

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“PROPUESTA DE INSTRUMENTO DE COTEJO AL EGRESO HOSPITALARIO DE LAS
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN EL CIENI/INER”**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Karla Karina Gómez Plata

DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL

Dra. Evelyn Rodríguez Estrada

MÉXICO, D.F. JUNIO, 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIA

A mi madre:

Con todo cariño y amor te dedico estas líneas que son parte de mi formación a ti que has sido cómplice de este logro en mi vida. Gracias por apoyarme en cada momento, por las llamadas de atención; de día y noche me dabas el mejor aliento para no caer y seguir adelante.

A mi Directora de Tesis:

En especial agradezco la paciencia, las herramientas, los conocimientos, el tiempo y la dedicación que me brindó a lo largo de este camino tan enriquecedor. Gracias por todo. Considero que fue la mejor elección tenerla como directora de tesis, gracias a ello me impulsa a seguir adelante.

A mis lectores:

Gracias a cada uno de ellos, mis apreciables maestros que han contribuido desde sus diferentes campos de estudio, por apoyarme con sus saberes y darme las herramientas necesarias para alcanzar este objetivo.

A mis amigas:

Con gran emoción doy gracias a mis amigas Dulce y Karen, quienes complementaron mis días, mis desvelos, mi desesperación, mis enojos y tristezas, cuando no salían bien los renglones de este logro. Gracias por darme ánimos, palabras de aliento para terminar y seguir adelante.

ÍNDICE

Introducción	6
Capítulo 1. Conceptualización del VIH	8
1.1 ¿Qué es el VIH-SIDA?	8
1.2 Inmunología	8
1.3 Diferencia entre VIH y Sida	9
1.4 Vías de transmisión	9
1.5 ¿Cómo se diagnostica el VIH?	11
1.6 Síntomas	13
1.7 Tratamiento Antirretroviral	13
Capítulo 2. Contexto internacional del VIH: panorama epidemiológico	15
2.1 Panorama internacional de VIH	15
2.2 Panorama de VIH en México y América Latina	16
2.3 Programas de prevención de VIH	18
2.4 Sistema Nacional de Salud	19
2.5 Tratamiento antirretroviral (TARV)	21
2.6 Clínica Condesa	22
2.7 Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI)	22
Capítulo 3. Promoción de la Salud, derecho a la salud	24
3.1 Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Ottawa, Canadá 1986	25
3.2 Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Bangkok, Tailandia 2005	26
3.3 Determinantes sociales de la salud	27
3.4 Modelo socio histórico	29
3.5 Observación General No. 14	30
3.6 Lucha Latinoamérica por los medicamentos antirretrovirales	34
3.7 ONU: Objetivos de Desarrollo del Milenio	35
3.8 Educación para la salud	36

Capítulo 4. Propuesta del instrumento de cotejo al egreso hospitalario para las personas que viven con VIH	37
4.1 Antecedentes de estudios similares al Checklist	37
4.2 Planteamiento del problema	37
4.3 Pregunta de investigación	38
4.4 Objetivo principal	38
4.5 Objetivos secundarios	38
4.6 Análisis de datos	38
4.7 Justificación	39
Capítulo 5. Comparación metodológica	40
5.1 Descripción metodológica	40
5.2 Checklist pre-alta	40
5.3 Tipo de estudio	41
5.4 Población de estudio	41
5.5 Criterios de inclusión	41
5.6 Criterios de exclusión	41
5.7 Criterios de eliminación	41
5.8 Variables	41
Capítulo 6. Resultados	43
6.1 Discusión de los resultados	45
Capítulo 7. Nueva propuesta	48
7.1 Comparación de resultados	48
7.2 Guía de ayuda para el aplicador para la evaluación del nuevo instrumento Checklist	48
Conclusiones	56
Apéndice 1 Checklist consulta de pre-alta	57
Apéndice 2 Nueva propuesta Checklist consulta de pre-alta	59
Tabla 1 Diferentes tipos de riesgo por transmisión sexual	10
Tabla 2 Diferentes tipos de riesgo por transmisión parenteral	10

Tabla 3 Pruebas para detectar el VIH y utilizarse en países de bajos recursos	12
Tabla 4 Estadística Mundial de ONUSIDA 2014	16
Tabla 5 Incidencia acumulada de casos de VIH y SIDA según Entidad Federativa de mayor tasa por 100 mil habitantes	17
Tabla 6 Incidencia acumulada de casos de VIH y SIDA según Entidad Federativa de menor tasa por 100 mil habitantes	18
Tabla 7 Personas con seguridad social afiliada y tipo de institución	21
Tabla 8 Conferencias sobre Promoción de la Salud	24
Tabla 9 Resultados de cada uno de los ítems del Checklist	43
Tabla 10 Comparación entre los dos instrumentos de chequeo	47
Tabla 11 Recomendaciones según el puntaje obtenido	53
Figura 1 Organización del Sistema Nacional de Salud	20
Figura 2 Trámites a seguir para atención y adquirir TARV en el IMSS e ISSSTE	22
Gráfica 1 Casos acumulados de VIH y SIDA según vía de transmisión en México 1983-2014	17
Referencias Bibliográficas	60
Glosario	63
Acrónimos	65

INTRODUCCIÓN

Esta tesis tiene como objetivo evaluar y describir el nivel de entendimiento y comprensión sobre el VIH, su tratamiento y las medidas principales de cuidado en la salud en las personas que viven con este padecimiento al egreso de su hospitalización del Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades (INER). El CIENI es un centro de atención médica y psicosocial multidisciplinaria que se inauguró en el año 2004, brinda atención médica a personas que viven con VIH (PVVIH), proporcionando cuidados médicos ambulatorios e intrahospitalarios a más de 1800 PVVIH. Este Centro tiene una tasa de crecimiento anual del 10 al 20% y hospitaliza anualmente alrededor de 250 a 300 PVVIH en el INER. La realización de este trabajo de investigación nos invita a reflexionar sobre el diseño de intervenciones de promoción de la salud adaptadas a las necesidades de las poblaciones, en este caso de las PVVIH que son atendidas en el CIENI/INER.

Se considera que el nivel de entendimiento que tienen las PVVIH sobre su enfermedad constituye un factor modificable y susceptible de intervenciones en Promoción de la Salud, especialmente en aquellas personas que han ameritado cuidados intrahospitalarios. Al egresar de una hospitalización, las PVVIH se encuentran altamente vulnerables a presentar una evolución incorrecta que puede conducir a nuevas hospitalizaciones. Esta vulnerabilidad se ve incrementada cuando existe un entendimiento parcial relacionado a las indicaciones médicas y conductas de autocuidado que pueden llevar a nuevas hospitalizaciones y al deterioro de su estado físico.

Por lo anterior, en el presente trabajo se elaboró un listado de puntos “Checklist” enfocado a evaluar aspectos relacionados al conocimiento del VIH en una muestra de PVVIH previo a su egreso hospitalario del CIENI/INER durante el año 2013. El instrumento diseñado originalmente evaluaba 32 puntos englobados en cuatro apartados: comprensión sobre el VIH-SIDA y enfermedades oportunistas, tratamiento antirretroviral y adherencia, cuidados al egreso hospitalario y preparación para la vida con VIH. Con base en los resultados obtenidos se realizó una propuesta abreviada (nueva versión) del instrumento que contempla los cuatro apartados mencionados en 20 ítems, acompañado de una guía de aplicación.

En el primer capítulo se describen las generalidades del VIH, su ciclo de replicación, formas de trasmisión, métodos de diagnósticos y poblaciones vulnerables. En el segundo capítulo se presenta la estadística mundial de la epidemia del VIH, poniendo énfasis en el estatus de México y la evolución del

VIH en nuestro país. Se realiza una descripción del sistema de salud e instituciones a las que pueden acudir las PVVIH para su atención médica. En el tercer capítulo se hace un breviarío histórico del desarrollo de las estrategias de Promoción de Salud y las regulaciones que se encuentran vigentes en México en términos de VIH.

En el cuarto y quinto capítulos se explica detalladamente la metodología de la presente investigación y se describen los instrumentos similares al Checklist, la justificación, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos principales. También se detallan los criterios de elección para participar en el estudio y el procedimiento que se llevó a cabo para concretar el mismo. En el sexto capítulo se describen los resultados obtenidos del instrumento propuesto (Checklist) y se discuten los puntos susceptibles e identificados de intervención en educación y promoción de la salud. Así mismo, se proporcionan áreas de oportunidad de intervenciones en promoción de la salud. En el séptimo y octavo capítulos se propone una versión abreviada del Checklist y la guía de evaluación para el aplicador, para finalmente revisar las conclusiones obtenidas.

CAPÍTULO 1

Conceptualización del VIH

“Ya es suficiente malo que la gente se está muriendo de SIDA, nadie debe morir de la ignorancia”

Elizabeth Taylor

1.1 ¿Qué es el VIH-SIDA?

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los Lentivirinae (lentivirus).(1) Es el virus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)(2) y se transmite por tres vías importantes: sexual, parental y vertical. El VIH es un virus envuelto en un genoma de Ácido ribonucleico (ARN) de cadena sencilla positiva, que tiene la capacidad de transcribir su genoma al Ácido desoxirribonucleico (ADN) en la célula hospedera mediante una enzima llamada transcriptasa inversa.(3) La transcriptasa inversa es una enzima que convierte el ARN en ADN y permite que el virus se integre al material genético de las células infectadas.

1.2 Inmunología

El linfocito CD4, un subtipo de célula de defensa, denominado así por los receptores de superficie que posee, constituye el principal objetivo del virus del VIH, aunque este último se distribuye en todo el organismo. Los CD4 juegan un papel esencial en la coordinación de la respuesta inmune frente a infecciones. El mayor porcentaje de linfocitos CD4 se encuentra en la cara interna del intestino, seguido de las células circulantes en sangre, garganta, cavidad torácica y el tracto urogenital.(2)

Al ser invadido por el VIH, el linfocito CD4 es destruido gradualmente; de manera concomitante otras células son invadidas por el virus y contribuyen, junto con los linfocitos CD4, a la generación de nuevas copias virales, las cuales son liberadas al torrente sanguíneo, incrementando paulatinamente su concentración en plasma e infectando a otras células. Los virus generados se distribuyen en todo el organismo; se han encontrado virus en todos los fluidos corporales. A la cantidad de virus circulante en sangre se le conoce como carga viral y representa el número de copias de ARN del virus por mililitro de plasma.(2)

Conforme disminuyen los niveles de linfocitos CD4 circulantes, la persona que vive con VIH (PVVIH) se vuelve un sujeto cada vez más vulnerable a adquirir infecciones o a tener complicaciones de ellas. El diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA constituye la etapa más avanzada de la infección por el VIH, y se define por la aparición de una o más infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH.(4) Las infecciones oportunistas se denominan así por presentarse en los individuos con mecanismos inmunológicos bajos, aprovechando “oportunamente” las condiciones para desarrollarse; no se desarrollan en personas con un sistema inmune sin deficiencias.

1.3 Diferencia entre el VIH y SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se utiliza cuando el VIH es más avanzado y ha debilitado el sistema inmune. Se considera que una persona con VIH tiene SIDA cuando empieza a desarrollar ciertas infecciones y enfermedades porque su sistema inmunológico está debilitado. Las enfermedades oportunistas incluyen las siguientes: sarcoma de Kaposi, candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar, ciertos tipos de linfomas, tuberculosis pulmonar e infección por micro bacterias, entre otras.(5) También se define SIDA cuando el sujeto presenta niveles de CD4 menores de 250 por mm³, incluso en ausencia de infecciones oportunistas.

1.4 Vías de transmisión

El VIH se transmite por tres vías (sexual, parenteral y vertical -perinatal-) y a través de cinco principales fluidos (líquido pre eyaculatorio, semen, fluidos vaginales, leche materna y sangre). La principal vía de transmisión en México es la sexual. De 1984 a marzo del 2014, el Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) reportó que el 94.2% de los casos de SIDA registrados (112,962 de 169,446) y el 97% de los casos de VIH (47,083 de 49,428) fueron de transmisión sexual.(6)

Transmisión Sexual

La vía de contagio por transmisión sexual tiene lugar dentro de las prácticas sexuales; cuando hay intercambio o exposición de fluidos contaminados o infectados con el virus del VIH con mucosas

existe riesgo de transmisión sexual. Algunas prácticas sexuales son más riesgosas que otras para la transmisión del VIH: el sexo anal receptivo (pasivo) es considerado como la práctica que confiere mayor riesgo para la transmisión del VIH, seguida del sexo anal insertivo (o activo), del sexo vaginal receptivo y del sexo vaginal activo. En la tabla número 1 se muestra la probabilidad de transmisión del VIH por cada 10,000 exposiciones, estimación acorde al Centro de prevención y control de enfermedades (CDC) de USA según el medio de contacto sexual. Aunque no se niega la posibilidad de transmisión por practicar sexo oral, la probabilidad es señalada como baja.

Tabla 1. Diferentes tipos de riesgo por transmisión sexual

Tipo de riesgo	Riesgo por 10.000 exposiciones
Sexo anal receptivo	138
Relaciones sexuales anales activas	11
Receptivo pene vagina coito	8
Insertiva pene-vagina relaciones sexuales	4

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (7)

Transmisión Parenteral

La transmisión parenteral involucra la entrada directa al torrente sanguíneo del virus. Este tipo de transmisión se contabiliza en aquellas infecciones adquiridas por transfusiones sanguíneas y en usuarios de drogas intravenosas (al compartir agujas). De los 119,904 casos notificados de SIDA y 48,521 por VIH en CENSIDA durante el período 2014, el 2.9% fue por transmisión parenteral.(6) En la tabla número 2 se muestra el riesgo de transmisión parenteral por cada 10,000 exposiciones según la vía de exposición parenteral.

Tabla 2. Tipo de riesgo por transmisión parenteral

Tipo de riesgo	Riesgo de 10.000 exposiciones
Transfusión de sangre	9250
Compartir agujas durante el UDI*	63
Percutánea (pinchazo de aguja)	23

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention(7)

*UDI: Uso de Drogas Intravenosas

Transmisión Vertical

El VIH puede transmitirse verticalmente de la madre a su hijo en dos momentos: 1) durante el parto, al pasar el producto por el canal vaginal y exponerse a las secreciones vaginales y/o sangre infectada de la madre y 2) durante el periodo de lactancia, ya que el virus es secretado en la leche materna y absorbido en el neonato a través del tracto gastrointestinal. Usualmente, la transmisión vertical se presenta en mujeres que no conocen su diagnóstico, por ello es recomendable que toda mujer embarazada se realice la prueba de detección del VIH como parte de los cuidados prenatales médicos. Si la mujer embarazada recibe tratamiento oportuno, el riesgo de transmisión de VIH al producto disminuye en casi un 99%. El 1.8% de los casos de VIH/SIDA reportados por CENSIDA en el periodo 2014 correspondieron a esta vía de transmisión.(6)

1.5 ¿Cómo se diagnostica el VIH?

La infección por VIH se diagnostica mediante el uso de técnicas de laboratorio mediante las cuales se identifican partes del virus o las defensas creadas en contra del virus. Cuando el virus ingresa al organismo se desencadena una serie de procesos que culminan en la formación de “defensas” en contra del VIH denominadas anticuerpos. La prueba ELISA, llamada así por sus siglas en inglés Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (traducido al español Ensayo por Inmunoabsorción ligado a enzimas), es una técnica de laboratorio que detecta las defensas o anticuerpos que fueron formados en contra del VIH. La formación de estos anticuerpos no es inmediata, puede tardar hasta tres meses en ser identificada por las pruebas diagnósticas (ELISA).

La mayoría de las personas infectadas desarrollan anticuerpos dentro de las primeras ocho semanas post-exposición, el 97% obtiene resultado de ELISA positivo en un lapso de tres meses y el 100% a los seis meses post-exposición.(8) A este período de tiempo, en el que las defensas son generadas e identificadas por las prueba de ELISA, se le conoce como período de ventana. Por lo tanto, una prueba de ELISA negativa refleja que al momento de realizarse el individuo no tenía anticuerpos o defensas circulantes contra el VIH, lo que puede traducirse en que el sujeto es negativo al VIH o que se encuentra en el período de ventana antes señalado. Una prueba de ELISA positiva o reactiva se traduce en que el sujeto posee circulando en su sangre anticuerpos (defensas) en contra del VIH ya que se ha expuesto al VIH. Debido a la posibilidad de la presencia de resultados falsamente positivos (es decir

que una persona tenga un resultado positivo en la prueba de ELISA sin realmente estar infectado con el VIH), es necesario confirmar todo resultado positivo por métodos orientados ahora a la búsqueda intencionada del virus del VIH en la sangre circulante. La prueba de Western Blot se realiza para confirmar un resultado positivo obtenido en el ELISA; esta prueba de laboratorio permite detectar anticuerpos y fracciones del virus en la circulantes en sangre principalmente.(9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está trabajando en nuevos métodos para diagnosticar y supervisar la infección por VIH; en los países de bajos recursos proponen pruebas sencillas, rápidas y a bajo costo (menos de 1 dólar de los Estados Unidos)(10) donde no se requiere material tan sofisticado como la estructura de un laboratorio de investigación y los resultados son inmediatos (ver tabla número 3). Estas pruebas están consideradas para utilizarse en países de bajo recursos, limitados a los servicios básicos, en donde no hay electricidad y falta personal médico y de enfermería. Los dispositivos usados en estas pruebas detectan bajo, mediano y alto riesgo según la necesidad que tenga la población.

Tabla 3 Pruebas para detectar el VIH y utilizarse en países de bajo recursos

Propósito y tipo de prueba	Prueba comercial	Portátil	Método de detección	Costo (US \$)	Tiempo para dar resultados	Ventaja (s)	Limitación (s)
ELISA	Muchos disponibles	No	Cuantifica el ADN o ARN del VIH en el suero	<2	~3-5 horas	Alto rendimiento, sensible	Requiere equipo de laboratorio dedicado y diagnóstico de confirmación, no para el diagnóstico infantil temprano
Prueba simple / rápida	Muchos disponibles	Sí	Cualitativamente detecta anticuerpos del VIH en sangre entera, suero o saliva	<2	~ 30 minutos	Apropiada para el cribado de poblaciones grandes y rurales, resultado inmediato	Para el cribado sólo (no cuantitativa), no de alto rendimiento para el cribado a gran escala
Prueba de p24	Perkin-Elmer p24 Ultra Kit	No	Cuantifica la proteína del núcleo p24 del VIH	5-10	~ 4 horas	Sensible para el diagnóstico de la infección pediátrica del VIH, más barato que la PCR	Para el cribado sólo (no cuantitativa) no de alto rendimiento para el cribado a gran escala

Fuente: Gracia Wu y Muhammad H Zaman Herramientas de bajo costo para el diagnóstico y seguimiento de la infección de bajos recursos (OMS) 2012.(10)

1.6 Síntomas

La mayoría de las personas que son diagnosticadas con VIH por primera vez no presentan ningún síntoma, algunas pueden presentar cuadros similares a los de una infección gripal que se resuelve sin la intervención médica, por lo que este padecimiento pasa desapercibido. En ausencia de tratamiento antirretroviral el virus del VIH posee la libertad de seguir replicándose en el organismo, disminuyendo gradualmente las células de defensa y volviendo al sujeto cada vez más vulnerable a adquirir infecciones oportunistas. Esta disminución depende de distintos factores entre los que se incluyen algunos relacionados con la cepa (tipo de virus), el nivel de agresividad del virus e inclusive con la propia genética del individuo infectado. Por lo tanto, las manifestaciones pueden ser muy amplias, pasando por cuadros diarreicos, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos inflamados, úlceras bucales, entre otros.(11)

1.7 Tratamiento Antirretroviral TARV

El tratamiento específico para el VIH se conoce como tratamiento antirretroviral (TARV). El TARV es un conjunto de medicamentos utilizados para enlentecer y detener la reproducción del VIH en el cuerpo, su acción va encaminada a interferir en alguna de las etapas del ciclo de replicación del virus y finalmente buscan disminuir la carga viral e incrementar las células de defensa o CD4. El aspecto más relevante para obtener una respuesta óptima del TARV en las PVVIH es el apego al tratamiento. Los medicamentos utilizados en los esquemas del TARV no son inocuos, pueden traer consigo una gama de efectos colaterales que van desde síntomas leves hasta aquellos que pueden impactar la calidad de vida de las personas que los toman. Esto afecta la adherencia al tratamiento y eventualmente puede modificar las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al VIH. La responsabilidad de la toma del tratamiento y el seguimiento de las indicaciones médicas recae en las mismas PVVIH, quienes una vez diagnosticados requieren cuidado y monitoreo médico específico. El costo anual estimado del TARV oscila alrededor de 17,000 a 22,000 dólares por paciente anual, y no incluye consultas médicas o análisis de laboratorio para los costos de salud.(8)

Debido al monitoreo crónico que las PVVIH tienen que mantener, las intervenciones de Promoción de la Salud (incluidas las estrategias de educación continua) constituyen un factor determinante en la buena evolución médica de las PVVIH. Todas las intervenciones de Promoción de

la Salud deben ser adaptadas a las necesidades del usuario, utilizando un lenguaje claro, vocabulario flexible y adecuado, de modo que sea mucho más efectiva la comprensión de los términos utilizados y se favorezca un empoderamiento de las PVVIH en cuanto a su padecimiento.

CAPÍTULO 2

Contexto internacional del VIH: panorama epidemiológico

“América Latina es un poco la Cenicienta en la mirada internacional debido a la tan dramática situación en África y al tan rápido crecimiento del VIH-SIDA en el este europeo.

Cahn P.

2.1 Panorama internacional del VIH

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el organismo encargado de cumplir metas para mejorar la prevención y el tratamiento, erradicar la discriminación y los efectos socioeconómicos de la epidemia del VIH. ONUSIDA trabaja conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Organismo de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

En las estadísticas, el número de personas infectadas sigue en aumento, es por ello importante fortalecer e innovar la colaboración de los países con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para implementar nuevas estrategias que puedan disminuir los altos índices de personas que viven con VIH. Datos estadísticos mundiales de ONUSIDA muestra que 35 millones de personas viven con VIH, el 38% de estas personas en el 2013 corresponden a la detección de nuevas infecciones. A partir del 2001 las tasas de infección en niños disminuyeron un 58%, mientras que las muertes ocasionadas por el SIDA disminuyeron un 35%. (12) La inversión económica mundial para el tratamiento antirretroviral fue estimada en 19.100 millones de dólares en el 2013; se considera que para el 2015 serán necesarios entre 22.000 y 24.000 millones de dólares estadounidenses para combatir esta enfermedad. (13)

Tabla 4 Estadística Mundial de ONUSIDA 2014
 Datos estadísticos regionales que reporta ONUSIDA a nivel mundial

Región	Personas que viven con VIH	Nuevas infecciones	Muertes asociadas a SIDA
África subsahariana	24,7 millones	1,5 millones aproximadamente	1,1 millones
Asia y el Pacífico	4,8 millones	350.000 millones	250.000 millones
América Latina	1,6 millones	94.000 personas	47.000 personas
Europa Occidental y Central y Norteamérica	2,3 millones	88.000 personas	27.000 personas
Europa Oriental y Asia Central	1,1 millones	110.000 personas	53.000 personas
El Caribe	250.000 personas	12.000 personas	11.000 personas
Oriente Próximo y Norte de África	230.000 personas	25.000 personas	15.000 personas

Fuente: ONUSIDA. Hoja informativa 2014, Datos Estadísticos Mundiales.(13)

2.2 Panorama de VIH en México y América latina

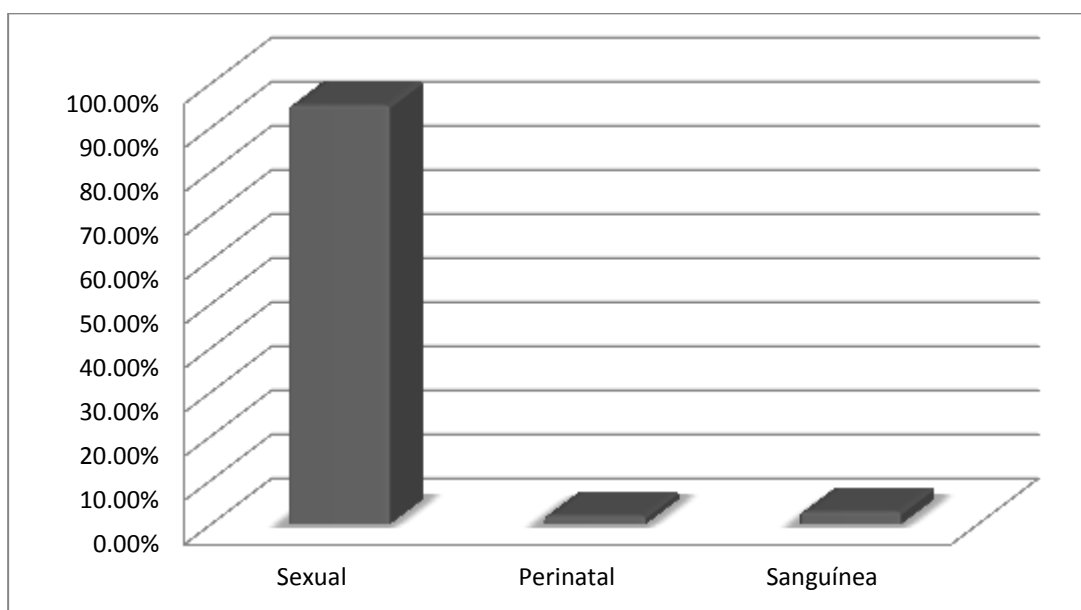
México ocupa el tercer lugar en América Latina con personas que viven con VIH; para el 2013 se registraron aproximadamente 180,000 casos acumulados, entre niños y adultos que viven con VIH y SIDA. Se estima que cada año en el país adquieren VIH 9,300 nuevas personas, y de estas se calcula que el 50% desconocen su diagnóstico. El costo del TARV para la Secretaría de Salud anual por persona es de 44,997 pesos. (14)

Los estados de la República Mexicana con más casos notificados de VIH y SIDA en 2014 son los siguientes: Distrito Federal, Campeche, Guerrero, Yucatán, Nayarit y Morelos para los casos de SIDA, y los estados de Yucatán, Campeche, Tabasco, Guerrero y Colima para los casos reportados de VIH. (15) Los primeros casos de VIH en la República Mexicana se notificaron en la Ciudad de México; para finales del 2012 se estimó que en el Distrito Federal vivían aproximadamente 40 mil personas con VIH, lo que representa el 17% (225,000) de la población a nivel nacional. En el 2013, entre enero y octubre, se detectaron 2,742 PVVIH, representando el 30% de todas las detecciones del país. A nivel nacional se encuentra el 21.4% de los casos notificados de VIH y SIDA.(16)

La causa primordial de adquisición de VIH en la personas infectadas es la vía sexual, contribuyendo al 95.1% de las infecciones. El 78.7% de las personas que viven con VIH se encuentran

entre los 15 y 44 años de edad. En la población migrante, los estados de Michoacán y Zacatecas presentan el 20% de PVVIH. (17) El contagio del VIH continúa creciendo en poblaciones claves, es decir, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), jóvenes y mujeres, contribuyendo a generar alrededor de 10.000 infecciones nuevas anuales, aunque existen casos sin registro alguno.(18) En la gráfica 1 se observa que en el período 1983-2014 el 95.1% de los casos nuevos fue por transmisión sexual; existe un alto índice de casos acumulados por vía de trasmisión sexual por relaciones sexuales no protegidas. La tasa de incidencia en este período fue 186.7 casos por cada 100 mil habitantes(14) En la tabla número 5 se muestran los estados de la República Mexicana con mayor incidencia de VIH/SIDA, mientras que en la tabla número 6 se registran los estados con menor incidencia en casos de VIH/SIDA.

Gráfica 1. Casos acumulados de VIH y SIDA según vía de transmisión en México 1983-2014



Fuente: CENSIDA La epidemia del VIH y el SIDA en México 1983-2014. (14)

Tabla 5. Estados con mayor Incidencia acumulada de casos de VIH y SIDA, (tasa por 100 mil habitantes)

Entidad Federativa	Incidencia
Distrito Federal	414.7
Yucatán	294.5
Veracruz	280.1
Baja California	272.2
Campeche	271.7

Fuente: Fuente: CENSIDA La epidemia del VIH y el SIDA en México 1983-2014(14)

Tabla No. 6 Estados con menor Incidencia acumulada de casos de VIH y SIDA, (tasa por 100 mil habitantes)

Entidad Federativa	Incidencia
Zacatecas	77.1
Guanajuato	79.9
Coahuila	84.2
Hidalgo	86.6
Durango	95.4

Fuente: CENSIDA La epidemia del VIH y el SIDA en México 1983-2014(14)

2.3 Programas de prevención del VIH

Las causas y consecuencias de la epidemia del VIH se ven involucradas dentro del sector sanitario donde se registran más anomalías para atender a las personas que viven con VIH y que pertenecen a algún grupo vulnerable como migrantes, indígenas, mujeres embarazadas, personas inmersas en la pobreza, etcétera. El programa de UNICEF sobre el VIH/SIDA tiene como misión, en un período del 2014 al 2017 para todos los países, enfatizar primordialmente en principios esenciales como equidad e igualdad de género, sin perder de vista los derechos humanos.(19) Los indicadores importantes para llevar a cabo un seguimiento son:

- a) Cobertura del 80% de países en el tratamiento antirretroviral entre niñas y niños de 0 a 14 años y adolescentes de 10 a 19 años que lo necesiten.

- b) Cobertura del 80% de países en tratamiento antirretroviral para todas las mujeres embarazadas que viven con VIH.
- c) El 50% de los países se financia del presupuesto general de los recursos nacionales para el VIH/SIDA.
- d) Porcentaje de países con un aumento de por lo menos un 25% en el uso de preservativos entre la población adolescente.
- e) Número y porcentaje de personas en situaciones humanitarias que tienen acceso a la prevención y el tratamiento para el VIH.

Las nuevas metas que proponen la Secretaría de Salud de México, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) son las nuevas metas para controlar la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: “90-90-90”, el 90% de las personas que viven con VIH conocerán su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas con infección por el VIH recibirán TARV continuado y el 90% de las personas que reciben TARV alcanzará la supresión vírica para 2020, tareas encaminadas a reducir nuevas infecciones, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y disminuir la mortalidad por SIDA.(20) ONUSIDA tiene diversas metas para el mejoramiento de la atención a las personas que viven con VIH: acceder a realizarse la prueba y a los diferentes servicios que prestan los sectores de salud a nivel mundial(20), ampliar el tratamiento antirretroviral para nuevas oportunidades para las PVVIH, reducir y prevenir enfermedades oportunistas y que combatir el estigma.

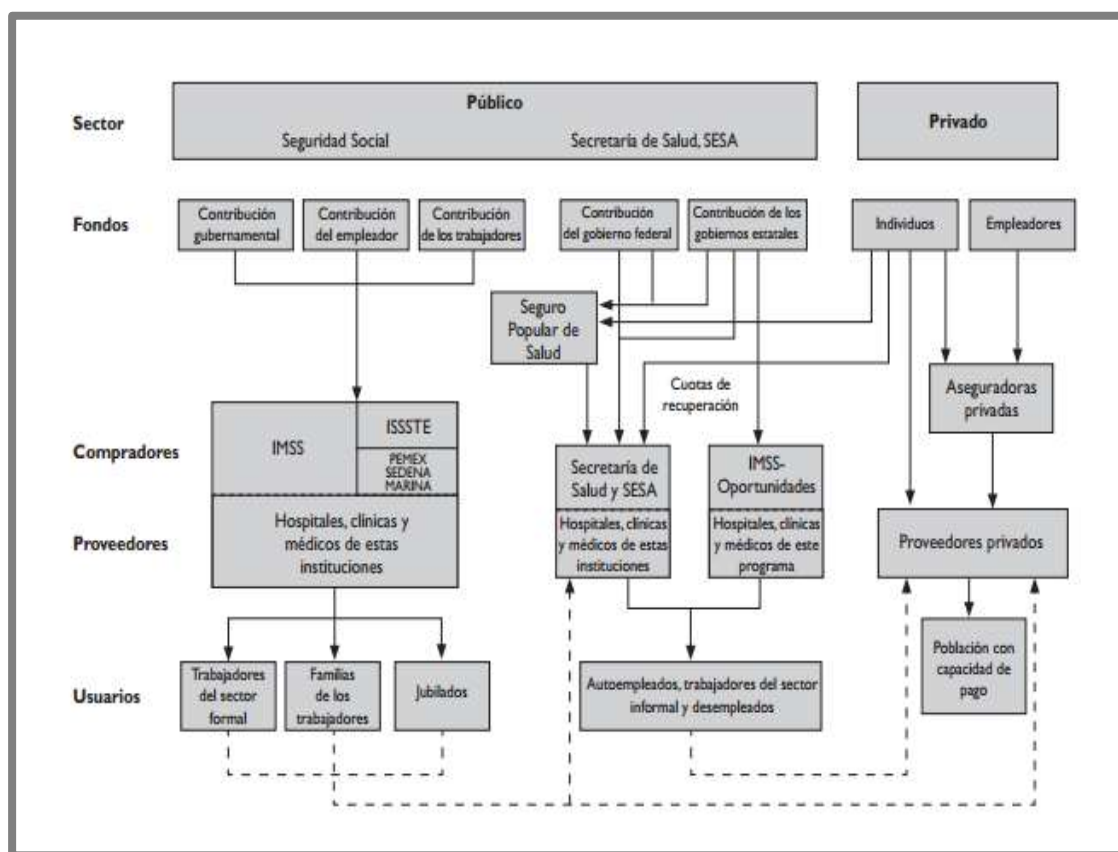
2.4 Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud Mexicano está conformado por dos sectores: público y privado. En el público se encuentran distintas instituciones: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y Seguro Popular de Salud (SPS) (Figura 1).

El financiamiento del sector público deriva de tres fuentes: subsidios gubernamentales, empleadores y empleados. El sector privado subsiste de la población con la capacidad de pagar el servicio. La Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios de Estatales de Salud (SESA) se financian a través los gobiernos estatales, el gobierno federal y una pequeña parte es aportada por los usuarios al

recibir atención. En el sector privado el financiamiento se obtiene mediante los pagos por los servicios que realizan los usuarios y/o con los seguros médicos privados (clínicas y hospitales privados). Cabe recalcar que la población que es atendida en el sector privado cuenta con una solvencia económica adecuada o con un empleo formal que paga servicios médicos de este tipo como parte de sus prestaciones (tabla 7). En el Seguro Popular se atiende y proporciona atención médica a la población que no cuenta con seguridad social; este es financiado de forma tripartita: el gobierno federal, los estados y (en menor proporción) las familias afiliadas.(21)

Figura 1. Organización del Sistema Nacional de Salud de México



Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, 2004

Tabla 7. Personas con seguridad social afiliada y tipo de institución

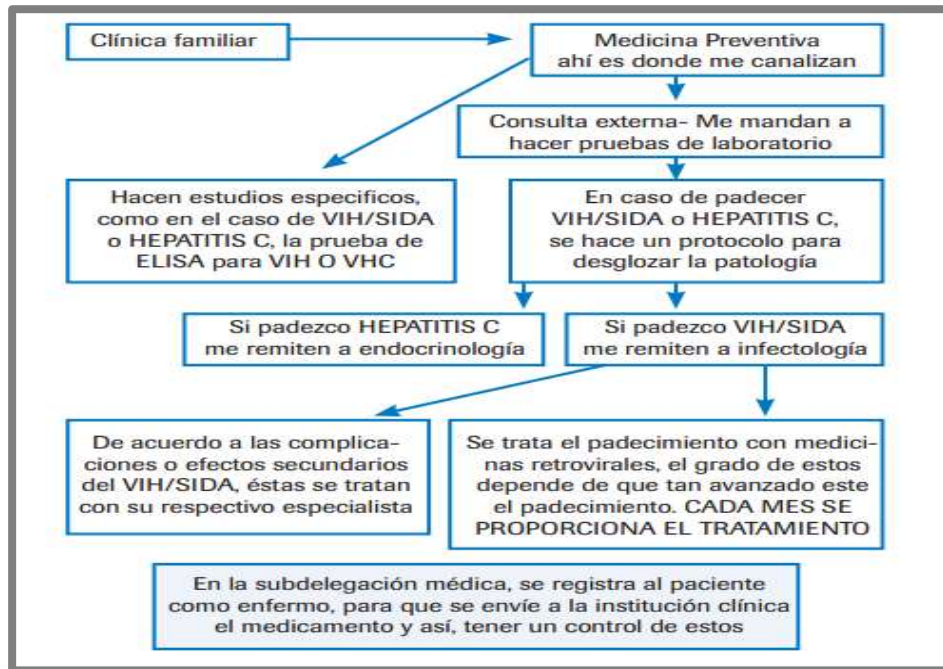
INSTITUCIÓN	No. de personas
IMSS	40,000 144
ISSSTE	6,174 281
Seguro Popular	41,145 824
Otra Institución publica	3,372 089
Institución privada	848 264
Total	118,563 412

Fuente: Creación propia de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS(22)

2.5 Tratamiento antirretroviral (TARV)

El tratamiento antirretroviral en México es gratuito y es proporcionado por distintas instituciones de salud (ver figura 2). Aquellas personas que cuentan con seguridad social reciben los medicamentos por intermediación del proveedor de salud correspondiente según aplique (PEMEX, IMSS, ISSSTE o SEDENA). La población seropositiva que no cuenta con seguridad social recibe medicamentos por medio del Seguro Popular, en instalaciones de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados. En este último caso, en el Distrito Federal se encuentran dos centros principales: la Clínica Condesa y el CIENI; en otros lugares de la República Mexicana se encuentran los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Datos estadísticos apuntan que en el 2013 12,9 millones de personas tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TARV).(23)

Figura 2. Trámites a seguir para atención y adquirir tratamiento en el IMSS e ISSSTE



Fuente: Breve Guía para pacientes con VIH/SIDA y/o Hepatitis C (24)

2.6 Clínica de Especialidades Condesa

La Clínica de Especialidades Condesa es la más grande en su tipo en toda América Latina. La Clínica Condesa es una institución que atiende el mayor número de personas que viven con VIH a nivel ambulatorio en México; brinda atención médica, seguimiento, entrega de medicamentos y realiza pruebas gratuitas de detección de VIH y SIDA, al igual que grupos de apoyo e información en general sobre VIH/SIDA. En el 2013 se estimó que más de 5, 500 personas se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral en esta institución.(25)

2.7 Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI)

El Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI) se localiza dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)(2). El CIENI fue fundado por el doctor Gustavo Reyes Terán y brinda atención clínica multidisciplinaria a personas que viven con VIH/SIDA, realiza investigación clínica y proporciona atención psico-social a sus usuarios. El CIENI, a través del

CENSIDA, recibe y procesa anualmente más de 15,000 muestras de sangre de pacientes para la realización de pruebas de carga viral y conteo de CD4(2). Actualmente, el CIENI atiende a cerca de dos mil personas que viven con VIH (2) y reciben aproximadamente 350 pacientes nuevos al año.

CAPÍTULO 3

Promoción de la Salud, derecho a la salud

“La salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica”.

Rosen

Las conferencias internacionales en Promoción de la Salud iniciaron en 1986 en Ottawa, Canadá; a la fecha se han realizado ocho conferencias (ver tabla 8) que han servido como plataforma para desarrollar políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten su conocimiento y control sobre la salud.

Tabla 8 Conferencias sobre Promoción de la Salud

No.	País	Año
1 ^a	Ottawa, Canadá	1986
2 ^a	Adelaida, Australia	1988
3 ^a	Sundsvall, Suecia	1991
4 ^a	Yakarta, República de Indonesia	1997
5 ^a	México, D.F.	2000
6 ^a	Bangkok, Tailandia	2005
7 ^a	Nairobi, Kenia	2009
8 ^a	Helsinki, Finlandia	2013

En el presente capítulo se revisa la Primera Conferencia (Ottawa, Canadá 1986) y la Sexta Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud (Bangkok, Tailandia, 2005). Ambas conferencias resaltan proveer las características básicas del promotor de la salud y establecer los compromisos necesarios para lograr los determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la Promoción de la Salud.

3.1 Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986

La primera conferencia internacional de Promoción de la Salud fue celebrada en Ottawa, Canadá en 1986. Durante esta conferencia se definió a la Promoción de la Salud como “la acción de proporcionar los medios necesarios para que los pueblos, colectivamente o individualmente, mejoren su vida y alcancen un estilo de vida saludable que involucre aspectos sociales, psicológicos y ambientales”. (26) El objetivo principal de la reunión fue el de “Salud para todos en el 2000”; la finalidad era promover el conocimiento de otras formas para dar soluciones a los problemas de salud que aquejan a la población mundial. En la conferencia de Ottawa se definieron cuatro puntos relevantes que debe cumplir el promotor de la salud para simbolizar en la vida de las personas y proporcionar los medios necesarios a la población para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella:

- a) *Prerrequisitos para la salud*: condiciones y requisitos necesarios para mejorar la salud de la población, como la vivienda, la educación, la alimentación y un ambiente saludable.
- b) *Promocionar el concepto*: la buena salud está constituida por dimensiones que sean favorables para promocionar la salud, en las que se incluyen aspectos sociales, económicos, personales y de calidad de vida.
- c) *Proporcionar los medios*: el objetivo principal de la promoción de la salud es alcanzar la equidad sanitaria y suprimir la desigualdad de oportunidades para que toda la población tenga un desarrollo autónomo, aceptable, acceda a la información, aptitudes y oportunidades para que puedan ser capaces de asumir el control de su estado de salud.
- d) *Actuar como mediador*: tener la participación de los gobiernos, sectores sanitarios, sectores económicos y sociales. Establecer redes de apoyo para la realización de programas que se adapten a las necesidades de la población.

Como resultado de la conferencia de Ottawa se redactaron los diferentes puntos que deben abordarse para el mejoramiento de salud de la población:

1. *Elaboración de políticas públicas sanas*: involucra a los políticos a concientizar y responsabilizarse de las decisiones que puedan tener para el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, usando diversos enfoques en los que garanticen la salud de las personas

y en combinación con diversos rumbos en los que se vean involucradas la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizados.(26)

2. *Creación de ambientes saludables*: hace referencia a la unión entre el individuo y su medio ambiente inmerso en lo social y ecológico, consiste en el cuidado de unos a los otros. Se sugiere que la persona se encuentre en un medio organizado, cuente con los requisitos y medidas de prevención en caso de que ocurra un accidente. (26)
3. La comunidad se constituye por medio de recursos humanos y materiales con los que cuenta a su alrededor, esto es para el mejoramiento de su salud y el desarrollo de sus aptitudes personales. Los medios humanos y materiales favorecen el desarrollo personal y social, proporcionando información, educación sanitaria y fortaleciendo y/o perfeccionando las aptitudes para la vida, para que la población pueda ejercer un mayor poder y control sobre su propia salud y el medio ambiente en el que se contextualice. (26)
4. Los servicios sanitarios deben reorientarse para brindar una mejor calidad de atención a la población, tienen la obligación de trabajar en conjunto con los grupos comunitarios, hospitales, instituciones y gobiernos. (26) El sector salud es una pieza importante en la vida de los individuos, se considera que el Estado debe proteger, respetar y cumplir los servicios clínicos, al igual que acatar las necesidades culturales de los individuos.

3.2 Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia, 2005

La sexta conferencia internacional sobre Promoción de la Salud en un mundo globalizado, celebrada en Bangkok (Tailandia) en 2005 tuvo como objetivo establecer las medidas, compromisos y promesas necesarios para llegar a los determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la Promoción de la Salud, valores y estrategias establecidas en la conferencia de Ottawa. (27) La conferencia determinó que la función de la Promoción de la Salud es “capacitar a la gente para mejorar y ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”; es una función central de la salud pública que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (27) Con base en la primera conferencia internacional de Ottawa, se acordaron puntos importantes para lograr que la promoción de la salud sea:

- a) Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.

- b) Una responsabilidad esencial de todo el gobierno.
- c) Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil.
- d) Incluida en las buenas prácticas empresariales.

La conferencia se relaciona con el derecho a la salud, marcando y estableciendo políticas públicas destinadas a empoderar a las comunidades, el cual debe ocupar un lugar en el desarrollo mundial y nacional. Los objetivos de la carta de Bangkok fueron:

- a) Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial y convertirse en un aspecto esencial de las políticas nacionales y exteriores de las relaciones internacionales.
- b) Una responsabilidad esencial del gobierno es dar prioridad a las inversiones en salud, dentro y fuera del sector sanitario, ofreciendo financiamiento sostenible.
- c) Constituir a la Promoción de la Salud como un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil. Las comunidades bien organizadas y empoderadas determinarán eficazmente su nivel de salud.
- d) Establecer como un requisito de las buenas prácticas empresariales la promoción de la salud en el sector privado, al igual que los empleadores y el sector no estructurado tienen la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, así como de proporcionar la salud y el bienestar de sus empleados, sus familias y sus comunidades.(27)

Para trabajar adecuada y satisfactoriamente es necesario determinar la eficacia y modificación de políticas públicas, ambientes saludables, el derecho a la salud y los determinantes sociales, los cuales son factores que están inmersos en la vida de las personas que viven con VIH y son de carácter socio histórico.

3.3 Determinantes sociales de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud son circunstancias en las que viven, nacen, trabajan y se desarrollan los individuos(28); constituyen dimensiones biológicas y sociales que aquejan a la población e involucran la repartición de recursos

económicos por parte del Estado a nivel mundial, nacional y local, que a su vez están sujetos a políticas públicas. Los determinantes sociales de la salud son ejemplo de las inequidades que sufre la población que pertenece a grupos vulnerables y que pueden sufrir un daño en contra de su dignidad humana; como consecuencia, se presenta la violación de sus derechos humanos.

Asa Cristina Laurell, médica, investigadora de origen sueco reconocida en la corriente de la medicina social latinoamericana, es una de las teóricas que más ha estudiado los problemas sociales en relación con la medicina. Laurell establece a la salud como un proceso que está determinado por las condiciones sociales que rodean al individuo, es decir, un sujeto será el producto del tipo de trabajo y la clase social a la que pertenece, en tanto la salud y la enfermedad van a depender de la clase social a la que pertenezca y a la inserción que el individuo tenga dentro de la producción. (29) Como consecuencia de lo mencionado surgen las enfermedades de la pobreza (las infecto-contagiosas) y las enfermedades de la riqueza (las crónico-degenerativas). Por lo tanto, la situación de salud de la sociedad sólo puede resolverse en la medida en que los determinantes sociales de la salud cambien desde la infraestructura y, por consiguiente, a la superestructura. El modelo socio histórico nos brinda una visión de origen de los problemas de salud partiendo del contexto histórico, los modos de producción, las fuerzas productivas y las relaciones de producción de las clases sociales.

El proceso salud-enfermedad tiene lugar a partir de la manera en que los sujetos individuales y colectivos responden a las condiciones de vida presentes y en el lugar histórico en los que se desarrollan, es decir las características del espacio social en que se encuentran inmersos, de tal manera que los elementos que determinan la salud y la enfermedad de los grupos humanos son producidos por el modo en que estos grupos producen y reproducen sus condiciones de vida, es decir, las formas de realizar y consumir los medios que les permite subsistir como sociedad (el proceso de trabajo, los medios de distribución y consumo de los bienes obtenidos, la forma de distribución de la riqueza generada en la creación y consumo de estos bienes, el acceso que individual o colectivamente tienen a estos bienes y a la manera específica en que hacen uso de ellas).

En nuestra sociedad no es posible producir todas las condiciones necesarias individualmente y por ello requerimos intercambiar los bienes que nosotros producimos por otros que no tenemos.(30) En este sentido es que decimos que la reproducción de las condiciones de vida se constituye a través de hechos sociales. La cura de las enfermedades no sólo representa la necesidad que un individuo u otro puedan tener, sino que vale lo mismo para aquellos miembros de la sociedad que no están enfermos, ya que los afecta directamente o puede llegar a afectarlos. La condición del enfermo impide desarrollar su actividad

productiva y ello representa una disminución en la generación de bienes de consumo de los bienes producidos, de tal manera que la sociedad demanda acciones necesarias al enfermo para que se recupere. Así, las acciones que lleve a cabo el enfermo para volver al estado “saludable” están orientadas por las necesidades del grupo social en el que se desenvuelve y no sólo por el interés individual que puede tener de recuperarse. Es por tanto el encuentro del humano con la naturaleza donde se producen y reproducen socio-históricamente las condiciones de posibilidad de nuestra humanidad. (30)

El modelo socio histórico reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva tienen relación con los determinantes de la salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales.(31) La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud y las grandes desigualdades sanitarias, dentro y entre los países, están provocados por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios, así como por las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarizada, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. (31)

3.4 Modelo socio histórico

El modelo socio histórico surge ante la necesidad de crear alternativas que permitan entender el proceso salud-enfermedad en su dimensión social e histórica, y no sólo en lo que atañe al ámbito clínico-biológico. Este modelo se construye a partir del carácter histórico social a nivel colectivo y su articulación con el conjunto de procesos sociales; su principal representante es Carlos Marx. Marx hace una crítica al sistema capitalista según lo que hoy se conoce como materialismo histórico; analiza a la sociedad y su desarrollo determinando las razones por las que ha evolucionado de una forma u otra. Además, Marx planteó que al sistema capitalista no le importa resolver los problemas de salud de la sociedad de manera profunda, por lo que sólo atiende a las personas que pueden tener acceso al mercado de consumo. En esta visión se destacan varios puntos:

- a) *Conciencia humana*: determinada por las relaciones materiales de la existencia, a saber, la forma de producción, la organización social de un pueblo, la concepción del individuo y el tipo de sociedad que necesita el régimen capitalista para seguir funcionando.

- b) *Estructura del cambio social*: donde la sociedad tiene una base material o económica, la infraestructura se conforma de las fuerzas productivas y las relaciones de producción representan el factor determinante del cambio social dentro de un sistema.
- c) *Superestructura*: está integrada por las instituciones legales y políticas que tienen como función mantener al sistema con aparentes cambios, con funciones definidas para la transmisión del capitalismo.

Es importante hacer hincapié en el modelo socio histórico: Mc Keowen explica que el mejoramiento de la salud de la población se debe más a las mejoras en las condiciones económicas que a los avances en medicina o las intervenciones de salud pública, por ello afirma que las condiciones sociales son causas fundamentales de la enfermedad. El modelo médico-social entiende a la salud y la enfermedad como un proceso, no como estados del organismo definidos en la función de la anormalidad o normalidad de los procesos fisiológicos. (30) Mc Keowen concluye que la salud y la enfermedad no sólo tienen que ver con la verificación clínica de las funciones corporales, sino con la plasticidad que tiene el organismo para responder “contra y a través de sus condiciones de desarrollo”.

Con la perspectiva médico-social, la salud y la enfermedad son dos momentos de un mismo proceso, diferenciables, pero que no se pueden separar porque están unidos dialécticamente. El proceso salud- enfermedad, además, debe ser estudiado en su relación con otros procesos sociales de mayor generalidad, los procesos de producción y de consumo a través de las estructuras sociales en las que estos se realizan (en el lugar de trabajo, la comunidad, la escuela, los hospitales, entre otros), no sólo a través de la observación de los procesos biológicos; sumados, estos factores se traducen en las causas de enfermedad de una población (30), por lo tanto este modelo histórico social permite otra visión sobre la salud y la enfermedad.

3.5 Observación General No. 14

La observación general No. 14 surge del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), un documento que describe el significado del término *derecho a la salud*, sus características y los elementos que lo integran; así mismo, protege y garantiza expectativas de interés esenciales tales como la vida, la supervivencia, la igualdad, la libertad y la dignidad de todos los seres humanos. En el año 2000 México firmó este documento y por ello nuestro país está vinculado y tiene la

obligación de respetarlo, pues pertenece a los Estados partes que firmaron el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12, conformado por cinco rubros:

- I. Contenido normativo del artículo 12.
- II. Obligaciones de los Estados partes.
- III. Violaciones.
- IV. Aplicación en el Plano Nacional.
- V. Obligaciones de los actores que no sean Estado partes.

El derecho a la salud según la Observación General No. 14 (OG No.14) es el derecho con el que “cuenta todo ser humano y que puede disfrutar del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”; está vinculado con otros derechos que se divulgan en la Carta Internacional de Derechos Humanos: el derecho a la alimentación, al trabajo, a la educación, a la vida, a la igualdad, etcétera. Los derechos humanos comparten ciertas características que los identifican: son universales, indivisibles, inalienables, permanentes, progresivos y generales. Se clasifican en tres generaciones:

- I. Derechos civiles y políticos.
- II. Derechos económicos, sociales y culturales.
- III. Derechos colectivos.

Por su parte, los determinantes sociales de la salud se dividen en diferentes sectores que menciona la OG No 14:

- a) Sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, pavimentación, etcétera.
- b) Biológicas: epidemias, principales causas de muerte, expectativa de vida, enfermedades nuevas, etcétera.
- c) Socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, etcétera.
- d) Ecológicas: emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, etcétera.

e) Condiciones de violencia y conflictos armados.

Los determinantes sociales de la salud son esenciales para el desarrollo de la población en general, la mayoría de ellos están a cargo del Estado, responsable de estar pendiente de las necesidades de la población y con la obligación de proteger, cumplir y respetar el contexto en el que se desarrollan.

Los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud (EBS) son las formas en que se materializan los elementos esenciales de la salud, o del derecho a la salud, por medio de recursos materiales y financieros. Estos establecimientos forman parte del sistema nacional de salud y pueden ser públicos, privados o sociales; están divididos en diferentes niveles:

- a) Curativos: tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- b) De rehabilitación: incluyen acciones para optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad.
- c) Paliativos: incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, el tratamiento, el control del dolor y de otros síntomas físicos y emocionales.

Los EBS están conformados por:

- a) Servicios de salud: elementos humanos necesarios para la atención de la salud y programas de salud, es decir, profesionales de la salud, personal administrativo, programas de prevención, control, diagnóstico, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez, etcétera.
- b) Bienes de salud: elementos materiales necesarios para la atención de la salud como pueden ser hospitales, clínicas, medicamentos, camas, presupuestos, etcétera.

Las obligaciones del Estado se constituyen de tres esferas importantes:

- a) Obligación de cumplir: consiste en que los Estados parte adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

- b) Obligación de respetar: consiste en exigir que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.
- c) Obligación de proteger: consiste en que los estados adopten medidas para impedir que interfieran en la aplicación de las garantías del derecho a la salud.

En el derecho a la salud se ven inmersos los elementos esenciales que debe cumplir, proteger y respetar el Estado. El derecho a la salud no puede ni debe ser violentado y precisa estar conformado por variables importantes para alcanzar un alto nivel en salud:

- a) Disponibilidad: contar con el número suficiente de establecimientos bienes y servicios.
- b) Accesibilidad: sectores más vulnerables y marginales.
 - No discriminación
 - Accesibilidad física: geográfica
 - Accesibilidad económica: principio de equidad
 - Acceso a la información: solicitar, difundir y recibir
- c) Aceptabilidad: respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- d) Calidad: todos los EBS deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

El fundamento del derecho a la salud es el aseguramiento del ser humano, con respecto a la vida y la garantía de condiciones que le permitan una adaptabilidad al medio social en el que se desarrolla para responder a las exigencias en el contexto que esté inmerso. El estado deberá tomar en cuenta dos dimensiones antes de tomar cualquier decisión que perjudiquen a la población:

- a) Formal: establece criterios de vigencia, haciendo referencia a quién debe decidir y al cómo debe decidir de acuerdo a las normas formales.
- b) Sustancial: establece criterios de validez haciendo referencia a qué es lo que no puede decidirse o debe ser decidido. (32)

Al reconocer a la salud como derecho humano fundamental se asegura el objeto y fin del derecho queda protegido y se garantiza. Las obligaciones que adquieren los Estados no deben ser consideradas

como deberes transitorios que puedan ser removidos de acuerdo a las nuevas políticas económicas o sociales impuestas.

3.6 *Lucha Latinoamérica en los medicamentos antirretrovirales*

En la XI Conferencia Internacional sobre SIDA 1996, celebrada en Vancouver, fueron mencionados los nuevos medicamentos antirretrovirales, mismos que resultaron eficientes para las personas que vivían con VIH. Con estos nuevos medicamentos se obtuvieron resultados importantes en cuanto a la mejora de los pacientes, pero sólo eran accesibles para los países desarrollados; su costo fue de 10 mil dólares anuales. (2) La lucha por los medicamentos antirretrovirales ha tenido una historia indudablemente difícil para los activistas, familiares y personas que viven con VIH; en 1996 se luchó por el acceso universal y gratuito al tratamiento antirretroviral mediante marchas, denuncias públicas y negociaciones que finalmente lograron su cometido. No obstante, el sector salud no incluyó los medicamentos inhibidores de la proteasa en su cuadro básico, lo que fue un factor para no lograr totalmente el acceso universal al TARV.

Acontecimientos históricos sobre la trayectoria de los antirretrovirales en México:

- a) El 16 abril de 1997 decenas de personas se manifestaron frente al Centro Médico Nacional Siglo XXI, volviendo a solicitar los ARV accesibles y abrir protocolos para las PVVIH sin seguridad social.
- b) Hubo un juicio de amparo que, con ayuda del abogado Aché Pedro M, de la asociación Medilex, promovió el derecho a la protección a la salud establecido en el Artículo 4 de la Constitución.
- c) CONASIDA suspendió el tratamiento a trece personas con VIH y sin seguridad social.
- d) Militares son dados de baja por ser positivos a la prueba de VIH.
- e) En 1997 se incluyen los inhibidores de la proteasa en el catálogo básico de medicamentos anunciado en el Diario Oficial de la Federación
- f) Sólo personas que estaban infectados y tenían seguridad social tendrían acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- g) Es hasta el 2002 que se logra el acceso universal al TARV.

El logro al acceso universal del TARV fue en compañía de activistas, abogados, organizaciones sociales, médicos y periodistas en defensa de los derechos humanos y el derecho a la protección a la salud. En la actualidad, el 51% de la población que vive con VIH en México tiene cobertura al tratamiento antirretroviral. (33)

3.7 ONU: Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Organización de las Naciones Unidas establece diferentes objetivos para el año 2015, entre los que se encuentra combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades para este año:

- a) Prevalencia del SIDA entre la población 15 a 24 años.
- b) Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo.
- c) Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA.
- d) Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
- e) Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- f) Tasas de mortalidad e incidencia asociadas al paludismo.
- g) Porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida.
- h) Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que son tratados con medicamentos antipalúdicos adecuados.
- i) Tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis.
- j) Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.

Dichos indicadores abordan diferentes problemas sociales que aquejan a la sociedad en general. El VIH es un problema social a nivel internacional y nacional, se considera que las personas que viven con VIH es una población vulnerable que día a día vive discriminación, desigualdad e inequidad. En los últimos años los datos epidemiológicos a nivel mundial indican que el VIH siendo la principal

infección mortal en el mundo (34). La transmisión del VIH pudo haber ascendido en 1996, cuando se infectaron 3,5 millones de personas. En el 2008 el registro descendió gradualmente un 2,7 millones de personas y para el 2004 la mortalidad del SIDA alcanzó el 2.2 millones de muertes por la propagación del VIH.

Objetivo de desarrollo del milenio No. 6 para el 2015

- a) 9.7 millones de personas recibieron tratamiento para el VIH en 2012.
- b) Cada hora 50 mujeres jóvenes son infectadas con VIH. (35)

El objetivo de desarrollo del milenio se cumplió, disminuyendo la población infectada y logrando acceso al tratamiento antirretroviral, con una prevalencia de 15 a 49 años con menos de 0.6 y una proporción portadora de VIH con acceso al tratamiento antirretroviral con 80.0. (36) Sin embargo, es importante no perder de vista que la labor de disminuir la tasa de mortalidad es una tarea que continúa.

3.8 Educación para la salud

La educación para la salud es una herramienta que encamina un proceso de cambio social y de conducta para el mejoramiento de estilos de vida, tanto en lo individual como en lo colectivo. La educación para la salud se caracteriza por conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, con la finalidad de que se obtengan medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. La educación para la salud es además una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen. (37)

CAPÍTULO 4

Propuesta del instrumento de cotejo al egreso hospitalario para las personas que viven con VIH

"Para investigar la verdad es preciso dudar, en cuanto sea posible, de todas las cosas."
René Descartes

El entendimiento se define según la Real Academia Española como la “Potencia del alma, en virtud de la cual concibe las cosas, las compara, las juzga, e induce y deduce otras de las que ya conoce”.

4.1 Antecedentes de estudios similares al Checklist

El uso de lista de chequeo o Checklist como herramienta para evaluar el conocimiento que poseen los pacientes de sus enfermedades (como es el caso de las personas que viven con VIH) constituye una alternativa eficiente que ha sido evaluada en estudios previos. En la década de 1930 se implementó la lista de chequeo, teniendo resultados positivos e importantes para la vida de los pacientes, resultados que son encaminados hacia una cultura de seguridad, herramientas indispensables para un cambio efectivo en la cultura de la seguridad de las personas y encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida y de las organizaciones, tal es el caso del ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). (38)

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló un listado de exploración que ayudó a la reducción de la mortalidad en diferentes sectores de salud; un claro ejemplo fue en el 2011 la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) que se comprometió a trabajar estrategias que involucrara una lista de chequeo que mejoró la prevención de las infecciones perioperatorias, fluidoterapia orientada a objetivos y nutrición perioperatoria. (38)

4.2 Planteamiento del problema

El nivel de entendimiento que tienen las personas que viven con VIH (PVVIH) sobre su enfermedad constituye un factor modificable y susceptible de intervenciones en Promoción de la Salud, especialmente en aquellas personas que han ameritado cuidados intrahospitalarios. Las primeras semanas después de egresar de una hospitalización constituye el período de mayor riesgo para ameritar una re-hospitalización. Este riesgo se ve incrementado por distintos factores, entre los que se incluyen

la desinformación o un entendimiento parcial relacionado a las indicaciones médicas y las conductas de autocuidado a seguir. Por lo anterior, se elaboró un listado de puntos “Checklist”, enfocado a evaluar estos aspectos en una muestra de PVVIH previo a su egreso hospitalario del CIENI/INER en el año 2013. El instrumento diseñado originalmente evaluaba 32 puntos, englobados en cuatro apartados: comprensión sobre el VIH-SIDA y enfermedades oportunistas, tratamiento antirretroviral y adherencia, cuidados al egreso hospitalario y preparación para la vida con VIH.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuál ha sido el nivel de entendimiento de las personas que viven con VIH con respecto a la enfermedad, al tratamiento antirretroviral, los autocuidados y la preparación para la vida al egresar del servicio de hospitalización del CIENI/INER durante el año 2013?

4.4 Objetivo principal

Realizar una propuesta de instrumento de cotejo para conocer el nivel de entendimiento y comprensión sobre el VIH, tratamiento antirretroviral, autocuidados, preparación para la vida y las medidas principales de cuidado en la salud de las personas que viven con VIH al egreso de su hospitalización durante el año 2013 en el CIENI/INER.

4.5 Objetivos secundarios

- Describir las características socio-demográficas y clínicas de la muestra.
- Comparar el nivel de entendimiento sobre VIH entre aquellos pacientes hospitalizados de primera vez y los reingresos.

4.6 Análisis de datos

Se realizó una descripción con ayuda de variables utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y categóricas. Para la comparación entre dos grupos de reingresos y nuevos ingresos, se utilizaron medidas de asociación la prueba de chi cuadrada y t de student en variables

categorías y continuas respectivamente. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de los datos.

4.7 Justificación

Se consideró que el nivel de entendimiento que tienen las PVVIH al egreso hospitalario sobre las indicaciones médicas y conductas de autocuidado constituye un factor modificable y susceptible de intervenciones en promoción de la salud. Al realizar esta investigación se esperaba obtener un panorama que permitiera identificar áreas de oportunidad de aprendizaje enfocadas a mejorar el entendimiento de la población que es atendida en el CIENI y, con base en ello, proporcionar las bases para implementar estrategias específicas de promoción de la salud, adaptadas a las necesidades de las PVVIH que reciben atención médica en el CIENI.

CAPÍTULO 5

Comparación metodológica

"El conocimiento nos hace responsables"
Che Guevara

5.1 Descripción metodológica

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en el Centro de Investigaciones de Enfermedades Infecciosas (CIENI) con el objetivo de conocer el nivel de entendimiento y comprensión sobre el VIH, tratamiento antirretroviral, autocuidados, preparación para la vida y las medidas principales de cuidado en la salud de las personas que viven con VIH al egreso de su hospitalización durante el año 2013. Se diseñó un instrumento llamado “Checklist”, el cual consta de 32 ítems divididos en cuatro rubros:

- 1) Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas.
- 2) Comprensión sobre antirretrovirales y adherencia.
- 3) Cuidados al egreso hospitalario.
- 4) Preparación para la vida con VIH.

Cada ítem se califica en una escala nominal de “sí”, “no” y “duda”, de acuerdo al nivel de conocimiento del paciente mediante una entrevista cualitativa. La aplicación del Checklist estuvo a cargo del equipo interdisciplinario del área psicosocial y educativa (PsyE) del CIENI. El PsyE incluye dos trabajadores sociales, dos psicólogas, un pedagogo y una psiquiatra. Los integrantes del PsyE fueron notificados de los pacientes en pre-alta por el equipo médico del CIENI-INER. El Checklist fue aplicado dentro de los últimos tres días de hospitalización. El instrumento se calificó a través de una entrevista cualitativa.

5.2 Checklist pre-alta

El Checklist de pre-alta (ver Apéndice 1) tiene la finalidad de confirmar que las personas que viven con VIH posean conocimiento y comprensión sobre 32 aspectos relacionados al VIH, los cuales se dividen en los cuatro rubros antes mencionados: 1) comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades

oportunistas, 2) comprensión sobre antirretrovirales y adherencia, 3) cuidados al egreso hospitalario y 4) preparación para la vida con VIH. Cada uno de estos rubros consta de ocho a nueve ítems. Cada ítem se califica en una escala nominal de “sí”, “no” y “duda” de acuerdo al nivel de comprensión del paciente. Al final del instrumento se localiza un rectángulo para escribir las recomendaciones del aplicador del Checklist.

5.3 Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y homodémico.

5.4 Población de estudio

Mujeres y hombres que viven con VIH a su pre-alta hospitalaria en el CIENI en el año 2013.

5.5 Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres que viven con VIH que egresen de hospitalización del CIENI/INER.
- Edad > a 16 años
- Aceptación voluntaria para participar y contestar la evaluación.

5.6 Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo o síndrome demencial consignado en el expediente clínico.

5.7 Criterios de eliminación

No hay criterios de eliminación.

5.8 Variables

- Socio-demográficas
 - Edad
 - Sexo
 - Escolaridad

Estado civil

Lugar de residencia

- Clínicas

Fecha de inicio de TARV

Fecha de ingreso

Fecha de egreso

DEIH

Número de hospitalización

CAPÍTULO 6

Resultados

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi

En el 2013 se hospitalizaron 469 personas que viven con VIH en el CIENI-INER; treinta fueron reingresos hospitalarios (cuentan con hospitalizaciones previas en el INER) y 34 defunciones. Se aplicaron 120 Checklist; dificultades logísticas impidieron incrementar el número de Checklist aplicados (altas voluntarias, falta de personal para la aplicación de Checklist, egresos en horarios distintos a la disponibilidad de las personas del equipo PsyE y procesos demenciales de los pacientes).

De los 120 Checklist aplicados, el 14.16% (n=17) fueron respondidos por mujeres y el 85.83% (n=103) por varones; la edad promedio de la muestra fue de 33 (mediana; 35.08; rango 16-75) años. El grado de escolaridad de los participantes incluidos fue de Preparatoria completa en el 24.16% (n=29), seguido por aquellos con Primaria incompleta 21.66% (n=26), Secundaria concluida 20.83%; (n=25), el 12.5% (n=15) con Licenciatura, 5.83% (n=7) con la Primaria completa y el 5% (n=6) con Preparatoria trunca. En relación a su estado civil, la mayoría de los participantes declararon ser solteros 62.5%; (n=75), 20.83% (n=25) viviendo en pareja (casados o en unión libre), el 5.83% (n=7) separados o divorciados y el 1.66% (n=2) viudos. La mayoría residía en el Distrito Federal 57.5%, (n=69), seguida por aquellos que habitan en el Estado de México con 22.5% (n=27), Morelos con el 3.33% (n=4), Guerrero con el 1.66% (n=2) y con el 0.83% (n=1) fueron de EE.UU, Tlaxcala, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo; el 11.69% (n=14) no especificó su lugar de residencia.

El número de esquema del tratamiento antirretroviral de los usuarios que fueron evaluados tuvo un (rango 1-6), el 24.16% (n=29) con el primer esquema, el 7.5% (n=9) corresponden al número de esquemas dos y tres, 0.8% (n=1) el cuatro, cinco y seis de esquema. El número de hospitalización de los usuarios evaluados fue de un rango 1-6. El 40% (n=48) corresponde a su primera hospitalización, 11.66% (n=14) dos veces de hospitalización, 1.66% (n=2) tres veces y 2.5% (n=3) cinco veces de hospitalización. El promedio de duración de hospitalización fue de 19.23 (mediana 16, D.E.= 13.04; rango 4-75 días).

Tabla 9 Resultados de cada uno de los ítems del Checklist

Checklist consulta de pre-alta			
Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas	SI	MM	NO
1. El paciente entiende qué es VIH	63.30%	30.80%	5.80%
2. El paciente entiende cómo se transmite el VIH	65.80%	31.70%	2.50%
3. El paciente está dispuesto a utilizar métodos para prevenir la transmisión y reinfección	70.80%	25.80%	3.30%
4. El paciente entiende cómo interpretar su carga viral	26.70%	19.20%	54.20%
5. El paciente entiende cómo interpretar sus CD4	26.70%	19.20%	54.20%
6. El paciente entiende qué es una enfermedad oportunista	49.60%	39.50%	10.90%
7. El paciente entiende cuáles enfermedades oportunistas tiene	45.80%	41.70%	12.50%
8. El paciente entiende que las enfermedades oportunistas van a desaparecer a medida que se fortalezcan sus defensas	55.10%	37.30%	7.60%
Comprensión sobre antirretrovirales y adherencia			
9. El paciente entiende que sólo tomando sus ARV podrá mejorar su salud	71.70%	26.70%	1.70%
10. El paciente entiende el riesgo de dejar de tomar los ARV	68.30%	29.20%	2.50%
11. El paciente entiende cómo tomarse sus ARV (horarios, comidas)	79.20%	12.50%	8.30%
12. El paciente entiende que podría tener efectos adversos de los ARV	53.30%	37.60%	9.20%
13. El paciente entiende qué hacer en caso de presentar efectos adversos	45.80%	40.00%	14.20%
14. El paciente entiende la importancia de acudir a sus citas médicas	90.80%	8.30%	0.80%
15. El paciente ya cuenta con sus citas* para la primera semana post-egreso	73.30%	1.70%	25.00%
16. El paciente ya cuenta con su cita de Psiquiatría a las 2-3 semanas post-egreso	63.20%	1.70%	35.00%

Tabla 9 Resultados de cada uno de los ítems del Checklist (continuación)

Cuidados al egreso hospitalario	SI	MM	NO
17. El paciente sabe a dónde ir al egresar del hospital	94.20%	2.50%	3.30%
18. El paciente sabe quién le proporcionara cuidados a su egreso del hospital	90.80%	3.30%	5.80%
19. El paciente entiende la importancia de cuidar su alimentación	90.80%	8.40%	0.80%
20. El paciente se lleva indicaciones dietéticas de nutriología	79.50%	5.10%	15.40%
21. El paciente se lleva una dieta balanceada indicada por Nutriología	71.40%	15.70%	12.90%
22. El paciente entiende qué cuidados de enfermería requiere al egreso	37.60%	40.20%	21.40%
23. El paciente entiende las instrucciones para llevar a cabo estos cuidados	38.50%	40.20%	21.40%
Preparación para la vida con VIH			
24. El paciente tiene al menos un familiar que conoce su diagnóstico	90%	2.50%	7.50%
25. El paciente percibe el apoyo o aceptación de al menos una persona cercana	84.20%	8.30%	7.50%
26. El paciente percibe discriminación por parte de alguno de sus cuidadores	9.20%	7.50%	83.30%
27. El paciente entiende cuáles son sus derechos	39.50%	52.10%	8.40%
28. El paciente entiende que puede ser blanco de discriminación	45.80%	45.00%	9.20%
29. El paciente tiene herramientas para hacer frente a esta discriminación	36.70%	54.20%	9.20%
30. El paciente entiende con qué servicios cuenta en el CIENI para apoyarlo	77.50%	15.80%	6.70%
31. El paciente entiende cómo utilizar estos servicios	70.80%	20.00%	9.20%
32. El paciente tiene visión a futuro (profesional, pareja, familiar)	77.30%	14.70%	8.00%

6.1 Discusión de los resultados

El 54% de los pacientes evaluados no comprendían conceptos que se consideran esenciales para su monitoreo posterior: carga viral y CD4. Estos resultados coinciden con lo reportado por Ceccato Braga das M y Acurio Assis de F en Brasil: realizando un análisis estadístico a 406 personas, se evaluaron factores asociados a la comprensión del tratamiento antirretroviral y que inician terapia, características del paciente (escolaridad, estado civil, etnia), información que brindan los servicios de salud; se

realizaron cuestionarios previamente validados y, posteriormente, se evaluaron en dos fases. En la primera de dichas fases el médico realizaba la visita y hacia la prescripción del TARV y en una segunda fase, en una reunión interna entre los médicos, se decidía si se realizaba o no la prescripción de los TARV. Los resultados obtenidos en el estudio fueron los siguientes: el 74.5% de la población estudiada no comprendía la información que le brindaba el médico y el 87.5% no entendía la información sobre el TARV. Estos resultados estuvieron influidos en gran medida por el grado de escolaridad de los participantes, el cual está asociado con la dificultad de comprender su TARV. (39)

Un factor que pudo influir en los resultados obtenidos es el lenguaje que pudo haber sido muy técnico y dificultó el grado de entendimiento de los participantes. También existe la posibilidad de que el grado de comprensión se vea afectado por potenciales relaciones de poder a las que Foucault describe como “estados de dominación que determinan un margen de libertad y están condicionados a ser limitados por medio de un esquema binario (dominantes – dominados)” (40); esto es así, por ejemplo en la relación médico-dominante versus paciente-dominado. Una estrategia para mejorar el entendimiento sobre estos conceptos (carga viral y CD4) es hacer uso de las herramientas que utiliza la Promoción de la Salud, tales como educación para la salud, educación continua durante la hospitalización y adecuación del lenguaje utilizado a la escolaridad del receptor.

El grado de conocimiento el VIH-SIDA fue satisfactorio entre un 63% y 65% de la muestra. El 70% de la muestra expresó que estaba dispuesto a utilizar métodos para prevenir las ITS y potenciales reinfecciones. Esto puede ser un reflejo del énfasis realizado en las intervenciones pre-alta sobre estrategias de conductas sexuales seguras, a pesar de que el paciente no tenga claro en su totalidad los medios de transmisión del VIH. El 41% de la muestra refirió tener dudas sobre las enfermedades oportunistas que pudieran presentarse y sobre su reconocimiento. Este porcentaje se considera inapropiado y es imperativo incrementar la comprensión de este concepto en los pacientes dadas las condiciones de salud en las que egresan, pues se encuentran vulnerables a la adquisición o complicación de infecciones oportunistas, por lo tanto constituye un área de oportunidad en Promoción de la Salud.

En términos de Promoción de la Salud el entendimiento sobre su enfermedad se puede ver influenciado por diversos factores: el contexto social en el que se desarrolla el individuo, las consecuencias derivadas del conocimiento social del diagnóstico, las repercusiones afectivas tales como la depresión e, incluso, el ambiente adverso que pueden llegar a experimentar a través de la discriminación social. El porcentaje bajo de pacientes que tenían sus citas en consulta externa

programadas en el momento de la evaluación puede explicarse por la logística de programación de las mismas, ya que estas son programadas por el familiar responsable o por el mismo paciente el día de su egreso, antes o inmediatamente, mientras que la evaluación del Checklist pre-alta se realizó tan pronto se tenía conocimiento del egreso próximo del paciente (entre 24 y 48 horas antes del egreso).

Las estadísticas de cuidados al egreso hospitalario muestran un alto entendimiento sobre los cuidados, el cuidado de su alimentación y cuidados de enfermería. Sin embargo, el 40% refirió tener dudas en las instrucciones para llevar determinados cuidados: su alimentación, hora de toma de los antirretrovirales y la higiene adecuada en heridas postquirúrgicas. Casi la mitad de los evaluados conocían sus derechos como PVVIH. Sin embargo, el 45% refirió haber sido blanco de discriminación. El 54% de los pacientes refirió contar con herramientas y conocer las instancias a las cuales pueden recurrir en caso de enfrentar algún tipo de discriminación. Las áreas de oportunidad en términos de Promoción de la Salud son diversas:

- 1) Realizar un proyecto enfocado a las necesidades de la población que atiende el CIENI/INER.
- 2) Buscar formas de aprendizaje efectivo para la familiarización del lenguaje médico hacia los pacientes y familiares, lo que incrementa la comprensión sobre el VIH/SIDA.
- 3) Planear una educación continua y libre de prejuicios y desigualdades donde se desarrollen temas que sean de mayor complejidad para la comprensión del paciente y favorezca el grado de entendimiento y conocimiento en los diferentes aspectos sociales y familiares en los que se desarrolla el paciente.
- 4) Ejecutar herramientas o círculos de información que ayuden al paciente a identificar y/o diferenciar las formas de discriminación que puede encontrar en el medio social al egreso hospitalario.

CAPÍTULO 7

Propuesta nueva

“¿Qué sería de la vida si no tuviéramos el valor de intentar algo nuevo?”

Vicente Van Gogh

Considerando los resultados obtenidos se propuso acortar el Checklist y se elaboró una guía de aplicación con la finalidad de homogeneizar su utilización entre evaluadores. De igual manera se propuso un sistema de calificación del instrumento que permitiría identificar aquellos sujetos que ameriten intervención de Promoción de la Salud. El instrumento abreviado consta de 20 ítems y mantiene la división original en cuatro subsecciones: comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas, comprensión sobre antirretrovirales y adherencia, cuidados al egreso hospitalario y preparación para la vida con VIH.

7.1 Comparación entre los dos instrumentos de chequeo

Tabla 10. Comparación entre los dos instrumentos de chequeo

Checklist anterior	Propuesta del nuevo Checklist
<ul style="list-style-type: none">• Requiere de más tiempo• Ítems confusos• No existe escala para evaluarlo• Cualitativo en sistema de calificación	<ul style="list-style-type: none">• Facilidad para aplicar• Reducción de tiempo• Mayor entendimiento para el aplicador• Preciso• Conciso• Aplicable por cualquier persona del equipo de salud• Cuantitativo

7.2 Guía de ayuda para el aplicador para la evaluación del nuevo instrumento Checklist

A continuación se presenta con detalle la Guía de ayuda para el aplicador, instrumento útil para la evaluación del nuevo instrumento Checklist. Como se verá, la guía está dividida en secciones y columnas que facilitan su comprensión.

Sección 1. Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas

Ítem	Modo de preguntar	Modo de calificar “lo sabe”	Modo de calificar “no lo sabe”
		Preguntas sugeridas para evaluar el ítem	Si el usuario menciona alguna de las siguientes:
1. Qué es el VIH	<p>¿Usted sabe qué es el VIH?</p> <p>¿Usted sabe qué significa el VIH?</p> <p>¿Usted sabe qué causa el VIH?</p>	<p>Es un virus</p> <p>Es una enfermedad que se contagia por vía sexual (o por tener relaciones sexuales)</p> <p>Virus de la Inmunodeficiencia Humana</p> <p>Lo mismo que causa el SIDA</p>	<p>Es una enfermedad que es curable</p> <p>Es una enfermedad pasajera</p>
2. Conoce cuáles son las formas de transmisión del VIH	<p>¿Cuáles vías de transmisión del VIH conoce?</p> <p>¿Sabe cómo se trasmite o se adquiere el VIH?</p> <p>¿Conoce cómo se contagia el VIH?</p>	<p>Transfusiones (sangre)</p> <p>Sexual</p> <p>Perinatal (de la madre al hijo)</p> <p>En el nacimiento (lactancia materna)</p> <p>Exposición de fluidos contaminados (semen, fluidos vaginales, sangre)</p>	<p>Contacto físico no sexual (besos, abrazos, caricias)</p> <p>Compartir utensilios u objetos</p> <p>Coquetear</p> <p>Compartir el sanitario</p> <p>Menciona alguna otra manera de transmisión no mencionada en la casilla de “lo sabe”</p>
3. Conoce los métodos para prevenir ITS	<p>¿Qué métodos de prevención de ITS conoce usted?</p> <p>¿Conoce algún método de prevención para las ITS?</p> <p>¿Sabe cómo protegerse en contra de las ITS?</p>	<p>Condón masculino</p> <p>Condón femenino</p> <p>Abstinencia sexual</p>	<p>Métodos anticonceptivos: pastilla del siguiente día</p> <p>Vasectomía</p> <p>DIU</p> <p>Coito interrumpido</p> <p>Parche anticonceptivo</p>

Sección 1. Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas (continuación)

<p>4. Comprende el concepto de carga viral</p>	<p>¿Usted sabe qué es carga viral? ¿Conoce el concepto de carga viral? ¿Sabe usted qué significa carga viral?</p>	<p>Mide la cantidad de VIH en sangre Cantidad de virus que hay circulando en la sangre Es qué tan concentrado está el virus en la sangre</p>	<p>Son las defensas que tengo en el cuerpo (son los CD4) Cantidad de virus que matan con el antirretroviral Cantidad del virus con el/la que fui contagiada</p>
<p>5. Entiende qué es una enfermedad oportunista</p>	<p>¿Usted sabe qué son los CD4? ¿Ha escuchado el término de CD4? ¿Conoce usted qué significa el término de CD4?</p>	<p>Mide la salud del sistema inmunológico Monitoreo por exámenes de laboratorio cada tres o seis meses Son linfocitos llamados CD4 Son las células de defensa que tengo</p>	<p>Si es alta la carga, soy indetectable Es el VIH</p>

Sección 2. Comprensión sobre antirretrovirales y adherencia

Ítem	Modo de preguntar	Modo de calificar “lo sabe”	Modo de calificar “no lo sabe”
	Preguntas sugeridas para evaluar el ítem	Si el usuario menciona alguna de las siguientes:	Se calificara “no lo sabe” si claramente refiere desconocer lo que se pregunta o menciona alguna de las siguientes:
6. Entiende qué es una enfermedad oportunista	<p>¿Sabe qué son las enfermedades oportunistas?</p> <p>¿Usted sabe que al dejar su tratamiento puede presentar alguna de las enfermedades oportunistas?</p> <p>¿Conoce alguna enfermedad oportunista?</p>	<p>Infección en el organismo</p> <p>Afecta el sistema inmune</p> <p>Virus del papiloma humano (VPH)</p>	<p>Una enfermedad renal</p> <p>Hipertensión, anemia</p> <p>Generadas por el VIH</p>
7. Conoce el concepto de tratamiento antirretroviral (TARV)	<p>¿Conoce o ha escuchado acerca del TARV?</p> <p>¿Sabe qué es un TARV?</p> <p>¿Conoce algún nombre de los medicamentos para tratar el VIH?</p>	<p>Tratamiento médico combinado</p> <p>Medicamento recetado por el médico</p> <p>Conjunto de medicamentos para controlar el virus en mi cuerpo</p> <p>Tratamiento antirretroviral</p>	<p>Serie de medicamentos que me quitará el dolor del cuerpo</p> <p>Me quitará el virus</p> <p>Sólo lo tomare por un tiempo</p>
8. Conoce su TARV	<p>¿Usted recuerda los horarios en los que debe tomar sus medicamentos?</p> <p>¿Usted sabe cómo se le llama el conjunto de medicamentos que toma a diario?</p> <p>¿Usted sabe las consecuencias que podría tener si abandona su TARV?</p>	<p>Entiende que debe tener una adherencia adecuada</p> <p>Entiende que debe tomarlo en horarios establecidos</p> <p>Debe saber qué medicamentos tomar</p>	<p>No recuerdo mis horarios</p> <p>No los llevo cuando estoy fuera de casa</p>

Sección 3. Cuidados al egreso hospitalario

Ítem	Modo de preguntar	Modo de calificar “lo sabe”	Modo de calificar “no lo sabe”
	Preguntas sugeridas para evaluar el ítem	Si el usuario menciona alguna de las siguientes:	Se calificara “no lo sabe” si claramente refiere desconocer lo que se pregunta o menciona alguna de las siguientes:
9. Conoce los horarios de toma de su TARV	<p>¿Usted sabe que debe tomar sus medicamentos en horarios establecidos?</p> <p>¿Recuerda los horarios de toma de su medicamento?</p>	Menciona uno o más de los horarios de toma de sus medicamentos	<p>No recuerdo</p> <p>Me los tomo cada vez que me acuerdo</p> <p>Me los tomo cada vez que me siento mal</p>
10. Reconoce los riesgos de tener una mala adherencia al TARV	<p>¿Sabe qué es una mala adherencia?</p> <p>¿Usted sabe que podría pasar si deja de tomar sus medicamentos?</p> <p>¿Sabe cuáles son los riesgos que puede presentar si tiene una mala adherencia?</p>	<p>Presentar enfermedades oportunistas:</p> <p>Diferentes cánceres</p> <p>Neumonía</p> <p>Reingreso hospitalario</p> <p>Morirme</p>	<p>Sólo mareos, alucinaciones</p> <p>Ningún riesgo</p> <p>Soy fuerte</p>
11. Entiende que los ARV podrían tener efectos adversos	<p>¿Sabe qué son los efectos adversos?</p> <p>¿Sabe que los ARV presentan efectos adversos?</p> <p>¿Usted sabe que si deja de tomar su medicamento puede presentar algún efecto adverso?</p>	<p>Mareos</p> <p>Vómitos</p> <p>Diarrea</p> <p>Fatiga</p> <p>Alucinaciones</p> <p>Resequedad en boca</p>	<p>Estoy bien</p> <p>Mi sistema inmune es fuerte</p>
12. Cuenta con sus citas para la primera semana post-egreso	<p>¿Sabe dónde debe programar sus citas?</p> <p>¿Sabe que debe programar sus citas para la siguiente semana?</p> <p>¿Sabe qué citas programar?</p>	<p>Menciona algunas citas programadas:</p> <p>Psicología</p> <p>Psiquiatría</p> <p>Nutrición</p> <p>Oftalmología</p>	<p>No tengo tiempo</p> <p>Saldré de viaje</p> <p>No tengo recursos económicos</p>

Sección 3. Cuidados al egreso hospitalario (continuación)

13. Sabe a dónde ir al egresar del hospital	<p>¿Usted sabe a dónde ir al salir del hospital?</p> <p>¿Tiene un lugar donde alojarse mientras se recupera?</p> <p>¿Cuenta con algún espacio en donde llegar después de su egreso hospitalario?</p>	<p>Familia</p> <p>Amigos</p> <p>Pareja</p> <p>Mi casa</p>	<p>No lo tengo claro</p> <p>No lo he pensado</p> <p>Al salir sabré</p>
14. Cuenta con una persona que lo apoye en los cuidados post-hospitalarios	<p>¿Sabe que debe tener diversos cuidados a su egreso?</p> <p>¿Sabe que necesita ayuda de algún familiar?</p> <p>¿Cuenta con alguna persona que lo apoye?</p>	<p>Menciona algún integrante de su familia</p> <p>Mi pareja</p> <p>Vecino</p> <p>Contratar alguna persona</p>	<p>No necesito de alguien más</p> <p>Yo mismo (depende del proceso al que fue sometido)</p>
15. Cuenta con indicaciones de nutrición	<p>¿El nutriólogo ya le mencionó las indicaciones que debe tener en casa?</p> <p>¿Conoce las recomendaciones sobre su alimentación?</p>	<p>Menciona alimentos permitidos y no permitidos que puede comer</p> <p>Tengo horarios establecidos para comer</p> <p>Debo venir a mi consulta</p>	<p>Consumir de todo</p> <p>Comer cuando tenga hambre</p>
16. Esta dispuesto a apegarse a las indicaciones de nutriología	<p>¿Conoce qué alimentos comer?</p> <p>¿Usted sabe que debe tener horarios establecidos para comer?</p>	<p>Llevar mi dieta acorde a las indicaciones del nutriólogo</p> <p>Sí lo sé, pero no tengo acceso a la alimentación sugerida</p>	<p>No tengo horarios para comer</p> <p>Como hasta en la noche</p> <p>Como cualquier cosa</p>
17. Reconoce que necesita responsabilizarse de su salud	<p>¿Usted sabe que necesita autocuidarse?</p> <p>¿Sabe que necesita cuidados especiales?</p> <p>¿Usted reconoce que debe responsabilizarse por su salud?</p>	<p>Menciona los diferentes cuidados que debe tener:</p> <p>Prácticas sexuales seguras</p> <p>Alimentación adecuada</p> <p>Asistir a mis consultas</p> <p>Tener una adecuada adherencia</p>	<p>Negar la atención a la salud</p> <p>Acudir al médico cada vez que me sienta mal</p> <p>Tomar el medicamento aunque me pase del horario establecido</p>

Sección 4. Preparación para la vida

Ítem	Modo de preguntar	Modo de calificar “lo sabe”	Modo de calificar “no lo sabe”
	Preguntas sugeridas para evaluar el ítem	Si el usuario menciona alguna de las siguientes:	Se calificara “no lo sabe” si claramente refiere desconocer lo que se pregunta o menciona alguna de las siguientes:
18. Conoce cuáles son los derechos de las personas que viven con VIH-SIDA	<p>¿Sabe que existen los derechos humanos?</p> <p>¿Conoce o ha escuchado sobre los derechos humanos?</p> <p>¿Usted sabe que las PVVIH tienen derechos específicos?</p>	<p>Tener y ser parte de una familia</p> <p>Derecho a una muerte y servicios funerarios dignos</p> <p>Acceso a la información</p> <p>Acceso a los servicios de salud</p>	<p>No tengo derechos</p> <p>Desconozco el tema</p>
19. Esta informad@ de cómo actuar en caso de ser víctima de acto de discriminación	<p>¿Sabe usted qué es discriminación?</p> <p>¿Usted sabe que puede sufrir algún tipo de discriminación?</p> <p>¿Usted sabe que puede ser agredido física, moral y psicológicamente?</p>	<p>Violentar al sujeto</p> <p>Nadie tiene derecho a discriminarme</p> <p>Puedo levantar una demanda ante derechos humanos</p> <p>Distinción</p> <p>Exclusión</p>	<p>Negar el acceso a un restaurante</p> <p>Negar la atención en un centro de salud</p> <p>Negar el acceso a un bar</p>
20. Conoce los servicios con los que cuenta el CIENI para apoyarle	<p>¿Usted sabe cuáles son los servicios con los que cuenta el CIENI?</p> <p>¿Usted sabe que existen otros servicios además del de trabajo social?</p>	<p>Trabajo social</p> <p>Talleres/Pláticas</p> <p>Diferentes especialidades</p>	<p>Revisión general a PVVIH</p> <p>Ninguna</p> <p>Albergue</p>

Cuantificación

Tabla 11 Recomendaciones según el puntaje obtenido durante la aplicación del Checklist

Recomendación conforme al puntaje obtenido		
Menor a 10 puntos	15 puntos	De 15 a 20 puntos
Interactuar y reafirmar conocimientos con el usuario de una forma pedagógica considerando un lenguaje adecuado para el usuario y brindarle las herramientas necesarias para que obtenga los conocimientos indispensables sobre su enfermedad	Reafirmar conocimientos y hacer partícipe al usuario, contestar preguntas y dudas que tenga sobre su enfermedad.	Corroborar conocimientos e indicaciones.

Como parte de los lineamientos sugeridos, se subraya la importancia de aplicar el Checklist al paciente y, siempre que sea posible, también al cuidador primario (familiar responsable). Cada ítem se califica en una escala del 0-1, obteniendo un puntaje de 1 por conocer el concepto descrito en el ítem y de 0 al no tener conocimiento del mismo. Puntajes de 0.5 se asignarán a todos aquellos que sean catalogados como “conocimiento parcial”, con un total máximo del instrumento de 18 puntos.

CONCLUSIONES

“Soy el amo de mi destino, soy el capitán de mi alma”
Mandela Nelson

La realización de esta investigación obtuvo diversas directrices que nos llevan a la reflexión e innovación de nuevos instrumentos y a la realización de proyectos orientados a la igualdad entre personas, haciendo hacer uso de la Promoción de la Salud. La relación de la Promoción de la Salud con el instrumento de Checklist es altamente factible para llevar un control de trabajo que se realiza desde varias perspectivas; que puede servir para revisar el nivel de entendimiento sobre los pacientes y los aportes que les dan en el transcurso de la hospitalización.

Analizando los porcentajes obtenidos mediante el Checklist anterior se muestra la necesidad de reforzar, crear actividades, programas, talleres y modificar el lenguaje médico de manera que sea entendible para las personas que viven con VIH. La salud como derecho humano no se cristalizará en los instrumentos sino que se obtendrán datos cuantitativos que deben ser evaluados por la institución de modo que sea posible trabajar en las diferentes debilidades que aquejan a la población. Este instrumento permite captar las enfermedades posibilitando al mismo tiempo el trabajo pedagógico que conduzca a un mejor manejo y control sobre las prácticas hegemónicas en las instituciones públicas y privadas. Así mismo, este instrumento permite trabajar en las diferentes ideas mal comprendidas que aquejan a nuestra población involucrando a los profesionistas de salud y el entorno social en el que se ven inmersas las personas que viven con VIH. No obstante, considero que puede aplicarse el nuevo instrumento en el CIENI/INER a largo plazo, no sin antes haber realizado las estrategias enfocadas a la Promoción de la Salud y de haber obtenido mejores estadísticas y un mayor entendimiento sobre el VIH/SIDA, tanto en lo social como en lo biológico.

APÉNDICES

Apéndice 1. Checklist consulta de pre-alta

Checklist consulta de pre-alta			
Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas	SI	MM	NO
1.El paciente entiende qué es VIH			
2. El paciente entiende cómo se transmite el VIH			
3.El paciente está dispuesto a utilizar métodos para prevenir la transmisión y reinfección			
4.El paciente entiende cómo interpretar su carga viral			
5.El paciente entiende cómo interpretar sus CD4			
6.El paciente entiende qué es una enfermedad oportunista			
7.El paciente entiende cuáles enfermedades oportunistas tiene			
8.El paciente entiende que las enfermedades oportunistas van a desaparecer a medida que se fortalezcan sus defensas			
Comprensión sobre antirretrovirales y adherencia			
9.El paciente entiende que sólo tomando sus ARV podrá mejorar su salud			
10.El paciente entiende el riesgo de dejar de tomar los ARV			
11.El paciente entiende cómo tomarse sus ARV (horarios, comidas)			
12.El paciente entiende que podría tener efectos adversos de los ARV			
13.El paciente entiende qué hacer en caso de presentar efectos adversos			
14.El paciente entiende la importancia de acudir a sus citas médicas			
15.El paciente ya cuenta con sus citas* para la primera semana post-egreso			
16.El paciente ya cuenta con su cita de Psiquiatría a las 2-3 semanas post-egreso			

Apéndice 1. Checklist consulta de pre-alta (continuación)

Cuidados al egreso hospitalario	SI	MM	NO
17.El paciente sabe a dónde ir al egresar del hospital			
18.El paciente sabe quién le proporcionara cuidados a su egreso del hospital			
19.El paciente entiende la importancia de cuidar su alimentación			
20.El paciente se lleva indicaciones dietéticas de nutriología			
21.El paciente se lleva una dieta balanceada indicada por Nutriología			
22.El paciente entiende qué cuidados de enfermería requiere al egreso			
23.El paciente entiende las instrucciones para llevar a cabo estos cuidados			
Preparación para la vida con VIH			
24.El paciente tiene al menos un familiar que conoce su diagnóstico			
25.El paciente percibe el apoyo o aceptación de al menos una persona cercana			
26.El paciente percibe discriminación por parte de alguno de sus cuidadores			
27.El paciente entiende cuáles son sus derechos			
28.El paciente entiende que puede ser blanco de discriminación			
29.El paciente tiene herramientas para hacer frente a esta discriminación			
30.El paciente entiende con qué servicios cuenta en el CIENI para apoyarlo			
31.El paciente entiende cómo utilizar estos servicios			
32.El paciente tiene visión a futuro (profesional, pareja, familiar)			

Recomendaciones

Apéndice 2. Nueva propuesta de evaluación del grado de conocimientos en pacientes de egreso hospitalario en el INER/CIENI

Checklist pre-alta

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad (años): _____

Género: 1. Heterosexual 2. Lesbiana 3. Homosexual 4. Bisexual 5. Trans (transexual, transgénero, travestí)

Vía de transmisión: 1. Sexual 2. Parenteral 3. Vertical

Escolaridad (años): _____

Lugar de residencia: 1. Rural 2. Urbano

Comprensión sobre VIH-SIDA y enfermedades oportunistas	Lo sabe	No lo sabe	Conocimiento parcial
1. Qué es el VIH			
2. Conoce cuáles son las formas de transmisión del VIH			
3. Conoce los métodos para prevenir ITS			
4. Comprende el concepto de carga viral			
5. Comprende el concepto de CD4			
6. Entiende qué es una enfermedad oportunista			
Comprensión sobre antirretrovirales y adherencia			
7. Conoce el concepto de tratamiento antirretroviral (TARV)			
8. Conoce su TARV			
9. Conoce los horarios de toma de su TARV			
10. Reconoce los riesgos de tener una mala adherencia al TARV			
11. Entiende que los ARV podrían tener efectos adversos			
12. Cuenta con sus citas para la primera semana post-egreso			

Apéndice 2. Nueva propuesta de evaluación del grado de conocimientos en pacientes de egreso hospitalario en el INER/CIENI (continuación)

Cuidados al egreso hospitalario	Lo sabe	No lo sabe	Conocimiento parcial
13.Sabe a dónde irá al egresar del hospital			
14.Cuenta con una persona que lo apoye en los cuidados post hospitalarios			
15.Cuenta con indicaciones de nutrición			
16.Esta dispuesto a apegarse a las indicaciones de nutriología			
17.Reconoce que necesita responsabilizarse de su salud			
Preparación para la vida con VIH			
18.Conoce cuáles son los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA			
19.Esta informado de cómo actuar en caso de ser víctima de acto de discriminación			
20.Conoce los servicios con los que cuenta el CIENI para apoyarle			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corral R. Biología Molecular del V.I.H.: desde las cepas "virgenes" hasta las multirresistentes. Corporación de Lucha contra el SIDA, 2000.
2. CIENI CdIeEI, Vivo FM. 30 años del VIH-SIDA. México2011. 240 p.
3. Salud Sd, Pública INdS, CENSIDA. 25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos. México2008.
4. Salud OMdl. VIH/SIDA. 2013.
5. (OMS) OMdlS. VIH/SIDA. Temas de salud; Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
6. CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de SIDA Actualización al 31 de Marzo del 2014. 2014.
7. Prevention CfDca. HIV Transmission Risk 2014.
8. Gallant J. 100 Preguntas y Respuestas. Intersistemas, editor2009. 214 p.
9. infoSIDA. Vision general de la infección por el VIH 2013; Available from: <http://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih#>.
10. Wu G, Zaman MH. Herramientas de bajo costo para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH en entornos de bajos recursos. Organización Mundial de la Salud, 2012.
11. EE.UU BNdMd. VIH/SIDA. EE.UU; Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>.
12. (ONUSIDA) PCdINUseVS. Datos estadísticos mundiales. 2914.
13. ONUSIDA. Hoja informativa 2014
Datos estadísticos mundiales. 2014.
14. CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México 1983
2014.
15. CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre 2014. 2014.
16. Condesa CE. Situación del SIDA en la Ciudad de México. Available from: <http://condesadf.mx/distrito-federal.htm>.
17. CONAPRED. El VIH/sida en México. 2008; Available from: http://www.conapred.org.mx/movil_tablet/index.php?contenido=noticias&id=2081&id_opcion=446&op=447.
18. Noticias A. Aumentan contagios de VIH: Salud DF. 2014; Available from: <http://aristeguinoticias.com/3007/mexico/aumentan-contagios-de-vih-salud-df/>.
19. UNICEF. PROGRAMA DE UNICEF SOBRE EL VIH/SIDA
20. OPS, OMS. "90-90-90", las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe. 2014.
21. Nacoud DAG. Financiamiento de la Salud en México. 2013; Available from: <http://antonioguzmannacoud.com/parte-520/>.
22. Geografía INdEy. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS. 2013:210.
23. ONUSIDA. Datos Estadísticos Mundiales. 2014.
24. Humanos CNdID. Derecho Humano a la Protección de la Salud. Available from: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/vihHepatitis.pdf>.
25. México AdgudlCd. Clínica especializada Condesa (VIH-SIDA). 2014; Available from: <http://www.agu.df.gob.mx/clinica-especializada-condesa-vih-sida/>.
26. Salud Sd. 1a Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Ottawa, Canadá. 1986; Available from: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
27. Salud Sd. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, Tailandia. 2005:6.

28. Salud OMdl. Determinantes sociales de la salud.
29. Olivia AL, José GB. Modelos sociomédicos en Salud Pública: coincidencia y desencuentros. Salud Pública de México. 1994:10.
30. M.J MR. La mirada médico social de la Promoción de la Salud.
31. Arellano OL, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES. Medicina social. 2008:323-35.
32. R.E AP, R. LS. Los derechos fundamentales en la teoría jurídica garantista de Luigi Ferrajoli. Available from: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2977/4.pdf>.
33. Mundial B. Cobertura del tratamiento antirretroviral (% de las personas que viven con el VIH). 2015; Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/2.20>.
34. (OMS) OMdlS. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Objetivos del milenio; 2010; Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>.
35. Unidas OdIN. Objetivo 6:
 Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Available from:
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>.
36. Desarrollo PdINUpe. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. 2014; Available from: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/mdgoverview/overview/mdg6/>.
37. Alva DRÁ. Educación para la Salud. moderno Em, editor1999.
38. L.M. GB. La lista de chequeo: un estándar de cuidado. Revista Colombiana de Anestesiología. 2013:182-3.
39. Ceccato MdGB, Acurcio FdA, Vallano A, Cesar CC, Guimaraes MDC. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral. ELSEVIER DOYMA. 2009.
40. Patricia AL. Relaciones de poder espacio subjetivo y prácticas de libertad: análisis genealógico de un proceso de transformación de género: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.

GLOSARIO

ADN: Ácido desoxirribonucleico, proteína compleja que se encuentra en el núcleo de las células y constituye el principal material genético de los seres vivos.

ARN: Ácido ribonucleico, molécula lineal de hebra sencilla encargada de transferir la información genética del ADN para que se puedan fabricar las proteínas. El ARN es muy versátil, sirve tanto para intermediar en la expresión génica como para actuar de catalizador en la síntesis proteica.

CARGA VIRAL: Mide la cantidad de VIH en la sangre. Esta es una medición de la actividad del virus y de qué tan bien está funcionando el tratamiento antirretroviral (TARV), también se emplea, junto con la cuenta de CD4, para ayudar a decidir el inicio de tratamiento. La carga viral puede ser muy baja (menos de 50 a 75 copias génicas por milímetro de plasma); cuando el tratamiento es efectivo, la carga viral debe ser indetectable, es decir de menos de 50.

CD4: La sangre contiene eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos) y plaquetas. Los linfocitos son un tipo específico de linfocito, el más afectado por el VIH. El recuento de CD4 mide la salud de su sistema inmune. Debe revisarse con regularidad, cada tres o seis meses, aunque la persona no se encuentre en tratamiento. El CD4 mide la cantidad de daño provocado por el VIH.

ELISA: Prueba de laboratorio que ubica anticuerpos utilizados para diagnosticar infección por VIH; su nombre en inglés es Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay, traducido al español Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas.

INFECCIÓN OPORTUNISTA: Infección oportunista es aquella en la que el patógeno (una bacteria, virus, hongo o parásito) toma ventaja de la debilidad en uno de los mecanismos de defensa del cuerpo para causar enfermedad. En el caso del VIH, una infección oportunista es una infección causada por un organismo que en condiciones normales se mantiene a raya por el sistema inmune. Un ejemplo de infección oportunista es la microbacteria causante de tuberculosis. Cada infección oportunista ocasiona enfermedades más frecuentes y graves en los sujetos con recuento de CD4 reducidos.

PLASMA: Un fluido traslúcido y amarillento de sabor salado que representa la matriz extracelular líquida en la que están suspendidos los elementos formes del plasma; está compuesto por agua en su mayoría (90%) y disuelta en ella hay múltiples sustancias, las más abundantes son las proteínas. Constituye el 55% del volumen sanguíneo total (el 20% del líquido extracelular) y es una de las reservas líquidas corporales. El plasma sanguíneo se encuentra permanentemente en

movimiento gracias al sistema circulatorio. El suero es el remanente del plasma sanguíneo sin el fibrinógeno y sin el resto de factores de la coagulación.

RESISTENCIA A TARV: Fármacos que son resistentes a un virus; existen análisis de resistencia con dos características: una para saber si el virus se hizo resistente al tratamiento o para revisar si se infectó con un virus.

SIDA: El virus del VIH es el virus causante del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

TARV o ART (en inglés) Tratamiento Antirretroviral: Término utilizado para describir el tratamiento médico combinado, algunas veces denominado “coctél”, utilizado desde mediados de la década de 1990. También se conoce como tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA o HAART, en inglés) debido a que, en esencia, detiene la replicación del virus (su multiplicación o reproducción). Este previene que el sistema inmune, el sistema del cuerpo que lucha contra infecciones y cánceres, se dañe más y posibilita que se recupere.

VIH: VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Es el virus que causa SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El VIH se transmite de persona a persona por medio de contacto sexual, exposición a sangre, al momento de nacer o durante la lactancia.

WESTERN BLOT: Técnica de inmunoelectro transferencia; permite una discriminación puntual de anticuerpos frente a las distintas proteínas del virus. Las tiras de nitrocelulosa en las que se han transferido los antígenos virales contienen generalmente casi todas las proteínas estructurales del VIH y algunas proteínas precursoras de aquellas. La técnica consiste en la incubación de una de esas tiras con el suero problema durante un tiempo que oscila entre 2 a 4 horas y hasta 18 horas, tras lo cual se revela la presencia de anticuerpos frente a las diferentes proteínas del virus mediante reacciones inmunoenzimáticas distintas, dependiendo del fabricante.

ACRÓNIMOS

CAPASITS: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

CENSIDA: Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH y el SIDA

CONASIDA: Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA

CDC: Centro de prevención y control de enfermedades de USA

CIENI: Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas

FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas

HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres

IMSS: Instituto Mexicano de Seguridad Social

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratoria

ISSSTE: Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ONUSIDA: Organización de la Naciones Unidas del VIH/SIDA

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PHVA: Planear Hacer Verificar y Actuar

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PVVIH: Personas que Viven con VIH

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SESAs: Sistemas Estatales de Seguridad Social

SCARE: Sociedad Colombina de Anestesiología y Reanimación

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

UNESCO: Organismo de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas de la Infancia

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana