



Diagnóstico sobre
VIH/SIDA
en Baja California Sur, 2009

Lic. D.L. Cuevas A.

Colaborador Lic. R.F. Rebolledo R.

Contenido

1. Introducción	4
2. Marco analítico	5
3. Marco teórico	6
3.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	6
3.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)	6
3.2.1 Tratamiento	9
3.2.1.1 Antirretroviral (ARV)	9
3.2.1.2 Enfrentando la discriminación	10
4. Marco jurídico	12
4.1 Internacional.....	12
4.2 Nacional	12
4.2.1 Normatividad oficial.....	12
4.2.2 Reglamentos y guías	13
4.2.3 Retos legales, transversalidad en la ley.	14
5. Panorama mundial y nacional del VIH/SIDA	15
5.1 El mundo y América Latina.....	15
5.2 El VIH/SIDA en México.....	18
5.2.1. Contagio	18
5.2.2 Grupos vulnerables.....	20
5.2.3 Vías de contagio	21

5.2.4 Grupos etarios	22
5.3 Mortalidad por sexo y nivel de estudios	23
5.4 Acciones.....	25
6. El VIH/SIDA en Baja California Sur.....	27
6.1 Contagio.....	29
6.1.1 Casos diagnosticados y acumulados	29
6.1.2 Grupos vulnerables.....	32
6.1.3 Vías de contagio	33
6.1.4 Grupos etarios	34
6.2 Mortalidad por sexo y nivel de estudios	34
6.3 Acciones.....	39
7. Conclusiones y recomendaciones.....	41
7.1 Propuesta de indicadores para un sistema de información de VIH/SIDA con enfoque de género	43
8. Bibliografía y referencias electrónicas.....	45

1. Introducción

El Observatorio de Violencia Social y de Género (OVSyG), es un cuerpo de investigadores dedicado a la generación y seguimiento de indicadores. El objetivo es monitorear la evolución en detalle de los problemas relacionados con las distintas formas de violencia social y de género en la entidad, para ofrecer a los actores sociales una posición panorámica apta para la toma de decisiones de incidencia estratégica que resulten en medidas de intervención multidisciplinaria e interinstitucional que favorezcan la aplicación de una perspectiva de transversalidad en las políticas públicas, así como en las acciones de asistencia en el estado.

Para detener y controlar la diseminación de la epidemia de VIH/SIDA en el estado son necesarias políticas eficaces de SSR sobre grupos de vulnerabilidad. El monitoreo de la evolución de los indicadores recomendados que generará el presente diagnóstico se transmitirá en información cuyo análisis ayudará a diseñar las acciones contra el progreso del padecimiento junto con el de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con esto en mira e instados por el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer (ISMujer) presentamos el siguiente diagnóstico sobre VIH/SIDA en Baja California Sur. Cuya intención es mostrar el panorama actual del VIH/SIDA en el estado guardando un enfoque de género, así como emisión de recomendaciones que en el futuro sirvan de guía para la elaboración de mejores políticas transversales de salud sexual reproductiva (SSR).

2. Marco analítico

Las personas infectadas con el VIH o que padecen Sida deben enfrentarse a un desgaste físico, emocional y económico por lo que son un sector vulnerable de la sociedad. El tratamiento de la enfermedad genera costos elevados que desequilibran la economía familiar. Además la discriminación y el rechazo de la comunidad hacia el enfermo, que incluso puede hacerle perder su empleo y negarle la atención de salud, produce en éste una sensación de abandono y estigmatización.

La epidemia de VIH/SIDA en el país genera una pérdida de capital humano que obliga al estado a destinar importantes recursos de su presupuesto, cuyo desvío le empobrece, para mitigar efectos que son prevenibles a través de monitoreo y acciones que impidan la propagación de enfermedades como el VIH/SIDA.

Por lo tanto, conservar un enfoque transversal de género a lo largo del desarrollo de este diagnóstico permitirá el monitoreo de la aplicación de las políticas públicas y de servicios de salud en la población con, y afectada por, VIH/SIDA dentro de la dimensión social en que el problema se maneja. Estudiar los indicadores de control de dicho padecimiento permitirá acceso a información clave para tipificar la conducta socio-sexual de la población sudcaliforniana de manera y la aplicación de políticas públicas en materia de SSR general en consideración constante con grupos vulnerables de la población. El grado de focalización de la epidemia debe ser comparado con el de la población nacional ya que dicha comparación ofrece la oportunidad de generar indicadores indirectos cuantificables de la conducta social de la población local.

3. Marco teórico

3.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El Virus de la Inmunodeficiencia humana es un retrovirus o virus de Ácido Ribonucleico (ARN). La conversión facultativa de ARN en Ácido Desoxirribonucleico (ADN) es la característica definitoria del virus, la cual se lleva a cabo mediante la acción enzimática de la transcriptasa inversa. El VIH tiene un diámetro de ~100nm cuenta con una cubierta de membrana celular que pertenecía originalmente a la célula de donde emergió y que posee una gran número de glicoproteína transmembrana embebida con especificidad de unión para las membranas de los linfocitos T, sus hospederos tipo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

La infección por VIH es en principio silenciosa, es decir no muestra ningún signo o síntoma, se diagnostica por medio de Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas (ELISA)

3.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)

Se denomina sida al cuadro clínico que se presenta en los estadios más avanzados de la infección por VIH. De manera estándar se considera cuando la cuenta de linfocitos T CD4 se encuentra por debajo de las 200 células en un mililitro o cuando presenta el cuadro complejo de combinación de infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH¹. Son, criterios mexicanos² para establecer el diagnóstico como caso de SIDA aún sin la necesidad de pruebas VIH específicas; cuando el paciente se presenta un cuadro complejo con al menos dos de las siguientes enfermedades, comprobadas por microscopia o cultivo.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/>.

² Ver: NOM-010-SSA2-1993 para tipificación de cuadro oficial de SIDA a nivel nacional.

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- Infección diseminada por *M. kansasii* o complejo *M. avium-intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hiliar o cervical).
- Infección por Herpes *simplex*, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad.
- Infección por citomegalovirus de un órgano interno, que no sean hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad.
- Toxoplasmosis cerebral, en pacientes mayores de un mes de edad.
- Criptosporidiasis con diarrea, con más de un mes de duración.
- Estrongiloidosis extraintestinal.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sarcoma de Kaposi, en pacientes menores de 60 años.
- Linfoma primario cerebral, en pacientes menores de 60 años.
- Hiperplasia pulmonar linfoide, o neumonitis intersticial linfoide, en menores de 13 años.
- Criptococosis extrapulmonar.

O si las pruebas de laboratorio para VIH son positivas y se presentan Uno o más de los siguientes diagnósticos, comprobados por microscopía-cultivo:

- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.
- Linfoma primario cerebral a cualquier edad.
- Linfoma de Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad).
- Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
- Síndrome de desgaste.
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar;
- Diseminación extrapulmonar por *M. avium* o *M. kansasii*.

- Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias de otras especies que no sean lepra.
- Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
- Isosporidiasis con diarrea, con más de un mes de duración.
- Coccidioidomicosis diseminada.
- Septicemia por salmonela no tifoidica recurrente.
- Episodios recurrentes de neumonía bacteriana.
- Cáncer cervicouterino invasivo.
- Neumonía por *P. carinii*.
- Toxoplasmosis cerebral, en mayores de un mes de edad.
- Infección extrapulmonar o diseminada, por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes de
- especie indeterminada).
- Retinitis por Citomegalovirus, con pérdida de la visión.
- Candidiasis esofágica.
- Sarcoma de Kaposí.
- Hiperplasia pulmonar linfoide, o neumonitis intersticial linfoide, en menores de 13 años.
- Episodios recurrentes de neumonía, con o sin diagnóstico bacteriológico.

Las personas con Sida enfrentan graves problemas de salud, por lo que el acceso a derechos debe ser vigilado ante esta difícil situación. En nuestro país se realizan esfuerzos extraordinarios para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas por VIH o que padecen Sida, garantizar su acceso a un tratamiento del mejor nivel y un trato más humano. Tratamiento que por tanto, es complejo. Junto a la terapia para contrarrestar la propagación del virus, se deben controlar tanto las enfermedades oportunistas que aquejan al individuo con un sistema inmune debilitado así como los problemas psicológicos desencadenados por una condición de salud crónica.

3.2.1 Tratamiento

3.2.1.1 Antirretroviral (ARV)

La situación crítica de los pacientes con VIH o que presentan Sida ha evolucionado con el estado del arte de la farmacología antirretroviral, si bien aún no existe una cura para la inmunosupresión originada por la infección por VIH, el avance en la terapia con medicamentos antirretrovirales es llamado hoy en día Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA). Al evitar la multiplicación del virón y la consecuente infección de los linfocitos de la persona infectada, los medicamentos de TARAA ofrecen claros beneficios para mejorar la salud y la expectativa de vida de las personas con VIH, al grado de que el VIH/SIDA ha cambiado su rango a ser considerado como un padecimiento crónico tratable.

Así mismo existen medicamentos como la Zidovudina cuyo esquema de aplicación reduce considerablemente la posibilidad de infección perinatal por VIH en el producto hasta en un 70%, dicho medicamento en combinación con la TARAA llega a tener una efectividad de hasta el 98%. Lo cual se traduce en menor incidencia en casos de seropositividad perinatal.

En México, el Sida se considera un problema de salud pública complejo, con repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social³. A su vez, se reconoce que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que se considera que las acciones en la materia se vinculen con el desarrollo social y económico del país.

Ante esta situación el Programa de acción: VIH/Sida e ITS, que se derivó del Programa Nacional de Salud 2001-2006, contempla la importancia de proporcionar atención integral a las personas con VIH. Con esta finalidad se ampliaron los servicios de detección y de atención especializada en todo el país y se impulsó una política de

³ Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA). El VIH/SIDA en México, 2009. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico.pdf>>

distribución gratuita de medicamentos ARV⁴ para las personas que lo requirieran, independientemente de su afiliación o no a los sistemas de seguridad social.

3.2.1.2 Enfrentando la discriminación

Uno de los aspectos importantes para la mejora del paciente con VIH/SIDA en la población infectada tiene que ver con el comportamiento social de las personas saludables hacia el paciente. Además de las dificultades para sobrellevar la enfermedad y su tratamiento, la población infectada con VIH/SIDA debe enfrentarse al estigma social que repercute negativamente en su calidad de vida. El estigma social se entiende como la membresía de una persona a un grupo social menospreciado. Puede conllevar a sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento, y también porque la expresión de ideas prejuiciadas puede conducir a las personas a hacer cosas, u omitir otras, que terminan dañando, rechazando o negando los derechos de los otros.

El paciente estigmatizado es difícil de tratar, se comporta con negligencia ante los signos del deterioro de su salud, no acude a sus sesiones de tratamiento para evitar el contacto social o intenta esconder su condición tratando de llevar una vida normal que extiende el contagio del virus.

En México, la epidemia VIH/SIDA está focalizada en grupos vulnerables. De acuerdo con el *Programa de respuesta a VIH/SIDA e ITS*, ello se debe a deficiencias en la educación sobre SSR en la población en conjunción con un grave problema de la estigmatización del portador de VIH o la persona que ha manifestado Sida, así mismo los expertos señalan que la pobreza, la vulnerabilidad, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia, están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, y todo lo anterior se complica con la falta de educación sexual y la persistencia aún de muchos tabúes sociales sobre la sexualidad humana.⁵

⁴ SSA *Programa Nacional de Salud 2001-2006* Secretaría de salud 2001 p.1103-104

⁵ SSA 2008 *Programa de Acción Especifico 2007-2012 en respuesta la VIH/SIDA e ITS* 1ªed Secretaria de Salud, México. p14.

Por ello es necesario que las políticas de SSR se centren primeramente en la acciones de prevención sobre la población en la que se focaliza la epidemia. Sin la intención de dejar en un segundo plano, se considera como necesaria una campaña de impacto general en la sociedad que dé lugar a la reflexión sobre la pertinencia de erradicar el estigma que sufren tanto la población infectada con VIH como los grupos de riesgo que se encuentran asociados a ella.

Para tratar esta 'epidemia del miedo y la ignorancia' se propone la difusión pública de información que ayude a aclarar el carácter injusto del estigma y la discriminación, tanto a nivel comunitario potencializando a los actores de liderazgo (políticos, personalidades del deporte, actores de tv o cine etc.), personas con estas cualidades o líderes informales que viven con, y están afectados por, el VIH/SIDA, con campañas que desafíen las percepciones, creencias y opiniones discriminantes acerca de la epidemia y aquellos a quienes afecta.

4. Marco jurídico

4.1 Internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre así como la Constitución de la Organización Mundial de la Salud contemplan el derecho a la salud de todos los individuos, entendida esta en un marco general de bienestar físico y mental.

4.2 Nacional

Todo mexicano, al gozar del derecho constitucional fundamental a la igualdad y, a su vez, como se reconoce en el artículo 4º constitucional al tener acceso a la protección de su salud cuenta con garantías desde las cuales emanan las obligaciones estatales de mitigar enfermedades y epidemias en la población con acciones tanto preventivas como de extensión de servicios médicos igualitarios para la sociedad.

4.2.1 Normatividad oficial

Con el fin de actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana* (NOM-010-SSA2-1993) dicta las disposiciones oficiales para tipificar infecciones por VIH y casos de sida, así como su control epidemiológico y las medidas de atención básicas de salud preventiva para evitar la diseminación de la epidemia. Todo esto en un marco de derecho para los mexicanos seropositivos a contar con el tratamiento de su enfermedad gratuito y en un ambiente de confidencialidad.

En cuanto a políticas preventivas de SSR se cuenta con la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual* (NOM-039-SSA2-2000), la cual contempla un tratamiento concentrado en la prevención y control de estas infecciones en la mujer, ya que ellas muestran una vulnerabilidad acentuada por factores biológicos, sociales, culturales y económicos. La norma uniforma los criterios para realizar programas educativos con miras a orientar y capacitar sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS), sus mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento, dirigidos tanto al personal del sistema como a la población en general.

Otras Normas Oficiales Mexicanas que se consideran complementarias en cuanto a la Prevención, Atención y Control del VIH y SIDA e ITS, son:

- Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-168-SSA2-1998).
- Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993).
- Norma Oficial Mexicana para la Prestación de los servicios de salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999).

4.2.2 Reglamentos y guías

La NOM-010 establece que el tratamiento profiláctico debe ser administrado al paciente con VIH/SIDA por la institución que le ofrece asistencia social o por el estado en caso de no contar con ninguna afiliación. Dicho tratamiento se aplicará de acuerdo a lo establecido por la *Guía para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales* publicada por la SSA en 2000 y actualizada con el título *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* en el 2008, aunque no es un documento legal, sí es de carácter obligatorio en los protocolos internos de las instituciones del Sistema.

La *Guía de manejo* propone los esquemas estándar de aplicación, tratamiento ARV y evaluación-seguimiento de los casos de Sida y las personas infectadas por VIH para las instituciones de salud en México, su actualización se enfoca al uso de los nuevos medicamentos ARV, la implementación y apego en el tratamiento de infecciones por VIH en adultos, embarazadas, niños y profilaxis ante el riesgo ocupacional.

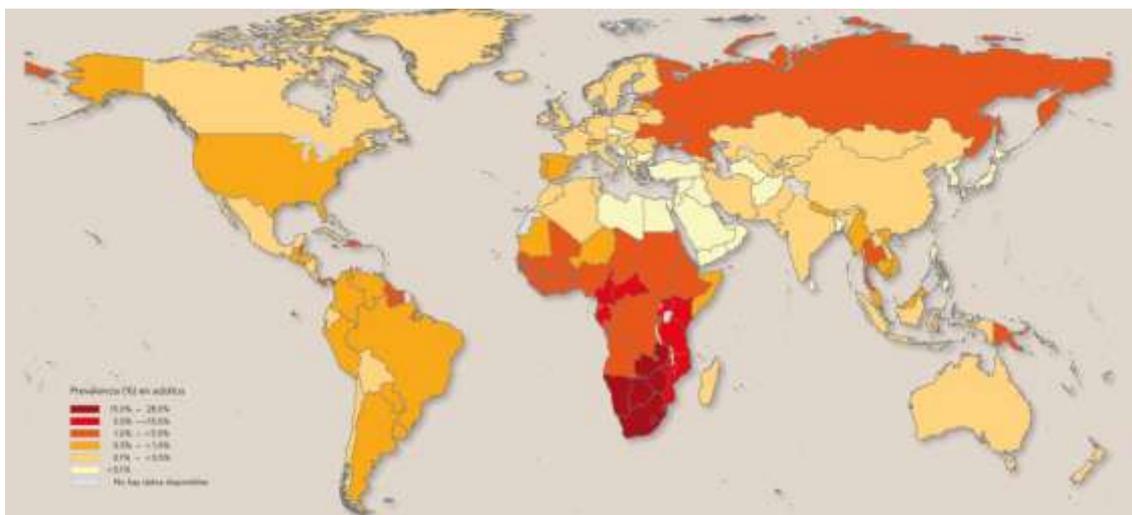
En cuanto a los derechos y las obligaciones legales de las personas con VIH, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emite un documento de carácter no oficial para orientar en cuanto a la exigencia de los derechos y oportunidades como paciente, la distribución de este documento no es una disposición oficial, abarca un resumen del marco legal que ampara los derechos de las personas enfermas y es de gran utilidad como orientación para el paciente en las condiciones antes mencionadas.

4.2.3 Retos legales, transversalidad en la ley.

A pesar del progreso en materia normativa, es necesaria una perspectiva transversal de modificación a las leyes federales para que incluyan las modificaciones que implican la oficialidad de las nuevas normas mexicanas. La ley federal del trabajo permite en sus artículos 133 y 134 en los que el empleador esta capacitado para solicitar las pruebas clínicas que considere necesarias a la persona que busca trabajo. Mientras que la mencionada NOM-010 establece el examen como voluntario y el resultado de dicha prueba como confidencial.

5. Panorama mundial y nacional del VIH/SIDA

5.1 El mundo y América Latina



Mapa1. Pervalecia mundial de VIH 2007. ONUSIDA 2009.

Desde la caracterización del VIH como el causante del sida en 1981, se sabe que ha matado a más de 25 millones de personas. Según ONUSIDA, el porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el año 2000. En 2007 se registraron 2.7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el sida. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en ciertos países contrarresta, al menos en parte, lo que aparenta una tendencia favorable. En los últimos diez años, tiempo en que aumentó el acceso al tratamiento ARV, disminuyó el número anual de fallecimientos por sida en los países que implementaron programas para hacer accesible la terapia a todos los grupos de riesgo.

En África Subsahariana existen poblaciones donde casi la tercera parte de sus habitantes está infectada por VIH. En esta región se concentra el 67% de todas las personas que viven con VIH en el mundo (Véase Mapa 1).

En las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta a usuarios de drogas inyectables (UDI), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y trabajadores y trabajadoras del sexo comercial (TSC).

La región latinoamericana reporta 1.7 millones de personas infectadas para el 2007⁶. Los niveles generales de infección por VIH en América Latina (AL) apenas han variado durante la última década (Véase mapa 2). Por otro lado hay indicios de que la proporción tipo 5:1 en la distribución por género que era común para los países latinoamericanos esta cambiando. Cifras cada vez mayores de mujeres se infectan entre ellos Argentina, Brasil, Perú y por último en Uruguay, en donde se han logrado estimados para establecer que las relaciones sexuales sin protección (en su mayoría heterosexuales) contribuyen con dos tercios de las nuevas infecciones.

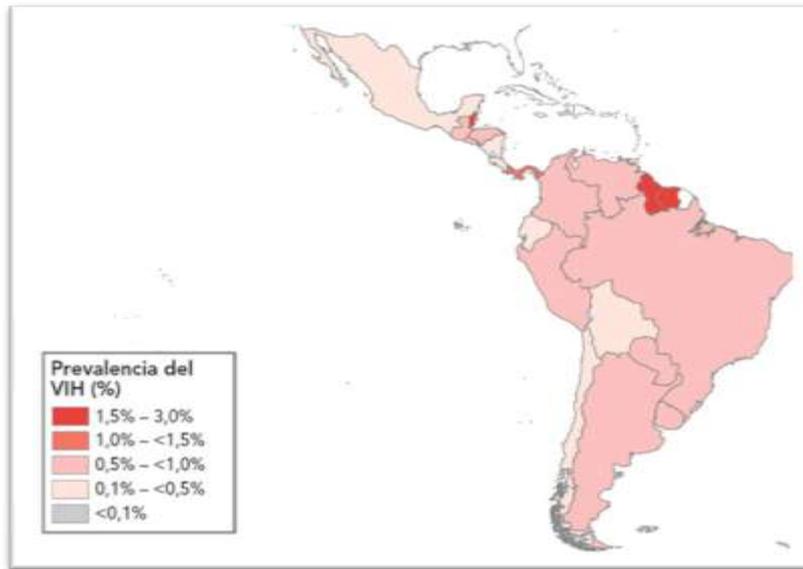
México ocupa el segundo lugar en AL en población viviendo con VIH en su territorio con 200 000 personas, Brasil se le adelanta con 730 000. Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH para la población adulta para México (0.3%) se le ubica en el décimo lugar para América latina, se espera que sea cada vez mayor en la medida en la que la esperanza de vida de las personas que viven con VIH sea mas alta debido a la aplicación de terapia ARV. Además en contexto geográfico esta prevalencia es menor a la de los países con los que tiene fronteras como Belice (2.1%) Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%) (Véase mapa 3).



Mapa 2. Evolución de la epidemia de VIH/SIDA por prevalencias, 1995-2001
FUENTE: ONUSIDA, 2009

⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Situación de la epidemia de Sida. Diciembre, 2009. [En línea. Consulta: Febrero de 2010]
<http://data.unaids.org/pub/report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_es.pdf>

El país se caracteriza por una epidemia concertada en los trabajadores sexuales varones, con una prevalencia del 15%, y los HSH, con una prevalencia del 11%.



Mapa 3. Prevalencia del VIH en América Latina, 2007

5.2 El VIH/SIDA en México

5.2.1. Contagio

Según el Centro Nacional para la Prevención y Control del sida (CENSIDA), México es un país con una epidemia de sida *concertada*, esto es, se caracteriza por una prevalencia⁷ de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero aún no se establece en la población general.

Se estima que actualmente existen alrededor de 200 000 personas adultas infectadas con VIH. La mayoría de los casos, un 60%, se concentra en la población masculina, sobretodo entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), siendo en el 90% de los casos la vía sexual la principal causa del contagio. El principal grupo de edad de población afectada está en el rango de 25 a 44 años, mostrándose un aumento en jóvenes entre los cuales sólo el 19.6% reporta usar condón. La prevalencia de VIH entre la población adulta de 15 a 49 años es de 0.37% por cada 1 000 personas.

5.2.1 Casos diagnosticados y acumulados

El primer caso de Sida en el país fue diagnosticado en 1983, aunque el año considerado como inicio de la epidemia a nivel mundial es 1981. Desde entonces, se considera que la evolución se ha mantenido estable, con un bajo crecimiento durante la última década. A la fecha se han contabilizado 135 003 casos acumulados de sida⁸, de los cuales el 82.3% se registraron en hombres y el 17.7% en mujeres. La relación de contagio hombre-mujer es de 4.6 a 1.

⁷ La prevalencia se refiere al número de personas que resultaron positivas en la prueba de detección del VIH sobre la población estudiada por cien.

⁸ Cifras al 17 de noviembre de 2009.

Año	Por Fecha de Diagnóstico	Por Fecha de Notificación
1983	66	6
1984	192	6
1985	367	28
1986	708	243
1987	1,600	508
1988	2,196	897
1989	2,840	1,589
1990	3,712	2,568
1991	3,878	3,122
1992	4,358	3,160
1993	4,512	4,979
1994	5,064	4,005
1995	5,556	4,102
1996	5,909	4,117
1997	6,101	3,587
1998	6,743	4,648
1999	8,850	4,275
2000	8,644	4,684
2001	8,531	4,165
2002	8,386	13,594
2003	8,240	7,059
2004	8,273	22,152
2005	7,252	8,682
2006	7,160	7,804
2007	5,946	7,681
2008	5,243	12,437
2009	642	871
1983-2009	130,969	130,969

Tabla 1. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Dirección de Investigación Operativa. *Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación*. Datos al 31 de marzo de 2009. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/01_Acumulados.pdf>



Cuadro 1. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Dirección de Investigación Operativa. *Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación*. Datos al 31 de marzo de 2009. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/01_Acumulados.pdf>

Casos acumulados de sida por edad y sexo, 2009

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
0-14	1,664	1.50	1,435	6.2	3,099	2.4
15-29	31,314	29.0	7,667	33.2	38,981	29.7
30-44	52,930	49.1	9,631	41.7	62,561	47.8
45 años o más	21,069	19.6	4,216	18.3	25,285	19.3
Se desconoce	897	0.8	146	0.6	1,043	0.8
Total	107,874	100.0	23,095	100.0	130,969	100.0

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2009.
Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa.

Tabla 2. Casos acumulados de Sida por edad y sexo, 2009.

FUENTE-ELABORACIÓN: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Dirección de Investigación Operativa. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/05_Edad_y_Sexo.pdf>

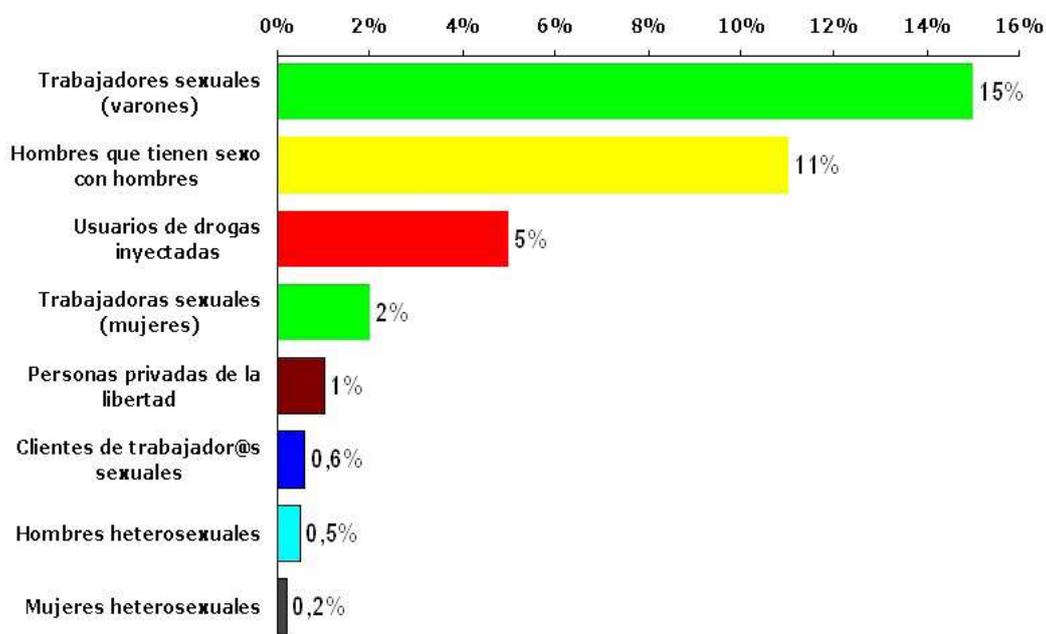
Sin embargo, comienzan a observarse cambios en los patrones de transmisión del VIH/SIDA, sobretodo en lo que respecta a la prevalencia de casos en mujeres, pues ésta ha aumentado. Entre la población infectada por VIH, un 23% corresponde a mujeres heterosexuales, las cuales han sido contagiadas por sus esposos o compañeros sexuales. La falta de información, la poca capacidad de negociación del uso del condón con sus parejas sexuales, así como diferencias de ingreso, colocan a las mujeres como grupo vulnerable al contagio del VIH.

5.2.2 Grupos vulnerables

Los grupos poblacionales susceptibles al contagio del VIH, dadas condiciones específicas de vulnerabilidad como lo son conductas sexuales de alto riesgo, múltiples parejas sexuales, intercambio de jeringuillas usadas y sin desinfección; incluyen a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabadores y trabajadoras del sexo comercial (TSC), usuarios de drogas inyectables (UDI), personas privadas de su libertad, clientes de trabadores y trabajadoras sexuales, hombres heterosexuales y mujeres heterosexuales.

La prevalencia de contagio de VIH en 2009, según el CENSIDA, por grupo de vulnerabilidad es de 15% entre TSC varones, 11% en HSH, 5% en UDI, 2% en TSC mujeres, 1% personas privadas de su libertad, .6% clientes de TSC, .5% hombres heterosexuales y .2% mujeres heterosexuales.

Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México



Fuente: Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca. El VIH y sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA, 2008.

5.2.3 Vías de contagio

Las principales vías de contagio del VIH son la transmisión sexual, por prácticas de sexo de alto riesgo entre HSH, bisexuales y heterosexuales; perinatal, la transmisión por transfusión sanguínea y por consumo de drogas inyectables.

Entre los usuarios de drogas inyectables (UDI) el contagio ha aumentado. Los bajos precios de la droga han aumentado el índice de consumidores y esto se explica debido al crecimiento de la producción mexicana de opio y el tráfico de heroína hacia Estados Unidos. Es por ello, que en el norte del país el riesgo de contagio por consumo de drogas inyectadas es más alto que en el resto del país.

En cuanto a la transmisión por vía sanguínea, ésta prácticamente ha cesado en el país al aumentar en el sector salud los controles para realizar transfusiones. Por su parte,

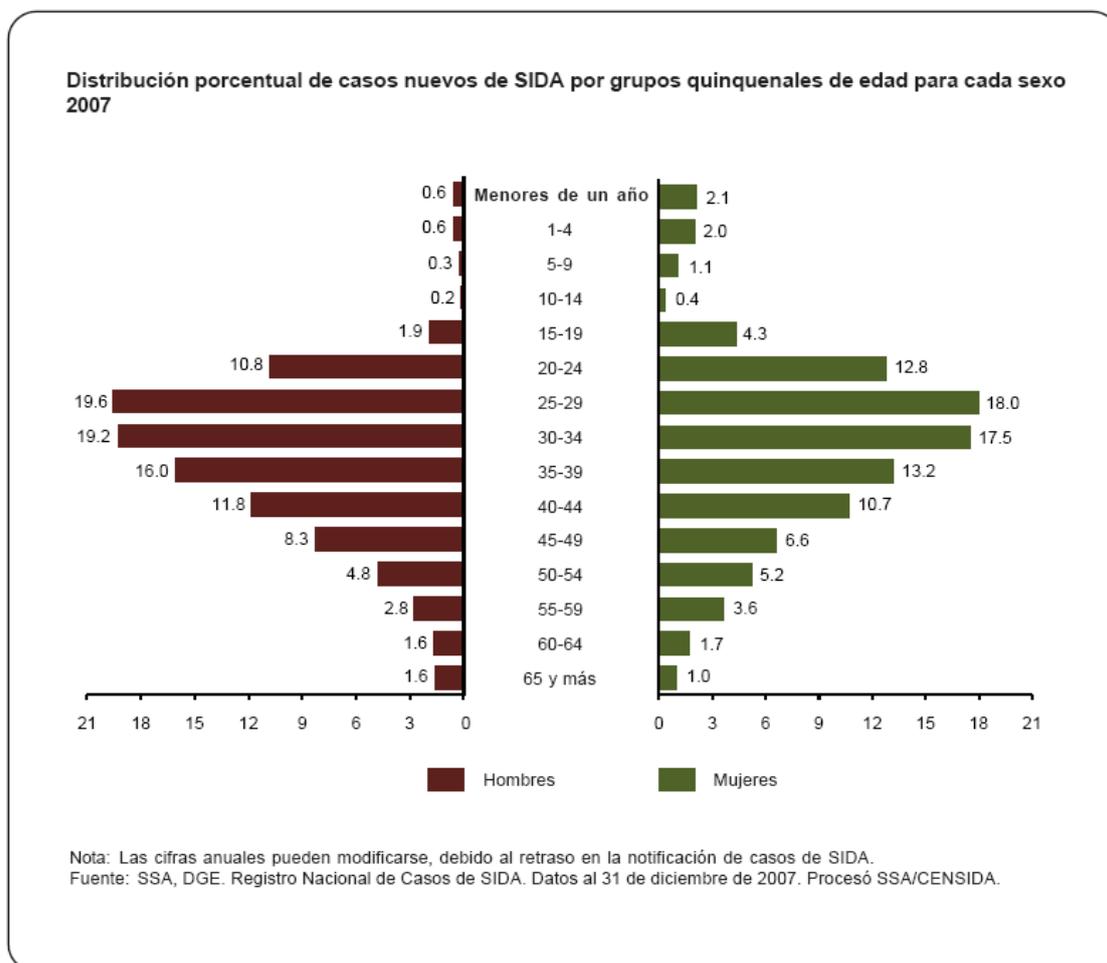
el sida pediátrico, localizado en la población menor de 15 años, la vía de transmisión principal es la perinatal.

5.2.4 Grupos etarios

El VIH/SIDA es un padecimiento que se concentra principalmente en la población joven del país. Entre los hombres, la infección se manifiesta principalmente entre rango de edades de 25-29 años y el de 30-34 años, representando ambos el 39% del total de infectados. Mientras que el 28% de la población masculina infectada se encontraba en el rango de edad de 35-44 años. El 67% de los infectados masculinos se encuentra entre los 25 y 44 años. En el caso de la población femenina se observa un comportamiento similar, un total de 35.5% de los casos de sida registrados, se encontraban en el rango de edades de 25-29 años y en el de 30-34 años. En cambio el 24% de los casos se encontraba en el rango de edad de 35-44 años. El 57% de las infecciones femeninas se concentran entre los 25 y 44 años.

Existe una variación entre los porcentajes de población infectada en los rangos de edad de 1-4, 5-9 y 10-14 años entre hombres y mujeres. El total de infectados masculinos es de 1.7%; mientras que el porcentaje femenino, es mayor, con 5.2%. Así como en los rangos de edad de 15-19 y 20-24 años también es mayor el porcentaje de mujeres infectadas, 17.1%, en comparación con los hombres con 12.7%. La causa de estas diferencias porcentuales podría señalar que las mujeres son más vulnerables que los hombres en la niñez y la adolescencia a contraer VIH/SIDA.

En cuanto a los rangos de edad de 45-49, 50-54, 55-59, 60-64 y 65 y más, es ligeramente mayor el porcentaje de infección en la población masculina con 19,1%; en cambio entre la población femenina el porcentaje es de 18.1%.

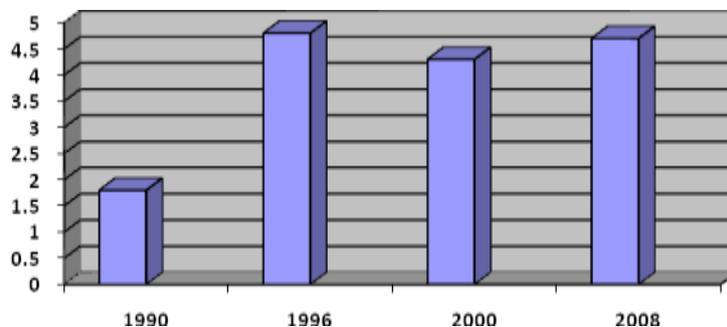


Cuadro 3. Distribución porcentual de casos nuevos de SIDA por grupos quinquenales de edad para cada sexo, 2007. FUENTE-ELABORACIÓN: INEGI-Instituto Nacional de las Mujeres. *Mujeres y hombres en México, 2009*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <www.inegi.org.mx>

5.3 Mortalidad por sexo y nivel de estudios

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta que para junio de 2008 la tasa de mortalidad por Sida es de 4.7 por cada 100 000 habitantes, ocupando el lugar número 17 como causa de muerte a nivel nacional. A pesar del avance en la distribución de medicamentos ARV entre la población infectada, no es posible percibir el impacto en la mortalidad de la misma. En 1990 la tasa de mortalidad fue de 1.8, en 1996 fue de 4.8 y en el año 2000 fue de 4.3.

Tasa de mortalidad por SIDA por cada 100 000 habitantes



Cuadro 4. Tasa de mortalidad por SIDA por cada 100 000 habitantes
FUENTE: Elaborado por D.L. Cuevas A.

La tasa de mortalidad en hombres ha descendido de 1998 a 2007, de 18.4% a 17.7%, tanto en la población general como en el grupo de edad más afectado (25-44 años). El nivel de escolaridad por defunción entre los varones, se ubica entre los que tienen estudios profesionales y de preparatoria, 93.5% y 89.0%, respectivamente.

La tasa de mortalidad en mujeres ha aumentado un 21.2% entre la población de 25 a 44 años, así como en la población general un 44.8%. El análisis por escolaridad muestra que las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta presentan los mayores porcentajes de defunción por sida, 30.9% y 26.4% respectivamente.

Los datos arriba mencionados señalan que entre mujeres ha aumentado la mortalidad por sida, mientras que en los hombres ha disminuido, además que las mujeres tienen menor nivel de estudios que los hombres.

De 1988 al 2007 se han registrado 72 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA, de esta cifra, 49 mil defunciones sucedieron en el grupo de edad de 25 a 44 años. La mayor proporción de personas que muere por esta enfermedad, tiene un nivel educativo bajo, ya que 7 de cada 10 personas que fallecieron, no tenían estudios o únicamente contaban con educación básica, es decir, hasta secundaria terminada. El 37.7% de las defunciones ocurren en población que no tiene derechohabencia a ninguna institución de seguridad social.

5.4 Acciones

El tratamiento del VIH con medicamentos ARV ha disminuido la mortalidad del virus, entre los pacientes que han reaccionado positivamente a los tratamientos con ARV el VIH se ha convertido en un padecimiento crónico. De la población infectada, el 27% recibe terapia ARV, el 14% han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar tratamiento ARV y el 59% se encuentra infectado, pero no lo sabe.

Desde 2001 la Secretaría de Salud ha puesto en práctica la política de acceso universal a la atención médica integral del VIH que incluye el tratamiento antirretroviral de forma gratuita para todas las personas con VIH sin seguridad social. Esta acción representa un avance sumamente importante para la población infectada de bajos recursos que debido a los altos costos de los medicamentos, que varían entre \$6,000.00 y \$7,000.00 mensuales, les era imposible comprarlos. Se estima que la cobertura de pacientes en tratamiento es superior al 95%. Según el último boletín del Sector Salud en 2008, de 52 001 pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral, 22 013 lo hicieron a través de la Secretaría de Salud (SSA), 20 696 del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), 3 698 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 369 de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y 225 de la Secretaría de Defensa (SEDENA). Solamente un 5% de los pacientes reciben tratamiento particular contra el virus.

Respecto a la sobrevivencia de los pacientes en tratamiento con ARV, el promedio de sobrevivencia a los primeros 12 meses de iniciada la terapia es del 96.6%. De éste porcentaje, el 97.6% corresponde a mujeres, a diferencia del que el 96.2% de los hombres.

En 2003 dentro del Plan Maestro de Infraestructura de Salud se incluyó la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), con la finalidad de ampliar la atención integral a la población infectada con el VIH.

El CENSIDA considera que urge fortalecer las estrategias de prevención entre la población en general para detener la propagación de la epidemia del VIH/SIDA, entre las principales actividades a desarrollar al respecto se encuentra el incrementar la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil y las personas que viven con sida en programas dirigidos a las poblaciones clave de mayor riesgo, así como para

disminuir la discriminación y la homofobia. La meta es mantener la prevalencia del VIH por debajo del .6% en personas de 15 a 49 años. Para ello se han financiado alrededor de 70 proyectos ubicados en diferentes estados de la República.

Dentro de las acciones de prevención mencionadas, vienen incluidas campañas de educación sexual en medios masivos de comunicación, las cuales, se enfocaron a la población femenina para empoderarla en el cuidado de las relaciones sexuales a través del uso del condón, así como a la población HSH.

Hasta 2005 se habían entregado en los diferentes programas alrededor de 84 millones de condones con una inversión mayor a los 806 millones de pesos. Junto con la inversión para garantizar el acceso universal a los antirretrovirales fue de 500 millones de pesos.

6. El VIH/SIDA en Baja California Sur

Similar al contexto nacional, el VIH/SIDA en Baja California Sur se asocia a la pobreza y a la desigualdad, sin embargo, de manera especial en el estado el principal factor de riesgo de propagación de la epidemia del VIH está relacionado con la movilidad poblacional resultado de las actividades de sus principales sectores económicos, como lo son el turismo y la agroexportación. En este contexto, la migración involucra tanto a las personas que se desplazan como a las personas que los reciben, sea esta temporal o permanente. De acuerdo a actores claves entrevistados, es posible identificar cuatro grupos de poblaciones altamente vulnerables al contagio del VIH en el estado.

a. Sector turístico y de servicios

La economía sudcaliforniana depende en gran parte de la actividad turística. Esta actividad puede contribuir a la diseminación del VIH sobre las personas vulnerables en las regiones de destino como lo son los polos turísticos de La Paz y Los Cabos, principalmente. De esta manera, consideramos que estrategias políticas que basan el crecimiento económico en el turismo colocan a sus poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que deben ser prevenidas para evitar una diseminación mayor de la epidemia.

Además de los HSH, TSC, UDIS, personas privadas de su libertad, clientes de trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres heterosexuales y mujeres heterosexuales, los niños y niñas podrían ser considerados como grupo vulnerable, al encontrarse dentro de un marco de turismo sexual y de prostitución ilegal existente donde se desarrollan prácticas sexuales de alto riesgo. Al respecto se ha señalado que Los Cabos es una de las principales ciudades del país con mayor índice de

explotación sexual de niños y jóvenes⁹, situación asociada a la falta de regulación de las autoridades.¹⁰

Por otro lado, la postura de operadores y guías turísticos frente al tema del VIH/SIDA, es de indiferencia y de restricción al negocio, pues buscan evitar una imagen negativa del destino que pueda disminuir el flujo de turistas por temor a contagiarse. Sin embargo, se cree que es necesario tomar las medidas de prevención necesarias para mantener una *economía turística sostenible*, sobre la cual depende en gran parte el estado.

b. Trabajadores agrícolas

Los trabajadores de los campos agrícolas son considerados un grupo de población vulnerable, dada la poca información sobre conductas sexuales seguras entre la población jornalera migrante. Otra característica importante sobre este grupo deriva de que en localidades indígenas del sureste mexicano surgen núcleos rurales de infección por el VIH que son difíciles de detectar. Constantemente estos grupos se insertan en las rutas migratorias del noroeste mexicano para trabajar en la maquila de hortalizas. Sin embargo, el hecho de tener un trabajo no les garantiza una asistencia médica, pues sus derechos laborales constantemente son explotados. El trabajo de la Secretaría de Salud ha podido llegar a algunos campos agrícolas de La Paz con la intención de prevenir contagios por VIH y atender a población con Sida, sin embargo esto constituye una tarea muy ardua dados los bajos niveles escolares de los trabajadores y al apego de sus usos y costumbres. Cuando se sabe que existe una persona infectada por VIH en el campo agrícola, generalmente es despedida de su trabajo y la persona, a veces jefe de familia, debe enfrentarse a la realidad de encontrarse infectado de VIH y de estar desempleado en un lugar de residencia diferente al suyo.

⁹ García Ochoa, Sonia. "Auge del turismo sexual en México", en *El sol de Tijuana*, 23 de noviembre de 2009. [En línea. Consulta: Febrero de 2010]

<<http://www.oem.com.mx/elsoldetijuana/notas/n1413526.htm>>

¹⁰ Álvarez, Gustavo Alonso. "La policía informática de la PFP debe intervenir en los delitos por la internet", en *El Sudcaliforniano*, 14 abril de 2009. [En línea. Consulta: Febrero de 2010]

<<http://www.oem.com.mx/elsudcaliforniano/notas/n1123316.htm>>

c. Trabajadores en la frontera con Estados Unidos

Infectados en Estados Unidos o en estados fronterizos, los pacientes con VIH/SIDA regresan a Baja California Sur a recibir atención médica y en busca del apoyo de sus familiares. También se considera dentro de los grupos vulnerables a la población migrante mexicana hacia los Estados Unidos. Ésta ha aumentado los casos de VIH/SIDA en las regiones rurales, donde dadas las condiciones de aislamiento y dispersión se dificultan las campañas preventivas y de combate a la enfermedad¹¹.

d. Personas Privadas de su Libertad.

Las personas privadas de su libertad representan un grupo vulnerable debido a que históricamente se ha visto una carencia en la atención de la salud y del VIH/SIDA en cárceles, debido a que son espacios en donde se supone que las personas no ejercen su sexualidad, sin embargo dentro de las cárceles se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo y uso de drogas inyectables. Cuando una persona es detectada infectada por VIH o por Sida, es puesta en libertad para que pueda recibir atención médica. Según Rodrigo Parrini, el hacinamiento, factores socioculturales, la ausencia de políticas públicas y la falta de reconocimiento de las conductas de riesgo agudizan la situación.¹²

6.1 Contagio

6.1.1 Casos diagnosticados y acumulados

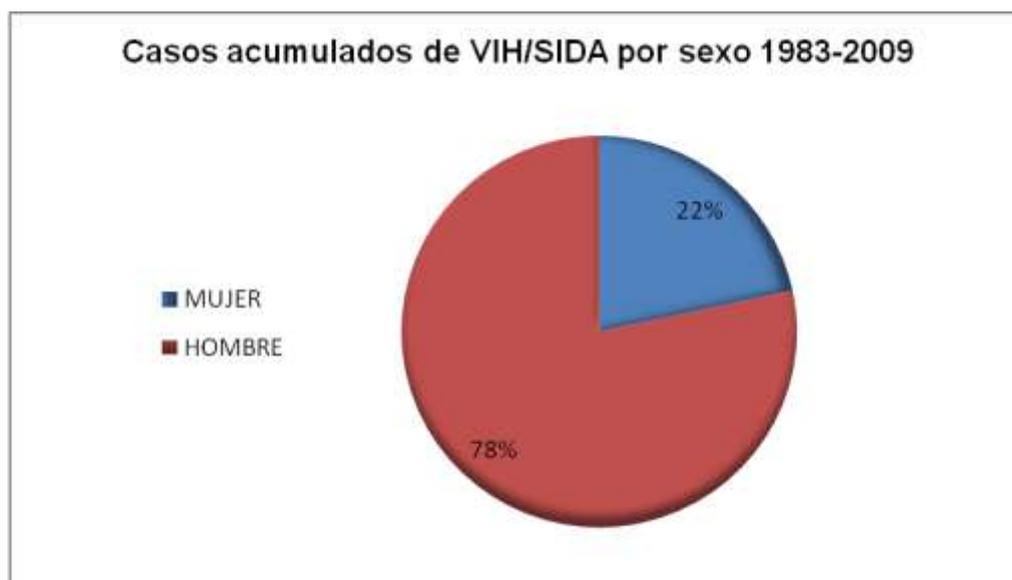
En 2009 cinco estados concentraron el 55% de los casos de VIH/SIDA. El Distrito Federal concentró el 17%, el estado de México el 11%, Veracruz el 9%, Jalisco el 8%, Puebla y Baja California el 5% respectivamente. El porcentaje de casos de Baja California Sur con respecto al nacional es de 0.5% del total, el porcentaje más bajo del país a la par que el de Zacatecas (Véase cuadro 7).

¹¹ Magis Rodríguez, Carlos *et al.* *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México, D.F.: CENSIDA, 2008. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf>

¹² [En línea. Consulta: Febrero de 2010]<<http://anodis.com/nota/8192.asp>>

En el estado se realiza un esfuerzo continuo para monitorear la epidemia de VIH/SIDA desde 1987. Los datos acumulados muestran que desde esa fecha hasta noviembre de 2009 se han atendido 975 casos, el 78% de los cuales corresponde a la población masculina y el 22% a la femenina.

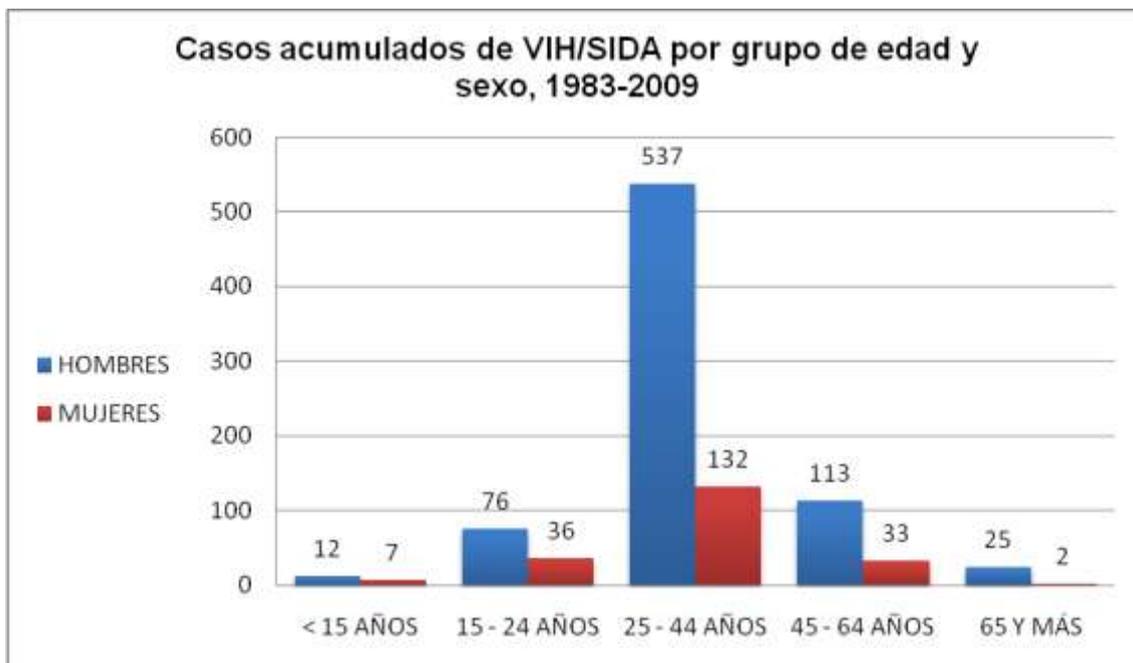


Cuadro 5. Casos acumulados de VIH/SIDA por sexo, 1983-2009.
FUENTE: Secretaría de Salud 2009. Elaboración: R. F. Rebolledo R.

El aumento en casos de VIH/SIDA entre 2008 y 2009 fue de 4.4%, con un total de 29 casos, a nivel nacional el estado ocupó el lugar número 17 en incremento porcentual (Véanse cuadros 5 y 6).

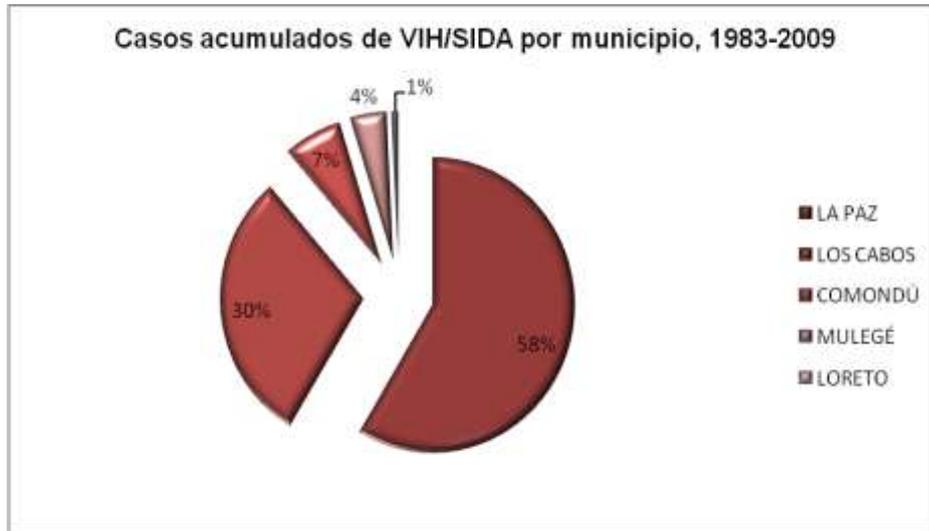
Entre 2003 y 2007 se presenta un incremento gradual de las tasas de incidencia. Al inicio de este periodo la incidencia se ubicó en 85.8 casos por cada 100 mil habitantes; en tanto que para el 2007 el indicador llega a 113.5 por cada 100 mil habitantes, lo que muestra que en sólo cuatro años se incrementó el número de seropositivos en 28 por cada cien mil residentes del estado. Para el 2009, la tasa de incidencia fue de 120, lo que colocó a Baja California Sur en el lugar número 11 a nivel nacional (Véase cuadro 10).

Para el 2007, por cada 5 hombres infectados, existía 1 mujer. En general, la población masculina concentra la mayor cantidad de infecciones por VIH.



Cuadro 6. Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y sexo, 1983-2009.
FUENTE: Secretaría de Salud en Baja California Sur, 2009. Elaboración R.F. Rebolledo R.

Geográficamente la epidemia se centra en el sur del estado. Los municipios de La Paz y Los Cabos conjuntamente poseen más del 80% de la población seropositiva o con Sida. En tanto que el 20% restante está distribuido entre los municipios de Comondú, Loreto y Mulegé (Véase Cuadro 7).



Cuadro 7. Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio, 1983-2009.
 FUENTE: Secretaría de Salud en Baja California Sur, 2009. Elaboración R.F. Rebolledo R.

6.1.2 Grupos vulnerables

La principal vía de transmisión del VIH en Baja California Sur fue la sexual con un 71% de la población infectada por VIH en el período de 1987 al 2009, similar a lo que reportan los datos nacionales.



Cuadro 8. Casos acumulados de VIH/SIDA por vía de contagio, 1983-2009.
 FUENTE: Secretaría de Salud en Baja California Sur, 2009. Elaboración R.F. Rebolledo R.

Sin embargo a se reporta que el grupo de riesgo más contagiado por el VIH es el de hombres heterosexuales (31%), seguido del de HSH (20%) contrario a lo que muestra el resto de la republica mexicana lo que hace pensar en un subregistro debido a que los hombres sudcalifornianos aún no sienten confianza a reportar su orientación sexual.

6.1.3 Vías de contagio

La infección de VIH por vía sexual acumulada es del 71% existe de nuevo un vacío, se desconoce el tipo de contagio de la cuarta parte de los casos de VIH/SIDA en el estado. Lo que indica una ambigüedad interesante para una epidemia considerada un asunto de seguridad nacional.



Cuadro 9. Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de vulnerabilidad, 1983-2009.
FUENTE: Secretaría de Salud en Baja California Sur, 2009. Elaboración R.F. Rebolledo R.

6.1.4 Grupos etarios

La distribución por grupos de edad para la epidemia se presenta en el cuadro 6, el 69% de los casos se concentra en el grupo de edad sexualmente más activo, 25-44 años, acorde con las medias nacionales y mundial.

6.2 Mortalidad por sexo y nivel de estudios

El número de decesos acumulados para el estado es de 467 defunciones para el periodo 1987-2009. La tasa de mortalidad observada entre la población de 25 a 44 años en el año 2007 es de 12.3 para los hombres y 3.5 en las mujeres. De las 23 defunciones en el mismo año, el 82.6% fue de hombres y 17.4% de mujeres; de ellas, el 39.1%¹³ eran solteras y el 43.5% estaban casadas o unidas. El porcentaje de mortalidad en las mujeres casadas es mayor que el de las mujeres solteras.

De cada diez defunciones por Sida en 2007, seis personas tenían entre 30 y 49 años y dos tenían entre 50 a 59 años.

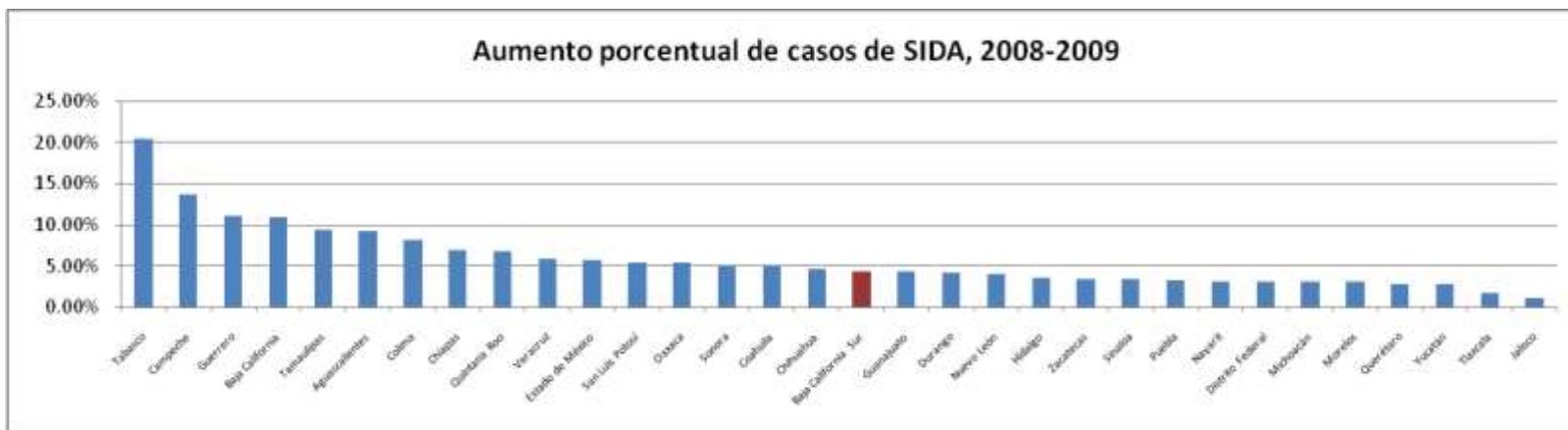
Para el mismo año, y de acuerdo con su monto poblacional, los municipios que registran defunciones por Sida son La Paz con 16 y Los Cabos 7. En Comondú, Mulegé y Loreto, no se registraron decesos por esta enfermedad.

¹³ INEGI, 2009.



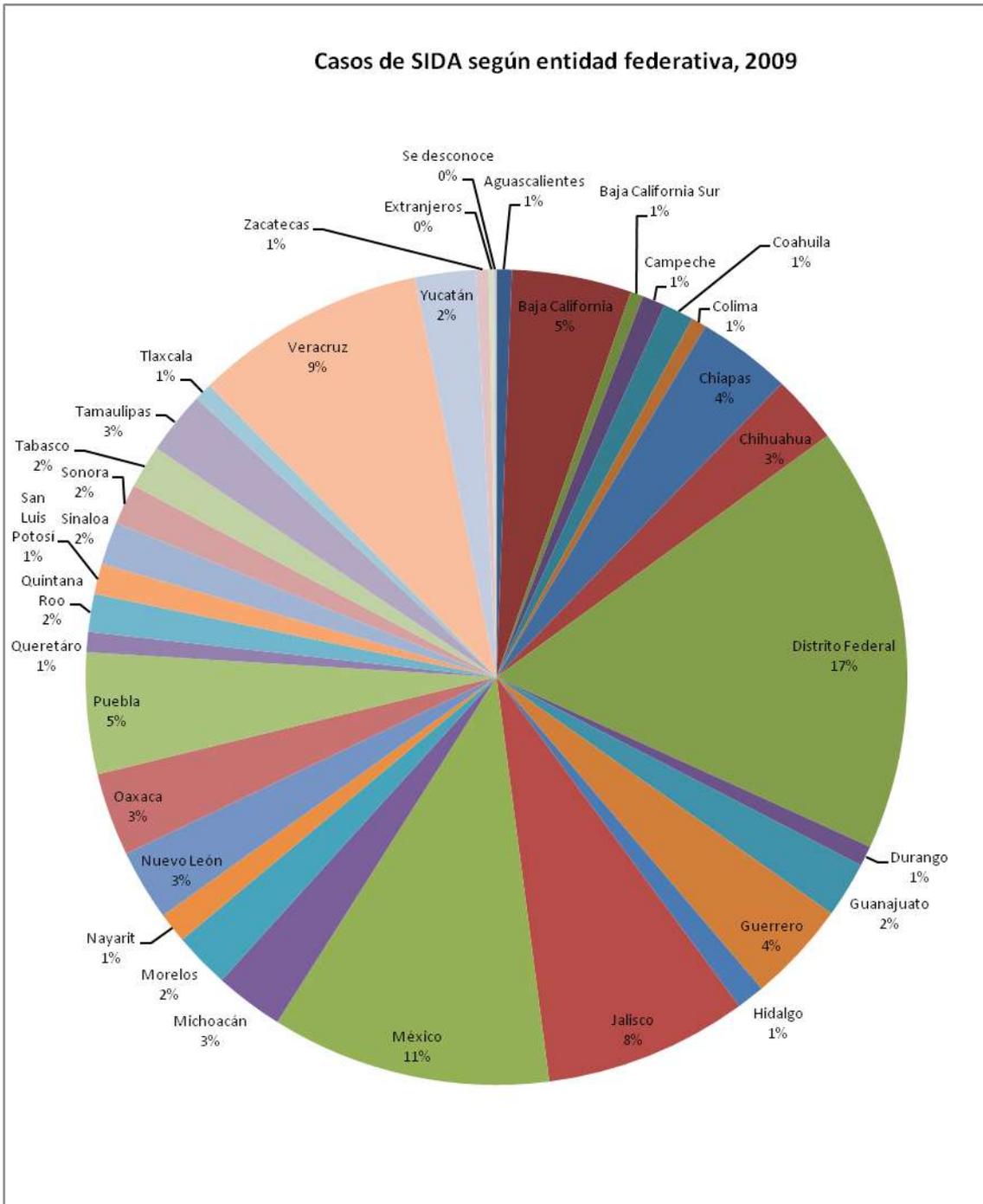
Cuadro 10. Incidencia de SIDA por entidad, 2009.

FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA. *Estadísticas en México*. [En línea. Consulta: Diciembre 2009] <<http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/vigilancia.html>>
Elaboración: D.L. Cuevas A.



Cuadro 11. Aumento porcentual de casos de SIDA, 2008- 2009.

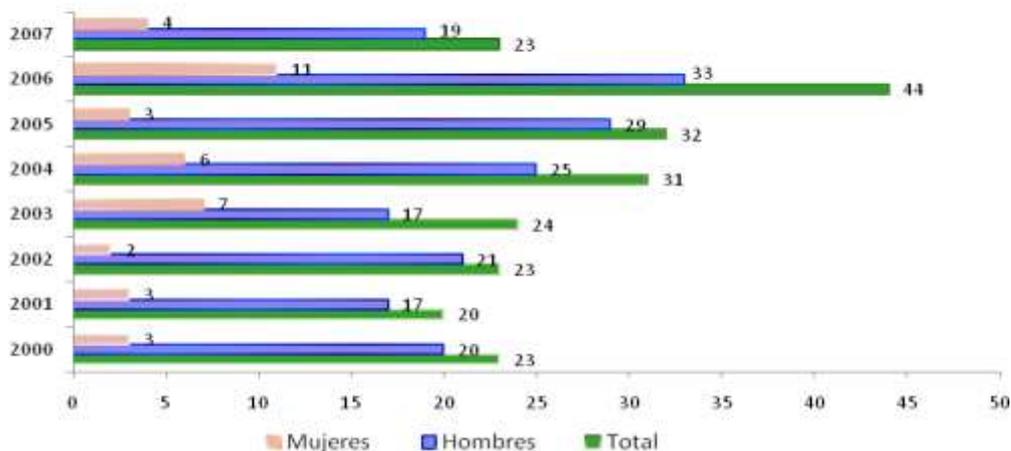
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA. *Estadísticas en México*. [En línea. Consulta: Diciembre 2009] <<http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/vigilancia.html>>
Elaboración: D.L. Cuevas A.



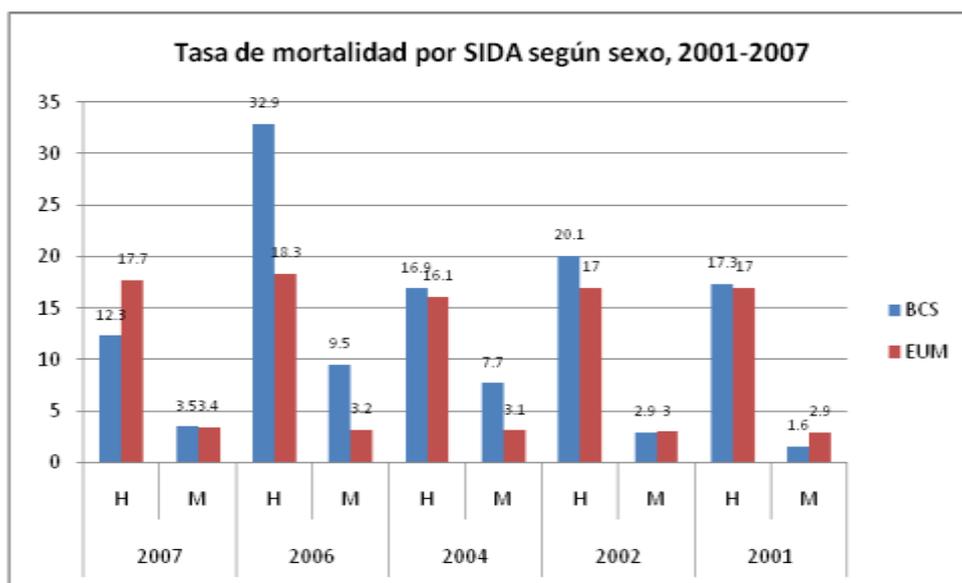
Cuadro 12. Casos de SIDA por entidad federativa, 2009.

FUENTE: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Dirección de Investigación Operativa. *Casos de SIDA e incidencia acumulada, según entidad federativa*. Datos al 31 de marzo de 2009. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/04_Incidencia.pdf>
 Elaboración: D.L. Cuevas A.

Defunciones registradas por SIDA, total y por sexo, 2000-2007



Cuadro 13. Defunciones registradas por SIDA, total y por sexo, 2000-2007
 FUENTE-ELABORACIÓN: INEGI. Consulta interactiva de datos, Base de datos estadísticas de mortalidad 2007

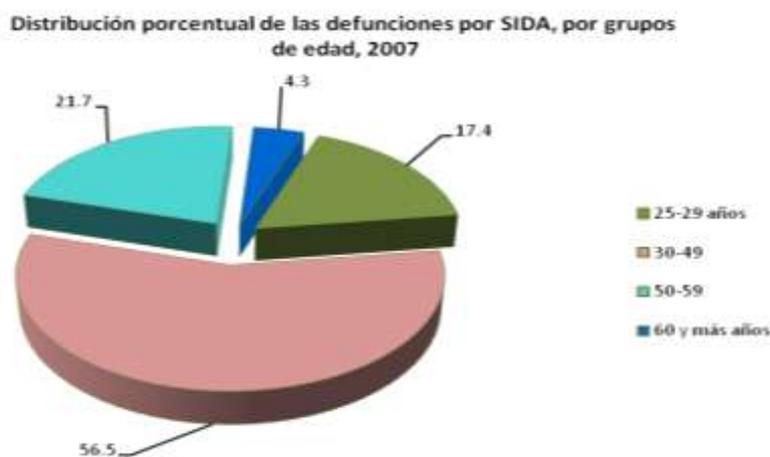


Cuadro 14. Tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 2001-2007 en Baja California Sur y Estados Unidos Mexicanos
 FUENTE: INEGI-Instituto Nacional de las Mujeres. *Mujeres y hombres en México*. VARIAS EDICIONES. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <www.inegi.org.mx>
 Elaboración: D.L. Cuevas A.

En el grupo de jóvenes (25 a 29 años de edad), el sida se ubica, entre otras, como la quinta causa de muerte con 4 defunciones, la proporción significa 5.1% de los decesos de ese grupo de edad. Por sexo, en los hombres se ubica como la sexta causa de muerte con 2 decesos y en las mujeres como la segunda con igual número de muertes.

De los 30 a los 49 años se presentaron 13 defunciones, siendo la novena causa de muerte en el grupo y significando 3.4% del total de decesos. Asimismo, del total de fallecimientos registrados en el mismo grupo de edad, 92.3% corresponden a varones y 7.7% a mujeres.

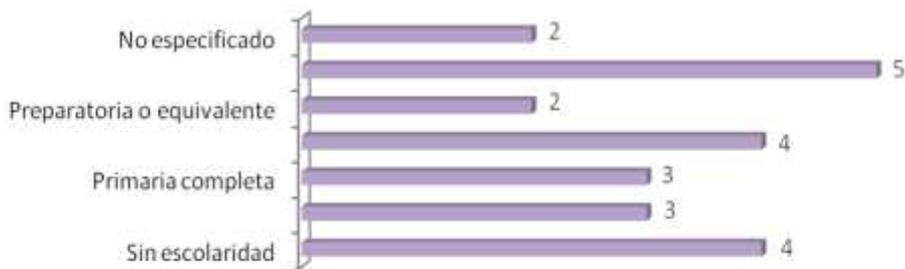
Entre las personas de 50 a 59 años el monto es de 5 muertes; 80% fueron de varones y 20% de mujeres. Para el grupo de 60 años y más, se registró el fallecimiento de un hombre por esta causa, en 2007.



Cuadro 15. Distribución porcentual de las defunciones por SIDA, por grupos de edad, 2007.
FUENTE-ELABORACIÓN: INEGI. Consulta interactiva de datos, Base de datos estadísticas de mortalidad 2007.

En 2007, el 21.7% de las personas fallecidas por Sida no eran derechohabientes a ninguna institución de salud. De los derechohabientes, el IMSS registró el mayor número, con 52.2%; seguido por el Seguro Popular, con 17.4%; en el 8.7% no se especificó institución de afiliación. El 26% de los fallecidos por causa del sida en año de referencia, tenían algún grado de primaria aprobado o primaria completa; el 22% eran profesionistas; el 17% no tenían instrucción; el 17% habían cursado la secundaria o su equivalente; 9% preparatoria o equivalente y 9% no especificaron su escolaridad.

Defunciones por SIDA, según escolaridad registrada en las personas, 2007



Cuadro 16. Defunciones por SIDA, según escolaridad registrada en las personas, 2007
FUENTE-ELABORACIÓN: INEGI. Consulta interactiva de datos, Base de datos estadísticas de mortalidad 2007.

6.3 Acciones

En Baja California Sur la prevención, detección y atención es gratuita para los pacientes con VIH/SIDA que carecen de sistema de salud. Los servicios se otorgan en los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de La Paz y Los Cabos. Ambos de reciente creación. El CAPASITS de La Paz fue creado en 2007, en respuesta al Plan Nacional de Salud 2001-2006. Las actividades ahí desarrolladas representan un gran avance en el estado en materia de tratamiento y atención a los enfermos de VIH/SIDA, así como en campañas de concientización a la sociedad. Antes de su creación, el sistema de salud estatal difícilmente podía detectar a tiempo y otorgar tratamiento adecuado a los enfermos de VIH. Éstos eran detectados cuando presentaban cuadros de SIDA muy avanzados. Actualmente se atienden a 117 pacientes. Sus recursos humanos están constituidos por un plantel propio con un médico especialista, un médico general, dos psicólogas, dos enfermeras, una promotora, una administradora y una trabajadora social. También prestan sus servicios un ginecólogo y una dentista. Los servicios de farmacia y laboratorio se encuentran disponibles a través del Seguro Popular, y los Laboratorios en el Hospital General Juan María de Salvatierra

El CAPASITS de Los Cabos se creó en 2008 y atiende a 40 pacientes infectados con VIH/SIDA.

Hasta el momento no está contemplada la creación de un CAPASITS para la zona norte del estado, la cual queda en desprotección. Aunque se le atiende en los CAPASITS existentes, ello dificulta la atención médica para los habitantes de Loreto,

Comondú, y Mulegé, por el traslado y el hospedaje que requieren para asistir por su tratamiento ARV o practicarse análisis clínicos.

Es importante mencionar que este año se instaló en Baja California Sur el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Con ello se esperan avances positivos en materia de erradicación de la discriminación hacia la población con VIH/SIDA.

Durante el 2008 el Gobierno del estado reforzó la Campaña Estatal de Prevención del VIH/SIDA con actividades estratégicas para la detección oportuna, dirigida a población de mayor riesgo y vulnerable. Se distribuyeron 290 600 condones masculinos y 2 000 femeninos. En el mismo año se realizaron 800 detecciones de VIH mediante pruebas rápidas. Se cubrió el costo de los exámenes de laboratorio de monitoreo para evaluación de estado inmunológico de todos los pacientes que se encuentran en tratamiento antirretroviral.

Se llevó a cabo la contratación de 7 personas más para laborar en el CAPASITS La Paz. En total un equipo de 10 personas proporcionará atención integral a los pacientes. Así como también se adquirió un vehículo para transporte del personal, que ha permitido realizar diversas actividades de promoción, y detección del VIH en poblaciones rurales donde no se tenía cobertura y se reforzaron las acciones dentro de la zona urbana.

7. Conclusiones y recomendaciones

Mejorar los indicadores de SSR en Baja California Sur representa un reto. Sin embargo, la implementación de políticas preventivas eficaces, junto con la apropiada conjunción de esfuerzos para controlar y detener la epidemia, aportarían un impacto benéfico complementario. La intención es concientizar a la sociedad para otorgarles un adecuado acceso a la salud y mejor calidad de vida.

Se considera la oferta indiscriminada de preservativos y jeringas estériles en los centros turísticos del estado, disponibles tanto para la población residente y la visitante, acompañada de la promoción de una sexualidad responsable.

Hacia la juventud, es necesario inculcar una cultura de SSR que no involucre la estigmatización de las personas que sufren condiciones como la del VIH/SIDA, con una perspectiva de género que, de igual manera, invite a los jóvenes a tener relaciones de pareja responsables.

Las diferencias de género en factores socioeconómicos y de escolaridad entre hombres y mujeres infectados por VIH, en el país indica que las causas de esta infección atienden explicaciones diferentes que tienen que ver con el trato hacia la pareja en el ámbito sexual, por ello las campañas de información sobre SSR en la escuela necesitan mostrar el giro transversal enfocado en que los hombres fortalezcan la sensación de responsabilidad ante la sexualidad segura y sus relaciones de pareja. Para las mujeres, se debe reforzar una conducta de determinación ante la negociación de la intimidad y el uso de anticonceptivos. Es necesario que la población joven 'pierda el miedo' a realizarse pruebas rápidas para la detección oportuna del VIH-Hepatitis C, de tal manera que ésta sea una práctica común.

El objetivo no sólo es disminuir las muertes por Sida en la entidad, sino evitar los costos humanos y económicos que involucran los tratamientos ARV para combatir el VIH y por las complicaciones del mismo. Para ello la mejor herramienta es la prevención basada en instrumentos más dinámicos de divulgación que mermen la desinformación y los tabúes de la sociedad sudcaliforniana frente al tema del VIH/SIDA, así como la eficiente coordinación de esfuerzos entre instituciones para detectar las infecciones por VIH y respetar a las personas con Sida.

El gobierno en su talante coadyuvador debe gestionar la formación de un Consejo Estatal para enfrentar el problema del VIH/SIDA y los aspectos que se relacionan con la epidemia. Fortaleciendo la participación de la sociedad civil en campañas de prevención y detección con un impacto sostenido. Al figurar un COESIDA en el estado, existiría una figura consultiva donde el estado, la sociedad civil e iniciativa privada pudieran sumar esfuerzos concientizadores y de apoyo para personas afectadas por VIH/SIDA.

En resumen, las políticas públicas de transversalidad deben contemplar dos grandes campos de acción.

1. Aplicando perspectivas de transversalidad interna, con programas integrales de VIH en el lugar de trabajo, en la escuela, en el centro de desarrollo comunitario, que ofrezcan prevención, atención, tratamiento y apoyo a los colaboradores afectados y sus familias. Tales programas también proporcionan a los colaboradores, la información básica y las destrezas que los preparan para la integración transversal externa.
2. Integración transversal externa, con políticas que instan a todas las organizaciones para aprovechar cualquier oportunidad con miras a integrar el enfoque de VIH en sus estrategias, programas, proyectos y labor diaria. La integración transversal externa también incluye el fomento y apoyo de la integración transversal interna en las organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil y del sector privado.

Para medir el éxito e impacto de dicha perspectiva, se requiere también contar con instrumentos de captura de la información y ponderación de indicadores desagregados en los sectores de riesgo con mayor exposición a la infección por VIH. Por ejemplo para medir la incidencia y prevalencia de poblaciones que han mostrado una tendencia agravante a nivel nacional. Tal es el caso de la población femenina, cuyos indicadores a la alza son ya objeto de alarma a nivel latinoamericano.

7.1 Propuesta de indicadores para un sistema de información de VIH/SIDA con enfoque de género

1. Contagio

1.1 Número de casos acumulados de VIH/SIDA por sexo, 1983-2009

1.1.1. Porcentaje de casos en hombres

1.1.2. Porcentaje de casos en mujeres

1.2. Número de casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de vulnerabilidad

1.2.1. Porcentaje de casos en HSH del total de casos

1.2.2. Porcentaje de casos en Bisexual del total de casos

1.2.3. Porcentaje de casos de Trabajadores SC del total de casos

1.2.4. Porcentaje de casos de Trabajadoras SC del total de casos

1.2.5. Porcentaje de casos de UDI hombre del total de casos

1.2.6. Porcentaje de casos de UDI mujer del total de casos

1.2.7. Porcentaje de casos de hombres privados de su libertad del total de casos

1.2.8. Porcentaje de casos de mujeres privadas de su libertad del total de casos

1.2.9. Porcentaje de casos de clientes de Trabajadores SC del total de casos

1.2.10. Porcentaje de casos de clientes de Trabajadoras SC del total de casos

1.3 Número de casos acumulados de VIH/SIDA por vía de contagio

1.3.1 Porcentaje de casos por vía sexual del total de casos

1.3.2 Porcentaje por vía sanguínea del total de casos

1.3.3 Porcentaje por vía perinatal del total de casos

1.4 Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio

1.4.1 Porcentaje de casos en el municipio de Los Cabos del total de casos

1.4.2 Porcentaje de casos en el municipio de La Paz del total de casos

1.4.3 Porcentaje de casos en el municipio de Comondú del total de casos

1.4.4 Porcentaje de casos en el municipio de Loreto del total de casos

1.4.5 Porcentaje de casos en el municipio de Mulegé del total de casos

1.5 Número de casos acumulados de VIH/SIDA por grupos de edad

1.5.1 Porcentaje de casos menores de 15 años del total de casos

1.5.2 Porcentaje de casos 15-24 años del total de casos

1.5.3 Porcentaje de casos 25-34 años del total de casos

1.5.4 Porcentaje de casos 35-44 años del total de casos

1.5.5 Porcentaje de casos 50 y más años del total de casos

2. Acciones

2.1. Personas con VIH/SIDA atendidas por servicios de salud por sexo

2.1.1. Porcentaje de personas que reciben tratamiento ARV por sexo

2.1.2. Porcentaje de personas que aún no requieren ARV por sexo

2.1.3. Porcentaje de personas que desconocen su estatus serológico por sexo

2.1.4. Pacientes con supervivencia al año de inicio del tratamiento por sexo

2.2 Tasa promedio de sobrevida en pacientes en tratamiento ARV por sexo

2.3. Inversión gubernamental para la atención y prevención del VIH/SIDA

2.3.1 Inversión estatal en atención a pacientes con VIH/SIDA

2.3.2 Inversión estatal en acciones de prevención de contagio del VIH

2.3.3 Inversión federal en atención a pacientes con VIH/SIDA

2.3.4 Inversión federal en acciones de prevención de contagio del VIH

2.4 Organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de prevención y atención personas con VIH/SIDA

3. Mortalidad

3.1 Tasa de mortalidad de VIH/SIDA por cada 100 000 habitantes

3.2.1 Tasa de mortalidad de VIH/SIDA por cada 100 000 habitantes por sexo

3.2.2 Tasa de mortalidad de VIH/SIDA por cada 100 000 habitantes en niños menores de 15 años

3.2 Defunciones acumuladas por Sida y por sexo

8. Bibliografía y referencias electrónicas

Bermúdez, María Paz y Teva, Inmaculada. "Situación actual del VIH/SIDA en México: Análisis de las diferencias por entidad federativa", págs. 101-111. En *Psicología y salud*, enero-junio, año/vol. 14, no. 1. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29114111.pdf>>

CENSIDA. *El VIH/SIDA en México, 2009*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico.pdf>>

CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa. *Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/01_Acumulados.pdf>

_____. *Casos nuevos de SIDA diagnosticados, notificados y registrados oportunamente*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/02_Nuevos.pdf>

_____. *Casos nuevos de SIDA diagnosticados, notificados y registrados oportunamente, por institución 2006-2008*. En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/03_Nuevos_x_Inst.pdf>

_____. *Casos de SIDA e incidencia acumulada, según entidad federativa*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/04_Incidencia.pdf>

_____. *Casos acumulados de SIDA por edad y sexo*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/05_Edad_y_Sexo.pdf>

_____. *Estadísticas*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/09_Estadisticas.pdf>

INEGI. *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA. Baja California Sur, 2009*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009] <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2746&ep=26>>

_____. *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA. Datos Nacionales, 2009*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]

<<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2746&e p=26>>

ONUSIDA. *Informe sobre la pandemia mundial de sida, 2008*. OMS, Ginebra. 2008 362p.

Organización Panamericana de la Salud. *Hoja informativa. Mujer, salud y desarrollo. El género y la infección por el VIH/SIDA*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]

<http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Genero_y_VIH_sida.pdf>

Magis Rodríguez, Carlos *et al.* *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México, D.F.: CENSIDA, 2008. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf>

Magis Rodríguez, Carlos y Hernández Ávila, Mauricio. *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos*. [En línea. Consulta: Diciembre de 2009]

<<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/biblioteca/25sidamexico.html>>

NOM-010-SSA2-1993 Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Diario Oficial de la Federación*, 21 de Junio del 2000. México. p.35

SSA 2008 *Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta la VIH/SIDA e ITS*. 1ªed. Secretaría de Salud, México. 79p.

SSA-CENSIDA 2008-2009 *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. 4ªed. Secretaría de Salud. México. 172p.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA. *Estadísticas en México*. [En línea. Consulta: Diciembre 2009] <<http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/vigilancia.html>>