

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Hilda, toda mi gratitud y admiración, por su incondicional apoyo, consejo y gran ejemplo de amor, femineidad e integridad a lo largo de mi vida.

A mi padre Agustín gran agradecimiento, por su cariño, motivación y ejemplo de laboriosidad y honestidad.

A mis hermanos Rita y Agustín mi amistad eterna, por la compañía incondicional, la broma, el silencio o la sonrisa oportuna y su fraternidad sincera.

A mi esposo Iván todo mi amor y mi entrega, por compartir mis metas y sueños, por la comprensión, solidaridad y fortaleza para colocar la última piedra de este proyecto, por ser un ejemplo de virtud y rectitud en mi vida.

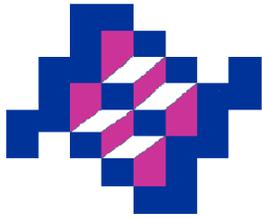
A la Dra. Magali Cuadra Hernández, directora de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación, amistad y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

A mi asesor Mtro. Emanuel Orozco Núñez, por compartir su conocimiento, sincera amistad y apoyo.

A mi Jurado de Tesis el Dr. Armando Arredondo López y la Dra. Marta Caballero García, por su interés en ser parte de esta meta.

Al Instituto Nacional de Salud Pública, por concederme el honor de formar parte de una institución tan prestigiosa con gran calidad académica y talento humano. De cada uno de mis profesores y tutores atesoro experiencias valiosas y mucho aprendizaje, también, por el regalo invaluable de los nuevos amigos para toda la vida.

Por último, el más importante, profundo y total de los agradecimientos a Dios, por todas sus bendiciones, experiencias, alegrías y amarguras que han permitido el crecimiento en mi vida interior, pero sobre todo valorar a las personas que me rodean y que me ha permitido conocer y querer.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE
MÉXICO

Maestría en Salud Pública
Área de concentración en Administración en Salud
Generación 2009-2011

Tesis de Maestría en Salud Pública

**Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la
modificación a la norma sobre VIH en el año 2000**

Alumna:
Hilda Durán Álvarez

Comité de Tesis:
Directora: Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández
Asesor: Dr. Armando Arredondo López
Asesor: Mtro. Emanuel Orozco Núñez

Cuernavaca, Mor, 2013

Índice

	<u>Página</u>
Introducción	4
Capítulo 1. Los Derechos Humanos y la gobernanza en el campo de la salud pública y en el control de la transmisión del VIH	10
Capítulo 2. Normas internacionales y nacionales relacionadas con el control del VIH/Sida	31
Capítulo 3. Metodología: la recolección de la información y el análisis	48
Capítulo 4. Resultados	58
Conclusiones	128
Notas aclaratorias y referencias	132
Anexos	137

Introducción

Con el fin de obtener el grado de maestra en Salud Pública, con área de concentración en Administración en Salud, llevé a cabo la reconstrucción del proceso de gobernanza que desembocó en el cambio de la *Norma oficial mexicana para la prevención y el control de la infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993)* en el año 2000 en México. Este trabajo se realizó a partir de una revisión retrospectiva de las interacciones de los actores que intervinieron en esa modificación y la revisión de leyes y acuerdos. Esta reconstrucción centró el foco de atención en el campo de los Derechos Humanos y se llevó a cabo a través de un abordaje cualitativo.

Se trata de un caso único, donde se estudió el desarrollo del primer y hasta ahora único cambio a la norma enfocada al tratamiento de las personas que viven con VIH/Sida (PVS). En el año 1993 se publicó la primera norma técnica y su modificación se llevó a cabo en el año 2000. El objetivo central de este trabajo fue describir y analizar los procesos y la participación de los actores políticos en esta modificación, conforme lo plantea la teoría de la gobernanza, y analizar en qué medida se incluyeron o no los Derechos Humanos en ese cambio de la norma, en

un momento histórico donde todavía no existía un organismo como lo es hoy la Comisión de Derechos Humanos (CNDH)*.

El proyecto de esta tesis se desarrolló en tres fases. Inicialmente se reconstruyó el mapa de los actores sociales y políticos involucrados en ese cambio, a partir de revisiones documentales y entrevistas semi-estructuradas a informantes clave. En una segunda fase se entró en contacto con algunos actores que participaron en ese cambio o que fueron testigos de éste y se recopilaron diversos testimonios con el fin de reconstruir las interacciones que mantuvieron entre ellos y, de esa forma, también reconstruir los procesos que dieron lugar a la modificación a la NOM-010-SSA-1993 en el año 2000. Por último, se seleccionaron y relacionaron estos datos con los indicadores de gobernanza que son más útiles para explicar la introducción del tema de los Derechos Humanos en la modificación a esta norma.

El universo de estudio estuvo compuesto por personas que participaron durante el proceso de modificación, como lo fueron los representantes del en ese entonces Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), el cual posteriormente en el año de 2001 elevó su rango a Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida); el Consejo de Salubridad General, la

* Cabe recordar que la CNDH se creó por decreto presidencial en 1990 y fue hasta 1992, con la llamada "Ley de la CNDH", cuando dejó de ser parte de la Secretaría de Gobernación para convertirse en un organismo descentralizado con la facultad de diseñar reglamentos internos y administrar recursos, antes de 1992 el presupuesto de la CNDH dependía del Poder Ejecutivo y el Presidente de la República era el responsable de la designación de su Presidente y de los miembros del Consejo. Fue hasta 1999 que la CNDH se convirtió en una dependencia totalmente autónoma, gracias a una reforma constitucional que le otorgó independencia del Poder Ejecutivo. Esta fecha coincide con el año en el que se estaba terminando de revisar la nueva versión a la NOM de VIH con las últimas correcciones para su publicación final. Actualmente el Presidente y los miembros del Consejo Consultivo de la CNDH son nombrados por el Senado, que debe consultar a las organizaciones de la sociedad civil antes de realizar los nombramientos. Así mismo, el presupuesto designado a esta Comisión se ha incrementado en forma sostenida y hoy en día es una de las comisiones de Derechos Humanos más grandes del mundo.

CNDH, el personal de los servicios de salud que conocieron de la evolución de cómo se abordó esta enfermedad, de su tratamiento con antirretrovirales, de los cambios históricos en la prevención de la enfermedad y el manejo de los pacientes antes de la modificación y después del cambio en la NOM. Asimismo se recogieron los testimonios de un usuario de servicios públicos quien vivió con VIH/Sida por más de 18 años y que, falleció hace aproximadamente 6 meses, y de líderes de dos organizaciones civiles enfocadas a la prevención y control del VIH/Sida.

Para iniciar con la exposición es necesario señalar que el tema de la promoción y salvaguarda de los Derechos Humanos en el campo de la prevención y control del VIH/Sida forma parte importante de la agenda internacional de la salud pública. Ésta cuenta con un marco normativo técnico, nacional y global que busca el aseguramiento del goce pleno de los Derechos Humanos y un acceso a la salud con mayor equidad^{†,1} para las PVS. En el caso de México, la introducción de los Derechos Humanos de las PVS se plasma en la modificación a la norma institucional en el año 2000:

Durante el periodo 1993-2000, México y Centroamérica, excepto Belice, contaban ya con normas relacionadas con la transmisión del VIH/Sida [...]. En este lapso, algunas de ellas cambiaron; por ejemplo, en el año 2000, Guatemala elevó a rango de ley la discusión sobre el Sida y los Derechos Humanos; anteriormente sólo contaba con un manual de procedimientos. En el mismo año, en México se hicieron modificaciones en la Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por el VIH de 1993 [...].²

[†] "[...] la equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que aquello pueda evitarse". Whitehead, M. *The Concepts and Principles of Equity*. Copenhagen, WHO, 1991¹.

Dado que en esta modificación intervinieron actores políticos y sociales que interactuaron en una serie de procesos que dieron lugar a la modificación de norma actual, podemos entonces reconstruir el cambio a partir del relato de estos actores. El análisis de los procesos y los actores en el campo normativo es considerado por Bazzani una dimensión de la gobernanza:

“[...] la interacción entre *actores académicos y tomadores de decisión* como condición básica para el desarrollo de estrategias que promuevan el uso de los resultados de investigación en políticas y prácticas de salud [...]”.³

Así, con base en el concepto de gobernanza planteado por Bazzani podemos entonces enlistar las preguntas de investigación que guiaron este estudio:

- ¿Cuál era el contexto histórico en torno a las normas relacionadas con el VIH anterior a 1993?
- ¿Qué tipo de políticas, programas y normas regulaban el campo de la prevención y control del VIH durante el periodo 1993 al 2000?
- ¿Qué actores intervinieron en la modificación a la *NOM-010-SSA2-1993* durante el año 2000?
- ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de modificación de la *NOM-010-SSA2-1993*?
- ¿Cómo interactuaron esos actores durante ese proceso?
- ¿Cuáles indicadores de la gobernanza en salud pública, relacionados con los Derechos Humanos, se identificaron en este caso específico?

Estas preguntas nos orientan hacia el siguiente objetivo: describir los procesos y actores que intervinieron en esa coyuntura e identificar y analizar indicadores de gobernanza que se relacionen con los Derechos Humanos de las PVS en la reforma realizada en el año 2000 a la *NOM 010-SSA2-1993*.

Para llevar a cabo este objetivo general es necesario entonces transitar por los siguientes objetivos particulares:

- Identificar los actores involucrados en el cambio a la norma institucional de VIH y sus propuestas.

- Describir y analizar los procesos que, desde la perspectiva de la gobernanza, se llevaron a cabo durante la modificación a la norma institucional de VIH en el año 2000.

- Identificar los principales indicadores de gobernanza que den cuenta de los Derechos Humanos de las personas que viven con el virus del Sida a partir de esta coyuntura.

Se realizó un estudio de caso en México, a partir de metodología cualitativa, haciendo una revisión retrospectiva para reconstruir el proceso de modificación de la *NOM-010-SSA2-1993* que sucedió en el año 2000 y conocer cómo se incluyeron los Derechos Humanos de las PVS en esa norma. Se recopiló la información sobre los procesos y actores involucrados en la modificación de la norma en ese marco regulatorio con la construcción de un mapa de actores, con revisión documental y entrevistas semi-estructuradas a informantes clave.

El universo de informantes estuvo compuesto por dos representantes de organizaciones no gubernamentales, dos trabajadores del sector salud y privado y dos servidores públicos de instituciones gubernamentales que participaron durante ese cambio. Además se entrevistó a un paciente de una institución pública, un paciente de una institución privada, dos personas representantes de la industria farmacéutica que ayudaron a describir el contexto y los efectos de las modificaciones a la norma. Los contactos se identificaron por medio de la técnica de “bola de nieve”. El análisis de la información se realizó a través del modelo llamado “triángulo de las políticas” de Walt y Gilson. El periodo de análisis se centró en 1998 a 2001, que fue durante el que se planeó, revisó, modificó y publicó la norma de VIH.

Este trabajo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, en el Capítulo 1 hago un recuento de cómo se incluyeron los Derechos Humanos en las discusiones sobre salud pública y en los marcos normativo que buscan atender y controlar la pandemia del VIH/Sida. Luego, en el Capítulo 2, describo los marcos normativos internacionales y el nacional que se relacionan con el control del VIH/Sida. El Capítulo 3 contiene los resultados de la recolección de la información y su análisis. Al final, en las Conclusiones sintetizo el cambio a la norma y la inclusión de los Derechos Humanos a la luz de los conceptos que conforman el marco teórico de la gobernanza.

Capítulo 1. Los Derechos Humanos y la gobernanza en el campo de la salud pública y en el control de la transmisión del VIH

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha ido evolucionando en función de la cultura, desarrollo de conocimiento y circunstancias sociales. Por ejemplo, en las civilizaciones más antiguas, la salud estaba unida a una percepción mágica-religiosa. Se atribuía la salud a la virtud y, en el polo opuesto, la enfermedad se ligaba al castigo divino. Si bien esta percepción no se identifica con el conocimiento científico actual considerado moderno, estas formas de percibir la enfermedad aún continúan a través de diversas culturas y creencias religiosas y forma parte de imaginarios colectivos en muchas sociedades actuales.

Una de las definiciones más aceptadas de la salud pública proviene de Winslow, que en 1920 dice que la salud pública: “es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”⁴. Así, en ese periodo, las principales acciones de la salud pública iban enfocadas a saneamiento para prevenir enfermedades.

Además, a partir de cambios sociales relacionados con la necesidad de garantizar la reproducción de la mano de obra, el Estado entra en la escena de la salvaguarda de la salud al colocarse como el guardián de la reproducción de la clase obrera tal como lo planteó Beveridge⁵ en la década del 40. Así la preocupación social y del Estado por mejorar las condiciones de cuidado de la

salud o la prevención de enfermedades de manera colectiva constituyen puntos centrales de la salud pública.

En el año de 1946, a partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se acuña un concepto de salud que intenta ser amplio, incluyente: “[...] un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.⁶

Dicha definición es modificada en 1975 por el salubrista y epidemiólogo americano Milton Terris, quien la define como "un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia".⁷

Posteriormente, en el año 2002, en el documento “La Salud Pública de las Américas”, se plantea que la salud pública “es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”.⁸

Así mismo, Julio Frenk⁹ hace alusión a cinco connotaciones importantes de la salud pública contemporánea. La primera es la palabra *pública* como adjetivo que incluye la participación gubernamental; después, en un sentido más amplio, incluye la comunidad organizada: *el público*. El tercer eje son los *servicios no personales de salud*, los relacionados con el ambiente, es decir que no dependen

de un individuo, por ejemplo el saneamiento o la educación⁹. El cuarto uso se enfoca a los *servicios personales* enfocados a grupos vulnerables, en ese campo podemos enmarcar a los programas de prevención y control del VIH/SIDA⁹. Por último, la frase *problema de salud pública* es utilizada generalmente para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.⁹

Frenk propone dos vertientes que definen a la salud pública: la enfocada con la atención primaria, derivada de los acuerdos generados de la reunión de Alma Ata en 1978; y la relacionada a los padecimientos predominantes en países industrializados, las enfermedades crónico-degenerativas, que generalmente se abordan a través de medidas de promoción de la salud.⁹

En 1988, John Ashton y Howard Seymour agregan a la discusión de los campos de la salud pública el tema de las condiciones que la determinan. De esa manera, además de la biología humana, reconocen a los aspectos sociales como una causa de los problemas de salud, específicamente se refieren a los estilos de vida. De esta manera, J. Frenk retoma estas discusiones y afirma que el nivel de análisis de la salud pública es el nivel poblacional; es decir, se basa en grupos de gente o poblaciones.⁹

Más recientemente, Contandriopoulos¹⁰ plantea un análisis donde considera varios elementos para comprender el concepto de salud pública. Para este salubrista, la salud está siempre en unidad con la vida y con la especie humana. La salud es un resultado al mismo tiempo que un recurso; es también una exigencia inevitable de

todo ser y grupo humano; es una búsqueda sin fin y el regulador de todos los éxitos y fracasos individuales y colectivos. En esa línea, el concepto de salud es a la vez normativo, pues establece la meta por alcanzar y, al mismo tiempo descriptivo, en la medida en que permite apreciar y comparar diferentes situaciones.

Este autor también afirma que la enfermedad no es lo contrario de salud, es decir que alguna política pública en salud que evite la enfermedad o la discapacidad *per se* no va a garantizar o aumentar un largo periodo de bienestar y salud de las poblaciones.

De ahí que los conceptos salud pública y la percepción de la salud sean dinámicos, han cambiado y cambiarán a lo largo del tiempo. Están condicionados por determinantes de tipo histórico, económico y social. En salud pública, los determinantes de la salud son parte de los mecanismos que influyen en el estado de salud y enfermedad. Dichos determinantes fueron enlistados por Lalonde en 1974: la biología humana, el medio ambiente, estilos de vida y el sistema sanitario.¹¹

Por su parte, Marmot y colaboradores sugirieron un modelo donde los determinantes sociales de la salud influyen de manera activa tanto en la determinación de las causas de enfermedad o discapacidad como para las estrategias y políticas aplicadas en salud pública, es decir incluyen el factor político en la definición de la salud pública.¹²

En el año 2003, Marmot y Wilkinson, a través del documento emitido por la OMS sobre determinantes de la salud, mencionan que si bien es cierto que la atención médica es muy importante para tratar enfermedades o padecimientos graves, más importante para la salud poblacional son las condiciones sociales y económicas que hacen que la enfermedad se presente y se haga necesaria la utilización de los servicios de salud.¹³

Whitehead y cols, en 1992, explican estas determinantes a partir de las desigualdades sociales. Afirman que en la salud, estas desigualdades son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones que van desde el individuo hasta las comunidades. Para cambiar esas condiciones negativas que afectan a la salud colectiva, los autores plantean un modelo que consiste en fortalecer cuatro grandes niveles interrelacionados: a los individuos, a las comunidades, el acceso a los medios y servicios esenciales y el cambio macroeconómico y cultural. En el centro de esta propuesta se encuentra el individuo y avanza hacia el exterior señalando estilos de vida no saludables como el tabaquismo o las adicciones; el siguiente nivel habla sobre las condiciones de las comunidades hasta que llega a la descripción de las condiciones macroeconómicas y culturales generales.¹

De acuerdo con esta perspectiva desde los determinantes de la salud, la salud pública debería estar enfocada en identificar las causas socio-culturales que constituyen un riesgo para generar enfermedad; esto es incluyendo las

condiciones individuales como son edad o género, hasta las condiciones ambientales de riesgo para aplicar medidas preventivas a través de la promoción de la salud. Todo ello, sin omitir una atención médica con equidad para cada individuo.¹⁴

Debido a que la protección de la salud en México es un derecho, estos factores deben ser tomados en cuenta por el Estado para generar acciones eficientes que generen cambios en las poblaciones, por ejemplo las campañas de prevención de VIH a través del uso del preservativo.

El derecho a la salud forma parte de derechos constitucionales más generales, por ejemplo los que garantizan la igualdad, la lucha contra la discriminación y el reconocimiento y garantía de los derechos de sectores vulnerables de la población. En México, la protección a la salud está reconocida como un derecho constitucional en el Artículo 4º:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme lo dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.¹⁵

A raíz de los acontecimientos descubiertos al final de la Segunda Guerra Mundial en 1945, las potencias ganadoras se dieron a la tarea de crear un documento que evitara la persecución de grupos étnicos enteros, como sucedió con el encarcelamiento y exterminio de judíos en los campos de concentración nazis.

Para ello en 1948 se promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos que en el Artículo 25, señala que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.¹⁶

De esta manera, el derecho a la salud en México al formar parte de la Constitución Política Mexicana y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos obliga al Estado a garantizar el acceso y la cobertura a los servicios de salud, ya que estos dos componentes son una condición para hacer realidad el respeto a la dignidad de las personas ligado intrínsecamente a su bienestar.

Existen además otras instancias internacionales donde se establece la protección al derecho a la salud de manera clara. Por ejemplo, en 1953, la Carta Social Europea (CSE) en el Artículo 11 propone que para la protección del derecho a la salud es necesario un trabajo directo o en cooperación con organizaciones públicas o privada para:

[...] Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras.¹⁷

En ese mismo documento, el Artículo 13 establece el derecho a la asistencia social y médica, el cual entre otras cosas promete “velar porque las personas que

se beneficien de tal asistencia (por parte del Estado) y no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales”¹⁸; además esa asistencia debe aplicarse en condiciones de igualdad.²⁰

En 1976, entra en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual es ratificado por México en 1981. En éste, el Artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”¹⁹. Entre las medidas que se deben adoptar para la plena efectividad de este derecho se señala:

- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.²⁰

De igual modo, México también acepta firmar la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADH) de 1948, en la que en el Artículo XI se hace referencia al derecho a la preservación de la salud y al bienestar:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.²¹

Sin embargo, existen otros documentos internacionales que omiten el tema de la salud como un derecho. Por ejemplo en la década de los 50, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) no consideran importante incluir este tema. La omisión ejemplifica la disparidad entre América y Europa.

Este silencio en materia de salud es relevante porque traduce además una conciencia débil sobre los verdaderos campos de acción en materia de políticas de salud. Así mismo, omite los problemas de sanidad al nivel de las comunidades pues no se asocian como parte de la protección a la salud del individuo. La situación en América, tan ajena en materia de salud y derechos, habla indirectamente de la situación precaria en que se encontraban la mayoría de los países.²²

La discusión del derecho a la salud como parte de la garantía de los Derechos Humanos tuvo una fuerte influencia en el campo de la transmisión del VIH. De esta manera, podemos apuntar que durante la Primera Consulta Internacional sobre VIH/Sida y Derechos Humanos, organizada conjuntamente por el Centro de Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989, se discutió la posible elaboración de directrices que sirvieran de guía para ayudar a los responsables de formular políticas y cumplir las normas internacionales de Derechos Humanos en lo que se refería a la legislación, la práctica administrativa y la política.²³

En 1995, en el informe que el Secretario General de las Naciones Unidas presentó a la Comisión en su 51º período de sesiones, manifestó que las nuevas directrices que se formularan en el contexto de la transmisión del Sida deberían ayudar al entendimiento de la salud pública y a la salvaguarda de los Derechos Humanos de las personas más afectadas por el VIH. Recalcó que los gobiernos podrían

beneficiarse de directrices que describan con claridad la manera de aplicar las normas de Derechos Humanos en la esfera del VIH/Sida e indicó cuáles eran las medidas concretas y específicas que deben adoptarse.²⁴

Para la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/Sida y Derechos Humanos llevada a cabo en 1996 se hace explícita la solicitud de trabajar conjuntamente entre ONUSIDA, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de personas que viven con el VIH/Sida, con el fin de proteger los Derechos Humanos en el contexto de VIH/Sida alcanzando mayor pluralidad.²⁵

En el contexto del VIH, la libertad de reunión y de asociación con otros es esencial para la formación de grupos de sensibilización, de presión y de autoayuda relacionados con el VIH, que representen los intereses y satisfagan las necesidades de los distintos grupos afectados por el VIH, incluidas las personas que viven con el VIH. Si se obstruye la interacción y el diálogo con y entre esos grupos, otros agentes sociales, la sociedad civil y el gobierno, se socava la salud pública y una respuesta eficaz al VIH.²⁶

A partir de ahí, derivado de la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/Sida y Derechos Humanos, en 1998 la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) publicaron por primera vez, el documento titulado *Directrices internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos*. En dicho documento se impulsa la integración de los principios y normas internacionales de legislación sobre Derechos Humanos con relación a la pandemia del VIH/SIDA²⁵.

Mediante apoyo político y financiero, los Estados deberían procurar que se consulte a las comunidades en todas las fases de la formulación de la política y la ejecución y evaluación de los programas relativos al VIH, y que las organizaciones de la comunidad puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y Derechos Humanos.²⁷

En dicho documento por primera vez se establecen nuevos criterios para motivar la evolución de la legislación internacional en materia del derecho a la salud; por ejemplo que los hallazgos científicos relacionados al conocimiento de la enfermedad provocada por el VIH y al mejoramiento de opciones terapéuticas más eficaces y seguras establezcan nuevos criterios de tratamiento y diagnóstico²⁵.

El hecho de que se convirtiera en un padecimiento tratable, puso en evidencia la gran desigualdad en cuanto al acceso al tratamiento de la enfermedad. Así en 2001, derivado de una tercera actualización a dicho documento, el enfoque se centró hacia el acceso a la terapia antirretrovírica para el VIH²⁵. Ello con el propósito que los gobiernos y las partes interesadas dispusieran de orientación sobre la mejor forma de promover, proteger y respetar los Derechos Humanos en el contexto de la epidemia de VIH. En el caso de México, en el periodo 2001-2006, se adoptó la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el tratamiento antirretroviral (ARV) para todas las personas con VIH sin seguridad social a través de la implementación del Seguro Popular.²⁸

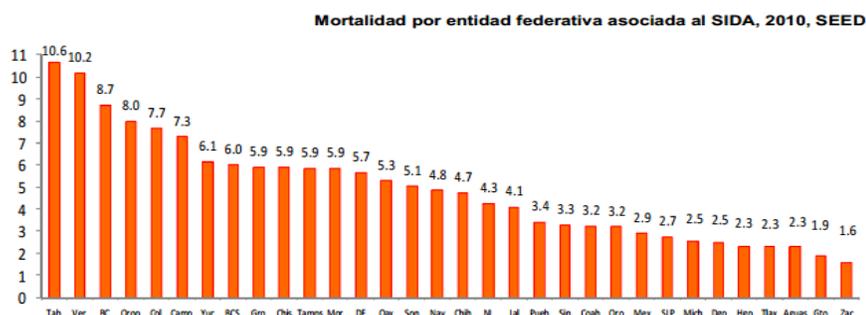
Hay avances importantes en la garantía del derecho a la salud a partir de un mayor acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, incluidos los progresos en materia de disponibilidad de pruebas diagnósticas y tratamientos relacionados con el VIH, como las terapias antirretrovíricas, como se puede ver en el cuadro 1 y la gráfica 2 donde se muestra que la cobertura casi se duplica de 2006 a 2010, del 40% y 78 %, respectivamente,

Cuadro 1. Cobertura de terapia antirretroviral en México (porcentaje de personas con enfermedad avanzada de VIH tratadas)

Año	2006	2007	2008	2009	2010
MEXICO	40	42	52	54	78%

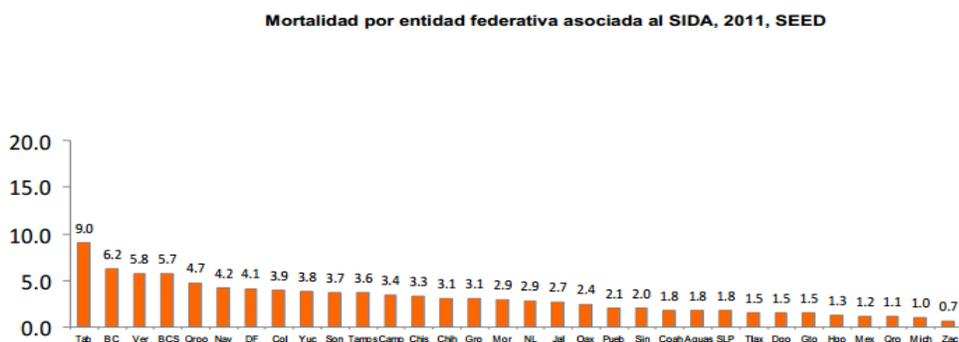
Fuente: Indicadores del Banco Mundial. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=3&id=4>. Fecha de consulta: 15 Agosto 2012.

Figura 1



Fuente: El VIH/Sida en México 2011: Numeralia epidemiológica. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_Sida_2011.pdf

Figura 2



Fuente: El VIH/Sida en México 2011: Numeralia epidemiológica. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_Sida_2011.pdf

Sin embargo, a pesar de estas cifras, quedan compromisos por cumplir para la plena realización de los derechos relacionados con el VIH. Entre ellos destaca un

mayor acceso a los servicios de salud para las PVS porque la estrategia eje de política pública del 2012-la implantación de un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos- sigue teniendo deficiencias como lo demuestra el 22% restante sin cobertura.²⁹

Otro ejemplo de lo que falta por hacer lo encontramos dentro del Programa de Prevención y Atención de VIH/Sida y otras ITS a cargo del Censida, el cual tiene como fin contribuir a la reducción de nuevas infecciones por VIH, a través de la prevención en los grupos más afectados por la epidemia y la atención oportuna a los portadores, sin embargo es una meta que no se ha cumplido. La estrategia de este programa está enfocada a campañas de comunicación social relacionadas con VIH/Sida/ITS y la validación de Programas Anuales de Trabajo respecto a metas y presupuesto por parte de Censida, sin embargo las campañas no han podido difundirse a nivel nacional ni en todos los medios de comunicación.

Además, existen fuertes críticas a estas metas³⁰, entre ellas destacan que aunque los casos positivos no aumentaron ostensiblemente y hay mayor cobertura por parte de los servicios de salud para brindar tratamientos, la disminución no se ve reflejada en la prevalencia además de que el aumento en el porcentaje de cobertura de tratamiento con antirretrovirales tampoco significa que todas estas personas tengan acceso efectivo a los antirretrovirales.

Por otra parte, en el año 2007, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos publicó el documento *Good governance practices for the protection of human rights*. Es la primera vez que se menciona en el tema de la gobernanza y VIH a América Latina, a través de la demostración del caso de Brasil. En ese texto se muestra el trabajo conjunto entre legisladores y la sociedad civil a nivel estatal y municipal en la creación de estrategias en la lucha contra el HIV/AIDS³¹. El eje central de esa propuesta fue la formación de un sistema de gobernanza sensible a las necesidades de la población afectada por el VIH/Sida:

[...] a través del establecimiento de un Grupo Parlamentario sobre el VIH/Sida con el fin de que el Parlamento fuese el centro de los esfuerzos encaminados a dar respuesta al VIH/Sida y para coordinar la acción de los poderes legislativo y ejecutivo en todos los niveles de gobierno, así como en la sociedad civil, con miras a fortalecer la respuesta nacional a la epidemia³².

Dicho grupo se originó a partir del trabajo conjunto de los representantes de la Onusida en Brasil, del Programa Nacional de Brasil sobre ETS/Sida y la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Diputados de Brasil; también participaron representantes de los principales partidos políticos y miembros de la sociedad civil brasileña. Ello significó, para el año 2003, la participación de 80 integrantes.³²

La propuesta parlamentaria consistió en crear un espacio de debate permanente para discutir las políticas y leyes relativas al VIH/Sida, además de las medidas técnicas y legales para combatir la epidemia. Dichos debates tenían lugar dentro de recintos públicos del Estado con el fin de que en todo momento se protegieran

los derechos de las personas afectadas por el virus y que todas las políticas aprobadas sirvieran para garantizar la mayor participación social en dicho tema.³²

Las propuestas emitidas por el grupo se debatieron en la Cámara de Diputados y Senadores de Brasil para incentivar la participación del Poder Ejecutivo, Legislativo y las organizaciones de la sociedad civil brasileña.³²

Las áreas de trabajo en las que se concentró el Grupo Parlamentario de la intervención en Brasil fueron³²:

1. Adopción de leyes que garantizaran la protección de los derechos de las personas que viven con el VIH/Sida.
 - a. Que regularan la seguridad de los bancos de sangre.
 - b. Derechos laborales de las personas con VIH/Sida en un esfuerzo por luchar contra la discriminación.
2. Participación en iniciativas para crear conciencia acerca de la propagación de los métodos de prevención y las políticas gubernamentales sobre el VIH/Sida.
 - a. Representación de una campaña contra la homofobia.
 - b. Contribución en la capacitación de funcionarios públicos de los sectores de salud pública y seguridad sobre el profundo impacto social de la propagación del VIH/Sida y la complejidad de las políticas públicas para responder al VIH/Sida a nivel federal y estatal.

3. Creación de oportunidades para el público, es decir, la participación activa de los ciudadanos en la formulación y ejecución de políticas sobre VIH/Sida, en los rubros de:
 - a. Diseño de las políticas de la organización de audiencias públicas en la capital Brasilia.
 - b. Regularización del acceso a tratamiento antirretroviral en el país, las patentes farmacéuticas y de inclusiones a cuadro básico de medicamentos de VIH/Sida en varios sectores públicos, como la educación y la asistencia social.
4. Fortalecimientos de la capacidad a nivel estatal y municipal para responder a la epidemia, a partir de:
 - a. Creación de una red de expertos de los estados y municipios con el objetivo de descentralizar las actividades en la lucha contra el VIH/Sida.
 - b. Fomentar y establecer otros grupos parlamentarios sobre el VIH/Sida a nivel estatal y municipal.

Actualmente, el grupo busca asistencia financiera para las personas afectadas por enfermedades crónicas o degenerativas, incluyendo personas que viven con el VIH/Sida, por ejemplo cubrir las necesidades de transporte público para acceder a la atención por parte de los servicios de salud.³²

Este es el primer caso documentado de un análisis de gobernanza relacionado con el control de la transmisión del VIH y el respeto a las personas aquejadas por la enfermedad que este virus causa.

La introducción del término gobernanza en el ámbito de la salud es relativamente reciente. A partir de los años 80, el término gobernanza se aplicaba siguiendo las directrices de gobierno de instituciones internacionales, se relacionaba con una nueva manera de manejar políticas públicas y con la participación de la sociedad civil a todos sus niveles (nacional, local, regional e internacional).³³

El concepto de gobernanza ha sido ampliamente debatido y, aunque no hay un consenso único, existe una definición con varios matices. Así, varios autores y organizaciones han elaborado una gama de definiciones; sin embargo, generalmente hacen referencia a tres definiciones principales, las cuales fueron propuestas por Kaufmann y colaboradores a través de documentos emitidos por el Banco Mundial.³⁴

La primera definición sobre gobernanza fue elaborada en 1991 y se refiere a "la manera en que se ejerce el poder en la gestión de los recursos económicos y sociales de un país para el desarrollo"³⁵. En dicha definición resalta más la forma cómo los actores aplican la ley que propiamente el contenido de las leyes³⁵. Para sus exponentes esto último correspondía más al área de estudios jurídicos que propiamente a los estudios sobre la gobernanza.

La segunda definición, acuñada en el año 2002, es una conceptualización más amplia, ya que son las "reglas, mecanismos de aplicación y las organizaciones"³⁶. Esta definición es referida en el documento *Governance Matters II - Indicadores de Actualización para la campaña 2000/01* y se centra en reconocer la existencia de las normas, las leyes y su aplicación.

Por último, la tercera noción de gobernanza, fue construida a partir del análisis de las diferentes definiciones y emitida en el 2010 en el documento *Indicadores de gobernanza en todo el mundo: Metodología y tema de análisis*.³⁹

Dicha definición se refiere a las tradiciones e instituciones por medio de las cuales se ejerce la autoridad en un país. Esto incluye el proceso por el cual los gobiernos son elegidos, controlados y remplazados; la capacidad del gobierno para formular y aplicar eficazmente políticas acertadas y el respeto de los ciudadanos y el Estado para las instituciones que rigen las interacciones económicas y sociales entre ellos.³⁹

Por su parte, Arredondo desarrolla el concepto de gobernanza, ligándolo a la salud pública a partir de sus políticas:

El análisis de la gobernanza aplicado al estudio de las políticas de salud se ha constituido como una prioridad en dos componentes: los actores y el proceso ejemplificado en la norma.³⁷

Es decir, la gobernanza abarca el análisis de las leyes, las normas, los actores, las interacciones y los escenarios políticos que se desarrollan en torno a la

governabilidad⁴⁰. La gobernanza entonces es diferente al concepto de gobernabilidad, la cual consiste en “la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte”³⁸. De esta forma, la gobernabilidad se concentra en las necesidades y la capacidad para reforzar el sistema socio-político. En cambio, la gobernanza tiene que ver con la interacción de los actores involucrados.

A partir de 1996, para el estudio y análisis de la gobernanza se contemplan seis dimensiones o indicadores compuestos, hoy en día denominados indicadores de gobernanza mundial³⁹, contruidos con cientos de diferentes variables de 31 diferentes fuentes de datos. El autor de esta propuesta, Kauffman, utiliza también reportes de las percepciones de los diferentes actores, entre los que se encuentran organizaciones públicas y privadas mundiales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, entre otros.⁴⁰

A nivel macro, las dimensiones que constituyen a la gobernanza³³ son:

- 1. Voz y rendición de cuentas (VA):** Mide varios aspectos del ejercicio de los Derechos Humanos y políticos y de las libertades civiles de los individuos. Las percepciones de los ciudadanos en la participación en la elección de su gobierno, así como la libertad de expresión, la libertad de asociación, y una prensa libre.

2. **Estabilidad política y ausencia de violencia:** Calcula la probabilidad de que surjan amenazas o cambios violentos en el gobierno, afectando la continuidad de las políticas públicas, incluida la violencia por motivos políticos y el terrorismo.
3. **Efectividad gubernamental:** Mide la competencia de la burocracia y la calidad de los servicios públicos, la calidad de la administración pública y el grado de su independencia de presiones políticas, la calidad de la formulación y aplicación de políticas y la credibilidad del compromiso del gobierno con esas políticas.
4. **Calidad regulatoria:** Mide la percepción de la capacidad del gobierno para formular y aplicar políticas y reglamentaciones acertadas que permitan y promuevan el desarrollo del mercado.
5. **Estado de derecho:** Estima la calidad en el cumplimiento de contratos, derecho de propiedad, la impartición de justicia en los tribunales y la calidad de la política, así como la incidencia del crimen y la violencia.
6. **Control de la corrupción:** Calcula en qué grado el poder público se ejerce con el propósito de obtener ganancias privadas, así como la "captura" del Estado por minorías selectas e intereses privados.

En esta propuesta de tesis, la efectividad gubernamental fue un aspecto central de análisis, en tanto que con esta categoría se pueden evaluar: la formulación de cambios en la norma de VIH/Sida, la participación de los actores sociales y políticos, cómo interactuaron durante esta reformulación, y cuáles y cómo son los

procesos relacionados con el tema de los Derechos Humanos que cambiaron en la regulación de los servicios públicos de salud para la atención de las PVS, todos estos aspectos serán desarrollados en los capítulos siguientes.

Capítulo 2. Normas internacionales y nacionales relacionadas con el control del VIH/Sida

Desde que se descubrió la infección causada por el VIH, el síndrome que éste produce se estigmatizó. En 1987 el Dr. Jonathan Mann, quien fue el primer director del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre VIH, identificó tres fases de la epidemia de VIH/Sida: la epidemia del VIH, la epidemia del Sida y la epidemia del estigma, la discriminación y la negación. Señaló que la tercera fase es “tan fundamental para el desafío mundial del Sida como la enfermedad misma”.⁴¹

De esta manera, Mann ponía de manifiesto la complejidad del abordaje de la prevención y de la transmisión de la infección, al tomar en consideración el impacto social que a largo plazo tendría el vivir con el virus en los derechos de las personas, pues:

La discriminación basada en el VIH/Sida o en la pertenencia a alguno de los grupos asociados con el VIH/Sida, provoca a su vez una mayor vulnerabilidad de estos grupos al VIH. El rechazo hacia estas personas provoca que sean más reacios a acudir a los servicios de salud que los pueden mantener libres del VIH, [...] por el temor a ser rechazados si son percibidos como miembros de una minoría marginada.⁴²

Es por ello que una de las mayores preocupaciones a nivel internacional fue generar mayor conocimiento de la enfermedad para su prevención y manejo, siempre y cuando se salvaguardaran los Derechos Humanos.

Así tenemos que en el marco jurídico internacional existen consideraciones de Derechos Humanos en los planos nacional, regional e internacional con el fin de llegar a un entendimiento entre las razones de salud pública y las propuestas de Derechos Humanos con relación al VIH/Sida.

En particular, los gobiernos vieron factible, luego de la presión de la sociedad, el beneficio de establecer directrices que describan claramente cómo actualizar, genera y aplicar las normas de Derechos Humanos en la esfera del VIH/Sida. De ahí surgen una serie de declaraciones, acuerdos y compromisos de los cuales son vinculatorios únicamente los que México haya firmado o ratificado en el extranjero de acuerdo al artículo 133 de la Constitución Mexicana:

Artículo 133. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del senado, serán la ley suprema de toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los estados¹⁷.

A nivel internacional, México se ha comprometido a reducir el impacto del Sida a través de la firma de acuerdos y declaraciones. Entre los documentos internacionales más importantes aceptados por México se encuentran:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos
- La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

- La Convención para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (PIDESC).
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Protocolo de San Salvador).
- La Declaración Cumbre de Paris sobre Sida.
- La Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México.
- Las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/Sida.
- La Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida (Declaración de UNGASS/Sida).
- La Declaración del Milenio.
- La Declaración de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia (PAFI).
- El repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre VIH/Sida y el mundo del trabajo.

Entre ellos destacan por su magnitud e impacto: la *Declaración del Milenio (Metas del Milenio)* promulgada en la ciudad de Nueva York el 8 de septiembre del 2000. Está estructurada por ocho objetivos de desarrollo, los cuales son:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- 4) Reducir la mortalidad infantil.
- 5) Mejorar la salud materna
- 6) Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.
- 7) Garantizar el sustento del medio ambiente.
- 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

De los cuales, en el sexto objetivo relacionado al VIH/Sida, México se comprometió a:

- a) Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida en 2015
- b) Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesiten.⁴³

Entre los indicadores establecidos en esa Declaración destacan:

- Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.
- Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/Sida.
- Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
- Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.⁴⁷

Por su parte la *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el VIH/Sida* (UNGASS-Sida) realizada en la ciudad de Nueva York en el año 2001, en la cual se firmó la *Declaración de Compromisos UNGASS-Sida en la lucha contra el VIH/Sida*, contiene noventa y tres compromisos de acción mundial divididas en diez temáticas de interés para la epidemia, como son:

- Liderazgo
- Prevención
- Atención, apoyo y tratamiento
- El VIH/Sida y los Derechos Humanos
- Reducción de la vulnerabilidad
- Las niñas y niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/Sida
- Mitigación de los efectos sociales, y económicos
- Investigación y desarrollo
- El VIH /Sida en las regiones más afectadas por conflicto o desastres naturales
- Recursos.

Además de 10 compromisos para dar seguimiento en los planos nacional, regional y mundial.⁴⁴

Por último en la *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia* (PAFI), celebrada en Nueva York en el año 2002, el gobierno del entonces Presidente Vicente Fox se comprometió a cumplir con una

serie de metas específicas y vinculadas a un calendario concreto en favor de los niños, las niñas y los jóvenes, centradas entre otras cosas a promover una vida sana y combatir el VIH/Sida.

En cada uno de estos convenios firmados se señalan metas e indicadores específicos para el seguimiento de los compromisos establecidos, entre ellos destacan:

- Disminuir la prevalencia del VIH/ITS 25% en jóvenes para el 2010.
- Reducir en 20 % el número de infantes infectados con VIH para el año 2005 y en 50 % para el 2010, garantizando que las mujeres gestantes que tengan acceso a atención prenatal dispongan de información, consejería.
- Formular para el 2003, e implementar para el 2005, políticas y estrategias nacionales para desarrollar y fortalecer las capacidades de los gobiernos, familias y comunidades para promover un ambiente favorable a los huérfanos y las niñas y niños infectados por el VIH/Sida.

A continuación se muestran los avances reportados para el 2010 de los indicadores relacionados a la *Declaración del Milenio (Metas del Milenio)* para México:

Cuadro 2. Reporte de Avances de México en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2010

OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES							
META 6.A. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA							
6.1. PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIÓN ADULTA (15 A 49 AÑOS) ^{d/}	0.146	0.196	0.251	0.317	0.378	DETENER Y COMENZAR A REDUCIR	
6.2. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE USÓ PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES ^{d/c/}	79.2 (2001)	ND	79.2 (2001)	80.6 (2006)	63.6 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	
META 6.B. LOGRAR, PARA EL AÑO 2010, EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA DE TODAS LAS PERSONAS QUE LO NECESITAN							
6.5. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PORTADORA DE VIH CON INFECCIÓN AVANZADA QUE TIENE ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES	79.4 (2008)	ND	ND	ND	82.3 (2009)	100.0	
META 6.C. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES							
6.6. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA AL PALUDISMO (POR 100 MIL HABITANTES)	53.0	8.1	7.5	2.9	1.1	3.0	META CUMPLIDA
6.8. PROPORCIÓN DE TRATAMIENTOS OTORGADOS A CASOS CONFIRMADOS DE PALUDISMO EN MENORES DE 5 AÑOS, PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL PLASMODIUM VIVAX ^{d/}	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	
6.9.A. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS) POR 100 MIL HABITANTES	17.2	22.8	18.7	16.8	16.7 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.9.B. TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS), DEFUNCIONES POR CADA 100 MIL HABITANTES	7.6	5.3	3.5	2.6	2.1 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.10. PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE CURAN AL TERMINAR EL TRATAMIENTO	70.7 (2000)	ND	70.7	77.5	85.3 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	

Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.undp.org.mx/spip.php?page=publicacion&id_articulo=2059. Consultado el 6 de agosto del 2012.

De acuerdo a lo que podemos ver en la tabla, México es considerado un país con baja prevalencia[‡], al contar en 2010 con una tasa de prevalencia de 0.38 enfermos por cada 100 personas en el grupo de 15 a 49 años ^{45,46}. Sin embargo estas cifras presentan subregistros debido a las características biológicas y las condiciones sociales ligadas muchas veces a la estigmatización en los servicios de salud⁴⁷ que rodean a esta infección, así como las deficiencias del sistema nacional de vigilancia y notificación de todo el país.

A finales del 2003, México alcanzó el acceso universal y gratuito a tratamientos antirretrovirales (ARV) para personas con VIH/Sida.

[‡] Con relación a la prevalencia de VIH a nivel mundial, los países más afectados son Swazilandia, Botswana y Lesotho con una prevalencia superior al 20%; a nivel mundial se estima que el promedio de PVS es alrededor del 5%. Censida. El VIH/Sida en México 2010. Secretaría de Salud, 2010.

Específicamente para México, estos planes de acción y de control de la transmisión del VIH/Sida y la salvaguarda de los DDHH hacia las PVS se encuentran plasmados en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, tal como señalamos en líneas anteriores. Por su parte, la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* en su Artículo 4° define como discriminación:

Artículo 4. Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.⁴⁸

Además, esta misma ley señala en el artículo 9° qué conductas se consideran como discriminatorias:⁴⁹

Artículo 9. Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades⁵⁰

Entre las conductas que se consideran discriminatorias vale la pena destacar:

- Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo;
- Establecer diferencias en la remuneración, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales;

- Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;
- Impedir la participación en condiciones equitativas en asociaciones civiles, políticas o de cualquier otra índole;
- Impedir el acceso a la seguridad social y a sus beneficios o establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo en los casos que la ley así lo disponga;
- Incitar al odio, violencia, rechazo, burla, difamación, injuria, persecución o la exclusión.

Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 2 establece las finalidades del derecho a la protección de la salud:⁵¹

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y Ley General de Salud;
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Además, queda establecido en la Ley General de Salud en el artículo 3 fracción XV Bis el *Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual*.⁵²

Estos apartados de la Ley señalan que es materia de Salubridad General la prevención y el control de las enfermedades trasmisibles, entre ellas el Sida, a través de realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control.

La Ley General de Salud se aplica en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social. En ella también se señala a las entidades responsables de llevarla a cabo, estas son: la Secretaría de la Salud y los gobiernos de las entidades federativas,⁵³

En México, la recolección de la información epidemiológica de la enfermedad, servicios otorgados y pacientes en tratamiento del VIH/Sida es fundamental,

debido a que sirven de referencia para establecer metas, priorizar necesidades, identificar riesgos, medir la magnitud del impacto y definir pautas para proveer de tratamiento con antirretrovirales a las personas que viven con VIH/Sida.

Las estrategias para el abatimiento de la epidemia, además de empatar los objetivos y metas de la *Declaración del Milenio*, se encuentran dentro del *Programa de acción específico 2007-2012: En respuesta al VIH/Sida e ITS*. La rectoría del mismo está a cargo de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el Censida, esta última es la entidad responsable de medir y reportar los avances y nuevos indicadores del programa, así como la información recibida de los Estados derivada de los Programas Estatales de VIH/Sida⁵⁴.

Como antecedente es relevante mencionar que el Consejo Nacional para la Prevención del Sida (Conasida), antecesor del Censida, fue creado en 1986. A partir de 1988 fue elevado a la categoría de Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida)⁵⁵ y finalmente, a partir del 2001 por decreto presidencial, es llamado Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Censida).⁵⁶

Es en el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud donde se señala las atribuciones del Censida. Las actividades de este centro se encuentran reguladas en el Artículo 46 de ese marco legal.⁵⁷

El Censida también tiene la obligación de promover la concertación de acciones entre las instituciones de los sectores público, social y privado⁵⁸. Otras funciones del Censida son:⁵⁹

1. Llevar a cabo acciones que garanticen la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH y Sida, con base en los lineamientos que establezca el Censida.
2. Vigilar que el personal de salud responsable de la atención de los pacientes utilice, de manera obligatoria, la guía vigente de manejo antirretroviral de las PVVS, publicada por el Conasida.
3. Crear y compartir un Registro Único Nominal Confidencial de usuarios de medicamentos antirretrovirales.
4. Realizar campañas específicas de información y educación para prevenir la transmisión del VIH y Sida, dirigidas especialmente a los grupos con mayor vulnerabilidad y riesgo, con especial énfasis en hombres que tienen sexo con otros hombre (HSH), trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC) y usuarios de drogas inyectables (UDI).
5. Apoyar y reforzar las acciones para prevenir y reducir dentro de sus instituciones, el estigma y la discriminación de los pacientes con VIH y Sida.

Destaca en este reglamento las funciones de proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control del VIH/Sida, entre las

cuales se incluye el combate al estigma y la discriminación vinculados con dichos padecimientos, referido en el Artículo 40°:

- Fracción XIX: “Difundir entre el personal de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud la perspectiva de género, con la finalidad de que se tomen medidas para eliminar la discriminación en razón del sexo de los individuos;
- Fracción XXIII. Formular anteproyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes o, en su caso, proponer modificaciones al marco jurídico, con el propósito de eliminar toda forma de discriminación por razones de género, así como a combatir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y a garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos;

El combate a la discriminación que deberá llevar a cabo el Censida de menciona en el Artículo 46, fracción XVII:

“Formular anteproyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos o acuerdos y, en su caso, promover modificaciones al marco jurídico, con el propósito de eliminar toda forma de discriminación en contra de las personas que viven con VIH/Sida”.

En el *Programa de acción específico 2007-2012: En respuesta al VIH/Sida e ITS* se buscó plasmar de manera explícita el derecho a la salud sexual y reproductiva

de las y los adolescentes, sin distinción de sexo, edad, etnia, orientación sexual e identidad sexo-genérica.⁶⁰

Además, el mismo programa se compromete a garantizar que las acciones estipuladas en los programas nacionales de Planificación Familiar y Anticoncepción, así como de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se ejecuten de manera eficiente, oportuna y no discrecional, y sean de aplicación obligatoria en todas las entidades federativas del país.

Asimismo, se estableció la asignación de recursos específicos para el diseño y difusión de campañas nacionales sobre salud sexual y reproductiva que se orienten claramente hacia los grupos vulnerables prioritarios y que incorporen la perspectiva de género; asegurar los insumos suficientes para el suministro de materiales básicos destinados a la salud sexual y reproductiva de la población, en particular métodos anticonceptivos (con énfasis en condones femeninos y masculinos), pruebas de detección de VIH y antirretrovirales, entre otros materiales.⁶⁰

Para llevar a cabo este último mandato, se requiere garantizar la compra de medicamentos desde el ámbito federal y asegurar su distribución en los estados, mediante la aplicación de instrumentos específicos de *rendición de cuentas* vinculados a un sistema de monitoreo y seguimiento de indicadores locales.

Como se describió anteriormente, por la vinculación con tratados internacionales y leyes y reglamentos internos, México está estrechamente comprometido en proteger los derechos de las personas que viven con VIH/Sida. El gobierno mexicano ha manifestado un compromiso explícito de adherirse a lo estipulado en los acuerdos aceptados y firmados, incluyendo aquellos que se refieren específicamente a revertir el avance de la pandemia del Sida y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con el VIH/ Sida. Sin embargo, es necesario un constante seguimiento y análisis de los indicadores para detectar si estas medidas están siendo efectivas dentro de la población mexicana.

Respecto a las Normas Oficiales Mexicanas, podemos señalar que la NOM-010-SSA2-1993⁶¹ es la que se ha diseñado específicamente para atender a las PVS. La NOM-010-SSA2-1993 tiene por objetivo actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud relacionados con las actividades de prevención y el control de la infección por el VIH. Esta NOM se compone de once puntos. En ella se establecen los aspectos principales para la detección, atención y control del VIH/Sida. En los puntos cinco y seis se establecen medidas de prevención y el procedimiento que debe seguirse para hacer el examen de detección de anticuerpos. La norma hace hincapié en la prohibición de que el diagnóstico positivo al VIH sea utilizado como excusa para excluir del lugar de trabajo a las PVVS y se señala el derecho a la confidencialidad. Ejemplo de ello son los siguientes fragmentos:

6.6 Para evitar discriminación y mayores repercusiones sociales en la familia, el acta de defunción que expida el Registro Civil debe tomar como causa de muerte la que en el certificado de defunción expresamente se señale como causa primaria⁶².

6.8. La vigilancia epidemiológica del VIH/Sida debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a la igualdad, la confidencialidad, privacidad y no discriminación, actitud que debe promoverse entre el personal que labora en las instituciones de salud⁶³.

6.16.3. Tratar al paciente con VIH/Sida sin discriminación respecto a otros enfermos, evitando difundir informaciones sobre su condición de infectado por el VIH o enfermo con Sida, entre quienes no tienen relación con su atención médica⁶⁴.

6.16.4. Respetar el carácter confidencial del paciente seropositivo o con Sida, informando acerca de su estado sólo a quien éste autorice⁶⁵.

Todas las instituciones de salud deben cumplir esta norma. Las autoridades responsables de hacerla cumplir de manera directa son el Censida y los programas estatales de prevención y control del VIH y Sida.

La NOM-039-SSA2-2000 trata de manera distinta la prevención y control de infecciones de transmisión sexual para hombres y mujeres, incluyendo entonces una perspectiva de género ya que las mujeres embarazadas presentan mayor vulnerabilidad asociados a factores biológicos, sociales, culturales y económicos.⁶⁶

6.13.5. El esquema de tratamiento antirretroviral de la mujer embarazada con infección por el VIH/Sida, debe considerar tres aspectos fundamentales: a) mantener la salud de la madre, b) disminuir el riesgo de transmisión perinatal, y c) debe estar de acuerdo con los lineamientos establecidos en la "Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales" vigente, emitida por la Secretaría de Salud⁶².

En este contexto normativo es donde se planteó, discutió y plasmó el cambio a la Norma Oficial en el año 2000, el cual buscamos describir y analizar en este trabajo de tesis.

Capítulo 3. Metodología: la recolección de la información y el análisis

a) Recolección de datos

Para llevar a cabo la reconstrucción y análisis del proceso de modificación de la *Norma oficial mexicana para la prevención y el control de la infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993)* en el año 2000, se reconstruyeron retrospectivamente las interacciones de los actores que intervinieron en ese cambio, tal como lo propone el marco teórico de la gobernanza.

El abordaje fue cualitativo debido a que se trató de un caso único, con entrevistas a informantes clave y participantes en la nueva formulación. La recolección de datos se llevó a cabo de enero a agosto del 2012. Las técnicas utilizadas para la recopilación de información se describen en siguiente cuadro:

Cuadro 3. Técnicas e informantes clave. 2012

Objetivo: Recopilar datos para reconstruir el proceso de modificación a la NOM de VIH de 1993 y las interacciones entre los distintos actores en el año 2000.	
Técnicas utilizadas:	
1. Observación documental	Las publicaciones del Diario Oficial de la Federación de 1993 a 2000 relacionadas a la norma de VIH, consultas y respuestas a consultas derivadas de la modificación. Consulta a Prensa nacional e internacional: se consultaron sitios web de Milenio Noticias, Reforma, La Jornada, Letra S, Universal, CNN español, ONUSIDA para describir el contexto social y político de 1993 al año 2001 en México. Solicitud de información al Consejo de Salubridad General acerca del proceso de modificación y minutas de trabajo a través del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).

2. Observación directa en campo	1 en el Consejo de Salubridad General
3. Entrevistas semi-estructuradas	
a) Informantes que participaron directamente en el proceso de modificación de la NOM:	
Servidores públicos de los servicios de salud	2
Miembros de ONG	2
b) Informantes que participaron de manera indirecta en el proceso de modificación de la NOM:	
Personas que viven con VIH, usuarios de los servicios de salud	3 (2 en institución pública y 1 en privada)
Informantes que laboran en la industria farmacéutica	2
Informante de los servicios de salud de la Secretaría de Salud	1
Informante de una clínica privada	1
Total	11 entrevistas

Cuadro de elaboración propia.

Se estudió el desarrollo de la primera, y hasta ahora única, modificación de la norma de VIH; además se profundizó en el desarrollo del evento, con el fin de conocer cómo fue la participación y en qué medida se incluyeron o no los DDHH en el contexto de la gobernanza. El universo de estudio estuvo compuesto por personas que participaron durante el proceso de manera directa e indirecta.

Cuadro 4. Perfil sociodemográficos de los informantes entrevistados. México, D.F. periodo de levantamiento de la información 2012

Clave de la entrevista	Lugar de nacimiento	Institución	Escolaridad	Estado civil
E-ONG-NAL-01	Jalisco	Amigos contra el Sida	Licenciatura	Soltero
E-ONG-NAL-02	Distrito Federal	Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, A.C.	Licenciatura	Casado
E-MED-SSA-03	Distrito Federal	Hospital General de	Especialidad	Casado

		México		
E-MED-PRIV-04	Distrito Federal	Clínica Especializada Condesa	Especialidad	Casado
E-CNDH-05	Distrito Federal	CNDH	Maestría	Soltero
E-Censida-FX-06	Distrito Federal	Censida	Maestría	Casado
E-PX-SSA-07	Puebla	Hospital General de México	Licenciatura	Soltero
E-PX-SSA -08	Veracruz	Hospital General de México	Preparatoria	Soltero
E- PX-PRIV-09	Estado de México	Clínica Condesa	Secundaria	Soltero
E-IF-NAL-10	San Luis Potosí	Confidencial	Maestría	Casado
E-IF-NAL-11	Michoacán	Confidencial	Licenciatura	Casado

Cuadro de elaboración propia.

La recopilación de información se desarrolló en dos fases. Inicialmente se llevó a cabo una revisión documental, a partir de la cual se identificaron las instituciones que participaron en la modificación a la norma. Dicha información se obtuvo de los anuncios publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del año de 1994 al 2000 (la NOM modificada entró en vigor el 16 de marzo del 2000). Se buscó y revisó la primera versión publicada el 17 de enero de 1995 de la NOM.010-SSA2-1993, la versión actualmente vigente de la NOM publicada el 21 de junio del 2000 y también la consulta pública del *Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, publicada el 22 de septiembre de 1999 y la respuesta a la misma, publicada el 17 de febrero del 2000 publicados en los mismos diarios. Este último documento fue útil para conocer algunas propuestas o comentarios no contenidos en la norma por no ser aceptables y para corroborar los cambios aceptados plasmados en la versión final.

La fecha exacta del inicio de la propuesta de modificación no fue posible identificarla debido a que es información no disponible, de acuerdo a una consulta realizada a Censida a través del IFAI. La negativa probablemente se debe a que los archivos de Censida se actualizan y depuran cada 5 años y esa información se perdió.

Con la publicación de las consultas públicas que se difundieron a través del DOF se identificaron las principales instituciones convocadas formalmente por el *Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades*. Estas instituciones se describen en el cuadro 5.

Cuadro 5. Instituciones convocadas en 1999 para participar en la modificación a la NOM de VIH

INSTITUCION	SIGLAS
Secretaría de Salud: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud Dirección General de Promoción de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva Dirección General Adjunta de Epidemiología Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Coordinación de Institutos Nacionales de Salud	SSA
Secretaría de Educación Pública: Dirección General de Materiales y Métodos Educativos	SEP
Secretaría de la Defensa Nacional Dirección General de Sanidad	SEDENA
Secretaria de Marina	SEMAR
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Consejo Nacional de Población	CONAPO
Petróleos Mexicanos	PEMEX
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.	INER
Hospital General de México	
Instituto Nacional de Pediatría	INP
Secretaría de Salud de los Estados de la República	
Secretaría de Salud del Distrito Federal	SSA-GDF

Amigos contra el Sida, A.C.	
Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, A.C.	
Grupo "7 Ecología", A.C.	
Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.	
Salud Integral para la Mujer, A.C.	
Colectivo Sol	
Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, A.C.	
Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.	
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH

Cuadro de elaboración propia. Fuentes: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2056442&fecha=21/06/2000 (Consultado Marzo 2012).

En una segunda fase, con dicha información, se construyó un directorio de cada una de las instituciones y se contactó a los representantes de las mismas para identificar a las personas involucradas que participaron en el proceso (anexo 1).

En la mayoría de los casos, las personas que participaron directamente en la modificación a la norma en el año 2000 habían cambiado de situación laboral o de residencia; sin embargo se lograron identificar algunas de las personas que emitieron algún tipo de opinión durante ese proceso. Ya identificadas, se logró entablar contacto con cinco personas que participaron directamente en la modificación, tres aceptaron que se les realizara una entrevista semi-estructurada.

Con la programación de las citas con cada uno de los informantes clave se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas. En cada entrevista se grabó el consentimiento informado donde se registró la autorización de los informantes para participar en el estudio, y la constancia de la salvaguarda de su autonomía y

confidencialidad⁶⁷. Los temas contenidos en la guía de entrevista se muestran en el Anexo 2.

El primer entrevistado fue un funcionario de Censida; el segundo, de una ONG ahora desaparecida, pero que continúa haciendo trabajos de activismo pro-Derechos Humanos de las personas que viven con VIH y el tercero, un médico experto en VIH de los Servicios de Salud. Además se contactó a ocho personas que dieron referencia indirecta de algunos pacientes, de los cuales tres de ellos aceptaron que se les realizara una entrevista semi-estructurada, como se puede observar en el cuadro 3. Dos de estos informantes eran usuarios del Hospital General de México y el otro de una Institución privada.

Aunque los tres pacientes entrevistados no participaron en ninguna parte del proceso de modificación, se trataba de personas con más de 10 años de evolución de la enfermedad y que vivieron la transición, el antes y el después de los cambios a la modificación y su testimonio sirvió para explorar el impacto que esta modificación tuvo en ellos. También aportaron información sobre la interacción entre los actores involucrados y ayudaron a identificar a la industria farmacéutica como un actor invisible importante.

Posteriormente se entabló contacto con otros tres informantes que dieron información indirecta de la participación de su institución, tal es el caso de la CNDH, una ONG dedicada a la prevención del VIH y un médico de una clínica privada. Finalmente, se entrevistó a dos personas de la industria farmacéutica,

debido a que la influencia de estos actores surgió como hallazgo en siete de las entrevistas realizadas.

Los criterios para la inclusión de dichos actores fueron: su importancia política frente a las decisiones en salud, el impacto social respecto a la difusión de la información -tal es el caso de la prensa-, y las aportaciones concretas a la norma. El punto en común, es decir el lugar de convergencia de todos estos actores, fueron los pacientes infectados con VIH entrevistados, pues en ellos se pudo observar si los cambios a la NOM tuvieron o no repercusiones concretas. Estos nodos de interacción se describen más adelante en los resultados contenidos en el cuadro 6.

b) Plan de análisis de las entrevistas semi-estructuradas

Para analizar los datos vertidos en las entrevistas, éstas se escucharon detenidamente, se transcribieron los testimonios más importantes y se clasificaron en tres indicadores de gobernanza, contruidos con base en la teoría para este caso específico (cuadro 6):

- a) **Participación directa en el proceso de modificación:** se describieron los niveles de participación y de influencia de todos los actores que participaron de manera visible o invisible en las decisiones: representantes de organismos gubernamentales insertos en los sistemas de salud, externos a los sistemas de salud, sociedad civil, industria, prensa y usuarios de los servicios de salud.

En este primer indicador, se describe el nivel de participación como las actividades activas documentadas a lo largo del proceso, por ejemplo reuniones de trabajo, envío de participaciones, publicación de notas informativas, comunicados de prensa, etc. Por otro lado, la influencia de las participaciones se midió a partir de las participaciones activas y las modificaciones tomadas en cuenta, además se reconstruyó el contexto social de ese momento a través de notas informativas y comunicados de prensa, perspectiva de la institución y participación política durante el proceso. También se incluyeron las opiniones recopiladas, modificaciones aceptadas y las modificaciones finales dentro de la norma. De esta manera la influencia de la participación se consideró como: alta, media o baja.

- b) **Participación de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de modificación:** líderes de ONGs, peso y desarrollo de la participación de las ONG's y situación de los pacientes con otros pacientes. En este indicador se describe a todos los participantes durante el proceso de modificación, es decir cada uno de los actores identificados y sus características. Este indicador se construyó a partir de la interacción que se dio de las ONG con cada uno de los actores, es decir se identificaron los nodos de interacción, a través de la identificación de los medios y vías de comunicación entre las ONG y los demás actores y también las actividades en que interactuaban de acuerdo a los intereses particulares de cada organización.

c) **Transparencia de la interacción y la participación:** interacción abierta u oculta de los distintos actores y la participación formal o informal de cada uno de los actores identificados.

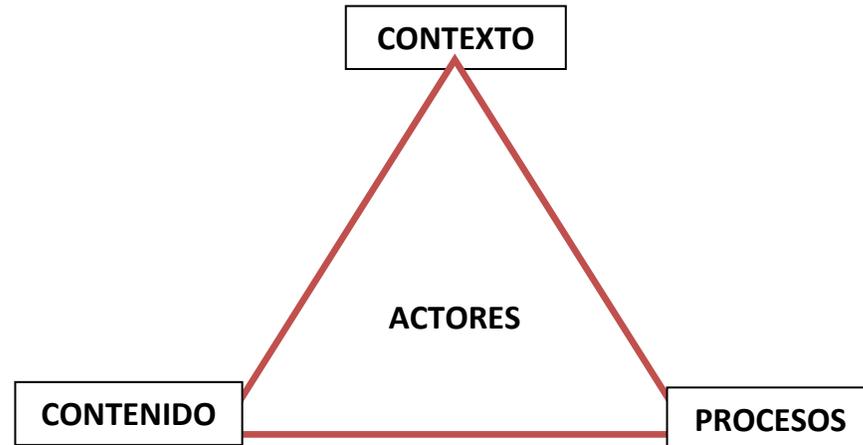
La **participación abierta** quiere decir que es una participación pública y directa en la modificación, a través de juntas de trabajo, opiniones publicadas en las consultas públicas o referidos en la versión final publicada. Por otro lado la **participación oculta** hace referencia a la participación a través de un tercero, por ejemplo la influencia de un medio de comunicación a través de un paciente o al patrocinio de una farmacéutica a una ONG.

La **participación formal** significa la invitación formal a participar a través de la emisión de un documento o por medio de convocatoria abierta y la **participación informal** es a través de opiniones independientes por ejemplo de pacientes o por medio de comunicados de prensa no autorizados.

Finalmente, se incluyó un cuarto apartado donde se sintetizan los cambios que se realizaron a la norma.

La información se analizó mediante el modelo llamado “triángulo de las políticas”, basado en una propuesta de Walt & Gilson ⁶⁸. Este modelo se compone de tres vértices, en cuyo centro están los actores sociales y políticos, como se ilustra a continuación:²⁰

Figura 3. Modelo de triangulación de las políticas.



Fuente: Yin, R. K. Case Study Research: Design and Methods, Applied social research. Methods Series, Newbury Park CA, Sage 1989. P. 28.

De acuerdo a Yin⁶⁹, en esta propuesta se trata de un caso único cuya unidad principal se centra en el testimonio de los actores involucrados en la modificación a la NOM de 1993, mismo que fue captado en las entrevistas.

Capítulo 4. Resultados

1. El contexto para la modificación de la NOM de 1993

El análisis de la información recolectada nos indica que la iniciativa de modificación a la NOM de VIH en el año 2000 se desarrolló en el contexto político marcado por una de las crisis económicas más importantes de los últimos tiempos (1993-2000), periodo en el que el Presidente en turno era Ernesto Zedillo Ponce de León.

En México, a partir de 1994, se genera la discusión de los momentos terminales del sistema político nacional priísta, se apuesta por un cambio en las elecciones federales de 1997, lo que se denominó la alternancia política.

El 6 de julio de 1997, durante la jornada electoral, el Partido de la Revolución Institucional (PRI) perdió la mayoría en el Congreso y la presidencia de la LVII Legislatura del Congreso de la Unión de México después de 70 años de tener control de esas instancias. El partido mayoritario fue el de la Revolución Democrática (PRD). Desde entonces, ningún partido ha vuelto a obtener mayoría absoluta en la Cámara de Diputados.

Este hecho se tradujo en un resquicio que permitió hablar sobre temas olvidados o no prioritarios hasta entonces. Paralelamente en esa década se consolida el tratado de libre comercio con Estados Unidos y Canadá, propuesto durante el

sexenio anterior al de Zedillo, el de Carlos Salinas de Gortari. Asimismo hay modificaciones a los sistemas de pensiones al ISSSTE e IMSS y entra en operación la autonomía del Banco de México.

También para ese entonces ocurrieron pequeños avances en la recuperación económica, tales como el incremento en la generación de empleos y tasas aceptables de crecimiento económico. Sin embargo esos avances no pudieron detener el proceso de transición más importante, la alternancia del Poder Ejecutivo. De tal forma que del 50.7% de los votos del PRI obtenidos en las elecciones de 1994, para las elecciones del 2000 este partido sólo logra un 36.1 % contra el 42.2% de la coalición PAN-PVEM, con lo que sube a la Presidencia Vicente Fox Quesada, de corte conservador. El entonces Presidente Fox nombra como Secretario de Salud al Dr. Julio Frenk, con un perfil neoliberal y experiencia en el campo de la salud pública y por lo tanto con una postura sobre la importancia de prevenir y mitigar los daños causados por el VIH.

El tema del VIH/Sida en México era percibido dentro de las políticas de salud como prioritario. La incidencia del VIH/Sida en México tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su máximo en 1999⁷⁰. En ese periodo, el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) participó con el Registro Nacional de Casos de Sida que reconoció oficialmente que en el año de 1995 se presentaron 22,312 personas infectadas.

México fue uno de los primeros países en editar un boletín mensual sobre Sida. El primer ejemplar fue publicado por la Dirección General de Epidemiología en marzo de 1987. El último ejemplar se editó en noviembre de 1994 con el nombre de Boletín Mensual de Sida/ETS por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos; en ese mismo periodo también se crea el primer Programa Nacional de Prevención y Control del Sida 1990-1994.

Para 1993 ya estaban en operaciones los Centros Nacionales de Transfusión Sanguínea, lo que significó una de las primeras estrategias de acción para el control de la pandemia iniciada en 1987 pues con ello se tuvo control sobre la sangre donada y se evitaron las infecciones ocasionadas por las transfusiones con sangre infectada.

Para noviembre de 1999 se llevó a cabo el VII Congreso Nacional Sobre Sida con Participación Internacional en Acapulco, Guerrero, organizado por la Secretaría de Salud, el Conasida, la Organización Panamericana para la Salud y la Asociación Mexicana de Infectología. En diciembre de ese mismo año, México se unió mediante un comunicado de la Secretaría de Salud por medio del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) a la *Campaña mundial contra el sida con las niñas, los niños, las jóvenes y los jóvenes* de la ONUSIDA, a través de dos campañas en medios masivos de comunicación: "*Lazo Rojo*", vigente aún y que pretende crear conciencia sobre la importancia de estar informado y comprometerse en la lucha contra el sida, y la otra acerca de que los

jóvenes necesitaban mayor discusión sobre las relaciones personales, el VIH/sida, el sexo y la sexualidad.⁷¹

Este contexto resultó favorable para la emergencia de discusiones en torno a los derechos a la prevención y control del VIH. Por lo que, los actores políticos más importantes que plantearon la necesidad de cambios en la NOM-010-SSA2-2010 fueron los representantes de las instituciones gubernamentales de salud, tales como la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Estos actores políticos actuaron bajo cuatro factores principales que influyeron directamente en la iniciativa del cambio de la norma. Uno de ellos fue el avance en el tratamiento para VIH que trajo la aparición de nuevos medicamentos antirretrovirales, la promesa de menos eventos adversos y la investigación sobre el fenómeno de resistencia bacteriana a los tratamientos, que dio origen a nuevas ramas de investigación.

El segundo factor directo, fue la presión de las autoridades por llevar a cabo el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, referidos anteriormente en el capítulo 2. Este compromiso firmado por México se convirtió en parte de la agenda política mexicana y sirvió para reimpulsar campañas relacionadas a la

prevención y el tratamiento universal del VIH/Sida en todo el país durante el periodo de 1994 al 2000.

El tercer aspecto que intervino en esa iniciativa de cambio en la NOM-010-SSA2-2010, estuvo relacionado con los abusos cometidos en la atención de los pacientes y la creciente formación de una cultura sobre los Derechos Humanos. Los problemas en el trato por parte de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales para mantener la confidencialidad de las personas respecto a su condición serológica motivaron fuertes críticas por parte de la sociedad civil. Este impulso fue dado principalmente por las organizaciones de la sociedad civil, las cuales retomaban las quejas o los testimonios de los pacientes para defender sus Derechos Humanos. Por ejemplo, en el año 2010, la CNDH nacional publicó un informe especial sobre violaciones a los Derechos Humanos y delitos cometidos por homofobia, el cual recopiló información de fuentes como la Comisión Ciudadana contra los Crímenes de Odio por Homofobia de la organización Letra S. Dicha comisión reportó que entre 1995 y el año 2000 hubo 213 víctimas ejecutadas por odio homofóbico⁷², de las cuales, 38 fueron en 1995, 42 en 1996, 37 en 1997, 47 en 1998, 26 en 1999 y 24 en el 2000⁷³, esto sin contar los casos que pudieron llegar a las comisiones estatales en ese mismo periodo.

El informante de la CNDH, por ejemplo, refiere que la estigmatización y la discriminación fueron reforzados por el amarillismo derivado de la combinación de la información que fue dada por parte de las autoridades y la prensa escrita y televisiva:

Se responsabilizó a grupos vulnerables de haber adquirido la infección; desde el inicio se señaló a grupos específicos con poca información certera del virus. E-Censida-FX-06

Un paciente refiere que el momento en que se le detectó la enfermedad, en el año 1997, fue doloroso debido a esta carga social y a la falta de acceso real a los tratamientos:

El médico fue frío... yo no paraba de llorar y sin más explicación me dio un formato para llenar porque mis medicamentos tardarían más de un mes en llegar y al final me pasó con una enfermera como el “paciente homosexual sidoso”, mi nombre ya era ése. [...]. Un amigo me dijo: “si tuvieras cáncer lloraría por ti, pero eso tú te lo buscaste” y fue la última vez que me contestó una llamada. E-PX-SSA -08

En cambio, ese mismo informante refirió que para el año 2004 notó que ya no le decían “sidoso” y que el rechazo que percibía al estar en la consulta había cambiado, “ya no me veían con asco o miedo, me sentí otra vez persona”.

El informante clave de Censida refiere que uno de los factores que ayudaron a impulsar la modificación a la norma fue la necesidad de una legislación más sólida para frenar los abusos que se cometían contra los pacientes:

Situaciones de abuso como la negación a la atención o hacer pruebas innecesarias, es decir se pedían pruebas para trabajar, [para] la escuela, sin respetar la autonomía de los pacientes [...]. Se utilizaba la prueba como medio represivo para ciertos grupos específicos o situaciones particulares en el trabajo [o en] las escuelas. E-Censida-FX-06

Los abusos y el dolor producido por la estigmatización provocaron situaciones de discriminación en paciente que debían recibir una atención eficaz, confidencial y

libre de prejuicios. Se podía incluso condenar a una PVS a sufrir situaciones de aislamiento y culpa que en algunas ocasiones llegaba hasta la agresión física. Por ello, unido a las propuestas y esfuerzos por entender y controlar la pandemia también debía de protegerse la integridad y dignidad de las PVS, a través de un marco de manejo técnico que incluyera ese aspecto humano.

La falta de normatividad con relación al diagnóstico también influyó en la necesidad de modificar la NOM de 1993 ya que no se tenía contemplada la ruta de acción ante pruebas positivas ni tampoco la confirmación de los primeros resultados, en edad pediátrica, mediante la técnica de Western Blot. Ello provocaba que los falsos positivos fueran etiquetados con el diagnóstico de seropositividad o de Sida, exponiendo a la persona no sólo a la estigmatización social de su condición sino también a la ingesta de tratamientos antirretrovirales agresivos por los eventos adversos que provocan. Además, el normar la confirmación del diagnóstico permitía elegir la terapia más eficaz.

Básicamente, los avances técnicos relacionados con nuevos conocimientos acerca de la enfermedad, al describir mejor las etapas de la enfermedad, los nuevos medicamentos antirretrovirales y esquemas de tratamiento y rutas diagnósticas señalaron nuevas necesidades, nuevas discusiones en torno al manejo técnico de las PVS, nuevos actores en el debate técnico-político y por lo tanto permitieron plantear la iniciativa del cambio en la NOM 1993.

Fue en este contexto donde se gestó y produjo la modificación de la norma. Para escribir y analizar este proceso, los cambios se clasificaron y analizaron con base en dos indicadores de gobernanza descritos en la sección de Metodología: **la participación directa y la participación social en el proceso de modificación.**

El indicador de **participación directa en el proceso de modificación** consiste en describir y analizar los niveles de participación y de influencia de los diferentes actores que de manera visible o invisible tomaron parte en las decisiones para el cambio de la NOM-010-SSA2-1993. (Cuadro 7).

Así se identificó que el Censida tuvo una participación activa y formal con una influencia muy alta dentro del proceso, pues fue el que lideró las discusiones y convocó a otros actores sociales. Su participación consistió en consolidar una normatividad actualizada que contemplara los avances científicos relacionados principalmente al diagnóstico y tratamiento con antirretrovirales. Fue el responsable de coordinar las actividades y sesiones de trabajo durante la modificación.

La CNDH tuvo una participación activa, formal y con una influencia alta, menor que el Censida ya que no convocó a las reuniones, pero sí se sumó a ellas con mucho entusiasmo y su presencia le dio gran solidez moral a las discusiones. Su interés estuvo guiado hacia la protección de los Derechos Humanos de los PVS y las regulaciones en torno al manejo de estos derechos quedaron plasmadas en esa modificación.

Los Servicios de Salud del sector público, actor político compuesto por órganos administrativos desconcentrados y entidades de atención médica en México (cuadro 5) tuvieron una participación activa formal y con una influencia media, pues siguió los otros dos liderazgos. Sin embargo, fue un actor político importante dado que en sus servicios se llevan a cabo los diagnósticos, se diseñan estrategias de medicación y hospitalización; se brinda el medicamento, se define su periodicidad y cuenta con el personal con el conocimiento médico científico para proponer esquemas novedosos de antirretrovirales. Su rol principal fue actualizar la norma incluyendo los nuevos hallazgos científicos relacionados con la enfermedad, por ejemplo la descripción de las distintas etapas de la enfermedad, o las novedosas estrategias para el diagnóstico porque, para fines de la década de los 90, ya se habían descubierto nuevos criterios para la confirmación de casos, lo que se provocó cambios en, por ejemplo, los criterios para considerar a una persona no infectada que ahora fueron la persistencia de un resultado del Western Blot indeterminado y que se mantuviera asintomática durante 12 meses. Además, ya se contaba con otros criterios para iniciar tratamiento antirretroviral y nuevos esquemas combinados, así como antirretrovirales: el esquema de medicación limitado inicialmente a Zidovudina y otros medicamentos para enfermedades oportunistas como la Isoniacida o Itraconazol entre otros, se fue haciendo cada vez más complejo, por lo que la Secretaría de Salud emitió la *Guía para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales* referida dentro de la norma para consulta de las nuevas pautas terapéuticas y profilácticas. Para ese entonces ya existían evidencias de mayor

sobrevida con las nuevas opciones, de mejor calidad de vida y de abatimiento de la resistencia, aspectos desconocidos cuando se elaboró la primera norma en 1993.

Otros actores importantes fueron las entonces llamadas organizaciones de la Sociedad Civil, ahora conocidas como ONG. Entre ellas destacaron Colectivo Sol, Amigos Contra el Sida, A. C. y la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el Sida, A.C. Estas ONG tuvieron una participación formal con una influencia alta, caracterizada por su actuación coyuntural, es decir cambiante, no permanente. Sin embargo, su influencia fue muy importante, casi determinante para la toma de decisiones relacionadas con los Derechos Humanos, el trato a las PVS y la forma de conceptualizarlos. Las ONG además de fortalecer conceptos como la confidencialidad y la autonomía de los pacientes, tuvieron aportaciones importantes como modificar los conceptos epidemiológicos de “grupos de riesgo”, que provocaron mayor estigmatización y segregación, por “grupos de población con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH”⁷⁴. Asimismo las discusiones de estos actores de la gobernanza llevaron a incluir a poblaciones en riesgo y el concepto de contextos de vulnerabilidad independientemente de la preferencia sexual o el estilo de vida del individuo. Su participación se caracterizó por la representación de los intereses y derechos de los PVS. Fueron un vínculo entre organizaciones nacionales, la sociedad civil internacional y agentes financiadores, como sucedió con Amigos Contra el Sida, A. C. que cuenta con el apoyo de la Unión Europea y particularmente del gobierno español o proyectos en conjunto con la industria farmacéutica, como con Bristol-Myers Squibb de México,

S.A. de R.L. de C.V. Otro ejemplo esta acción vinculante es Colectivo Sol y Fundación Mexicana Para La Lucha Contra el Sida, A. C. que colaboraron en el proyecto “Alianza”, el cual buscaba mejorar el impacto y la sostenibilidad de las actividades de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/Sida en México, a través del incremento de la capacidad programática e institucional de organizaciones civiles seleccionadas⁷⁵. Ambas organizaciones actualmente mantienen proyectos en conjunto con las empresas Pfizer S.A. de C.V. y Janssen-Cilag, S.A. de C.V. respectivamente.

La industria farmacéutica tuvo una participación informal, pues no se les reconoció formalmente como parte del proceso de elaboración de la modificación a la NOM 1993, sin embargo estuvo presente en las discusiones a través del personal de salud. Tuvo una influencia alta, debido a su gran poder económico y capacidad de captación de médicos y autoridades sanitarias. La industria farmacéutica actuó a través de “dar incentivos” para las mejores iniciativas en la lucha por controlar la pandemia y al mismo tiempo su presión generó una competencia entre las mismas instituciones por “ganar” los altos presupuestos que permitirían que una iniciativa se cristalizara. Al final, se adquiría un compromiso velado que implicaba el compromiso de consumo de tal o cual insumo o terapia. Para el año de 1996 no sólo existía la Zidovudina como monoterapia, sino que ya se contaba con las terapias combinadas conocida como Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), la cual consiste en la combinación de 3 o 4 fármacos (Cuadro 6).

Cuadro 6. Medicamentos antirretrovirales autorizados antes de la modificación a NOM-010-SSA2-1993 en el año 2000.

Medicamento	Nombre Comercial	Clasificación	Autorización	Agencia regulatoria	Empresa
Didanosina	VIDEX®, VIDEX EC®	Inhibidores análogos de nucleósidos	1991	FDA	Bristol-Myers Squibb, S.A. de C.V.
Zalcitabina	HIVID®		1992 (Monoterapia) 1996 (Combinación)	FDA	Productos Roche, S.A. de C.V.
Estavudina	ZERIT® ZERIT XR®		1994 (Adultos) 1996 (Niños)	FDA	Bristol-Myers Squibb, S.A. de C.V.
Lamivudina	EPIVIR®		1995	FDA / EMA	GlaxoSmithKline, S.A. de C.V.
Abacavir	ZIAGEN®		1998	FDA	GlaxoSmithKline, S.A. de C.V.
Nevirapina	VIRAMUNE®		Inhibidores de Transcriptasa no Nucleósidos	1996 (Adultos) 1998 (Niños)	FDA
Delavirdina	RESCRIPTOR®	1997		FDA	
Efavirenz	SUSTIVA® STOCRIN®	Inhibidores de Proteasa	1998	FDA/EMA	Bristol-Myers Squibb, S.A. de C.V.
Amprenavir	AGENERASE®		1999	FDA	GlaxoSmithKline, S.A. de C.V.

Cuadro de elaboración propia. Fuente: U.S. Food and Drug Administration (FDA): disponible en: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>. Consultado: Septiembre 2012.

Actualmente, la gran mayoría de los fármacos contenidos en el cuadro 6 están en desuso debido a los eventos adversos que producen, como diarrea o lipodistrofia. Pero finalmente, fueron descubrimientos que impulsaron la modificación a la norma, pues lo novedoso en ese entonces fue pasar de la monoterapia a la terapia combinada con mejores resultados en la sobrevida de las PVS. Asimismo, estos tratamientos no sólo se limitaban a las personas sintomáticas, sino que desde el año 2000 los PVS asintomáticos también tendrían acceso a la terapia antirretroviral con una esperanza de vida mayor y el desarrollo de síntomas más tardíamente.

Los medios de comunicación tuvieron una participación informal con una influencia media caracterizada por comunicados de prensa por parte de las autoridades

sanitarias y por las noticias relacionadas con la investigación en el tratamiento de la enfermedad con antirretrovirales. Pero también fueron un medio por el que se dieron a conocer testimonios de PVS y el contexto de grupos vulnerables que se estigmatizaron. Ejemplo de ello fue la organización Letra S cuyo propósito es la difusión de información sobre el VIH/Sida, Derechos Humanos y reproductivos. Este grupo desde 1996 publica el primer jueves de cada mes un suplemento titulado *LetraS, salud, sexualidad, sida* en el periódico *La Jornada*, además se han dado a la tarea de difundir noticias, testimonios y fueron los primeros en documentar los crímenes de odio por homofobia. Aunque no tuvieron una participación directa en la modificación de la norma, fueron un medio importante no solo informativo sino como portavoz de los Derechos Humanos de hombres y mujeres desde la perspectiva de género, y con ello incidieron en la modificación.

Los medios de comunicación en general fueron actores que podríamos denominar invisible, cuyas opiniones daban fuerza a grupos específicos y podía incidir de cierta manera en la percepción de la enfermedad en las personas, organizaciones e instituciones gubernamentales. Por un lado, los medios de comunicación podían causar discriminación al referirse a ciertos grupos específicos como responsables de la pandemia, pero por otro lado, también difundieron testimonios que permitían conocer un poco más el contexto de la enfermedad y darle un rostro más cercano. Tal fue el caso de las noticias relacionadas a personajes famosos como el fallecimiento en 1991 del cantante Freddie Mercury o el testimonio del basquetbolista Magic Johnson, quien a la fecha sigue luchando contra la enfermedad.

El otro indicador utilizado fue la **participación social en el proceso de modificación**, el cual se construyó a partir de los distintos líderes de ONG, su peso y desarrollo, de la interacción de los pacientes con otros pacientes, así como la interacción entre ONG, comunidades y pacientes con el resto de los actores. En dicho indicador se describen en primer lugar las características de los actores involucrados en el proceso de modificación (cuadro 7).

Cuadro 7. Resumen de las características de los actores que participaron en el proceso de modificación a la norma

CARACTERÍSTICAS DE LOS ACTORES	ACTOR 1	ACTOR 2	ACTOR 3	ACTOR 4	ACTOR 5	ACTOR 6	ACTOR 7
Tipo	Censida	CNDH	Profesionales de la Salud	ONG	Industria farmacéutica	Medios de comunicación	Pacientes
Status	Formal	Formal	Formal	Formal	Informal	Informal	Informal
Tipo de participación	Activa	Activa	Activa	Coyuntural	Coyuntural	Coyuntural	Pasiva
Intereses manifestados dentro del proceso	Proveer de una normatividad actualizada a los profesionales de la salud protegiendo los Derechos Humanos de los PVS	Proteger los Derechos Humanos de los PVS en el proceso de modificación a la norma	Actualizar los hallazgos médicos y científicos relacionados a la infección por VIH	Representar intereses de los PVS o de otras instituciones	Consumo de sus productos por largos periodos	Dar a conocer la información al público	Recibir atención médica oportuna y adecuada.
Importancia percibida	Muy Alta	Alta	Media	Alta	Alta	Media	Muy Baja

Cuadro de elaboración propia. Fuente: Proyecto de tesis: "Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la modificación a la norma sobre VIH en el año 2000". Año de levantamiento: 2012. Ciudad de México.

Para conocer los puntos de interacción o nodos se describieron a partir de la interacción de las ONG con cada uno de los actores involucrados, a partir del análisis de la información documental y las entrevistas. Por ejemplo, destaca que México aprobó la compra de los fármacos antirretrovirales entre 1997 y 1998 debido al “fuerte activismo, integrado en su mayoría por PVS que obligaron a las autoridades a tomar una decisión favorable” según testimonios de un representante de la CNDH. En Brasil esa medida se había adoptado desde 1996, año en que se dan las nuevas pautas de tratamiento de terapias combinadas.

El papel de las ONG fue muy importante en la lucha contra el VIH/Sida y merece un análisis detallado. Las conductas derivadas de la participación en el proceso estaban condicionadas por el interés inicial de participación, de las personas que integraban esa organización y de la interacción entre sí.

En el cuadro 8 se describe de forma breve si hubo una interacción entre cada uno de los actores y la manera en que se dio esa interacción. Además en la primera fila se definió el motivo pivote de cada actor identificado en relación al tema de VIH/Sida, Derechos Humanos o la relación entre ambos. Así tenemos que para el Censida el motivo principal fue el control de la enfermedad a través de las necesidades epidemiológicas para identificar casos de seropositividad al virus del VIH o casos de Sida, conocer prevalencia, incidencia y características poblacionales, así como también las necesidades relacionadas al diagnóstico y tratamiento de VIH/Sida. En este sentido se relacionó de manera distinta con cada uno de los actores identificados. Por ejemplo con la CNDH, Censida trabajó de

manera conjunta en la protección a los Derechos Humanos de los PVS y en cuidar aspectos como definiciones y evitar lenguaje que diera pauta a conductas de discriminación entre la población; por otro lado la misma entidad mantuvo contacto con las ONG por Interés en alcanzar representatividad de personal calificado. La relación de Censida con los medios de comunicación fue informativa y también relacionada con la prevención a través de campañas en la radio o la televisión.

Cuadro 8. Identificación de nodos a partir de las interacciones derivadas de los factores que motivaron la modificación a la norma de VIH en el año 2000

ACTORES	Actor 1 (Censida)	Actor 2 (CNDH)	Actor 3 (Servicios de salud)	Actor 4 (ONG)	Actor 5 (Industria farmacéutica)	Actor 6 (Medios de comunicación)	Actor 7 (Pacientes)	
Motivo o Interés	Necesidad epidemiológica, de diagnóstico y tratamiento de VIH/Sida.	Defensa de los Derechos Humanos de los PVS	Control y atención de la pandemia de VIH/Sida	Protección de los PVS y acceso a tratamiento y atención médica.	Proveer de nuevas y mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas	Formar, informar y entretener al público que tiene acceso a ellos, además de influir en su público ideológicamente en la población.	Búsqueda de atención médica, seguridad y trato digno en su entorno	
NODOS O PUNTOS DE INTERACCIÓN	Actor 1 (Censida)	N/A	Protección conjunta de los Derechos Humanos a los PVS.	Acceso a la atención y tratamiento actualizado de acuerdo a los hallazgos científicos y epidemiológicos.	Interés por alcanzar representatividad de personal calificado. Se destinó parte del presupuestó Censida a ONG relacionadas con VIH/Sida. El gobierno federal incrementó el presupuesto destinado a la atención médica de los enfermos de VIH/sida, al pasar de 60 millones de pesos en el año 2000 a 585 millones en 2005, y a poco más de 700 millones en 2006 ⁷⁶ . sin embargo también se llevaron a cabo auditorías acerca del destino final y uso de esos recursos, mismos que tiene las	Interés por introducir los productos a los servicios de salud como parte del acceso universal de tratamiento.	Publicación de notas informativas a favor de los resultados relacionados a las metas cumplidas. Difusión de información relacionada a la prevención de la enfermedad, a través de campañas por medio radio y televisión. En 1998 se participa en la campaña “Lazo Rojo”, la cual buscaba atacar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/Sida.	Antes de la modificación de la norma desde 1992 se crearon los Consejos Estatales para la Prevención del Sida (COESIDAS) y los centros de información TELSIDA. Por otro lado, s partir del año 2000 se creó el “Servicio Especializado para la Atención Integral de Personas con VIH/Sida” (SEA) y en el 2003 se crearon los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

					siguientes sanciones, por ejemplo si la falta es menor se hace una amonestación por escrito, y si reincide se puede no dar la segunda parte del recurso, precisó y si la falta es mayor, como por ejemplo que haya metido una factura apócrifa, no se les entrega el dinero, si se reincide no concursa por lo menos un año, y si es un comportamiento esquemático se suspende del concurso por lo menos cinco años.			
Actor 2 (CNDH)	Incidir en la información y definiciones que se manejan por parte de la autoridad sanitaria donde siempre se protejan los Derechos Humanos de los PVS.	N/A	Vigilar que se respeten los Derechos Humanos de los PVS a través del trato digno.	Interés común por dar voz y representatividad a los PVS. Se recopiló información relacionada a crímenes por homofobia y discriminación de otras ONG como Letra S.	No se encontró evidencia documentada de algún tipo de interacción directa.	Difusión de información relacionada a la prevención de la enfermedad, a través de campañas por medio radio y televisión.	Las denuncias ciudadanas se documentaron después de la modificación a norma, aproximadamente a partir de 2002 por medio de folletos y prensa escrita y televisión.	
Actor 3 (Servicios de salud)	Se ampliaron las nuevas pautas de tratamiento antirretroviral, se incluyó el	Se distribuyó información relacionada a discriminación a través de folletos y carteles en	N/A	No se encontró evidencia documentada de algún tipo de interacción directa.	Los médicos estaban expuestos a través de la publicidad, regalos	Se llevaron a cabo entrevistas y participación en programas de opinión acerca de la transmisibilidad de la	Tratamiento y atención a los PVS, la mayor diferencia encontrada antes y después de la modificación fue en	

		término resistencia.	hospitales y centros de salud. Se incluyó en la norma de manera más extensa las medidas de protección y prevención entre los profesionales de salud y el acceso a tratamiento profiláctico en caso de exposición.			promocionales y publicaciones científicas de la actualización de nuevos tratamientos, además estaban expuestos patrocinio para asistir a Congresos a nivel nacional o internacional. Es un tipo de interacción que continúa actualmente, pero ha sido limitada por la Ley General de Salud en Materia de Publicidad actualizada también en el año 2000.	enfermedad. Se invitó a médicos que se fueron especializando en el tratamiento del VIH/Sida, “fueron invitando médicos que atendían pacientes con VIH, ya que no existe una especialidad o subespecialidad en VIH, fuimos aprendiendo con la marcha” E-MED-SSA-03.	el trato y el lenguaje, aunque ya estaban las definiciones desde la creación de la norma a raíz de esta modificación se tomaron más en cuenta los actos de discriminación. “Con el tiempo mi doctor me trataba mejor, antes no me revisaba y me veía raro y después ya me revisaba sin miedo” E- PX-PRIV-09.
Actor 4 (ONG)	Se concursa por obtención de presupuesto para cumplir los objetivos de la ONG, se prepara información para auditorías. Ha aumentado el número de ONG, hasta 2011 se contaba con casi 320 ONG susceptibles a	Fueron proveedoras de información sobre testimonios y estadísticas relacionadas a violencia, género y grupos vulnerables, tal fue el caso de LetraS, A.C.	La ONUSIDA ha sido vehículo para proveer de información actualizada a los profesionales de la salud con relación a tratamiento, Derechos Humanos y diagnóstico.	Existe una gran competitividad por diseñar planes de trabajo que puedan ser financiados por el presupuesto de ONG internacionales como ONUSIDA o de Conasida. Las ONG sin embargo, han sido un actor que nunca ha sido ignorado por ninguno de los demás actores.	Existen ONG que a pesar de no concursar por presupuestos federales o estatales contribuyen con cerca del 10% en proveer tratamiento antirretroviral, tal fue el caso de Caritas Intenationals quien para el 2009 formalizó la campaña “HAART para los niños” con el fin de promover el		En contraste a lo que ocurre actualmente, las instituciones religiosas se mantenían al margen, en México hasta 1998 se anuncia por parte de la Iglesia Católica la campaña “Respuesta al VIH/sida en México”, organizado por Caritas Internationalis dirigida principalmente a la atención médica ⁷⁹ . Sin embargo, poco se hacía con relación a los actos de	

		financiamient o público ⁷⁷				desarrollo de dosis y formulaciones pediátricas de los medicamentos antirretrovirales para niños con el virus ⁷⁸		discriminación, cometidos incluso por sacerdotes que se negaban a administrar sacramentos o a estar cerca de los enfermos, y casi una década después de la modificación de la norma se estableció un plan para sensibilizar a sacerdotes, religiosas y religiosos y a la sociedad en general para disminuir el estigma y la discriminación hacia los que padecen esta enfermedad, ya que nadie está exento de contagiarse por el virus ⁸⁰ .
Actor 5 (Industria Farmacéutica)	Convenios para proveer de antiretrovirale s a los pacientes de VIH.	No se encontró evidencia documentada de algún tipo de interacción directa.	Invitación a congresos nacionales e internacionales, regalos promocionales o incentivos por prescribir algún tratamiento específico.	Patrocinio de farmacéuticas a programas para prevención o tratamiento de PVS	N/A	Noticias de avances o beneficios de las nuevas opciones terapéuticas	Captación de Pacientes para campañas promocionales.	
Actor 6 (Medios de comunicación)	Publicación mediante notas informativas o entrevistas de avances relacionados a las metas de cobertura en salud	Publicación mediante notas informativas o entrevistas de avances relacionados a la protección de los Derechos Humanos en los PVS	Publicación de avances relacionados a las metas de cobertura en salud relacionados a atención y médica y tratamiento.	Publicación de notas sobre abusos o necesidades de los PVS. Espacios abiertos para las ONG en prensa escrita, radio o televisión	Campañas publicitarias de tratamiento y noticias sobre hallazgos de científicos de investigación en antirretrovirales	Hasta 1998 la postura de las televisoras y radiodifusoras era radicalmente conservadora, a partir de 1992 a 1994 se transmitieron spots en televisión, sin embargo algunos	Contacto directo a los pacientes sobre testimonios relacionados a abusos o discriminación	

		relacionados a atención médica y tratamiento; y sobre datos epidemiológicos relacionados a la incidencia y prevalencia del VIH en México.					no comentaron el contenido con Conasida o con ONG y las agencias crearon lemas que promovían la discriminación como "El Sida empieza con dos, pero nos puede matar a todos" ⁸¹ .	
Actor 7 (Pacientes)	Receptores de las disposiciones gubernamentales con relación al tratamiento de VIH/Sida	Denuncia de abusos o actos de discriminación incluyendo la homofobia.	Receptores pasivos de la atención ofertada por los servicios de salud público.	Participantes activos de ONG, participación activa en la promoción, creación de ONG	Participación por medio de testimonios en campañas promocionales o pláticas informativas.	Anterior a la norma, mantenían una postura de presión pero con poca apertura para que en radio o televisión se tocara el tema, posterior a la norma hay mayor apertura a transmitir testimonios e información relacionada a la pandemia.	Se unieron pacientes con pacientes para la creación de ONG, para poder ejercer una presión gubernamental sobre las necesidades de atención y un trato digno desde el inicio de la pandemia.	

Cuadro de elaboración propia.

En el caso de las ONG en particular, se logró recabar testimonios que permiten explicar la división de métodos y políticas entre las distintas instituciones de salud y las ONG. Porque al inicio de la pandemia existían dos tipos principales de ONG: las de incidencia política y las que hacían activismo, compuestas en su mayoría por PVS o sus familiares. Las organizaciones de la sociedad civil que se dedicaban a la incidencia política y que participaron activamente en la modificación fueron cruciales, ya que velaron para que no se distorsionaran los aspectos relacionados a Derechos Humanos como el tema de discriminación o la confidencialidad de los resultados de las pruebas diagnósticas. También influyeron en la terminología hasta ahora difusa, ya que se diferenciaba de manera más clara a las prácticas de riesgo independientemente de la preferencia sexual o se reforzaron temas como la solicitud de pruebas innecesarias por motivos escolares, laborales, entre otros.

Por su parte, las ONG que se especializaron en labores de activismo fueron las que ejercieron presión a nivel político para impulsar medidas como el acceso al tratamiento, generar espacios de opinión donde los testimonios daban un rostro y un contexto difícil de ignorar; hicieron notar que la discriminación generaba problemas sociales importantes como la homofobia y además se incluyó al personal de salud como fuente y raíz del problema.

En la modificación a la norma se incluyeron temas como conductas de prevención para el personal de salud más claras y específicas, tratamiento profiláctico

disponible permanentemente en caso de exposición y que en la operación se tradujo en una atención más enfocada en el paciente, en el servicio y no en la autodefensa.

“Una vez la señorita (repcionista) que programa las citas me prestó su pluma para anotar la fecha asignada y al dársela me dijo que me la quedara, pero su cara (gesto) fue de rechazo como si la pluma la fuera a contagiar” E- PX-SSA-07

El tema de los profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras, paramédicos, personal administrativo, etcétera, se incluyó en la norma desde el punto de vista técnico científico y desde el punto de vista social, es decir desde el impacto en la atención. Este es un nodo importante de interacción, ya que hasta ese momento las medidas de protección no eran tan claras, organizadas y específicas; de hecho el tratamiento de profilaxis con la modificación obligaba a las instituciones a tener disponible las 24 horas los antirretrovirales y a que el tiempo de tratamiento profiláctico se extendiera de 6 meses a un año. Estos detalles permitieron que los pacientes fueran vistos como personas vulnerables, necesitadas de atención médica y no como una amenaza que ponía en peligro su entorno.

“Este... ¿cómo decirlo? A veces pensaba que mimi (perrita) era mejor tratada por el veterinario que yo, podía pagar mi tratamiento, pero... me sentía mal, rechazado, condenado...” E- PX-PRIV-09

Con esto podemos darnos cuenta que la estigmatización no solo se debía al supuesto origen de la enfermedad y los grupos que lo transmitían como los homosexuales y los usuarios de drogas intravenosas, sino que el hecho de ser

portador del virus los volvía una amenaza *per se* y los profesionales de la salud eran los que más ejercían los actos de discriminación.

“No siempre fue malo, ahora ya se habla más de eso (VIH/Sida), nos tratan bien, pero pues nos falta saber más... ahora tengo otros amigos, hay gente que sí me dio la mano, ahora ellos son mi familia”. E- PX-SSA-08

Ambos tipos de ONG's contaban con integrantes expertos en VIH, Derechos Humanos y/o aspectos jurídicos, lo que se significó la participación de grupos bien organizados, con personal capacitado y un mayor peso como líderes de opinión.

En forma paralela, las ONG también podían estar formadas por integrantes con poca preparación académica o escasa información para abordar las temáticas y exigencias de sus representados. Esto supuso una debilidad, ya que se vieron expuestas a buscar patrocinadores que al inicio les permitiera capacitarse y con el tiempo subsistir, es decir el objetivo de la organización era cambiante de acuerdo al tipo de patrocinado. Fácilmente eran sorprendidos con iniciativas desconociendo el fondo, el impacto o los motivos. Ello generó una competencia por los financiamientos entre las organizaciones, lo que se expresó en la búsqueda constante de espacios de cualquier tipo para tener presencia ante los medios fuera comunicación escrita, electrónica o a través de los canales de comunicación de las autoridades gubernamentales. Lo importante al final era dar señales de su existencia. Esto es un fenómeno que ocurre en todo el mundo, por ejemplo actualmente en España ha cerrado el 10% de las más de 300 ONG debido a la disminución de presupuesto por parte del Estado, sin embargo, el

Ministerio de Salud español ha ideado nuevas estrategias para redireccionar presupuestos debido a la crisis económica que atraviesa⁸². Otro ejemplo de ello ocurre en Camboya, donde más de 200 ONG representan la mitad del presupuesto del país.⁸³

“Las ONG tienen más influencia, dinero y capacidad para mejorar los lugares a los que acuden que nunca. A la vez, su imagen se encuentra en el peor momento de su historia debido a los abusos de unas pocas y a los descuidos de no tan pocas”⁸⁴.

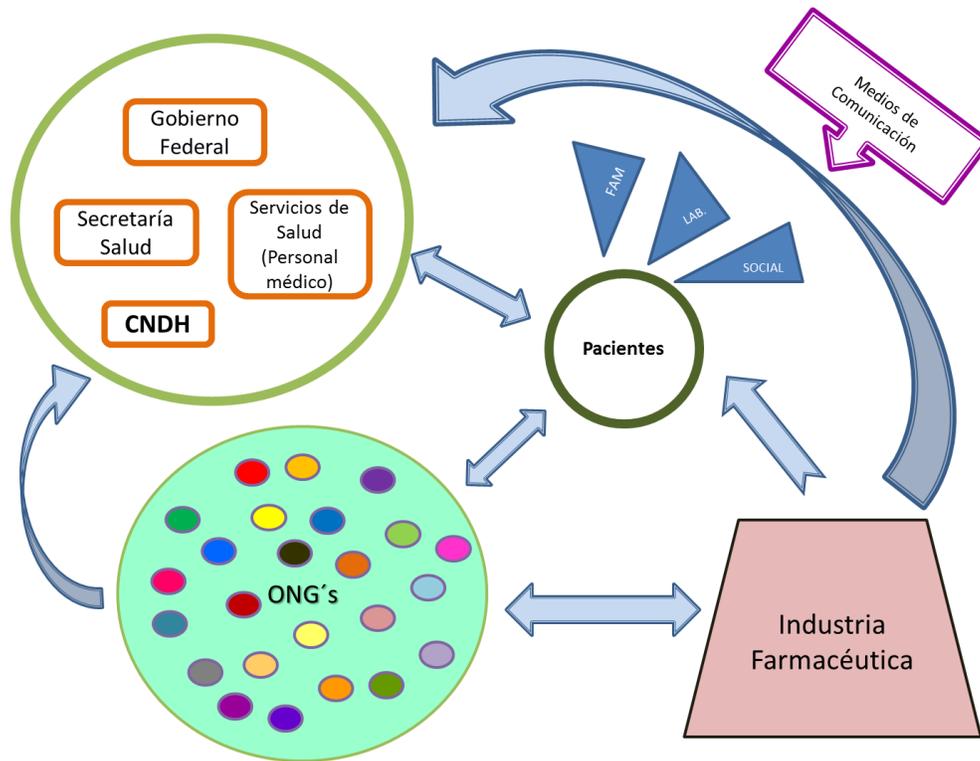
La atomización de las ONG diluyó la posibilidad de consensuar un objetivo común y generó un vacío que propicio la corrupción que será descrito líneas más adelante.

Ya identificados los actores y los nodos de interacción que ocurrieron entre ellos, se construyó un mapa de actores, como se muestra en la figura 4. Estas interacciones se caracterizaron en su mayoría por la interacción bidireccional, en la que ambas partes ejercieron algún tipo de presión entre sí para cumplir algún objetivo, por ejemplo la que ocurrió entre las ONG y la industria farmacéutica. Así, por otro lado ocurrieron interacciones unidireccionales caracterizadas por la presión directa ejercida de un actor con otro, por ejemplo, la presión ejercida por las ONG a las instituciones gubernamentales por generar espacios de participación como ocurrió en la modificación a la norma, ya que era una participación que no se podía ni debía ignorarse. Existe un tercer tipo de interacción compuesta de la acción sinérgica de las instituciones gubernamentales, las cuales a partir de la modificación a la norma difundieron

pautas de tratamiento, reporte y definiciones de manera más homogénea: por ejemplo antes de la modificación a la norma la atención medica podía prestarse por médicos y personas capacitadas (no necesariamente médicos), pero con la modificación en el año 2000, el tratamiento de VIH/Sida se limita exclusivamente a médicos titulados, capacitados y con cédula profesional.

Los pacientes son los receptores pasivos que están expuestos en todo momento a las nuevas políticas de las instituciones gubernamentales, también de tratamientos nuevos y objetivos cambiantes y diversos de las ONG, además de la información en medios de comunicación que hasta 1998 era escasa, ambigua y promovía indirectamente la estigmatización y el rechazo. El retomar por parte de las autoridades gubernamentales las pautas de prevención, tratamiento y lenguaje reforzó conductas, como la relacionada a la confidencialidad, ya que se agrega la firma de autorización o huella dactilar en el consentimiento informado para someterse a una prueba de detección de VIH y se agregó el término “grupos vulnerables” para referirse a la población donde se debía hacer énfasis en las medidas de prevención.

Figura 4. Mapa de actores



Fuente: Proyecto de tesis: "Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la modificación a la norma sobre VIH en el año 2000". Año de levantamiento: 2012. Ciudad de México.

2. El proceso de modificación de la Norma

La modificación a la NOM 1993 puede analizarse entonces desde dos puntos de vista. Por un lado, con la descripción de todas las modificaciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF); es decir, las modificaciones que sí fueron aceptadas. Por otro lado, destacaron las opiniones de los distintos actores

respecto a los cambios y los comentarios de lo que se desechó, que no fue tomado en cuenta.

Las modificaciones a la norma del año 2000 no fueron dramáticas con relación a la de 1993, pero sí tuvieron cambios importantes relacionados a los avances científicos y a los hallazgos que debían quedar establecidos en la normatividad mexicana.

La nueva norma, en su introducción, contiene el motivo principal por el que se dio la modificación, el cual corresponde con los hallazgos encontrados en la investigación:

[Fue] resultado de los avances científicos durante los últimos años, en torno a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”⁸⁵.

Además, en esa misma sección, se hace hincapié en todas las alternativas de ese momento relacionadas a diagnóstico y tratamiento y por ello “surge la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para su prevención y control”.⁸⁶

En el Cuadro 9 se describen las modificaciones concretas identificadas en la norma publicada en el DOF el 21 de junio del año 2000.

Cuadro 9. Cuadro comparativo de los cambios aceptados de la modificación de la NOM-010-SSA2-1993 en el año

2000

<p>Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p>Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p>Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p>Comentarios</p>
<p>3. Definiciones y abreviaturas</p>			
<p>Caso Índice: persona que presenta la infección por VIH; o una persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), a partir de la cual se infectan otras personas.</p>	<p>Caso Índice, a la persona infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que tiene diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) a partir de la cual se infectan otras personas.</p>	<p>N/A</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre la definición y siglas correctas.</p>
<p>Prácticas de alto riesgo: Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.</p>	<p>Condiciones de riesgo, a las actividades o situaciones en las que existe posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.</p>	<p>Artículo 7: Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.</p>	<p>Prevención de la estigmatización a grupos específicos, ya que pueden favorecer la construcción de discursos discriminatorios contra las personas vulnerables al VIH por el simple hecho de distinguirlos de la población general⁸⁷</p>
<p>Sexo protegido</p>	<p>Práctica sexual protegida</p>	<p>N/A</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre los términos correctos de acuerdo a la ONUSIDA.</p>
<p>Sexo seguro</p>	<p>Práctica sexual segura</p>	<p>N/A</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre los términos correctos de acuerdo a la ONUSIDA.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p align="center">Prácticas sexuales de alto riesgo</p>	<p align="center">Prácticas sexuales de riesgo</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>Es un término más adecuado, ya que no hay prácticas de riesgos mayores o menores, en todas hay probabilidad de contraer la infección. Se contó con la colaboración del COESIDA de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.</p>
<p>Precauciones universales: Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.</p>	<p>Precauciones estándar, a las técnicas para el manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>El CDC publicó en 1996 el documento <i>1996 Guideline for Isolation Precautions in Hospitals</i>, el cual contenía las medidas de precaución estándar y que fue actualizada en el 2007.⁸⁸</p>
	<p>Pruebas específicas, a las de laboratorio que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Es un término nuevo, que se refiere a las pruebas, tales como cultivo de virus, determinación de antígeno viral y prueba de reacción en cadena de la polimerasa, para determinar el ARN viral o ADN proviral.</p>
	<p>OPS: Organización Panamericana de la Salud. PCR: Reacción en cadena de la polimerasa. SAI: Sine alter indicatio, sin otra indicación, no especificado o no calificado. VHS: Virus del Herpes simplex. Wb: Western blot. cm: centímetros.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Se incluyen nuevas abreviaturas, de las cuales destaca la OPS, debido a que se considera como parte de la bibliografía dos documentos posteriores a 1993, los cuales son: Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Washington: OPS, 1994 y Clasificación Estadística</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>g: Gramos.</p> <p>g/dl: Gramos por decilitro.</p> <p>kg: Kilogramos.</p> <p>mg: Miligramos.</p> <p>mg/kg: Miligramos por kilogramo.</p> <p>mm³: Milímetros cúbicos.</p>		<p>Internación al de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: OPS, 1995: 145-147.</p>
<p>4. Disposiciones generales</p>			
<p>4.1.1.- por contacto sexual con persona infectada por el VIH</p>	<p>4.1.1.- por contacto sexual, no protegido con persona infectada por el VIH</p>	<p>Artículo 12: Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.</p>	<p>Se protege el artículo 12 de la Declaración de los Derechos Humanos, dado que el sólo contacto con una persona infectada con VIH no supone un riesgo.</p>
<p>4.2.- Los grupos de población con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH son los siguientes:</p>	<p>4.2.- La población en riesgo de adquirir la infección por VIH son los siguientes:</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>Es útil para la prevención de la estigmatización a grupos específicos, ya que pueden favorecer la construcción de discursos discriminatorios contra las personas vulnerables al VIH por el simple hecho de distinguirlos de la población</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
			<p>general⁸⁹</p>
<p>4.2.1. Aquéllos(as) que realizan prácticas sexuales de alto riesgo:</p>	<p>4.2.1. Aquéllos(as) que realizan prácticas sexuales de riesgo:</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Ver apartado 3. Definiciones y abreviaturas</p>
<p>a) hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual;</p>	<p>4.2.1.1. Hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección.</p>	<p align="center">Artículo 7 y 12.</p>	<p>Se aceptó debido a que son las prácticas sexuales sin protección las que aumentan el riesgo, se menciona de manera explícita que es independiente la preferencia sexual, se elimina “varios compañeros sexuales” debido a que riesgo a la exposición se limita a prácticas sexuales sin protección.</p>
<p>4.2.3. Aquéllos expuestos a condiciones de alto riesgo:</p>	<p>4.2.3. Aquéllos(as) expuestos(as) a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual:</p>	<p>Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.</p>	<p>Prevenir la discriminación, ya que no hace referencia a un grupo específico culpable de la transmisión del virus independientemente de la preferencia sexual.</p>
<p>4.2.4.- quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo: a) personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicadura de sangre o secreciones.</p>	<p>4.2.3.4. Personal de salud o personas que atienden a pacientes, que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, salpicadura de sangre o secreciones.</p>	<p>Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</p>	<p>Se eliminó “bajo riesgo”, ya que el personal de salud también tiene una exposición ocupacional a contar el virus, misma que no puede calificarse baja o alta como se refiere en el apartado de definiciones.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>4.3.1. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias (B20).</p>	<p>4.3.1. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias (B20), excluye: Síndrome de infección primaria aguda debido a VIH (B23.0)</p>		
<p>B22.2 Enfermedad por VIH con síndrome de desgaste. Enfermedad por VIH con adelgazamiento progresivo.</p>	<p>B22.2 Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquéctico. Enfermedades debidas a VIH, con insuficiencia de la maduración. Enfermedad consuntiva.</p>		<p>La clasificación del CIE-9 sobre VIH utilizaba como criterio pivote (antes de 1996) la sintomatología de los pacientes.</p>
<p>B22.7 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte.</p>	<p>B22.7 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte.</p> <p>Nota: Para el uso de esta categoría, debe hacerse referencia a las instrucciones para la codificación de morbilidad y mortalidad contenidas en el Volumen 2 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>La modificación en el Código Internacional de Enfermedades, CIE-10 fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1997, donde modifica los códigos de clasificación por: B20- B21- B22-B23 y B24⁹⁰</p>
<p>4.4.3. En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria es indeterminada, debe considerarse como posiblemente infectado y así se debe informar, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y suplementaria) tres meses después.</p>	<p>4.4.3. En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria es indeterminada, debe considerarse como posiblemente infectado y así se debe informar, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y suplementaria) tres meses después. Si persiste el Western blot indeterminado y la persona se mantiene asintomática a los 12 meses, se considerará como NO infectada.</p>	<p>Artículo 25, fracción 1: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. El</p>	<p>El acceso a un diagnóstico adecuado y certero también permite un tratamiento específico y oportuno. Además se previene el abuso del uso de las pruebas diagnósticas.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>4.5. Se considerará que una persona es un “caso de Sida” cuando satisfaga la siguiente definición:</p>	<p>4.5. Se determinará que una persona adulta o adolescente es caso de Sida, cuando:</p>	<p>fundamento es el artículo 25, debido a que todo avance científico modificado en la norma relacionado al padecimiento, clasificación, diagnóstico o tratamiento, debido a que se plasma en la norma de aplicabilidad a todas las instituciones del país permite que pueda aplicarse y teóricamente influiría en el acceso.</p>	<p>Se agrega adulto o adolescente, ya que en un rubro a parte se definen las condiciones para determinar un caso de Sida en edad pediátrica. El caso de Sida obedece a muchas condiciones patológicas, serológicas y sintomáticas, por lo que no se considera una “definición” única como se consideró en la emisión de la primera norma.</p>
<p>4.5.2. Cuando la prueba de laboratorio para VIH es positiva:</p>	<p>4.5.2. Si las pruebas de laboratorio para VIH son positivas y se presentan:</p>		<p>Se aceptó colocar en plural las pruebas de laboratorio, ya que no existe un método único para determinar la positividad del virus.</p>
<p>Diagnóstico y tratamiento en población pediátrica:</p>			
<p>4.6. Criterios diagnósticos en menores de 18 meses de edad: una prueba positiva para anticuerpos contra VIH no será definitiva, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno; por ello, para hacer el diagnóstico en este grupo se requiere: 4.6.1.- En presencia de sintomatología y alteraciones inmunológicas sugestivas de VIH/Sida, contar con prueba suplementaria positiva, si bien en menores de 18 meses de edad las pruebas suplementarias como el Western Blot y la Radioinmunoprecipitación no son útiles, ya que sólo las enunciadas en el inciso</p>	<p>4.4.4. En los casos de niños menores de 18 meses, no se considerarán infectados por el VIH sólo por presentar las pruebas de ELISA y Western blot positivas, ya que este resultado puede ser atribuible a la presencia de anticuerpos maternos. En estos casos, habrá de contarse con resultados positivos del cultivo viral, antígeno viral o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).</p>	<p>Artículo 25, debido a que todo avance científico modificado en la norma relacionado al padecimiento, clasificación, diagnóstico o tratamiento, debido a que se plasma en la norma de aplicabilidad a todas las instituciones del país permite que pueda aplicarse y teóricamente influiría en el acceso.</p>	<p>Los criterios diagnósticos y de clasificación de la infección por VIH cambiaron dramáticamente en adultos, pero primordialmente en la edad pediátrica de la guía publicada por la CDC en 1993 a la de 1994⁹¹</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>4.6.2 de este mismo apartado, son de utilidad en este grupo de edad. 4.6.2.- En ausencia de sintomatología, deberá haber un resultado positivo en alguna de las siguientes pruebas: - Cultivo de virus; - Determinación de antígeno viral; - Reacción en cadena de la polimerasa, para determinar ARN viral o ADN proviral.</p>			
	<p>Se agregó: 4.6. Los niños infectados por el VIH menores de 13 años son clasificados dentro de categorías mutuamente excluyentes, de acuerdo con tres parámetros: a) estado de la infección; b) estado clínico, y c) estado inmunológico. Una vez clasificado el niño infectado no puede ser reclasificado dentro de una categoría menos severa, aun cuando mejore su estado clínico o inmunológico.</p>	<p align="center">N/A</p>	
<p>4.7.- De acuerdo con la clasificación del CDC, los casos pediátricos se clasifican según datos clínicos y de laboratorio, como: - infección indeterminada (clase P-0); - Infección asintomática (clase P-1); e - Infección sintomática (clase P-2), de acuerdo a los siguientes criterios: Clase P-0 Infección indeterminada (niños menores de 18 meses de edad, sin evidencia definitiva de infección por VIH/Sida; pero nacidos de madre VIH positiva); Clase P-1 Infección asintomática (seropositivos); Subclase A: función inmunológica normal;</p>	<p>4.6.1. El estado de la infección por VIH en niños, se clasifica como sigue: 4.6.1.1. Infectado por VIH: 4.6.1.1.1. Niños menores de 18 meses VIH positivos, o hijos de madre infectada, que tienen resultados positivos en dos determinaciones separadas (excluyendo cordón umbilical) de una o más de las siguientes pruebas: cultivo viral, PCR o antígeno p24; o que cumplen con los criterios clínicos de Sida. 4.6.1.1.2. Niños mayores de 18 meses, hijos de madres infectadas por el VIH;</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>La clasificación de la CDC publicada en 1994⁹² Para Menores De 13 Años se refiere en Anexo 3, además se utilizó la última actualización al CIE-10.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>Subclase B: función inmunológica anormal; Subclase C: función inmunológica no probada; Clase P-2 Infección sintomática: - Subclase A: hallazgos no específicos (pérdida de peso, diarrea y fiebre de más de un mes de evolución, adenopatías, hepatoesplenomegalia y aumento de tamaño de parótidas); - Subclase B: enfermedad neurológica progresiva (disminución del perímetro cefálico, signos piramidales, disminución o aumento del tono muscular, hipotrofia muscular, retraso del desarrollo psicomotor, pérdida de habilidades adquiridas, hipoacusia sensorial, crisis convulsivas); - Subclase C: neumonitis intersticial linfoidea; - Subclase D: enfermedad infecciosa secundaria: Categoría D1: infecciones secundarias específicas causadas por Cryptosporidium (Criptococo, Salmonella, Toxoplasma, Histoplasma, Citomegalovirus, P.carinii); Categoría D2: infecciones bacterianas recurrentes (neumonía, septicemia, otitis media, infección de vías urinarias); Categoría D3: otras infecciones secundarias específicas (candidiasis mucocutánea, tuberculosis, estomatitis herpética, infección por Herpes zoster). Subclase E: cánceres secundarios: Categoría E1: cáncer secundario específico (Sarcoma de Kaposi);</p>	<p>infectados por sangre o productos sanguíneos u otros mecanismos conocidos de transmisión con pruebas de ELISA y Wb positivas; o que cumplan con los criterios clínicos para el diagnóstico de Sida.</p> <p>4.6.1.2. Exposición perinatal:</p> <p>4.6.1.2.1. Niño que no reúne los criterios mencionados previamente y es seropositivo al VIH por ELISA y Wb, menor de 18 meses al realizarse las pruebas, o en quien se desconoce el estado de anticuerpos, pero es hijo de madre infectada por el VIH.</p> <p>4.6.1.3. Sero-revertidor:</p> <p>4.6.1.3.1. Niño que nace de madre infectada por el VIH y en quien se ha documentado pruebas de anticuerpo contra VIH negativas (dos o más pruebas de ELISA negativas, realizadas entre los 6 y 18 meses de edad), que no tiene criterios clínicos que definan Sida y no tienen evidencia de inmunodeficiencia por laboratorio.</p> <p>4.6.2. Los niños infectados con VIH menores de 13 años, o con exposición perinatal, se clasifican en categorías clínicas basadas en signos, síntomas o diagnósticos relacionados con el VIH. Esta clasificación es de utilidad para establecer el pronóstico, y se usa como un parámetro</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>Categoría E2: otros cánceres posiblemente secundarios a la infección por VIH (Linfoma no Hodgkin, Linfoma primario intracraneano); Subclase F: otras enfermedades relacionadas a la infección por VIH (hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía, trombocitopenia, enfermedad dermatológica).</p>	<p>para determinar el tratamiento antirretroviral a utilizar. Las categorías son:</p> <p>4.6.2.1. Categoría E: comprende a los niños hasta 18 meses de edad, que no pueden ser clasificados como infectados, pero presentan anticuerpos contra VIH.</p> <p>4.6.2.2. Categoría N: asintomáticos, niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a infección por VIH o que presenten únicamente una de las siguientes condiciones enunciadas en la categoría A.</p> <p>4.6.2.3. Categoría A: sintomatología leve: niños con dos o más de las condiciones enlistadas a continuación, pero sin alguna de las listadas en las categorías B y C.</p> <p>4.6.2.3.1. Linfadenopatías (>0.5 cm en más de 2 sitios; si son bilaterales, equivale a un sitio).</p> <p>4.6.2.3.2. Hepatomegalia.</p> <p>4.6.2.3.3. Esplenomegalia.</p> <p>4.6.2.3.4. Dermatitis.</p> <p>4.6.2.3.5. Parotiditis.</p> <p>4.6.2.3.6. Infección respiratoria superior, persistente o recurrente.</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>4.6.2.3.7. Sinusitis u otra otitis media.</p> <p>4.6.2.4. Categoría B: sintomatología moderada: niños que cursan con sintomatología diferente a las categorías A y C, pero atribuible a la infección por VIH.</p> <p>Ejemplos de esta categoría:</p> <p>4.6.2.4.1. Anemia (<8 g/dl), neutropenia (<1,000/mm³), o trombocitopenia (<100,000/mm³) que persiste por más de 30 días.</p> <p>4.6.2.4.2. Meningitis, neumonía, septicemia bacteriana (un solo episodio).</p> <p>4.6.2.4.3. Candidiasis orofaríngea, que persiste por más de dos meses en niños mayores de 6 meses de edad.</p> <p>4.6.2.4.4. Cardiomiopatía.</p> <p>4.6.2.4.5. Infección por citomegalovirus, que se inicia antes de un mes de edad con diarrea, recurrente o crónica.</p> <p>4.6.2.4.6. Hepatitis.</p> <p>4.6.2.4.7. Estomatitis por virus Herpes simplex (VHS) recurrente (más de dos episodios en un año).</p> <p>4.6.2.4.8. Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS, con inicio antes del mes de edad.</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>4.6.2.4.9. Herpes zoster, que incluya al menos dos episodios diferentes o más, de un dermatoma.</p> <p>4.6.2.4.10 Leiomiosarcoma.</p> <p>4.6.2.4.11 Neumonitis intersticial linfoidea o complejo de hiperplasia linfoidea pulmonar.</p> <p>4.6.2.4.12. Nefropatía.</p> <p>4.6.2.4.13. Nocardiosis.</p> <p>4.6.2.4.14. Fiebre persistente (más de un mes).</p> <p>4.6.2.4.15. Toxoplasmosis con inicio antes de un mes de edad.</p> <p>4.6.2.4.16. Varicela diseminada.</p> <p>4.6.2.5. Categoría C: sintomatología grave: infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (al menos dos infecciones confirmadas con cultivo, en un periodo de dos años), de los siguientes tipos:</p> <p>4.6.2.5.1. Septicemia; neumonía; meningitis; infección en hueso o articulaciones; absceso de un órgano interno o cavidad del cuerpo (excluyendo otitis media, piel superficial, abscesos de mucosas o infecciones relacionadas a catéteres).</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>4.6.2.5.2. Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones).</p> <p>4.6.2.5.3. Coccidioidomicosis diseminada (en otro sitio diferente al de los pulmones, cervical o ganglios linfáticos hiliares).</p> <p>4.6.2.5.4. Criptococosis extrapulmonar.</p> <p>4.6.2.5.5. Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea que persista por más de un mes.</p> <p>4.6.2.5.6. Enfermedad por citomegalovirus con inicio de síntomas a edad mayor de un mes (en un sitio diferente a bazo, hígado o ganglios linfáticos).</p> <p>4.6.2.5.7. Encefalopatía.</p> <p>4.6.2.5.8. Infección por VHS que cause una úlcera mucocutánea que persista por más de un mes; bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecte a niños mayores de un mes de edad.</p> <p>4.6.2.5.9. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.</p> <p>4.6.2.5.10. Sarcoma de Kaposi.</p> <p>4.6.2.5.11. Linfoma primario en cerebro.</p> <p>4.6.2.5.12. Linfoma de Burkitt,</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>inmunoblástico o linfoma de células grandes, de células b o de fenotipo inmunológico desconocido.</p> <p>4.6.2.5.13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.</p> <p>4.6.2.5.14. Mycobacterium tuberculosis, diseminado o extrapulmonar, micobacterias de otras especies o no identificadas diseminadas, complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii diseminado.</p> <p>4.6.2.5.15. Neumonía por Pneumocystis carinii.</p> <p>4.6.2.5.16. Septicemia por salmonela (no typhi) recurrente.</p> <p>4.6.2.5.17 Toxoplasmosis cerebral, con inicio después de un mes de edad.</p> <p>4.6.2.5.18 Síndrome de desgaste, en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH.</p>		
<p>5. Medidas de Prevención</p>			

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>5.1.- La prevención de la infección por VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y al personal de salud.</p>	<p>5.1. La prevención de la infección por VIH debe realizarse entre toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de la infección que establece esta Norma, además de llevar a cabo acciones específicas dirigidas al personal de salud, poblaciones en riesgo y contextos de vulnerabilidad para adquirir la infección.</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>En las medidas de prevención se modificó “grupos con mayor probabilidad” a poblaciones de riesgo y contextos de vulnerabilidad, ya que no es un padecimiento exclusivo de ciertos grupos anteriormente mencionados como responsables (homosexuales o sexoservidoras), sino una conducta de responsabilidad en toda la población y con situaciones concretas como la pobreza, migración o incluso el mismo acceso a los servicios de salud.</p>
<p>5.2.- La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.</p>	<p>5.2. La prevención de la infección por VIH se debe llevar a cabo por los órganos competentes, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación social, orientando sus actividades a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección.</p> <p>De manera específica, la prevención se debe llevar a cabo mediante la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud, dirigiéndola al personal de salud y a los grupos vulnerables con mayor probabilidad de adquirir la infección.</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>La prevención se responsabiliza a los órganos competentes para llevar a cabo educación para la salud o promoción de la salud, además la capacitación debe ser impartida por los establecimientos que prestan los servicios de salud, de tal forma que es responsabilidad primera del Estado por proveer de la información a toda la población. Así mismo se incluye el término a “grupos vulnerables” con el fin de hacer una capacitación dirigida a las circunstancias y contextos particulares.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>5.3.- En materia de educación para la salud, las acciones estarán orientadas a: a) Informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia;</p>	<p>5.3. En materia de promoción para la salud, las acciones deben estar orientadas a: 5.3.1. Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH, como problema de salud pública.</p>	<p align="center">Artículo 1, 7 y 12</p>	<p>El contenido de la información para la promoción a la salud se amplía a la magnitud y trascendencia como un problema de salud pública y no se limita a datos sobre la infección. Ya que es un padecimiento en el cual influye el contexto social y educacional de las personas para contraerlo.</p>
<p>b) Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para reducir la probabilidad de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana;</p>	<p>5.3.2. Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables para reducir el riesgo de contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p align="center">Modificación forma</p>
<p>c) Instruir a la población acerca de medidas personales para prevenir esta infección; y</p>	<p>5.3.3. Instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos vulnerables, especialmente los adolescentes.</p>		<p>El énfasis en grupos vulnerables previene de situaciones de discriminación y permite que se dé una información más objetiva e incluyente.</p>
	<p>5.3.5. Dar a conocer a la población los mecanismos de transmisión, formas de prevención e instituciones de información y atención, relacionadas con la infección por VIH.</p>	<p align="center">Artículo 7 y 25</p>	<p>El enfoque ahora es atacar las circunstancias que pueden influir en el empoderamiento de las personas por prevenir una situación de riesgo para contraer el virus, por ejemplo el uso del condón o el acceso a las pruebas diagnósticas o la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual.</p>
	<p>5.3.6. Informar a la población acerca de la importancia de otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidiasis, herpes genital, vaginitis bacteriana, etc.), como factores facilitadores para adquirir la infección por VIH.</p>		
	<p>5.3.7. Promover la búsqueda de la atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención de</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Incluyendo al personal de</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>contactos para otras enfermedades de transmisión sexual.</p>		<p>salud como se ha referido anteriormente.</p>
	<p>5.5.1. Desarrollar modelos educativos que respondan a los intereses de los distintos grupos de la población, por lo que deben estar orientados a la adopción de conductas preventivas para disminuir el riesgo de contraer el VIH.</p>		<p>Se agregaron nuevas formas de abordar el problema, a través del desarrollo de modelos educativos, donde se incluya a toda la población incluyendo a personal docente y personal de salud.</p>
	<p>5.5.2. Instruir a todas las personas que desempeñen labor docente, en el sentido de que el tema del VIH y Sida sea abordado con objetividad y en función de los resultados del progreso científico.</p>		<p>Con el objetivo de promover la prevención, pero también reforzar conductas como la solicitud de atención médica oportuna para diagnóstico o tratamiento y relacionada a otros problemas asociados como otras enfermedades de transmisión sexual o actos de discriminación.</p>
<p>c) Capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención de las personas con VIH/Sida; g) Educar al personal de salud para reducir el riesgo de transmisión del VIH ocurrida por instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas. c) Capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención de las personas con VIH/Sida; g) Educar al personal de salud para reducir el riesgo de transmisión del VIH ocurrida por instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas.</p>	<p>5.5.3. Colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr una modificación en su conducta, a efecto de obtener una detección oportuna y la atención adecuada. 5.5.4. Instruir al personal de salud con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas. 5.5.3. Colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr una modificación en su conducta, a efecto de obtener una detección oportuna y la atención adecuada. 5.5.4. Instruir al personal de salud con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas.</p>		

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>c) Comunicar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes que le den preferencia al uso de material desechable; cuando esto no sea posible, entonces esterilizar y desinfectar en forma adecuada los instrumentos punzocortantes utilizados;</p>	<p>5.5.5. Capacitar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes en su manejo adecuado, dando preferencia al uso de material desechable y, cuando esto no sea posible, para que dichos instrumentos sean esterilizados y desinfectados en los términos que establece el apartado 5.7. de la presente Norma.</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre los términos correctos de acuerdo a la ONUSIDA y CDC.</p>
<p>d) Evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo</p>	<p>5.5.6. Promover el uso consistente y correcto de los condones de látex (masculino) y/o poliuretano (femenino) en prácticas sexuales de carácter coital.</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre los términos correctos de acuerdo a la ONUSIDA y CDC.</p>
<p>e) A la población con prácticas de alto riesgo (apartados 4.2.1, 4.2.2 y 4.2.3) se les debe recomendar, además: - Evitar la donación de sangre, órganos, tejidos y células germinales; y - Practicarse periódicamente pruebas de detección de anticuerpos para VIH.</p>	<p>5.5.7. Recomendar a la población con prácticas de riesgo, que evite la donación de sangre, leche materna, tejidos y células germinales.</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Es una modificación de contenido técnico científico sobre los términos correctos de acuerdo a la ONUSIDA y CDC.</p>
<p>e) Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de leche materna. En caso contrario, se recomienda continuar la alimentación al seno materno.</p>	<p>5.6.5. Las madres infectadas por VIH/Sida no deben amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de la leche materna.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Modificación redacción y forma</p>
<p>f) Que el paciente informe de su estado al personal que lo atiende, cuando se someta a procedimientos dentales, extracción de sangre, estudios invasivos o cirugías;</p>	<p>Se eliminó en la modificación a la norma.</p>	<p>No se acepta. La legislación federal y local no establece obligatoriedad al respecto. Por otra parte es violatoria del artículo 2o. de la Cartilla de Derechos Humanos de las personas que viven</p>	<p>Modificación muy importante para los fines de esta investigación, debido a que es la única modificación en la que se reconoce públicamente que hay una eliminación de información relacionada directamente a los Derechos Humanos.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
		<p>con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (Sida) emitida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos con fundamento en los artículos 1, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 14, 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Basándose en lo anterior se decide eliminar el inciso f del numeral 5.5⁹³.</p>	
<p>5.5.- Las medidas fundamentales para la prevención de la infección en la comunidad, son las siguientes: a) Informar respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH; b) Difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH;</p>	<p>5.7.1. Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas.</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Modificación forma y redacción.</p>
<p>b) Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso</p>	<p>5.7.2. Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso, tal como lo establece la NOM-087-ECOL-1995.</p>	<p>Artículo 23, fracción 1: Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo</p>	<p>El CDC publicó en 1996 el documento 1996 Guideline for Isolation Precautions in Hospitals, el cual contenía las medidas de precaución estándar y que fue actualizada en el 2007.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>		
		<p>y a la protección contra el desempleo. Está relacionado a las condiciones dignas laborales.</p>			
<p>c) Manejar siempre los líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres, como potencialmente infectados; y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante esterilización con autoclave o utilizando soluciones de hipoclorito de sodio, del 4 al 7%</p>	<p>5.7.3. Manejar siempre los tejidos, excretas y líquidos corporales, como potencialmente infectados, y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante esterilización con autoclave o utilizando soluciones de hipoclorito de sodio de 4 al 7%. Los cadáveres deben considerarse como potencialmente infectados y deben seguirse las precauciones estándar; su incineración no debe ser obligatoria.</p>	<p align="center">Artículo 23, 7 y 1</p>	<p>El CDC publicó en 1996 el documento 1996 Guideline for Isolation Precautions in Hospitals, el cual contenía las medidas de precaución estándar y que fue actualizada en el 2007. Mediante esta disposición no sea obligatorio que los pacientes notifiquen su condición y se respete la confidencialidad y se pueda dañar la integridad del paciente, por otro lado al ser medidas de protección obligatorias se protege al personal de salud de todos los padecimientos transmitidos por vías similares a las del VIH</p>		
<p>d) Observar las "Precauciones Universales" en todos los pacientes, que consisten en:</p>	<p>5.7.4. Observar las Precauciones Estándar en todos los pacientes, las que consisten en:</p>				
<p>NUNCA recolocar el capuchón de la aguja;</p>	<p>5.7.4.6. Nunca recolocar el capuchón de la aguja; en caso estrictamente necesario, apoyarse en una superficie firme, tomando el capuchón con una pinza larga.</p>				
<p>Colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derramamiento de líquidos.</p>	<p>5.7.4.9. La identificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, se debe realizar conforme lo establece la NOM-087-ECOL-1995.</p>				
<p>Tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona era negativa al VIH antes del accidente;</p>	<p>5.8.4.2. Tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH, hepatitis B y hepatitis C.</p>				

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
En caso de probable exposición ocupacional.			
<p>Recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo), o poliuretano (condón femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión</p>	<p>5.8.4.4. Recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (masculino) o poliuretano (femenino) durante los siguientes seis meses. Estas precauciones se podrán suspender en cuanto se determine que no hubo seroconversión.</p>	<p align="center">Artículo 1</p>	<p>La modificación que fue aceptada está de la mano a la revaloración de las políticas laborales dentro de las instituciones de salud propuestas por la ONUSIDA.</p>
<p>considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de Zidovudina profiláctica (1,200 mgs. diarios, dividido en tres dosis al día, durante 15 días);</p>	<p>5.8.4.5. El tratamiento profiláctico debe proporcionarse dentro de las cuatro horas posteriores a la exposición. Este tratamiento debe estar disponible las veinticuatro horas en todas las unidades médicas. El esquema de drogas antirretrovirales debe ser acorde a los lineamientos establecidos en la Guía para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales vigente, emitida por la Secretaría de Salud.</p>	<p align="center">Artículo 1, 7 y 23</p>	<p>En conjunto a las medidas actualizadas por parte de la CDC en materia de tratamiento profiláctico post-exposición se definieron acciones concretas como la disponibilidad del tratamiento en todas las unidades médicas y el acceso por lo menos cuatro horas posterior a la exposición. Además el tratamiento específico se modificó de acuerdo a los nuevos antirretrovirales y evidencia clínica relacionada a los esquemas de tratamiento profiláctico⁹⁴.</p>
<p>b) Quienes resulten con positividad en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les dará destino final en condiciones sanitarias adecuadas, de conformidad con las demás disposiciones de carácter general que al</p>	<p>5.9.1.2. Quienes resulten con positividad, en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les debe dar destino final de acuerdo con lo establecido en la NOM-087-ECOL-1995.</p>	<p align="center">Artículo 1</p>	<p>La modificación que fue aceptada está de la mano a los lineamientos de la NOM-087-ECOL-1995 publicada el 7 de noviembre de 1995 y hace referencia a: Que establece los requisitos para la separación, envasado,</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
efecto emita la Secretaría.			almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
6. Medidas de control			
6.2.3.- Estudios de laboratorio, según lo enunciado en el inciso 4.4.1:	6.2.3. Estudios de laboratorio, según lo enunciado en el inciso 4.4.:	N/A	Actualización de numeración y formato
c) Pruebas suplementarias que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son:	6.2.3.3. Pruebas específicas : determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son:	N/A	Ver apartado 3. Definiciones y abreviaturas
6.3.2.- No se utilizará para fines ajenos a los de protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento	6.3.2. No se debe utilizar para fines ajenos a los de protección de la salud del individuo en cuestión, a menos que sea en acato a una orden judicial.	N/A	Modificación forma y redacción
6.3.5.- Se registrará por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, que quien se somete a análisis, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico.	6.3.5. Se debe registrar por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad, es decir, que quien se somete a análisis debe hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria, con firma de autorización o, en su caso, huella dactilar y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y a la confidencialidad del expediente.	Artículo 1 y 7	Se especificó que el consentimiento informado debe ir firmado o con huella dactilar para garantizar la confidencialidad de las pruebas llevadas a cabo y sus resultados ⁹⁵ .
	6.3.6. Ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH/Sida a un individuo, o los resultados de las mismas, sin que presente una orden judicial.	Artículo 1 y 7	Mediante la inclusión de este párrafo se previene de abusos por parte de la autoridad para solicitar pruebas y los resultados, porque en la primera norma no se hacía algún tipo de mención al

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
			<p>respecto.</p>
<p>6.4.- La entrega del resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni se comunicará el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano.</p>	<p>6.4. La entrega del resultado al paciente debe ser en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes desempeñen la patria potestad o el cargo de tutor.</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>Se especifica que no es solamente el familiar más cercano, en el caso de los menores de edad, el que tenga acceso a los resultados de las pruebas. Se hace referencia a términos legales como los padres, quién tenga la patria potestad o en su defecto el tutor.</p>
<p>6.5.- Las instituciones del Sector Salud, de acuerdo con sus capacidades, harán todo lo posible para ofrecer el servicio de consejería o apoyo psicológico, a toda persona a quien se le entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación.</p>	<p>6.5. Las instituciones del Sector Salud deben ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado, y favorecer su adaptación a la nueva situación.</p>	<p align="center">Artículo 1 y 25</p>	<p>En la modificación se establece que es de carácter obligatorio ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a quien se entregue un resultado positivo.</p>
	<p>6.6. Para evitar discriminación y mayores repercusiones sociales en la familia, el acta de defunción que expida el Registro Civil debe tomar como causa de muerte la que en el certificado de defunción expresamente se señale como causa primaria.</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>Es una inclusión novedosa, ya que hace referencia a la prevención de la estigmatización de los familiares, por lo que en el certificado de defunción es posible expresar la causa primaria de muerte. Aunque es</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
			<p>incierto el impacto en las estadísticas reportadas.</p>
<p>6.6.- El Sida es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica; es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, según la Norma para la Vigilancia Epidemiológica vigente.</p>	<p>6.7. El Sida es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, y es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, utilizando los criterios siguientes:</p>		<p>Se especifican los criterios para reportar los casos de seropositividad o Sida, los cuales deben ser confidenciales.</p>
<p>6.6.1. La notificación la hará el personal de salud en los formatos aprobados por el Sistema Nacional de Salud, y referidos en la Norma para la Vigilancia Epidemiológica vigente, para la notificación de infectado asintomático y caso de Sida, independientemente de los utilizados por cada institución.</p>	<p>6.7.1. La notificación se debe hacer por el personal de salud, en los formatos aprobados y referidos en las disposiciones aplicables para la Vigilancia Epidemiológica en el Sistema Nacional de Salud, asimismo, se utilizarán en la notificación del infectado asintomático y caso de Sida, independientemente de los utilizados por cada institución.</p>	<p>Artículo 1 y 7</p>	<p>La notificación de los casos es de carácter obligatorio para el personal de salud.</p> <p>Además en la modificación se imputa responsabilidad para la notificación a laboratorios sean públicos o privados y los bancos de sangre quienes realicen la prueba y ésta haya resultado positiva, ya que antes estaban exentos.</p>
<p>6.6.2. Esta responsabilidad compete al médico tratante o al personal de salud directamente involucrado, pero no así a laboratorios ni a otras personas que tuvieran acceso a la información.</p>	<p>6.7.2. Esta responsabilidad compete al médico tratante o al personal de salud directamente involucrado, a los laboratorios sean públicos o privados y los bancos de sangre quienes realicen la prueba y ésta haya resultado positiva.</p>		
<p>6.6.6. Para fines de vigilancia epidemiológica, se considerarán "casos de Sida" aquellos sujetos que cumplan con los criterios establecidos en los incisos 4.4 y 4.5 de esta Norma.</p>	<p>6.7.6. Para fines de vigilancia epidemiológica, se consideran casos de Sida a los sujetos que cumplan con los criterios establecidos en los incisos 4.4., 4.5. y 4.6. de esta Norma.</p>	<p>N/A</p>	<p>Modificación de forma.</p>
	<p>6.10.7. En los casos confirmados de disponentes VIH positivos y casos de Sida secundarios a transfusión; el banco de sangre, la unidad médica, laboratorio o personal de salud, deben notificar de inmediato a los epidemiólogos y responsables de programas</p>	<p>Artículo 25</p>	<p>Previo a la modificación a la norma no se recomendaba un seguimiento o referencia por un servicio especializado de atención de VIH/Sida, esto es importante porque es necesaria una capacitación</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>estatales/jurisdiccionales de VIH/Sida, para que se implanten las medidas correctivas y preventivas necesarias, en concordancia con lo establecido en las normas y manuales vigentes sobre el tema. El donador y el caso confirmado, siempre se deben enviar al servicio especializado de atención de VIH/Sida más cercano.</p>		<p>especializada en el tratamiento, independientemente de la formación como médico general o especialista.</p>
<p>6.10.1. Cuando el paciente sea mayor de edad, se deberá obtener la información directamente del caso índice. En el caso de menores de edad, se podrá obtener la información de los padres o responsables legales.</p>	<p>6.11.1. Cuando el paciente sea mayor de edad, se obtendrá la información directamente de él. En el caso de menores de edad, se puede obtener la información del padre, la madre, tutor o representante legal.</p>	<p align="center">Artículo 7</p>	<p>Se especifica que no es solamente el familiar más cercano, en el caso de los menores de edad, el que tenga acceso a los resultados de las pruebas, sino que además será también fuente de información relacionada al caso índice los padres, el tutor o el representante legal.</p>
<p>6.11.- El tratamiento del paciente con infección por VIH lo realizará personal capacitado (médicos titulados y con cédula profesional vigente), siguiendo las recomendaciones de la Guía para la Atención de Pacientes con VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales.</p>	<p>6.12. El tratamiento del paciente con infección por VIH/Sida debe ser realizado por médicos titulados, capacitados y con cédula profesional vigente.</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Esta modificación es importante debido a que el personal médico es el único facultado para otorgar el tratamiento antirretroviral con la condición de que también sea un personal capacitado en la materia y con una cédula profesional vigente, lo que excluye a todo personal médico en formación.</p>
<p>6.11.1.- Todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a pacientes con VIH/Sida, de manera responsable, digna y respetuosa.</p>	<p>6.12.1. Todas las instituciones y establecimientos de salud deben prestar atención de urgencia a pacientes con VIH/Sida, de manera responsable, digna y respetuosa, cuando así lo requiera la condición clínica del paciente y la</p>	<p align="center">Artículo 1 y 25</p>	<p>Reforzado junto con el punto 6.10.7, la atención depende también de la condición clínica del paciente y es importante referirlo a la institución que cuente con los recursos para</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
	<p>institución o establecimiento cuente con los recursos para brindarla.</p>		<p>que sea atendido adecuadamente.</p>
	<p>6.12.3. Las instituciones y establecimientos de salud deben brindar capacitación a su personal, de manera continua, a fin de proporcionar atención médica adecuada, conforme a los avances científicos y tecnológicos logrados en el conocimiento de este padecimiento.</p>	<p align="center">Artículo 23 y 25</p>	<p>Junto con el punto 6.12, esta nueva inclusión obliga a todas las instituciones de salud a proveer de capacitación continua en dos sentidos, en primer lugar para la prevención de la exposición ocupacional con el virus, trato digno al paciente y en segundo lugar acerca de la capacitación relacionada a diagnóstico, clasificación, prevención y tratamiento con antirretrovirales. Esta modificación es importante porque da pie a futuras modificaciones relacionadas a los avances científicos y tecnológicos relacionados a la enfermedad. De esta manera siempre se contará con una normatividad vigente y actualizada.</p>
<p>6.12.- El manejo del paciente adulto se basa en el estado clínico y en datos de laboratorio, particularmente en el estudio de subpoblaciones de linfocitos T CD4+, de acuerdo con los siguientes criterios: 6.12.1.- En pacientes asintomáticos con: a) Cuenta de 500 linfocitos CD4/μL o mayor: . NO requiere medicamentos específicos;</p>	<p>6.13. Para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral, el elemento más importante a considerar es el estadio clínico en que se encuentre la infección por VIH, que puede ser medido a través de los linfocitos CD4, la presencia de una condición definitiva de Sida y la carga viral. 6.13.1. El esquema de tratamiento debe</p>	<p align="center">Artículo 25</p>	<p>Esta modificación es de las más amplias y relevantes, ya que cambió por completo tanto la clasificación de la enfermedad, como los esquemas de tratamiento y poblaciones especiales como las embarazadas o los pacientes pediátricos asintomáticos.</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>. Vigilar clínicamente; . Repetir conteo de linfocitos CD4, cada seis meses. b) Cuenta entre 499 y 200 linfocitos CD4/μL: . Iniciar Zidovudina, 500 a 600 mg/día (V.O. en tres tomas, respetando el sueño); . Iniciar Isoniacida , 300 mg. al día, asociado con piridoxina, 10 mg./día, por un año; . Vigilar mielotoxicidad por Zidovudina mediante biometría hemática completa, cada cuatro semanas. c) Cuenta menor de 200 linfocitos CD4/μL: . Lo incluido en el inciso b), añadiendo: . Profilaxis contra Pneumocystis carinii con: -Dapsona 100 mg., tres veces por semana; o -Trimetroprim/Sulfametoxazol, una tableta tres veces por semana; o -Pentamidina 300 mg., nebulizada, cada cuatro semanas rofilaxis antimicótica: -Itraconazol, 200 mg. V.O., cada 24 horas; o -Fluconazol, 100 mg. V.O., cada 24 horas. 6.12.2.- Los pacientes con síntomas menores, que no reúnan los criterios del diagnóstico de Sida, deberán manejarse de acuerdo con sus problemas específicos; el uso de Zidovudina y profilaxis, deberá establecerse conforme a la cuenta de linfocitos CD4, como se señala en el apartado 6.11.1. 6.12.3.- En los pacientes con diagnóstico</p>	<p>garantizar el retraso en la progresión de la enfermedad, la inhibición de la replicación viral, y limitar la aparición de la resistencia cruzada. Debe estar de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales vigente, emitida por la Secretaría de Salud.</p> <p>6.13.2. El tratamiento con antirretrovirales debe hacerse sin interrupciones, para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad.</p> <p>6.13.3. Se debe iniciar el tratamiento profiláctico de las infecciones oportunistas, en aquellos pacientes con CD4 iguales o menores de 200.</p> <p>6.13.4. Dado que existen estrategias para disminuir la probabilidad de transmisión de la infección por VIH, de una mujer embarazada positiva a su hijo, se debe brindar asesoría en todos los casos, para dotarla de toda la información relacionada con el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento.</p> <p>6.13.5. El esquema de tratamiento antirretroviral de la mujer embarazada con infección por el VIH/Sida, debe considerar tres aspectos fundamentales: a) mantener la salud de la madre, b) disminuir el riesgo de transmisión perinatal, y c) debe estar</p>		<p>Para ello, se creó la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales en 1997⁹⁶, en la contiene todos los criterios para decidir cuándo iniciar tratamiento con antirretrovirales o qué esquema de antirretrovirales seguir. Se incluyó para la clasificación, además de los valores de linfocitos CD4, los siguientes criterios: presencia definitiva de Sida y la carga viral.</p> <p>Los avances en el tratamiento que pasaron de la monoterapia a la terapia combinada se concentraron en evitar la progresión de la enfermedad.</p> <p>Por primera vez, se incluye el término resistencia, mismo que fue propuesto a través de un estudio en Estados Unidos entre 1998 y 1999, en el cual se describe la resistencia a los antirretrovirales y la resistencia cruzada de antirretrovirales de la misma familia⁹⁷.</p> <p>Para la modificación de los</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>** El Etambutol puede ser reemplazado por Estreptomicina de 750 mg; en pacientes de más de 50 años, se administrarán 500 mg.</p>	<p>** El etambutol debe utilizarse sólo en niños mayores de 8 años. Puede ser reemplazado por estreptomicina a dosis de 1 g diario durante la primera fase. En pacientes de más de 50 años o menos de 50 kg de peso, la dosis que se debe administrar es de 0.5 g.</p>		<p>Primaria a la Salud y a la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales. 4ta ed. México: Conasida, 2000.</p>
<p>FASE DE SOSTEN: * Intermitente, dos veces por semana (lunes y jueves o martes y viernes) hasta completar 56 dosis, administrando una sola toma.</p>	<p>6.14.3.4.2. Fase de Sostén: Intermitente, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) hasta completar 72 dosis, administración en una sola toma.</p>		
<p>** El Etambutol puede ser reemplazado por Estreptomicina de 750 mg; en pacientes de más de 50 años, se administrarán 500 mg.</p>	<p>**Etambutol + 1,200 mg diarios (3 tabletas de 400 mg juntas, diarias)</p>		
<p>d) Cuando el enfermo de tuberculosis con coinfección por el VIH o con Sida, sea dado de alta, debe continuar la quimioprofilaxis con isoniacida por lo menos un año, para reducir el riesgo de reactivación o de infección exógena. e) El enfermo de tuberculosis con coinfección por el VIH o con Sida, que haya recaído o abandonado el tratamiento, será referido al especialista en neumología o infectología, para retratamiento en el segundo o tercer niveles de atención.</p>	<p>6.14.3.5. El enfermo con infección por VIH y diagnóstico de tuberculosis, con persistencia de baciloscopias positivas hasta el sexto mes de tratamiento regular, o con dos series de baciloscopias positivas después de un periodo de negativización, se debe confirmar por cultivo y drogasensibilidad. Todos los casos deben ser siempre referidos al especialista, para retratamiento.</p>		
<p>Esquema de vacunación</p>			
<p>6.14.2.- El esquema de inmunizaciones en el niño obedecerá a su condición clínica: a) En niños asintomáticos: - se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión y BCG;</p>	<p>6.15.2. El esquema de vacunación de los niños con infección por VIH/Sida debe observar las siguientes recomendaciones: 6.15.2.1. Asintomática:</p>	<p align="center">N/A</p>	<p>Se realizaron modificaciones puntuales al esquema de vacunación de acuerdo a la sintomatología de la enfermedad, se incluyó</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>- se pueden aplicar antiparotiditis, antirrubéola y conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b.</p> <p>b) En niños sintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión; - se pueden aplicar la vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b, antiparotiditis, antirrubéola; - en niños sintomáticos, también se recomienda aplicar vacuna antineumocócica y contra influenza; y - no se aplicará la vacuna BCG. 	<p>6.15.2.1.1. Deben recibir todas las vacunas que un niño normal de la misma edad, como se señala en la Cartilla Nacional de Vacunación modificada de acuerdo a la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales vigente, emitida por la Secretaría de Salud.</p> <p>6.15.2.1.2. Se recomienda aplicar la vacuna contra varicela.</p> <p>6.15.2.2. En niños sintomáticos y/o con inmunosupresión grave:</p> <p>6.15.2.2.1. No debe aplicarse vacuna BCG.</p> <p>6.15.2.2.2. No debe aplicarse la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) o la monovalente con antisarampión.</p> <p>6.15.2.2.3. Se debe aplicar la vacuna contra Haemophilus influenzae y neumococo.</p> <p>6.15.2.2.4. En niños asintomáticos o con sintomatología leve, sin evidencia de inmunosupresión, con CD4 de acuerdo a la edad igual o mayor a 25%, se recomienda aplicar la vacuna contra varicela.</p>		<p>además la inmunización contra la varicela en los pacientes asintomáticos o con sintomatología leve. En este rubro se contó con la participación del Instituto Nacional de Pediatría⁶⁴,</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
7. Investigación			
	<p>7.1. El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, debe estimular el desarrollo de la investigación en todas sus actividades.</p> <p>7.2. Para la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH se requiere la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, con atención particular a los factores de riesgo y grupos vulnerables a la infección por el VIH.</p> <p>7.3. Los resultados de tales investigaciones deben ser discutidos en el seno del Conasida, con objeto de evaluar y mejorar las actividades del mismo.</p> <p>7.4. Los estudios e investigaciones se efectuarán con base en los principios científicos y de acuerdo con la Ley General de Salud.</p>	<p>Artículo 1 y 25</p>	<p>Se agrega una nueva sección denominada investigación, la cual consiste en incluir la dependencia gubernamental (Conasida) responsable de promover la investigación y evaluar los resultados.</p> <p>Por primera vez en dicha norma se refiere que los estudios de investigación se deben efectuar conforme a la Ley General de Salud. Cabe mencionar que dicha ley contiene la conducta a seguir cuando se quiere dar un tratamiento nuevo o en fase experimental, mediante una justificación y aprobación del protocolo de estudio y un comité de ética previamente autorizado y registrado.</p>
8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas			
<p>7. Concordancia con normas internacionales Esta Norma es técnicamente equivalente a las siguientes Normas: - World Health Organization paper on "Partner Notification for Preventing HIV</p>	<p>Esta Norma Oficial Mexicana es equivalente a los lineamientos emitidos por el Programa Mundial de Sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS),</p>	<p>N/A</p>	<p>Esta norma se adhiere a la ONUSIDA, OMS y CDC quienes son los organismos internacionales de referente a nivel mundial dada la constante actualización de</p>

<p align="center">Texto anterior NOM-010-SSA2-1993 (17 enero 1995)</p>	<p align="center">Texto Vigente NOM-010-SSA2-1993 (21 junio del 2000)</p>	<p align="center">Fundamento en la Declaración de los Derechos Humanos que aplica</p>	<p align="center">Comentarios</p>
<p>Transmission". Global Programme on AIDS, January 1989. Geneva, Switzerland.</p> <p>- World Health Organization. "Statement from the Consultation on Testing and Counselling for HIV Infection". Global Programme on AIDS, November 1992. Geneva, Switzerland.</p> <p>- Occupational Safety and Health Administration. OSHA Regulations on Blood Borne Pathogens. US Department of Labor. Federal Register Dec 1991: 64165-64182.</p> <p>- MMWR. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Vol 37 (43), november 1988.</p> <p>- World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Wkly Epidemiol. Rec. 65: 5-11, 1990.</p> <p>- MMWR. Definición operacional de caso de Sida. RR-17, Dic 18,1992.</p> <p>- Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 6. GPA/RES/DIA/93.4, March, 1993.</p> <p>- World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Wkly Epidemiol. Rec. 65: 5-11, 1990.</p>	<p>Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC s).</p>		<p>terminología, hallazgos científicos y desde la percepción de los Derechos Humanos, de tal forma que se puede concluir que todas las modificaciones a la norma tuvieron esta percepción. Así mismo se actualizó la sección 9. Bibliografía.</p>

Cuadro de elaboración propia. Fuente: NOM-010-SSA-1993 publicada en 1994 y NOM-010-SSA-1993 publicada en el año 2000.

De acuerdo al cuadro 9 todos son cambios importantes, sin embargo destacan para el caso de inserción de los Derechos Humanos los siguientes:

1. La modificación de “alto riesgo” o “bajo riesgo” por condiciones riesgo lo cual previene conductas de discriminación o estigmatización a ciertos grupos específicos.
2. La eliminación de la obligatoriedad de los pacientes para decir su condición de seropositividad al personal de salud.
3. La obligatoriedad de la firma o huella en el consentimiento informado para realizarse alguna prueba diagnóstica.
4. El cambio de “por contacto sexual con persona infectada por el VIH” al de “por contacto sexual **no protegido** con persona infectada por el VIH”, ya que el sólo contacto o cercanía con una persona infectada no determina que se dé el contagio o sea de alto riesgo estar cerca de alguien con VIH/SIDA.
5. Las medidas de protección personal de prevención y profilaxis en el personal de salud.

Dos de los comentarios sugeridos por COESIDA Jalisco (cuadro 11), que no fueron aceptados, tuvieron que ver con los artículos 1 y 7 relacionados a la igualdad y la prevención de la discriminación. Como comentario al margen dichas sugerencias se han incluido en el proyecto de la siguiente modificación de la norma publicada en el año 2009 en el DOF.

Cuadro 10. Cuadro comparativo de los cambios sugeridos por parte de COESIDA de la Secretaría de Salud de Jalisco.

Termino en la norma	Modificación sugerida	Comentarios
Considera el cambio de terminología de persona infectada por persona que vive con VIH/Sida (PVVS) en los numerales: 3.1.4.1.1., 4.2.1., 4.2.3., 4.4., 4.4.1., 4.4.2., 4.4.3., 4.4.4., 4.6., 4.6.1., 4.6.2., 5.3., 5.6., 5.7., 6.2.2., 6.3.5., 6.7.1., 6.7.4., 6.7.5., 6.7.6., 6.9., 6.10., 6.10.7., 6.11.2., 6.11.3., 6.11.4., 6.11.5., 6.13.4., 6.14.1., 6.14.3 inciso a., 6.14.3. inciso d., 6.16., 6.16.4.	por persona que vive con VIH/Sida (PVVS)	Esta es una omisión importante, ya que para el momento de la modificación no se consideró importante diferenciar personas infectadas de personas que viven con el VIH/Sida, particularmente en los numerales 4.6.1., 5.6., 5.7., 6.7.1., 6.9., 6.11.2., 6.11.3., 6.14.1., y 6.16, ya que tienen que ver con el artículo 1 y 7 de la Declaración de los Derechos Humanos.
Dice: ... potencialmente infectantes...	Propuesta: Potencialmente transmisores del VIH...	Tienen que ver con el artículo 1 y 7 de la Declaración de los Derechos Humanos.
Cuadro de elaboración propia. Fuente: Comentarios Cuadro de elaboración propia. Fuente: NOM-010-SSA-1993		

Previo a la modificación de la norma, a pesar de que ya estaba establecido como obligatorio el reporte de casos de Sida existía un subregistro de los casos de VIH positivos,

Al reportar un caso de Sida no te daba el panorama real de la enfermedad porque probablemente el contagio ocurrió un montón de años atrás, en promedio 8 años, y no sabíamos cómo se estaba comportando la pandemia en México, porque antes [de la modificación a la NOM] sólo se contabilizaban los casos de Sida. E-Censida-FX-06

Esta modificación provocó una lenta pero más seria reforma en los sistemas de información y en las investigaciones epidemiológicas del sector salud:

Llevó algún tiempo para que los médicos reportaran no sólo las defunciones por Sida sino los casos de seropositividad, ya que eso implicaba más trabajo administrativo y medicamentos que no se contaban en ese momento. E-MED-SSA-03

La incidencia y la prevalencia son aproximaciones calculadas y son importantes porque con base a ellas se planean las estrategias de prevención, servicios, etc... E-MED-PRIV-04

Algunos médicos ya llevaban a cabo algunas de las prácticas contenidas en la norma del año 2000. Por ejemplo uno de los médicos entrevistados recibía constantemente capacitación sobre antirretrovirales y sobre el fenómeno de resistencia que ocurre con su uso, pero eran casos aislados. Así la modificación a la norma fue un cambio regulatorio importante para fortalecer el sistema de salud mexicano y la atención a las PVS, lo cual se relaciona con el derecho humano a una vida digna y sana.

Todos los pacientes entrevistados coincidieron en que el principal cambio a partir del año 2000, fue el relacionado con el tratamiento antirretroviral. Principalmente con el cambio de monoterapia a tratamientos combinados y al tipo de tratamiento y duración del mismo como profilaxis en caso de exposición ocupacional.

No fue posible identificar qué tanto impactó la modificación en el acceso, es decir saber si todos los pacientes contaban con tratamiento y si era el adecuado, sin embargo sí pudo identificarse que la monoterapia dejó de ser un esquema de tratamiento en todos los casos que recibían tratamiento, tanto por lo referido por los pacientes como lo referido por los médicos.

Cabe destacar que también los cambios con relación al tratamiento tenían que ver con la confidencialidad, ya que la eliminación de la obligatoriedad (Cuadro 9) de los pacientes de dar a conocer su condición como seropositivos o aquejados con

el Sida les permitió contar con un trato más imparcial e igualitario en los servicios de salud frente a otros usuarios con otros padecimientos.

De ahí que algunos de los pacientes refieran que antes de la modificación sucedieran situaciones como:

Mucho tiempo anduve sin chamba porque tenía que llevar un examen de VIH... una vez me animé pero me fue mal, hasta me insultaron” E-PX-SSA -09

Siempre oculté mi condición hasta que me puse muy mal y me corrieron, por eso terminé aquí [haciendo referencia que en su trabajo tenía seguro de gastos médicos mayores y ahora se trataba en una institución pública). E-PX-SSA -08

Y esto sucedía a pesar que desde la emisión de la norma en 1994 se mencionaban aspectos de confidencialidad.

La modificación a la norma, al reforzar temas como el derecho a la confidencialidad y al modificar el lenguaje hacia uno más respetuoso y que previniera actos de discriminación o estigmatización como la inclusión de términos como “grupos vulnerables” o “prácticas de riesgo”, permitió un trato más amable hacia los grupos afectados por este virus; mejoró la idea de comunidad al abatir la estigmatización y sus secuelas: aislamiento, segregación, invisibilización y discriminación, lo cual sigue apuntalando el derecho humano a una vida digna.

Las modificaciones a la prevención y control del VIH/Sida relacionadas con promoción de la salud y actividades de educación en profesionales de la salud y

población en general inciden en la prevención de la discriminación en sus diferentes niveles, ya sea a nivel del individuo, de la comunidad o de la sociedad como un todo.⁹⁸

3. Las reglas del juego de la gobernanza: los efectos adversos de la falta de transparencia

La **transparencia de la interacción y la participación** fue un indicador construido a partir de la interacción abierta u oculta de los distintos actores y la participación formal o informal de cada uno de los actores identificados. Aunque ya fueron descritas la participación e interacción de cada uno de los actores anteriormente, dada la importancia en los hallazgos de la investigación, se hace mención aparte de la transparencia como un indicador más de gobernanza.

El componente de la transparencia en el campo de la gobernanza es muy importante debido a que la transparencia permite generar mecanismos que prevengan o eviten la generación de corrupción. Hay diferentes niveles de corrupción y éstos pueden influir en las decisiones finales o políticas a ser establecidas o modificadas, tal y como se refiere en el capítulo 2.

Derivado de los hallazgos recopilados durante las entrevistas y relacionados a los hallazgos documentales como noticias, se encontró que la participación de las ONG en cuanto al número con relación a la primera publicación fue menor.

Cuando se emitió la norma participaron diecinueve ONG de manera formal y en la modificación participaron nueve ONG. Este fenómeno se debió a dos factores . El primero de ellos fue que varias de las ONG que participaron inicialmente habían desaparecido; el segundo, fue que ya se encontraban la mayor parte de ellas en trabajos conjuntos con ONUSIDA o con la industria farmacéutica, de tal forma que sólo se formalizó la participación de las ONG que tenían trabajo conjunto con los lineamientos de la ONUSIDA.

Aunque siempre existió la perspectiva relacionada a los Derechos Humanos durante todo el proceso, no existe ningún comentario documentado públicamente de alguna ONG al respecto, por lo que al interior de Censida se desconoce si existe algún tipo de minuta de reunión de alguna de las sesiones de trabajo, donde se cuente con los comentarios de alguna de las ONG enlistadas como participantes en el documento final. Tampoco se tuvo acceso a las minutas (si existieron) porque fueron consideradas confidenciales por parte de las instituciones gubernamentales, cuya respuesta se dio a través luego de la solicitud de consulta públicas por medio del IFAI.

La imposibilidad de contar con acceso a documentos generados durante todo el proceso, al desconocimiento del número y fechas de las reuniones llevadas a cabo, así como la limitación a tres fechas específicas como fueron la publicación de la norma, la publicación de los comentarios y finalmente de la modificación, se consideran una limitante importante en materia de transparencia por parte de las instituciones gubernamentales.

Por otro lado, existen muchos testimonios recopilados de noticias publicadas, principalmente de **Letra S** quienes hasta ahora ha sido un espacio que ininterrumpidamente ha difundido testimonios, noticias relacionadas a hallazgos científicos, regulatorios o estadísticos sobre discriminación y homofobia.

Ahora bien, sí pudo documentarse por medio de las entrevistas la división que se generó entre las ONG especializadas en la incidencia política, las cuales estaban integradas en su mayoría por expertos en VIH, Derechos Humanos, sociología, leyes y las ONG que estaban conformadas exclusivamente por pacientes o familiares de pacientes.

Las ONG especializadas en la incidencia política tenían un objetivo claro y definido, el cual consistía en proveer de argumentos relacionados con los principales hallazgos científicos y de Derechos Humanos. Inicialmente operaban sin grandes recursos y sus opiniones eran tomadas en cuenta ante las autoridades debido a que algunas de ellas participaban en sociedades médicas o instituciones de investigación médica, sociológica y de asesoría jurídica. Estas ONG antes de la modificación a la norma habían ganado concursos por parte de la ONUSIDA para financiar proyectos sobre la prevención y control de la enfermedad, así como de los presupuestos otorgados por Conasida. El testimonio de un informante nos ilustra sobre el papel que jugaban:

Yo recuerdo largas discusiones con la sociedad civil y se les escuchó para que lo que contenía la norma no fuera muy laxo o rígido y las

personas [que vivían con VIH/Sida]) se vieran afectadas. E-Censida-FX-06

Como refiere el informante de E-CNDH-05, las ONG para las instituciones gubernamentales proveedoras de servicios de salud con el tiempo y cercana a la modificación del año 2000,

Para algunas personas, ahora verás...había alguna que otra ONG que "capacitaba" a personas con escasa preparación educativa (preparatoria) para dar consulta y los medicamentos a los pacientes. Ese fue un problema que tuvimos que enfrentar con denuncias para que el gobierno tomara cartas en el asunto. E-CNDH-05

Aproximadamente en 1998, las ONG se convirtieron en una especie de válvula de escape a la constante presión de los ciudadanos por el acceso a los medicamentos o la atención médica; ello provocó el acercamiento de las ONG con la industria farmacéutica:

Había ONG's que daban consulta a los pacientes con VIH, patrocinadas por ONG's internacionales o por algún laboratorio. Eran personas sin ningún tipo de preparación académica y un laboratorio les pagaba y 'los capacitaba" para distribuir tal o cual medicamento y para dar consulta a las personas que vivían con VIH/Sida. E-ONG-NAL-02

Esta situación estructural, de desabasto y de traslado de responsabilidades a las organizaciones de la sociedad civil, propició un nicho de mercado y creó intereses dentro de las ONG, que desvirtuaron su objetivo principal:

En promedio hoy en día las personas que pertenecen a una ONG no es por una convicción real, las ONG se han convertido en su medio de vida, en su fuente de financiamiento y eso... no me gusta nada. E-ONG-NAL-01.

En México en general, que conste que digo en general y no todos, son golpeadores y vividores del VIH, ya no son activistas que sigan peleando por cosas necesarias. E-CNDH-05.

Además el gasto de bolsillo, la carga del costo de la enfermedad se trasladó a la sociedad:

Es la única enfermedad a nivel mundial que tiene ese nivel de gasto a la sociedad civil para mantenerlos callados. E-Censida-FX-06

La falta de capacitación para el manejo de las PVS constituyó entonces un peligro latente ante las complicaciones en el estado de salud de sus pacientes, frecuentemente con un desenlace fatal y con pocas opciones de tratamiento al solicitar atención médica a los servicios de salud en etapas avanzadas.

No se sabía mucho sobre los antirretrovirales, sólo teníamos uno (zidovudina) incluso dentro de la misma comunidad médica era poco el conocimiento, éramos muy pocos los que nos fuimos especializando en el tratamiento de VIH. Fue...mmm... después de 1996 con el gran boom de la terapia combinada llegaron más opciones y más capacitación. E-MED-SSA-03

Las relaciones ocultas entre las ONG's y la industria farmacéutica influyeron también en la relación entre pacientes y médicos. Por ejemplo, uno de los pacientes entrevistados, quien fue contactado por un laboratorio farmacéutico para dar su testimonio ante las autoridades de salud al parecer durante el este proceso de modificación pero no quiso confirmarlo por cuestiones de confidencialidad, refiere que el perfil solicitado por el laboratorio era el que socialmente los medios de comunicación difundieron constantemente, es decir, homosexual, usuario de

drogas intravenosas o trabajadora sexual y que no reflejaban totalmente la realidad de la pandemia.

Me dijeron que mi testimonio iba a servir para que otros pacientes tuvieran el medicamento nuevo; ellos me iban a dar lo que “necesitara”, sólo querían que dijera lo mal que lo pasé sin tratamiento y que ese tratamiento me hubiera dado otras oportunidades. E-PX-SSA-07

Al final no acepté porque tenía que decir muchas falsedades de mi vida y me iban a hacer quedar mal públicamente; lo que me hizo dudar fue que me prometieron buena paga. Paciente E-PX-SSA-07

Es decir, la principal manera en la que interactuaban los representantes de la industria farmacéutica con los otros actores, era ejerciendo presión sobre la utilización de los antirretrovirales, también con los prestadores de servicios de salud.

Uno de los informantes refirió sobornos a través de regalos o pagos por parte de las empresas a los médicos tratantes tanto de instituciones públicas como privadas. Ello tenía repercusiones en el quehacer de los prestadores de servicios:

Psicológicamente, si a ti el laboratorio te está pagando o regalando algo, adquieres un compromiso; claro, si eres un ser humano normal. E-MED-PRIV-04

Dicho informante dio ejemplos de los sobornos le ofrecieron a él y a otros colegas, tales como pago de congresos en el extranjero, regalos costosos como plumas de marcas prestigiadas, juegos de escritorio, comidas en restaurantes a cambio de la prescripción de ciertos medicamentos con pago de por medio. Otros informantes refirieron un gran número de asistentes a congresos importantes o internacionales,

patrocinado por algún laboratorio. Estos testimonios develan un conflicto de intereses, ya que los asistentes a este tipo de eventos generalmente se componen de participantes en ONG pero, los sobornos impedían garantizar que estos estuvieran capacitados en el tema o contaran con la destreza técnica necesaria en este tipo de foros de discusión.

Los medios de comunicación también jugaron un papel dentro de la transparencia de las acciones y propuestas. Según el informante E-CNDH-05, los medios de comunicación fueron influenciados por los intereses de la industria farmacéutica, que compró notas y editoriales exagerando las bondades de algún nuevo medicamento y minimizando los eventos adversos o los riesgos. Incluso se llegó a exaltar el beneficio de un fármaco en etapas tempranas de investigación, como sucedió con Delavirdina, el cual hoy está prácticamente en desuso debido a los eventos adversos que produce. Ello causó grandes expectativas en los pacientes y una gran demanda por adquirirlos, producto de la publicidad y no de la evidencia científica concreta.

Conclusiones

El objetivo central de este trabajo fue describir y analizar los procesos y la participación de los actores políticos en la modificación a la NOM-010-SSA-1993, conforme lo plantea la teoría de la gobernanza, y en qué medida se incluyeron o no los Derechos Humanos en ese cambio.

Para cumplir con el objetivo principal, se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativo a través de un análisis de caso, con técnicas de investigación documental y entrevistas semi-estructuradas a informantes clave seleccionados a través del muestreo denominado “bola de nieve”.

Al describirse el proceso de modificación, se identificaron los actores involucrados, de los cuales los medios de comunicación y la industria farmacéutica tuvieron una participación indirecta e invisible. Este fue un hallazgo importante derivado de las entrevistas e información documental, ya que no están reconocidos en ningún documento formal.

El análisis y la descripción de cada uno de los cambios contenidos en la norma publicada en el año 2000, sirvió en primer lugar para concluir que siempre se tomó en cuenta la perspectiva de los Derechos Humanos, incluso se eliminó un párrafo

que protegía la confidencialidad del paciente al no estar obligado a comunicar su condición de infectado ni siquiera al personal de salud.

Las principales modificaciones fueron relacionadas al tema del diagnóstico en edad pediátrica, el tratamiento con antirretrovirales y la tuberculosis, el esquema de vacunación y el tratamiento profiláctico en caso de exposición ocupacional.

Se incluyeron todos los avances reconocidos tanto por la OMS, el CDC, como de ONUSIDA; de tal forma que el resultado fue una norma actualizada fortalecida en el tema de Derechos Humanos y prevención de la discriminación.

Sin embargo, para conocer cuánto de esa norma se estaba llevando a cabo fue necesario entrevistar a pacientes, los cuales refirieron cambios en el tratamiento y también en el lenguaje y trato que recibían de los médicos o las enfermeras. Notaron diferencias relacionadas a las etiquetas que sufrieron en un inicio, por ejemplo, la denominación de *sidosos*.

Por otro lado, no se tomó en cuenta el término de PVS, el cual sí tiene relación directa con la discriminación o la estigmatización, fue una omisión importante que se ha retomado en el proyecto de modificación del 2010, pero que será motivo de otro análisis.

La gobernanza fue un adecuado aproximamiento para el análisis de este caso, ya que se tomaron en cuenta a todos los actores, la interacción que se dio entre cada uno de ellos y además se identificaron los intereses pivote en el tema.

Se pudieron construir tres indicadores de gobernanza relacionados a los actores involucrados, la interacción entre cada uno de ellos y el de transparencia.

Este último indicador, deberá ser motivo de una investigación más profunda debido a dos factores principales. En primer lugar a la poca accesibilidad a las fuentes originales relacionadas a minutas de trabajo o a los equipos que se formaron para llevar a cabo la modificación, fue una limitación importante la falta de documentación generada de cada una de las etapas del proceso, únicamente se tuvo acceso libre a las publicaciones oficiales publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

En segundo lugar, se detectó una polarización de las ONG y su participación parcial o imparcial, ya que se identificó que el conflicto de intereses y la falta de personal especializado formado en Derechos Humanos puede ser un obstáculo para ser blanco de actos de corrupción.

Se logró cumplir con el objetivo a pesar de la dificultad para localizar a los informantes clave y el acceso a la información. A lo largo de esta investigación se conjuntó la información documental, los testimonios recopilados de las entrevistas y también de las noticias publicada desde diferentes perspectivas (institucional y

poblacional) para comprobar que México cumplió con las reglas del juego marcadas con el consenso internacional sobre la observancia de los DDHH.

No todo está dicho con relación a los Derechos Humanos, aún hay varios aspectos que pueden fortalecerse, el análisis de este caso en el contexto del VIH sirve de ejemplo para otras áreas. El VIH/Sida es el mejor ejemplo para conocer el impacto que puede tener la opinión pública en el ejercicio de los derechos de las personas, así como el hecho de que no se puede ignorar u omitir las reglas impuestas por organizaciones internacionales (ONUSIDA) y sirvan de referencia para generar políticas de vanguardia considerando el contexto social de una nación.

México generó una normatividad en materia de VIH/Sida adecuada, pero es importante generar mejores mecanismos para que esas nuevas reglas del juego que se establezcan se traduzcan en hechos, es decir se materialicen y la población sea la primera en beneficiarse. También es importante generar mayores mecanismos de participación activa en la ONUSIDA o en la OMS para que se considere el contexto cultural o económico, para tomar decisiones más acertadas con mayor independencia y, en forma secundaria, ser generadores de conocimientos y nuevas formas de prevenir y controlar la pandemia.

Referencias

- ¹ Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45.
- ² Cuadra-Hernández SM, Leyva-Flores R, Hernández-Rosete D, Bronfman-Pertzovsky NB. Los Derechos Humanos en las normas sobre el VIH/Sida en México y Centroamérica. 1993-2000. *Salud Publica Mex* 2002;44. p. 512.
- ³ Bazzani, R. Governance and health: Contributions to innovation in health systems. *Rev. salud pública.* [online]. Apr. 2010, vol.12 suppl.1 [citado 20 January 2011], p.1-7. Disponible: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700001&lng=en&nrm=iso>.
- ⁴ Novick, L, Morrow, C. *Public Health Administration: Principles for Population-based Management.* 2a edición, Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2008: 1-8.
- ⁵ Beveridge, William. *Las bases de la seguridad social.* México: FCE. P. 154-156.
- ⁶ OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946 (entró en vigor el 7 de abril de 1948). Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
- ⁷ Acevedo et. al. *Manual de Salud Publica/ Manual of Public Health, Volumen 7 CISA, 2007* Córdoba, Argentina.
- ⁸ OPS, *La Salud Pública de las Américas, Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.* Washington, D.C. 2002.
- ⁹ Frenk J. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública.* 3ª edición, México: Fondo de Cultura Económica, 2003. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_9.htm. p. 15-42.
- ¹⁰ Contandriopoulos, André Pierre. Elementos para una "topografía" del concepto de salud. En: *Rupturas, Revista Interdisciplinaria de la Salud.* Universidad de Montreal, Canadá. Volumen 11 Número 1, 2006, Páginas.86-99
- ¹¹ Lalonde M. "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Abril 1974. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
- ¹² Marmot, M. *Marmot Review, executive summary. Fair society, healthy lives. Strategic Review of health inequalities in England. Post- 2010.* England: Feb 2010.
- ¹³ Marmot, et al., *Social Determinants: The solid facts, WHO Library, 2nd edition, EUA.* Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- ¹⁴ Marmot, et al., *Ibíd.*
- ¹⁵ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.* Consultado en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>. Fecha de consulta: 6 de julio de 2011.
- ¹⁶ *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU), [actualizado 2011; consultado 2011 marzo].* Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
GOBERNANZA REPORTE <http://orton.catie.ac.cr/repdoc/A2381e/A2381e.pdf>
- ¹⁷ *Carta Social Europea, Turín 18 de octubre 1961, Consejo de Europa. Estrasburgo, Francia.* Disponible en: www.coe.int/t/dGHI/monitoring/Socialcharter/.../Spanish.pdf.
- ¹⁸ *Carta Social Europea, Turín 18 de octubre 1961, Ibíd.*
- ¹⁹ *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1976.* Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- ²⁰ *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1976. , Ibíd.*
- ²¹ *Declaración Americana de los Derechos Y Deberes del Hombre (DADH), 1948.* Disponible en: <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/america/DADH/1948-DADH.htm>
- ²² *Convención Americana Sobre Derechos Humanos (CADH), 1969.* Disponible en: <http://www.derechoshumanos.net/derechos/index.htm?gclid=CNWBha24gLACFSdjTAodQ1yxGw>
- ²³ *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos.* Ginebra: 2006). Disponible en: <http://www.ohchr.org>.

-
- ²⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. *Ibíd.*
- ²⁵ UNAIDS [sitio de internet]. Estados Unidos: Directrices internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos Versión 2006. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinessp.pdf>
- ²⁶ UNAIDS. *Ibíd.*
- ²⁷ UNAIDS. *Ibíd.*
- ²⁸ Censida [sitio de internet]. México. Online Resources, Inc; ©2012 Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHsidaenMexico2009.pdf>
- ²⁹ Censida [sitio de internet]. México: El VIH/Sida en México 2011 Numeralia epidemiológica. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_Sida_2011.pdf
- ³⁰ NOTIESE [sitio de internet]. México. Brito, A. Sida, saldo de un sexenio. Disponible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=6203, fecha de consulta: 25 de enero de 2013.
- ³¹ United Nations Human Rights [sitio de internet]. Estados Unidos: Good Governance Practices for the Protection of Human Rights, OHCHR, 2007. Disponible en: available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GoodGovernance.pdf>
- ³² United Nations Human Rights. *Ibíd.*
- ³³ Kaufmann, Daniel, Aart Kraay and Pablo Zoido-Lobaton (2002). "Governance Matters II – Updated Indicators for 2000/01." World Bank Policy Research Working Paper No. 2772, Washington, D.C.
- ³⁴ Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. (2010). "The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues", World Bank Policy Research Working Paper No. 5430. Washington, D.C.
- ³⁵ World Bank. "Managing Development The Governance Dimension". Washington DC: World Bank; 1991.
- ³⁶ Kaufmann, Daniel, Aart Kraay and Pablo Zoido-Lobaton (2002). "Governance Matters II – Updated Indicators for 2000/01." World Bank Policy Research Working Paper No. 2772, Washington, D.C.
- ³⁷ Arredondo A. "Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza. Conceptos, Tendencias y Evidencias, Mérida: Univ. Aut. de Yucatán, 2009. p. 133-135.
- ³⁸ Oriol P, El concepto y el análisis de la gobernabilidad, Revista Instituciones y Desarrollo N° 14-15 (2003) págs. 239-269. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Còrsega 255, 5º 1ª 08036 Barcelona, España. Disponible en: <http://www.iigov.org>
- ³⁹ Kaufmann, Daniel, Aart Kraay and Pablo Zoido-Lobaton (2002). "Governance Matters II – Updated Indicators for 2000/01." World Bank Policy Research Working Paper No. 2772, Washington, D.C.
- ⁴⁰ Kaufmann D, Aart K, Mastruzzi M. (2008). "Governance Matters VIII: "Aggregate and Individual Governance Indicators 1996–2008". World Bank Policy Research Working Paper No.4978. Washington, D.C.
- ⁴¹ Parker, Aggleton, HIV/AIDS-related Stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. Horizons program. May 2002, p.1 Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacq832.pdf
- ⁴² OPS/OMS [sitio de internet]. Estados Unidos: "Derechos humanos y VIH, legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica", Noviembre 2007 p. 29. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/InformeVIHDDHHCentroAmerica.pdf>
- ⁴³ Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [sitio de internet]. Objetivos de Desarrollo del Milenio para México (Indicadores ONU - Indicadores México), Gobiernos Federal; [actualizado 2002 mayo 16; consultado 2011 jul 9]. Disponible en: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/ODM/Doctos/ODM_CyR.htm
- ⁴⁴ Declaración de Compromisos UNIGRASS 2001 [sitio de internet]. Estados Unidos. Disponible: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf
- ⁴⁵ Censida. [sitio de internet]. México: El VIH/Sida en México 2010. Secretaría de Salud, 2010. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf

⁴⁶ Censida. Ibíd.

⁴⁷ Infante, C; Zarco, Á; Cuadra, SM; Morrison, K; Caballero, M; Bronfman, M; Magis, C, El estigma asociado al VIH/Sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública Méx v.48 n.2 Cuernavaca mar./abr. 2006*

⁴⁸ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. 2009, segunda reimpresión. México, D.F. Conapred. p. 32-49

⁴⁹ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Ibíd.

⁵⁰ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Ibíd.

⁵¹ Secretaría de Salud [sitio de internet]. México: Ley General de Salud, 2007. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

⁵² Secretaría de Salud. Ibíd.

⁵³ Secretaría de Salud. Ibíd.

⁵⁴ Censida [sitio de internet]. México: Programa de acción específico 2007-2012: En respuesta al VIH/Sida e ITS. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pub_recientes.html

⁵⁵ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 1988. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4764482&fecha=24/08/1988

⁵⁶ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Decreto por el que se reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y se abroga el diverso por el que se crea al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, publicado el 24 de agosto de 1988. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 julio 2001 Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762925&fecha=05/07/2001

⁵⁷ Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. México: SSA, 2008. [consultado 2011 febrero]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>

⁵⁸ Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. Ibíd.

⁵⁹ Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. Ibíd

⁶⁰ Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Fortalecimiento de las estrategias de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSHTS y UDI de ambos sexos, en 44 ciudades de México. México 2010 [consultado 2011 julio]. Disponible en: http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/aprobados_fm/MX_Plan_Monitoreo.pdf

⁶¹ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de junio del 2000. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2056442&fecha=21/06/2000

⁶² Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Ibíd.

⁶³ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Ibíd.

⁶⁴ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Ibíd.

⁶⁵ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Ibíd.

⁶⁶ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de septiembre del 2003. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=690517&fecha=19/09/2003.

⁶⁷ Figueroa Perea, JG y Sánchez Olgún V. Ponencia "Algunas Características del Entorno del proceso del consentimiento informado en el espacio de la salud y la reproducción", Ponencia al

Seminario sobre el proceso de consentimiento informado en el espacio de la reproducción, organizado por el Colegio de México, 15 – 16 de noviembre de 1999.

⁶⁸ Walt & Gilson Reforming the health sector reform in developing countries: the central role of policy analysis *Health Policy and Planning*. 1994, 9:353. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10139469>

⁶⁹ Yin, R. K. *Case Study Research: Design and Methods*, Applied social research. Methods Series, Newbury Park CA, Sage 1989. P. 28. Disponible en: <http://freepdfdb.com/pdf/methods-in-case-study-analysis-webanketa-free-creation-of-6776283.html>

⁷⁰ Censida [sitio de internet]. México: 25 años de Sida en México 2008. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>

⁷¹ Letra S, Campaña mundial contra el sida con las niñas, los niños, las jóvenes y los jóvenes. La jornada 1999 diciembre 2; boletín Letra S. Disponible: <http://www.jornada.unam.mx/1999/12/06/ls-boletin.html>

⁷² CNDH [sitio de internet]. México: Informe especial de la comisión de los derechos Humanos sobre violaciones a los Derechos Humanos y delitos cometidos por homofobia. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2010_homofobia.pdf

⁷³ Letra S [sitio de internet]. México: Reporte anual de crímenes de odio por homofobia 1995-2006. Disponible en: <http://www.letraese.org.mx/contracrímenes.htm>

⁷⁴ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1995. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4867016&fecha=17/01/1995

⁷⁵ Cuadra-Hernández, Silvia Magali; Zarco-Mera, Ángel; Infante-Xibillé, César; Caballero-García, Marta. La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: una intervención para abatir el estigma. México, 2005-2009, Salud Colectiva, 2011.

⁷⁶ Cruz-Martínez A. Aún se desconoce el presupuesto para ONG que luchan contra el sida. La Jornada 2006 febrero 25; Sección sociedad y justicia. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2006/02/26/index.php?section=sociedad&article=048n2soc>

⁷⁷ Notimex: Revelará Censida resultado de auditoría a gasto de ONG en diciembre. Zócalo-saltillo 2011 julio 27; sección nacional. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/revelara-censida-resultado-de-auditoria-a-gasto-de-ong-en-diciembre>

⁷⁸ Caritas Internationals [sitio de internet] Estados Unidos: Campaña sobre VIH y Sida “Haart para los niños” 2011. Disponible en: http://www.caritas.org/esactivities/hiv_aids/index.html

⁷⁹ Letra S. La unción a distancia. La Iglesia católica frente al sida. La Jornada 1999 octubre 07; boletín Letra S. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/1999/10/08/ls-iglesia.html>

⁸⁰ Gómez-Mejía C. Impulsa la Iglesia católica campaña contra la discriminación hacia enfermos de sida. La Jornada 2012 noviembre 17; sección sociedad y justicia. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/11/17/sociedad/038n2soc>.

⁸¹ Rico B, et al. Las campañas contra el sida en México: ¿los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas? *Salud Pública Méx* 1995; Vol. 37(6):643-653. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000972>

⁸² CESIDA [sitio de internet] España: Los programas de VIH/sida: más efectivos con la cercanía de las ONG con las personas más afectadas. Disponible en: http://www.cesida.org/index.php?option=com_content&task=view&id=860

⁸³ Jiménez D. Permítanme que acuse a varias ONG. *El mundo* 2006 marzo 05; sección crónica no.540. Disponible en <http://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2006/540/1141513207.html>

⁸⁴ Jiménez D. Permítanme que acuse a varias ONG. *Ibíd.*

⁸⁵ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de junio del 2000. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2056442&fecha=21/06/2000

⁸⁶ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Ibíd.*

-
- ⁸⁷ UNESCO [sitio de internet]. Estados Unidos: Estigma y discriminación por el VIH/Sida: un enfoque antropológico 2002. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf>
- ⁸⁸ Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007 <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
- ⁸⁹ UNESCO [sitio de internet]. Estados Unidos: Estigma y discriminación por el VIH/Sida: un enfoque antropológico 2002 *Ibíd.*
- ⁹⁰ PAHO [sitio de internet]. Estados Unidos: CIE 10. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- ⁹¹ WHO International [sitio de internet]. Chile: Guía clínica de Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH/Sida. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf
- ⁹² WHO International. *Ibíd.*
- ⁹³ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo del 2000. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2052679&fecha=28/03/2000
- ⁹⁴ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Ibíd.*
- ⁹⁵ Diario Oficial de la Federación [sitio de internet]. México: Respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Ibíd.*
- ⁹⁶ Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/Sida en Consulta Externa y Hospitales. 4ta ed. México: Conasida, Secretaría de Salud, México, 2000.
- ⁹⁷ CDC [sitio de internet]. Estados Unidos: Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis 2001. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>
- ⁹⁸ Maluwa, M., Aggleton, P. & Parker, R. (2002) HIV/AIDS Stigma, Discrimination and Human Rights – A Critical Overview. *Health and Human Rights*. Vol.6, No.1: 1-15

Anexo 1. Directorio de las Instituciones que participaron en el proceso de modificación a la NOM-010-SSA2-1993

Nombre de la Institución	Dirección	Contacto
Consejo de Salubridad General (CSG)	Homero #213, piso 14 Col. Chapultepec Morales Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.	Tel. 20003500 Extensión: 59063 o 59062
Centro Nacional Para La Prevención Y Control De VIH/Sida (CENSIDA)	Herschel 119, Miguel Hidalgo, 11590 Ciudad de México, Distrito Federal	Tel. 5250 4815
Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)	Anillo Periférico Boulevard (Adolfo Ruiz Cortines) 3469, San Jerónimo Lídice, Magdalena Contreras, 10200 Ciudad de México, Distrito Federal	Tel: 5681 8125
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	Calle Dr. Balmis No. 142 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc México, D.F. 06720 México	Tel: 2789-2000
Amigos contra el Sida, A.C.	Universidad 1330, Edificio Versailles, Departamento 1402 Col. Del Carmen, CP. 04100, Delegación Coyoacán, México, D. F.	Tel: 5659-7531 E-mail: amigoscontraelsida@yahoo.com Sitio web: http://www.aids-sida.org
Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, A.C.	No disponible	Tel: 5611-5876 Sitio web: http://www.yoquieroyopuedo.mx
Grupo "7 Ecología", A.C.	Fray Juan de Torquemada 90 AB interior 1, col. Obrera, CP. 06800, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.	Tel: 55-19-11-11 E-mail: grupo7ecologia@gmail.com / grupo7ecologia@hotmail.com Sitio web: http://www.gruposieteecologia.hi5.com
Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.	Ángel Urraza 1122, col. Del Valle, CP. 03100, Delegación Benito Juárez, México, D.F.	Tel: 5559-8450, 559-8451 y 5559-8453 E-mail: cora.ac@prodigy.net.mx Sitio web: http://www.cora.org.mx
Salud Integral para la Mujer, A.C.	Vista Hermosa 89, Entre: Bélgica y Balboa Col. Portales, CP. 03300, Delegación Benito Juárez, México, D.F.	Tel: 5674-941 E-mail: sipam@sipam.org.mx Sitio web: http://www.sipam.org.mx
Colectivo Sol, A.C.	Cuauhnochtli 11, col. Pueblo Quieto, CP. 14040 Tlalpan, México, D.F.	Tel: 5666-5436 E-mail: colsol@prodigy.net.mx Sitio web: http://www.colectivosol.org
Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, A.C.	Calle 19, # 75 Col. San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, CP 03800 México, D.F.	Tel: 5515-7913 y 5273-8741 E-mail: sida@sidamexico.org.mx Sitio web: http://
Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.	Tezoquipa 26 Col. La Joya, Del. Tlalpan, C. P. 14000, México, D. F.	Tel: 5573-3460 y 5513-7489 E-mail: informesamssac@gmail.com Sitio web: http://www.amssac.org/

Anexo 2. Guía de entrevista: Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la modificación a la norma sobre VIH en el año 2000

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

(REGISTRAR LOS SIGUIENTES DATOS EN EL DIARIO DE CAMPO –

ANOTAR EL FOLIO DE LA ENTREVISTA EN EL DIARIO DE CAMPO)

CLAVE INFORMANTE: _____

Datos sociodemográficos:

Preguntar:

- Edad en años cumplidos
- Escolaridad, último grado cursado
- Ocupación:
- Dependencia

TEMA1. Derechos Humanos y VIH

Explorar: Proceso de modificación a la norma

- ¿conoce cómo fue el proceso de cambio en la *NOM-010-SSA2-1993* a la de 2000?
- ¿cómo se llevó a cabo?
- ¿los cambios fueron incluyentes de la problemática social en relación al VIH?
- ¿existió acceso a la información de manera oportuna y transparente?

Explorar: Inclusión de los DDHH en la norma

- ¿cómo se insertó el tema de los DDHH?
- ¿quedaron incluidas en acciones dentro de los programas de salud que tienen que ver con VIH y acceso universal a la atención?
- ¿Cuál fue la principal aportación?

Explorar: Gobernanza y derechos humanos

- ¿qué actores políticos intervinieron?
- ¿hay otros actores que debían haberse incluido?
- ¿Cómo fue la interacción entre los distintos participantes?

Explorar: Acciones de participación

- ¿qué acciones llevaron a cabo esos actores para colocar los DDHH en la norma?
- ¿Cómo fue su participación?
- ¿Quedaron temas pendientes o alguno fue excluido?



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

Título del proyecto: **Tesis de Maestría en Salud Pública: “Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la modificación a la norma sobre VIH en el año 2000”**

Agradecemos mucho su participación.

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con el investigador responsable del proyecto la Mtra. Silvia Magali Hernández al teléfono:

01 (777) 3 29 30 00 extensión 5265 de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 hrs o con la Co-investigadora Hilda Durán Álvarez al teléfono celular: 044 55 31 54 26 08 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales **acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación**, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto, Dra. Julieta Ivone Castro, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. O si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@correo.insp.mx

Fecha __03__/_Ene__/_2012_
Día Mes Año

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán; Cuernavaca Morelos, México.



Título de proyecto:

“Gobernanza y Derechos Humanos en salud: el caso de la modificación a la norma sobre VIH en el año 2000”

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL PARA INFORMANTES CLAVE

Estimado (a) Señora/Señor:

Introducción/Objetivo:

Como parte del trabajo de investigación académica para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública la alumna **Hilda Durán Alvarez** está realizando un estudio para identificar y analizar la situación de gobernanza y derechos humanos relacionada al caso de modificación a la norma sobre VIH en el año 2000. Para este fin se pretende llevar a cabo entrevistas a personas involucradas en el proceso, identificadas a través de instituciones gubernamentales y no gubernamentales del país.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio ocurrirá lo siguiente:

Como parte del estudio se le solicitará responder una serie de preguntas para conocer información de:

- a) Aspectos generales de gobernanza
- b) Aspectos generales de derechos humanos
- c) El tipo de proceso de modificación de la norma de VIH en el año 2000
- d) El tipo y el grado de participación durante dicho proceso de usted o de la institución

La entrevista será audio-grabada y tendrá una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora. Al finalizar la recolección de datos, se transcribirá la grabación y se capturará toda la información en matrices de análisis. Una vez que se reporten los resultados, se desarrollará el análisis, dando a conocer las conclusiones en el producto final de titulación.

Beneficios:

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para generar nueva información útil para siguientes recomendaciones y estrategias en materia de normatividad.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida durante la realización de la investigación será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Este estudio no tiene ningún riesgo para usted, ya que las preguntas de la guía de entrevista son claras y sencillas. Es importante mencionar que su participación en este estudio no implicará ningún tipo de pago por participar, y tampoco implicará algún costo para usted. En el momento que lo desee puede detener la entrevista, si ésta le hiciera sentir incómodo.

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Datos de contacto:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente de la Comisión de Ética del Instituto.

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 3. Categorías clínicas del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicada en 1994 para menores de 13 años con infección por VIH/SIDA.

	N: Asintomático	A: Síntomas leves	B: Síntomas moderados	C: Síntomas severos
1: Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2: Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3: Supresión severa	N3	A3	B3	C3

Fuente: WHO International [sitio de internet]. Chile: Guía clínica de Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH/Sida. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf