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (Coesida), hicieron un llamado urgente al Director de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla para que se pronunciara contra las amenazas de Censida de suspender el suministro de fármacos antirretrovirales porque, como es evidente, ponía en riesgo la salud de los pacientes. Este hecho se suscitó independientemente de que el Gobierno Federal ha firmado acuerdos internacionales en los que se com-

35 Pedro Etzel Rodríguez del Valle, "Capacidad innovativa en México para la producción de medicamentos antirretrovirales" (tesis de maestría, IPN-Centro de Investigaciones Económicas Administrativas y Sociales, 2011).

36 "Si bien es cierto que los medicamentos de primera generación provocan efectos colaterales muy severos, es mejor tomarlos que quedar sin tratamiento". Entrevista de Adriana Celis al Dr. C., infectólogo del Centro Ambulatorio para la Atención y Prevención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual "Capasits". Puebla, Puebla, 7 de agosto de 2012.

37 Maribel Ramírez Coronel, "VIH-Sida y la compra de medicamentos", *El Economista* (edición en línea), 25 de noviembre de 2012, <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2012/11/25/vih-sida-compra-medicamentos> (consultado el 10 de diciembre de 2014).

promete a velar por la salud de la ciudadanía y, en el caso específico del VIH, dar a los pacientes acceso universal a los medicamentos. Esta consigna se dirigió a cinco programas estatales: Distrito Federal, Oaxaca, Guanajuato, Estado de México y Puebla.<sup>38</sup>

La explicación dada por Censida fue que los mencionados estados no se ajustaban a los esquemas planteados desde la Federación, propuesta que resulta inoperable porque no todos los nuevos casos diagnosticados empiezan con el primer esquema de tratamiento ya que pudieron haber sido infectados por virus de diversa resistencia,<sup>39</sup> y por lo mismo, necesitar medicamentos de última generación. Por el momento, la tasa de resistencia a nuevas infecciones es aproximadamente de 10% lo que significa que de cada diez personas que se infectan una está adquiriendo un virus con resistencia a uno o más grupos de antiretrovirales. En el actual proceso se pide una valoración del caso al médico tratante, posteriormente se envía a un comité nacional para que evalúe si realmente es necesaria la administración de tratamientos más complejos y, si lo considera pertinente, autoriza el suministro. El siguiente testimonio muestra parte de la dificultad del acceso universal a los ARV:

[...] Que la Secretaría de Salud Federal entienda que la negociación no es con los programas estatales, sino con los cabilderos de los laboratorios, con la gente que les vende los medicamentos a ellos, no amenazando a los pacientes pues México ha sido uno de los países que ha comprado antirretrovirales a las farmacéuticas trasnacionales a los precios más elevados.<sup>40</sup>

Una parte de los medicamentos los proporciona Censida a nivel federal y otra los estados, es decir, en este caso el programa de Coesida. Desde el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (Salvar) se cambian los esquemas y se conoce la condición del paciente, el tipo de esquema que lleva, si el paciente es niño o adulto, si es mujer embarazada o si actualmente no tiene tratamiento, de igual forma el sis-

38 Ángeles Cruz Martínez, “Anuncia Censida que dejará de enviar antiretrovirales a 5 programas. Aduce violación a los lineamientos para otorgar los recursos”, *La Jornada* (Ciudad de México), <http://www.jornada.unam.mx/2012/09/27/sociedad/043n2soc> (consultado el 6 de octubre de 2012).

39 Habilidad del VIH para replicarse en la presencia de drogas que usualmente impiden su replicación.

40 Entrevista de Adriana Celis a BZ, presidente de la Asociación Civil Democracia y Sexualidad “DemySex”. Puebla, Puebla, 23 de mayo de 2012.

tema detecta duplicidad de tratamientos porque Censida manda también medicamento a otras instituciones del sector salud como IMSS, ISSSTE. Salvar maneja 35 medicamentos y las pruebas son manejadas por el laboratorio. Para que Censida mande medicamentos especiales se tiene que comprobar la resistencia del paciente con base en los resultados de genotipo; sin embargo, el costo de estas pruebas no quiere ser asimilado ni por la Federación ni por el estado de Puebla. Esta es una de las razones por las cuales Censida anunció en esos momentos que suspendería el abasto de medicamentos a Puebla si los nuevos usuarios no se adherían a los recientes protocolos. Por otro lado, el gobierno del estado ha presionado al Centro de Atención para que se cobren tanto estudios como tratamientos, este hecho ha generado fricciones entre las autoridades gubernamentales y la dirección del centro que tiene como principio ético la protección y conservación gratuita de la salud.

### Respuestas del Estado mexicano a la situación de las mujeres con VIH/Sida

En 1986 se generó una respuesta a la pandemia de VIH de gran impacto internacional. La Organización Mundial de la Salud creó la *Global Program on AIDS* (GPA) con sede en Ginebra y tres objetivos primordiales: a) implementar un discurso internacional que fomentara la participación de todos los países; b) desarrollar apoyo técnico para los países en desarrollo; y c) motivar la participación de países donantes que apoyaran una respuesta multilateral. Después de diez años GPA se convirtió en UNAIDS que es el organismo internacional encargado de coordinar la respuesta al VIH/Sida.<sup>41</sup> También en 1986, se creó en México el Comité Nacional para la Prevención del Sida, tres años después de la aparición del primer caso. Con la creación del Comité se intentó organizar la respuesta a la pandemia considerando las necesidades de las distintas entidades del país. La descentralización de los servicios de salud como parte de las reformas al sistema de Salud tuvo repercusiones directas en la atención al VIH, la respuesta a la pandemia quedó en manos de los estados.<sup>42</sup>

41 Dennis Altman, *Global Sex* (Chicago: University of Chicago, 2001), 73.

42 Censida, "Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el Sida, México 2012", [http://www.gob.mx/cms/uploads//file/26922/Informe\\_Narrativo\\_2012\\_y\\_ANEXOS\\_I\\_IV.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads//file/26922/Informe_Narrativo_2012_y_ANEXOS_I_IV.pdf) (consultado el 17 de octubre de 2012).

Las primeras acciones se dirigieron a la atención y prevención. Inicialmente se intentó controlar las transfusiones sanguíneas que afectaban particularmente a las mujeres debido a los partos; también se controlaron los plasmas y hemoderivados, las condiciones de salud y trabajo de las trabajadoras sexuales, la población de hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas inyectables. En el 2003 se logró que todas las personas detectadas y en tratamiento tuvieran acceso a sus medicamentos, el acceso universal y gratuito a los antirretrovirales se cubrió por medio de los Fondos para Gastos Catastróficos del Seguro Popular lo que redujo significativamente la mortalidad por Sida.

Los centros de salud cuentan con modelos y protocolos especializados para la atención médica a pacientes con VIH/Sida en todos los niveles de atención. Los Servicios de Atención Integral (SAIS) antes Servicios Especializados para la Atención del Sida (SEAS) están conformados por un grupo interdisciplinario que atiende en forma ambulatoria en los hospitales de los estados de la Secretaría de Salud. En el 2003 se planearon las Unidades de Atención Especializada al VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual Uneme-Capasits.<sup>43</sup>

Aunado a la infraestructura médica hospitalaria y a la implementación de mecanismos para el acceso universal a los tratamientos y medicamentos, se han desarrollado distintos programas con el objetivo de combatir el estigma y la discriminación apoyados en organismos como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Desde el 2006 el gobierno federal ha apoyado financieramente una multiplicidad de proyectos dirigidos a la prevención y atención de las personas con VIH. Al inicio las convocatorias para estos proyectos operados por las OSC eran flexibles con los contenidos, sin embargo, en el 2014 los puntos marcados en las convocatorias se inclinaron más por las necesidades gubernamentales que por las necesidades de la población.

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha financiado diversos proyectos a México dirigidos a la población catalo-

43 Censida, "Informe Nacional", 31-36.

- 44 Instituto Nacional de Salud Pública, “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y UDI de ambos sexos”, <http://www.saludglobalinsp.mx/index.php/areas/investigacion/192-fortalecimiento-de-las-estrategias-nacionales-de-prevencion-y-reduccion-de-danos-dirigidos-a-hsh> (consultado el 16 de diciembre de 2014).
- 45 Censida, “Sesión Especial sobre Sida de la ONU (UNGASS) número 119”, <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/2006/junio.html> (consultado el 8 de diciembre de 2014).
- 46 Gobierno Federal-UNESCO, Declaración Ministerial: Prevenir con Educación (México: Naciones Unidas México, 2008), 1-7.

gada como vulnerable. Su último reporte “Fortalecimiento de las Estrategias Nacionales de Prevención y Reducción de Daños dirigidos a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), transexuales (TS) y usuarios de drogas inyectables (UDI) de ambos sexos”, da cuenta del trabajo realizado en poblaciones clave, personal de salud, educadores pares y campañas de distribución de insumos y pruebas rápidas. Dicho trabajo, “busca fortalecer tres estrategias ejes: 1) la prevención del VIH y la reducción de daños en las poblaciones de HSH, TS y UDI de ambos sexos; 2) la reducción del estigma, la discriminación, la homofobia; y 3) el fortalecimiento de los sistemas comunitarios y sistemas de salud gubernamentales”.<sup>44</sup>

Censida presentó en el 2006 la “Estrategia Nacional de Adherencia” (ENA) desarrollando capacidades de los equipos que trabajan con personas que viven con VIH, sin embargo, éstas se reducen a la consejería de un escaso número de personas lo que dificulta su replicación y la puesta en marcha con la población directa. La buena adherencia repercute en la disminución de costos de los tratamientos y disminución de fallas.<sup>45</sup> Otro plan de acción es la promoción de la Declaración Ministerial “Prevenir con educación” que consiste en la participación del sector educativo en la prevención del VIH. Esta declaración fue aprobada por Ministros de Salud y Ministros de Educación de América Latina y El Caribe en la Ciudad de México en agosto de 2008.<sup>46</sup>

La respuesta a la epidemia en México está básicamente focalizada en las poblaciones clave y a este sector se dirigen la mayoría de las acciones preventivas. Las mujeres heterosexuales y con relaciones de pareja estables como las esposas y amas de casa son elegibles en menor medida para realizar estudios epidemiológicos puesto que no son consideradas poblaciones clave, por tal razón no hay una asignación de recursos financieros especiales para este sector de la población. El VIH/Sida es tan complejo y mutante que hasta la fecha ha resultado difícil adecuar tratamientos específicos para mujeres, pues en su mayoría han sido diseñados para los hombres.

La Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida llevada a cabo por Onusida en el 2004 plantea atender los desproporcionados efectos del VIH/Sida

sobre las mujeres y las niñas, prevenir nuevas infecciones con el VIH en ellas, promover el acceso en condiciones de igualdad a la atención y el tratamiento de las infectadas con el acelerar la investigación sobre microbicidas, proteger los derechos de propiedad y herencia de las mujeres y reducir la violencia de género.<sup>47</sup> El logro de estos objetivos en nuestro país se ha alcanzado sólo en forma parcial por distintos motivos, entre ellos la baja participación política de este sector respecto del de los varones.

En el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres Pro-igualdad 2013-2018,<sup>48</sup> se incluye dar respuesta al problema del VIH y las mujeres en dos puntos esenciales. El primero es impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención del VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas. El segundo propone realizar campañas para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven.

El centro con mayor especialización y cobertura con el que contamos en el país para estos tratamientos es la clínica Condesa localizada en la Ciudad de México. El rubro de mujeres cuenta con un programa de salud sexual y reproductiva para mujeres con VIH muy completo que abarca la detección y prevención de VIH, Virus del Papiloma Humano (VPH), y otras ITS; detección de cáncer de mama y cérvico uterino; anticoncepción de emergencia; interrupción legal del embarazo y seguimiento y control del embarazo; población trans, violencia sexual, grupos de autoapoyo, capacitación etc. Un dato importante es que desde el 2000, 100% de bebés nacidos de madres seropositivas atendidos en dicha clínica nacieron sanos. El programa de apoyo social para mujeres que presta la clínica incluye fomento al autoempleo, vivienda, atención de violencia intrafamiliar, atención a poblaciones rurales y becas alimentarias. Lo que hace exitoso a este programa es que cuenta con la colaboración interinstitucional de más de cincuenta dependencias de gobierno tanto federales como locales al igual que organizaciones internacionales, grupos de la sociedad civil y organismos empresariales.<sup>49</sup>

47 Onusida, “La Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida”, 1-3, [http://data.unaids.org/GCWA/gcwa\\_background\\_es.pdf](http://data.unaids.org/GCWA/gcwa_background_es.pdf) (consultado el 22 de noviembre de 2014).

48 Gobierno Federal, “Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018”, [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013) (consultado el 4 de septiembre de 2014).

49 Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México, “Programas y Servicios, 2015”, <http://www.condesadf.mx/faq.htm> (consultado el 5 de diciembre de 2014).

Pese a que los servicios de la Clínica Condesa están catalogados como los mejores de América Latina, sólo cubren a la Ciudad de México, el resto del país funciona con las Uneme de Capasits cuyas condiciones de infraestructura y recursos humanos les hace difícil cubrir incluso los programas de prevención y atención básicos.

### **Principales programas, convenios y acciones emprendidas en México y el estado de Puebla como respuesta al VIH/Sida**

Desde los primeros casos detectados en México se han emprendido distintas líneas de acción para responder al VIH. En el 2008 el gobierno mexicano estableció un compromiso a través de la Declaración Ministerial la cual fue presentada durante la XVII Conferencia Internacional de Sida que tiene como objetivo Prevenir con Educación. Dicho documento fue presentado formalmente en Puebla a mediados de 2011. Entre sus principales compromisos e intenciones están los siguientes:

Ratificamos nuestro compromiso para garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos asociados a esta, establecidos en los tratados y estándares internacionales sobre derechos humanos y, en particular a garantizar el acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños adolescentes y jóvenes en nuestros países, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación; esto requiere aumentar y fortalecer los esfuerzos para garantizar el acceso y permanencia en la escuela a aquellos afectados directamente por el VIH. [Considerando que] una respuesta a la epidemia, efectiva a largo plazo, sólo será posible si las estrategias de prevención son exitosas. La única manera de sostener el compromiso global de acceso universal al tratamiento antirretroviral de personas con VIH, es a través del fortalecimiento de las estrategias de prevención que permitan reducir la extensión de la pandemia y la demanda futura de nuevos tratamientos.

Como conclusiones de esta jornada de trabajo, los ministros de salud y educación reunidos en la Ciudad de México el 1 de agosto de 2008 se comprometieron a:

Reducir en 75% el número de escuelas que aún no se habían institucionalizado en educación integral en sexualidad para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación.

Reducir en un 50% el número de adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.<sup>50</sup>

50 Gobierno Federal-UNESCO, Declaración Ministerial, 2-6.

Ambos puntos se contemplaron como metas para el año 2015. Sin embargo, las acciones enunciadas en este documento no han podido ser operadas en su totalidad. El rubro de la educación sexual queda desierto debido a la reticencia tanto de directores como de comités de padres de familia de los niveles de enseñanza básica, media y media superior. En los libros de texto tanto de primaria como de secundaria se sigue abordando la sexualidad en forma fraccionada y dirigida a la reproducción. La evaluación en materia de prevención debiera ser un objetivo constante y no ligado a la cercanía de las conferencias mundiales o de los reportes anuales como comúnmente sucede.

Entre los programas y acciones más importantes de carácter federal que se han establecido como respuesta al VIH están la instalación de los primeros Consejos Estatales para la Prevención del Sida, Coesidas (1989); la consolidación, entre 1989 y 1990, de los centros de información Telsida; la publicación en 1994 de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes; el desarrollo, entre 1997 y 2000 del modelo para la atención médica a pacientes con VIH/Sida “Servicios especializados para la atención del Sida” (SEA) y el subsecuente modelo “Servicios de atención integral de las personas con VIH/Sida” (SAI) (2006-2015); el lanzamiento en 1998 del Programa Lazo Rojo, para hacer frente a la discriminación y estigma contra las personas afec-

tadas por el VIH/Sida; el acceso, desde 2001, a medicamentos antirretrovirales para población sin seguridad social a través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud; la creación del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida, Censida (2001); la creación de las Unidad de especialidades Médicas Unemes-Capasis (2003); la recomendación general no. 8/2004, Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen Sida (2004); la activación del Sistema de Administración, logística y vigilancia de Medicamentos Antirretrovirales (Salvar), en 2007; el establecimiento de la determinación cuatrimestral de la carga viral y conteo de linfocitos CD4 así como la prueba de genotipo en casos necesarios, a partir del 2009; el lanzamiento de la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/Sida con énfasis en la vulnerabilidad de las mujeres frente al Sida y la homofobia asociada al VIH (2009); la publicación en 2010 de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-2010; el establecimiento del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred); la concreción de la Cartilla de Derechos Humanos para las Mujeres que viven con el VIH/Sida; la elaboración de la Agenda Política en materia de VIH y Sida dirigida a mujeres desde el enfoque de Género y Derechos Humanos (2015).

En el caso específico del estado de Puebla, cada año se realizan campañas de detección de VIH. En dichas campañas la población femenina que acude a realizarse las pruebas es menor que la masculina. Generalmente se eligen los municipios con mayor población como Libres, Tehuacán, Izúcar de Matamoros, Chignahuapan, Teziutlán, Huauchinango, Acatlán, San Martín Texmelucan y Puebla. La difusión y aplicación de pruebas rápidas de detección cuentan regularmente con el apoyo de Organizaciones de la Sociedad Civil como Vidha Puebla, Vida Plena y el Observatorio de Derechos Sociales y Reproductivos.

Dentro de las medidas preventivas puestas en marcha en el estado de Puebla está la detección de seropositividad durante el embarazo que se sigue por protocolo y administración de antirretrovirales a la madre y

al niño en caso de que la madre sea seropositiva. Los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados por la OMS que consisten en: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación, resultados confiables y vinculación con la asistencia, tratamiento y otros servicios.

Los servicios de salud de “Puebla Sana” del Gobierno del Estado han establecido como puntos básicos el detectar, atender y controlar los casos de VIH mediante la realización de pruebas de laboratorio en la población con prácticas de riesgo o vulnerables; pruebas de tamizaje (ELISA y VDRL) en las mujeres embarazadas; consulta médica a población que presenta signos y síntomas sugestivos de éstos padecimientos; tratamiento gratuito para las personas con ITS y/o con VIH/Sida, a embarazadas con Sífilis y VIH que acuden a control perinatal; alimentación artificial, segura y adecuada a los hijos de madres infectadas con VIH; grupos de autoapoyo para favorecer la adherencia al tratamiento con antirretrovirales; servicio ambulante de PrevenmóVIH y los servicios ofrecidos en Capasits.

Todos estos servicios se encuentran supeditados al presupuesto otorgado por la Secretaría de Salud del Estado. Los distintos programas operados por Organizaciones de la Sociedad Civil son financiados por organismos internacionales o reciben fondos directos de Censida. En múltiples ocasiones estas organizaciones generan sus propios recursos, parte de ellos con diversas actividades o buscando financiamiento de distintas empresas. De esta forma se establece de nueva cuenta el desplazamiento de las obligaciones del gobierno a un determinado sector de la población.

### **Centro Ambulatorio de Prevención y Atención a Infecciones de Trasmisión Sexual VIH/Sida en Puebla. Uneme-Capasits**

De 1983 a 1996 la atención a los enfermos de Sida se concentraba en hospitales de segundo nivel. En 1987 se elimina por ley la donación remunerada de sangre mientras que el manejo clínico del paciente con VIH

se limitaba a tratar infecciones oportunistas y neoplasias. Conforme se controló la trasmisión del virus por transfusiones y se implementó la prescripción de antirretrovirales, fue necesaria la atención ambulatoria, dando así prioridad a los centros ambulatorios.

En el 2003, el *Plan Maestro de Infraestructura de la Secretaria de Salud* incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (Unemes) la construcción de 56 centros ambulatorios para la atención y prevención del Sida e infecciones de transmisión sexual con la finalidad de ampliar el acceso a la atención integral incluyendo el tratamiento con antirretrovirales y la prevención y detección oportuna del VIH e ITS en la población que carecía de seguridad social. Así, los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e ITS “Capasits” fueron implementados en México en 2006. Los objetivos de estos centros eran cubrir los servicios de salud para las personas seropositivas que las instituciones de Salud no abarcaban en esos momentos, terminar con las desigualdades respecto de la atención médica y mejorar las condiciones de salud:<sup>51</sup>

51 Censida, *Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Trasmisión Sexual (Capasits)* (México: Censida, 2006), 10-23.

Los Capasits se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/Sida e ITS, y que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos.<sup>52</sup>

52 Censida, *Manual de Organización*, 10.

Las características físicas que se estipularon para la construcción de estos centros fueron las de contar con un establecimiento de atención médica para consulta externa que dispusiera de guarda de medicamentos y áreas para tratamiento médico, psicológico y social. Este tipo de unidades brinda el servicio de prevención como parte fundamental de sus funciones, además de otorgar apoyo psicológico tanto a los pacientes como

a sus familiares, ayudándose de programas establecidos por el cuerpo médico y de trabajo social de la unidad.

El Capasits Puebla, se encuentra instalado en el sur de la ciudad, en una zona de bajos recursos. En la misma área se encuentra ubicado el Hospital General y el Hospital de la Mujer. La estructura organizacional del centro está conformada por un responsable estatal del Programa de Prevención y Control del VIH/Sida e ITS, un responsable jurisdiccional, y un responsable de Capasits. Dentro de la unidad se cuenta con las áreas de dirección, atención médica, pediátrica, odontológica, enfermería, psicología, trabajo social, laboratorio clínico, farmacia, apoyo administrativo y apoyo social, área de talleres y pláticas, vigilancia e intendencia así como la participación en protocolos de investigación.

Capasits Puebla, no depende del Hospital General ni del Hospital de la Mujer aunque se encuentre registrado en los documentos. Este centro atiende entre 959 y 1 000 consultas al mes, para un aproximado de doce mil consultas al año, según reportan en sus estadísticas; periódicamente ofrecen talleres dirigidos a pacientes y familiares con el fin de fomentar la adherencia al tratamiento, talleres que explican en que consiste el Sida, la diferencia con el VIH así como los cuidados y las precauciones necesarias para no enfermar y tener mejor calidad de vida. El área de Psicología y Trabajo Social proporcionan a su vez pláticas y talleres sobre sexualidad dirigidos a hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres jóvenes, mujeres embarazadas, parejas serodiscordantes y familiares de personas que viven con VIH. Capasits Puebla sigue los lineamientos establecidos en el “Manual de Organización específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual” elaborado por Secretaría de Salud y Censida en noviembre del 2006; sin embargo, debido al incremento de las nuevas infecciones y a los recortes presupuestales en todo el Sistema Nacional de Salud cada vez es más difícil que cumpla el principal objetivo para el que fue creado.

## Consideraciones finales

El sistema neoliberal ha obligado a las naciones del mundo a elaborar leyes de gobierno que permitan hacer cambios estructurales y regirse bajo las leyes del libre mercado. Esta reestructuración se ha realizado a través de distintas reformas aplicadas en diversos sectores de la población como la reforma educativa, la reforma energética, la reforma laboral y la reforma al sistema sanitario. La prioridad de la vía neoliberal plantea la protección de las instituciones financieras por encima de las demás en deterioro del bienestar social perjudicando de manera muy importante los ámbitos del trabajo y la salud.

La pandemia del VIH recrudeció la crisis del sistema sanitario en México debido al gran incremento de pacientes y a los altos costos de su atención, sin embargo, aunque el cuidado de la salud es un derecho humano que el Estado está obligado a respetar, ha dado prioridad a lineamientos establecidos internacionalmente. Para cumplir dichos lineamientos, México acordó con farmacéuticas transnacionales cuyo objetivo es la acumulación de capital y con organismos financieros internacionales con igual fin, entre tanto, la demanda social crece día a día buscando cubrir una necesidad prioritaria que involucra la vida misma. La implementación de las reformas estructurales ha privatizado ya gran parte de los servicios de salud dejando para el Estado la atención focalizada hacia los más pobres, generando una práctica selectiva donde los más desprotegidos deben comprobar su pobreza y necesidad.

El sistema de salud, a través de sus distintas instituciones, pasó de ser un servicio que se prestaba de acuerdo a la necesidad a ser un servicio que se presta de acuerdo al pago. Igualar la salud con cualquier otra mercancía convierte el ejercicio de un derecho en una compra de vida. Este derecho se encuentra condicionado al pago de una cuota que implica un proceso de inclusión y exclusión del ámbito sanitario.

Para el caso de las mujeres, la respuesta del sector ha sido limitada, aunque no pueden negarse algunos avances significativos tanto en el as-

pecto social como en el biomédico. Aun así, las mujeres, siguen engrosando las filas del VIH, especialmente aquellas catalogadas como población clave. La mesa de “Mujeres y VIH” conformada por Conasida en 2008,<sup>53</sup> es un indicador de la conciencia generada alrededor del problema de las mujeres y el virus; sin embargo, mientras las prioridades del gobierno se encuentren bajo la dinámica neoliberal estos esfuerzos verán pocos frutos. Es por tanto indispensable continuar con las investigaciones sobre políticas públicas en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención, así como reflexionar sobre el camino recorrido por la prevención a través de las campañas dirigidas a diversos sectores de la población y no solamente a las poblaciones clave. El asunto de las políticas redistributivas, la pobreza, marginación como causas y efectos de la propagación del virus y el analfabetismo no podrán ser dejados de lado. Por otra parte es necesario mantener actualizada la información sobre los distintos factores de índole sociocultural, político y económico que condicionan de manera importante la respuesta eficaz a la pandemia. El análisis de las condiciones que impiden el éxito de los programas tan cuidadosamente elaborados es fundamental para no perder de vista lo nocivo que resulta apoyar reformas estructurales que pretenden apuntalar la acumulación de capital sobre la protección social.

53 CNDH, *Agenda Política en Materia de VIH y sida: dirigida a mujeres, desde el enfoque de género y de derechos humanos* (México: CNDH, 2015), 5-8.

Artículo recibido: 14 de diciembre de 2015

Aceptado: 6 de junio de 2016