



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Modelos de atención en salud de VIH

Yuli Andrea Méndez Castañeda

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012 - 2013

Modelos de atención en salud de VIH

Yuli Andrea Méndez Castañeda
Código: 282786

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Directora
Rocío Robledo Martínez. OD., M.Sc., PhD. (C).

Línea de Investigación:
SALUD PÚBLICA GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012 - 2013

Resumen

Objetivo La presente monografía busca presentar de manera comparativa los modelos de atención de infección por VIH-SIDA, de Argentina y Colombia, teniendo como referencia las acciones y directrices de los organismos internacionales.

Metodología Se eligieron dos países de características similares y los parámetros de comparación se rigen según los indicadores de la situación actual de VIH según el último informe de ONUSIDA, Global Report de 2013.

Resultados Los modelos de ambos países tienen características similares y estadísticamente han mostrado cifras similares. Colombia tiene mayores tasas de contagio.

Conclusiones Se requiere de acciones conjuntas, organizadas y estructuradas entre los actores gubernamentales, de la Salud, científicos, expertos, profesionales de salud y población en general (hombres, mujeres, familias) para controlar la epidemia y futura erradicación del VIH-SIDA en Colombia

Palabras Clave: Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, servicios de salud, Argentina, Colombia.

Abstract

Target This paper aims to present a comparative way care models for HIV-AIDS, in Argentina and Colombia, referencing the actions and guidelines of international organizations.

Methodology We chose two similar countries and comparison parameters are governed by the indicators of the current situation of HIV according to the latest UNAIDS Global Report 2013.

Results The models of both countries have similar characteristics and similar figures have shown statistically. Colombia has the highest rates of infection.

Conclusions It requires joint action, organized and structured between government actors, Health, scientists, experts, health professionals and the general population (men, women, families) to control the epidemic and eventual eradication of HIV-AIDS in Colombia

Key words: Human immunodeficiency virus HIV, Acquired immunodeficiency syndrome Health Services, Argentina, Colombia.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	V
Introducción	1
1 VIH – SIDA	3
1.1 ¿Qué es VIH – SIDA?	3
1.2 Transmisión	3
1.2.1 Contacto sexual:	4
1.2.2 El embarazo, el parto o la lactancia:	4
1.2.3 Inyección de drogas:	4
1.2.4 Transfusión de sangre o trasplante de órganos infectado:	5
1.2.5 Resultado de la exposición profesional:	5
1.3 Signos y síntomas	5
1.4 Pruebas diagnosticas	6
1.4.1 ELISA	7
1.4.2 Western Blott (WB)	7
2 Marco Contextual	9
2.1 Internacional	9
2.1.1 OMS	9
2.1.2 OPS	10
2.1.3 ONUSIDA	11
2.1.4 CDC	13
2.2 Nacional	15
2.2.1 Ley	16
2.2.2 Política	17
3 Modelos de intervención a pacientes VIH	19
3.1 Modelo de Atención en Salud	19

3.2	Modelos de atención Internacionales – VIH/SIDA	19
3.3	Modelos de Atención Colombia y Argentina	21
3.4	Argentina	21
3.5	Colombia	24
4	Relación de resultados de los dos Modelos	27
5	Discusión	31
6	Conclusiones y Recomendaciones	33
	Bibliografía	35

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Porcentaje de población joven (15 – 24 años) que viven con el VIH en 2011	28
Tabla 2 Hombres que tienen sexo con hombres	28
Tabla 3 Resultados de las encuestas que utilizan las personas que viven con el Índice de Estigma, países seleccionados, 2008-2011	29

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) lleva más de tres décadas existiendo en la población mundial, convirtiéndose cada vez más en un problema de salud pública, para contrarrestarlo se han creado programas de orden internacional y nacional que buscan unir acciones en función de controlar y disminuir el contagio de la epidemia.

La revisión de los modelos de atención del VIH-SIDA, se realizó desde los puntos de vista del informe Global Report de 2013 [1] Se ha escogido como parámetro de examen el modelo Argentino, dada la similitud de los dos países como pertenecientes a la región de las américas, explícitamente, Suramérica.

Inicialmente se presenta la conceptualización de la enfermedad, con el propósito de ubicar al lector en el escenario de su morbilidad e impacto en la salud humana, posteriormente se reporta el trabajo de las organizaciones que intervienen en la lucha contra el VIH/SIDA a nivel tanto nacional como internacional y las políticas relacionadas.

Luego del análisis de los datos se encuentra que Argentina tiene una situación actual similar que Colombia, sin embargo tiene más acciones sobre los grupos de Hombres que tienen sexo con Hombres que Colombia.

Finalmente esta población tiene una mayor incidencia en Colombia y a pesar de ello el país no cuenta con un programa especial para la misma, si no que por el contrario

1.VIH - SIDA

1.1 ¿Qué es VIH – SIDA?

El VIH, es la sigla de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). El VIH, arremete lentamente contra el sistema inmunitario¹ y en fase avanzada, la infección por VIH puede desembocar en SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), una serie de signos, síntomas y enfermedades a las que, en conjunto, se les llama SIDA. [2]

Según la afirmación de la OMS el VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo y consecuente "inmunodeficiencia", es decir que el sistema inmune no tiene la capacidad de defenderse y combatir las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH [3].

En relación al origen se ha desplegado varias hipótesis entre los científicos, algunos creen que el VIH proviene de un determinado tipo de chimpancé en África occidental, y afirman que los seres humanos probablemente contacto con el virus a través del consumo de animales infectados. Existen estudios recientes indican que el VIH puede haber pasado de los monos a los seres humanos a finales de 1800 [4].

1.2 Transmisión

La transmisión del virus ocurre en el intercambio de cierto tipo de fluidos corporales de un individuo infectado a uno sano, a través de formas muy específicas de contacto como lo son: contacto sexual, embarazo, parto, lactancia, inyección de drogas, transfusión de sangre y como consecuencia de la exposición laboral.

¹ Este sistema se conoce comúnmente como el sistema de defensa.

El VIH habita en determinados fluidos del cuerpo humano, en los cuales se reproduce y alcanza niveles elevados de concentración, principalmente se halla en la sangre, la leche materna, el semen, el fluido pre-seminal, el fluido vaginal, el fluido mucoso del recto y/o ano, el líquido amniótico, el líquido cefalorraquídeo, el líquido sinovial.

1.2.1 Contacto sexual:

El contacto sexual sea sexo anal, oral o vaginal es la principal forma de transmisión, el virus entra en el torrente sanguíneo a través de roturas microscópicas o roturas en los revestimientos delicados de la vagina, la vulva, el pene, el recto o la boca. Dichas rasgaduras en estas áreas son muy comunes y no son siempre observables a simple vista, en el caso en que existan heridas abiertas causadas por Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) será mayor el riesgo del contagio.

1.2.2 El embarazo, el parto o la lactancia:

Desde el momento de la gestación en donde se confirme el diagnostico, se identifica el riesgo de contagio al feto a través de líquidos con alta concentración de VIH del cuerpo de su madre, como el líquido amniótico y la sangre durante el embarazo y el parto, por tal razón la cesárea se convierte en la mejor opción para controlar estos fluidos, posterior al parto la leche materna también tiene una alta concentración del virus así que la lactancia se suspende.

1.2.3 Inyección de drogas:

El consumo de drogas en si se convierte en una conducta de riesgo para el contagio de ETS, aún más si se trata de drogas intravenosas pues adicional del riesgo al compartir agujas contaminadas entre adictos hacen entrar de manera directa el virus al cuerpo. Otras conductas por las que se puede contraer la infección es el uso de agujas contaminadas al plasmar tatuajes o poner piercing.

El abuso de drogas puede afectar el juicio y la capacidad para tomar decisiones y llevar a encuentros sexuales arriesgados [5].

1.2.4 Transfusión de sangre o trasplante de órganos infectado:

La sangre es uno de los fluidos con mayor concentración del virus, siendo transmisor de varias enfermedades, por ello en los Bancos de Sangre e instituciones hospitalarias realizan controles rigurosos de detección del VIH, y prácticamente no se presentan contagios de esta manera.

1.2.5 Resultado de la exposición profesional:

Los trabajadores de la salud tienen el mayor riesgo de contagio por entrar en contacto con sangre infectada u otros fluidos a través de pinchazos o cortes, incluso se han registrado casos esporádicos de infección al salpicar los fluidos en los ojos, la boca o en una herida abierta.

1.3 Signos y síntomas

En la fase de la infección por el VIH no suelen presentarse síntomas, por lo general la aparición de los síntomas se presentan cuando ya se inicia la etapa del SIDA, incluso puede pasar que las personas infectadas tengan periodos de enfermedades comunes y luego mejoren, sin darse cuenta que se está contagiado.

En el VIH la mayoría de los síntomas y las enfermedades graves provienen de las infecciones oportunistas (ocurren debido a que el sistema inmunitario no puede combatirlas) que atacan el sistema inmunológico.

Algunos de los síntomas de la infección por el VIH son similares a los síntomas de muchas otras enfermedades comunes, como la gripe o infecciones respiratorias o gastrointestinales [3]. No existe ninguna manifestación clínica que sea característica de la infección por el VIH, sin embargo, algunas de ellas pueda sugerir en un contexto determinado la presencia de la infección.

La infección por VIH asintomática significa que una persona no tiene síntomas típicos vistos en personas con HIV.

Los síntomas del VIH abarcan [6]:

- Fiebre

- Infecciones oportunistas: neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, citomegalovirus y *Mycobacterium avium*.
- Candidiasis oral
- Pérdida de peso, sin causa aparente

Otros síntomas

- Escalofríos
 - Erupción
 - Sudores nocturnos
 - Dolores musculares
 - Dolor de garganta
 - Fatiga
 - Inflamación de los ganglios linfáticos
 - Úlceras en la boca

Después de la infección inicial y la seroconversión, el virus se vuelve menos activo en el cuerpo, a pesar de que todavía está presente. Durante este período, muchas personas no presentan ningún síntoma de la infección por el VIH. Este período se llama fase "crónica" o de "latencia". Este período puede durar hasta 10 años (a veces más) [3].

1.4 Pruebas diagnosticas

No es posible establecer un diagnóstico clínico de la enfermedad, por lo que éste sólo se puede establecer de un modo definitivo por técnicas de laboratorio. Por medio de ellas es posible detectar al propio virus o algunos de sus componentes, como proteínas y ácidos nucleicos (métodos directos, ya sea mediante cultivo vírico, detección de antígeno viral o la amplificación de una parte del material genético del virus, por ejemplo por reacción en cadena de polimerasa PCR, ADN ramificado DNA, etcétera). [5]

La prueba más frecuentemente usada en la infección por VIH es la prueba de anticuerpos para VIH (ELISA). Una inmuno-transferencia (Western Blott) confirma el diagnóstico, también se verifica el nivel de un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos T cooperadores (linfocitos CD4), para determinar el funcionamiento del sistema inmune.

[6]

La mayoría de las pruebas para el VIH buscan los anticuerpos que combaten el VIH en lugar de buscar el VIH por sí solo. Hay pruebas que buscan directamente el material genético del VIH, pero estas no están en uso generalizado.

La prueba del VIH más común utiliza la sangre para detectar la infección del VIH. Los resultados pueden tardar varios días, pero la prueba rápida del VIH los obtiene en solo 20 minutos. Todas las pruebas del VIH que resultan positivas deben ser confirmadas con la prueba de Western Blott si el resultado positivo se diagnostica la infección. Los resultados de esta prueba confirmatoria pueden tomar algunos días o semanas [7].

Cabe aclarar que el periodo de Ventana inmunológica los resultados de la pruebas iniciales pueden ser negativos, así este infectado por el virus, lo cual no descartan la enfermedad.

1.4.1 ELISA

Es una serie de pruebas sanguíneas utilizadas para diagnosticar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [6, 8]. A través de una muestra de sangre se realiza la determinación la presencia de anticuerpos. Si el resultado de la prueba es positivo, para confirmar un diagnóstico se repetirá la prueba y en caso de ser positiva por segunda vez, se procederá a realizar una prueba de confirmación.

Ahora bien tampoco el examen de ELISA es totalmente verídico para diagnosticar la infección por el virus, pues el resultado es positivo en caso como la enfermedad de Lyme, la sífilis y el lupus, razón por la cual se debe confirmar siempre con el WB, el cual si es positivo indica la infección, pero si es negativa se puede tratar del periodo de ventana inmunológica.

1.4.2 Western Blott (WB)

Esta prueba se emplea para confirmar y verificar este primer test (EIA/ELISA), que determinará la presencia de anticuerpos mediante el estudio de una muestra de sangre o saliva. Si el resultado es positivo, se confirma la presencia del VIH.

La prueba de electro-inmunotransferencia (Western Blott) es la principal prueba confirmatoria de la actualidad. Básicamente consiste en la separación de las proteínas (antígenos virales) obtenidos del cultivo del virus del VIH-1 lisados y purificados por centrifugación [9].

El VIH/SIDA se está convirtiendo en una enfermedad crónica controlable gracias a la eficacia de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que consiste en la combinación de tres o más fármacos antirretrovirales distintos, cuyo objetivo es conseguir que el virus no se replique [2].

El diagnóstico precoz de la infección causada por el VIH se está volviendo más importante a medida que los avances tecnológicos permiten contar con métodos más precisos para cuantificar y vigilar la actividad viral, y se fabrican nuevos fármacos que estimulan al sistema inmune para combatir al virus en las primeras fases de la infección, retardar las complicaciones y prolongar el periodo hasta el desarrollo del SIDA.

Debido a que es posible que las personas infectadas por el VIH permanezcan asintomáticas durante 10-15 años, muchas de ellas no son conscientes de su infección, aun cuando el virus siga duplicándose y contagian a otros sin saberlo.

2.Marco contextual

2.1 Internacional

2.1.1 OMS

En 2005 dirigentes mundiales se comprometieron a colaborar para lograr, en 2010, el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Desde entonces millones de mujeres, hombres y niños que viven en los países más afectados por el VIH/SIDA han recibido terapia antirretrovírica y gracias a ella han logrado sobrevivir. Varios millones más se han beneficiado del establecimiento de servicios de prevención y atención que se suministran a través del sector sanitario.

El personal del Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA colabora con numerosos asociados, como organizaciones de las Naciones Unidas, ministerios de salud, organismos de desarrollo, organizaciones no gubernamentales (ONG), proveedores de servicios de salud, instituciones de asistencia sanitaria y personas con VIH. Su cometido es reforzar todos los aspectos del sector sanitario con el fin de suministrar servicios indispensables relacionados con el VIH. En colaboración con seis oficinas regionales y 193 países, la OMS facilita apoyo técnico y elabora normas y estándares basados en datos científicos que contribuirán a hacer realidad el objetivo del acceso universal.

ACCESO UNIVERSAL: CINCO ORIENTACIONES, UN SOLO OBJETIVO [10]

Según cálculos recientes, el sector de la salud representa, por sí solo, al menos el 55% de los recursos necesarios para la respuesta mundial al VIH/SIDA. Con el fin de orientar mejor intervenciones que resultan indispensables, el Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA se concentra en cinco orientaciones estratégicas:

- Dar la oportunidad a las personas de conocer su estado serológico;
- Maximizar la contribución del sector de la salud a la prevención del VIH;

- Acelerar la ampliación del tratamiento y la atención del VIH;
- Reforzar y expandir los sistemas sanitarios;
- Invertir en información estratégica para lograr que la respuesta al VIH esté mejor fundamentada.

2.1.2 OPS

Más de 80 representantes de Ministerios de Salud, programas nacionales de VIH y representantes y defensores de los derechos de poblaciones vulnerables se reunieron para definir las prioridades regionales para aumentar el acceso a servicios de atención, tratamiento y prevención de VIH por las poblaciones con mayor riesgo ante la epidemia, como conclusión se llegó a la identificación de que “Los servicios de salud necesitan ser adaptados para proveer atención adecuada” [11].

Se identifica entonces que ciertas poblaciones en el Caribe tienen mayor riesgo de contraer el VIH, entre otros se identifican trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero, usuarios de drogas y personas encarceladas, sin olvidar que la juventud o migrar con frecuencia son factores que aumentan el riesgo, según lo referido por la OPS.

Los servicios de Salud en general no cuentan con estrategias definidas para estos grupos, pues no se identifica como población prioritaria, por ello es más complejo evitar el crecimiento de la epidemia en 2015, tal como establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron suscritos por los países del Caribe.

Sin embargo a niveles más amplios el enfoque estratégico hacia estas poblaciones de mayor riesgo, ya se ha empezado a trabajar, con documentos como el Marco Estratégico Regional para el Caribe, así como el Plan de VIH/ITS 2008-2012 de la OPS para el sector salud en su artículo “Expertos del Caribe definen prioridades para aumentar el acceso a servicios de salud”.

En el informe mundial de VIH 2009 se revela que en el Caribe, de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral, solamente alrededor del 50% lo obtienen [12].

Socialmente la infección por VIH/SIDA es motivo de estigmatización y discriminación, rechazando a los portadores y haciendo que estos últimos no enfrenten su patología de manera abierta; incluso podría decir que el aislamiento social que enfrentan los portadores influye en la adherencia al tratamiento y a los programas de VIH en general. La colaboración entre gobiernos, sociedad civil y agencias de desarrollo internacional será necesaria para asegurar el acceso a servicios de salud de calidad por las mencionadas poblaciones.

2.1.3 ONUSIDA

En el informe mensual del ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA 2010, señala que en 2009 1,2 millones de personas recibieron terapia antirretrovírica para el VIH por primera vez, evidenciando un aumento del 30% en un solo año, es decir que se ha multiplicado por trece el número de personas que recibe tratamiento hasta alcanzar los 5,25 millones desde 2004 [13].

Desde 1999, año en el que se cree que la epidemia alcanzó su punto máximo, el número de nuevas infecciones se ha reducido globalmente en un 19%, debido el acceso a los fármacos de personas que viven con el VIH lo que ha ayudado a que los fallecimientos de los mismos disminuyan.

Para alcanzar la visión del ONUSIDA: que el número de nuevas infecciones sea cero, requiere evaluar minuciosamente las estructuras, creencias y sistemas de valores de la sociedad que obstaculizan los esfuerzos de prevención. Sin dejar de lado aspectos como la pobreza, la desigualdad de género, la inequidad en los sistemas sanitario y educativo, la discriminación de las personas marginadas y la desigualdad de recursos.

Se ha estimado que no menos de 2 millones de personas en América central y del Sur se inyectan drogas y que más de un cuarto de ellas podrían estar viviendo con el VIH [13]

En el informe se afirma que el cambio de conductas es el factor más importante que explica este descenso en muchos países, para el caso de los jóvenes, la disminución de la indecencia se ha asociado a una tendencia bastante positiva con el mayor uso del

preservativo, el retraso de la iniciación sexual, y la reducción del número de parejas sexuales múltiples.

Sobre el condón el informe se explica el uso correcto y sistemático del preservativo ha demostrado tener una efectividad superior al 90% a la hora de prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Comprender las variedades y las tendencias de las relaciones sexuales es un elemento necesario para poner en marcha programas de prevención efectivos.

El Global Report de 2012 es el informe más reciente que existe a la fecha sobre la epidemia de VIH/SIDA de ONUSIDA, tiene inicialmente un estado de la epidemia el cual se muestra en graficas de los últimos diez años (2001 a 2011)

En la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2011 sobre el VIH y el SIDA, los países se comprometieron con la intensificación de los esfuerzos para eliminar el VIH y el SIDA, y en adoptar pautas específicas para alcanzar los objetivos en el 2015.

Al adoptar los objetivos de la Declaración Política de 2011, los países se comprometieron a controlar e informar sobre los avances y desafíos que enfrentan en sus respuestas nacionales al SIDA. Para facilitar la presentación de informes bienales sobre el progreso nacional, ONUSIDA colaboraron con socios para desarrollar un conjunto de indicadores básicos para que los países se informen [14]

A partir de la Declaración Política de 2011, el ONUSIDA para orientar la acción colectiva hacia el fin del SIDA ha articulado 10 objetivos específicos, que se mencionan a continuación [1]:

- Reducir la transmisión sexual en un 50%.
- Reducir en 50% la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables.
- Erradicar nuevas infecciones por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el SIDA.
- Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretro-vírico vital para 2015.

- Reducir un 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
- Acabar con el déficit mundial de recursos para el sida para 2015 y alcanzar una inversión anual global de 22.000-24.000 millones de USD en los países de ingresos bajos y medios.
- Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia por motivos de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las niñas a protegerse del VIH.
- Eliminar el estigma y la discriminación contra las personas infectadas y afectadas por el VIH mediante la promoción de leyes y políticas que garanticen el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Eliminar las restricciones para las personas que viven con el VIH a la entrada, estancia y residencia en otros países.
- Fortalecer la integración de la respuesta al SIDA y los esfuerzos de desarrollo de la salud mundial.

En 2012, 186 países presentaron informes detallados sobre el progreso en la respuesta nacional al SIDA. El 96% (193) de los Países Miembros de las Naciones Unidas para la presentación de informes en 2012, con unas tasas de respuesta más altas de cualquier otra manera como la vigilancia de la salud internacional y desarrollo.

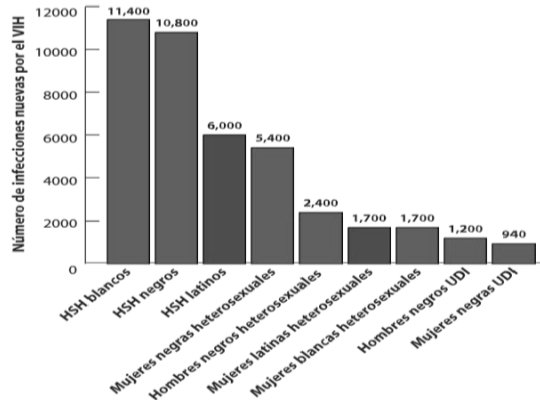
2.1.4 CDC

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, como parte de su trabajo de salud pública lideran los esfuerzos para controlar la epidemia del VIH mediante el trabajo con socios comunitarios, estatales, nacionales e internacionales en actividades de vigilancia, investigación, prevención y evaluación. Según los cálculos de los CDC. En Estados Unidos hay más de un millón viviendo con el VIH, de los cuales entre un 24 y un 27% no lo saben.

El objetivo de los programas de los CDC es mejorar el tratamiento, los cuidados y el apoyo para las personas que viven con el VIH o el SIDA, además de mejorar la capacidad de atención médica y la infraestructura para hacer frente a la epidemia del VIH y el SIDA tanto en los Estados Unidos como en el resto del mundo [15].

La población de personas que viven con SIDA está en aumento como resultado de la eficacia de los tratamientos que han reducido drásticamente la tasa de mortalidad, razón que demuestra que las acciones permanentes son de gran importancia para luchar contra esta enfermedad.

Ilustración 1 Estimado sobre infecciones nuevas por el VIH en los Estados Unidos para las subpoblaciones más afectadas, 2009



Fuente: El VIH en los latinos. CDC 2011

El CDC en su publicación “El VIH en los latinos” [16] afirma “El VIH afecta de manera desproporcionada a los latinos”, según sus datos en el 2009, los latinos representaron el 20% (9.400) de las infecciones nuevas con el VIH en los EE UU, aun cuando solamente constituían alrededor del 16% de la población total del país. Esta situación particularmente afecta a los hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), con el 81% (6.000) de las infecciones nuevas, siendo la tasa de infección de los latinos cercana al triple de la tasa de los hombres de raza blanca. Ilustración 1

Ante tal fenómeno de contagio en la población latina los CDC respaldan las investigaciones para crear más intervenciones de cambio de conducta que sean eficaces y en adaptar las intervenciones existentes, además apoyan la difusión nacional de intervenciones de la conducta eficaces contra el VIH para los latinos ofrecidas por los departamentos de salud y organizaciones comunitarias del país. Entre estas intervenciones, en varias etapas de desarrollo y difusión, figuran Connect (Conectémonos); ¡Cuídate!; Modelo de Intervención Psicomédica (MIP); Proyecto AIM; Proyecto FIO; y Salud, Educación, Prevención y Autocuidado (SEPA).

Los CDC igualmente han iniciado nuevos proyectos y han revisado las oportunidades de financiamiento para ampliar los servicios de prevención actualmente disponibles para los latinos. En la actualidad los CDC financian a organizaciones comunitarias, estatales y territoriales en los EE UU, Puerto Rico y las Islas Vírgenes estadounidenses.

En el 2009, como parte de la campaña lanzaron la Iniciativa de Liderazgo Actúa contra el SIDA (AAALI), un proyecto de colaboración a seis años, para aumentar la concientización, la información y las actividades relacionadas con el VIH en las comunidades minoritarias de los Estados Unidos. En el 2010, ampliaron la cobertura de la AAALI para incluir a tres organizaciones nacionales que se concentran en las poblaciones latinas y pusieron mensajes en español de la campaña *Actúa contra el SIDA* en carteles callejeros y vecindarios con mayor población latina en seis ciudades, así como imágenes en aeropuertos, anuncios televisivos de servicio público en español sobre la campaña.

En el 2011, los CDC confirieron \$55 millones en fondos por 5 años a 34 organizaciones comunitarias a través del Anuncio de Oportunidad de Financiación con el objetivo de ampliar los servicios de prevención del VIH para hombres jóvenes homosexuales y bisexuales de color y sus parejas.

2.2 Nacional

Las Guías que publica el Ministerio de la Protección Social y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud son fruto de un esfuerzo consciente por formular políticas en salud basadas en la mejor evidencia disponible, en temas tan trascendentes como la calidad de la atención en enfermedades de alto costo, el ajuste de los contenidos de los planes de beneficios y el ajuste del valor de la unidad de pago por capitación (UPC) [17].

El inicio de este proceso fue entre finales de 2001 y comienzos de 2002, cuando los acuerdos 217 y 227 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) mostraban claramente que las enfermedades de alto costo eran un determinante importante de la gestión del riesgo de los administradores de planes de beneficio y, por ende del valor de la UPC y de los contenidos de los planes de beneficios del momento. Estos acuerdos pusieron en marcha unos incentivos financieros que pretendían corregir la selección adversa hacia las patologías de alto costo.

2.2.1 Ley

En el artículo 2 del acuerdo 217/01 se establece los eventos incluidos para el estudio y reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en la composición de la UPC y para definir la participación a asignar a cada EPS y demás entidades obligadas a compensar. Se seleccionaron en principio las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos y tiene como primer punto los medicamentos anti – retrovirales utilizados para el tratamiento del VIH SIDA [18].

Posteriormente, se planteó un método para calcular y reasignar una fracción de la UPC en función de la concentración y atención de estas enfermedades. Finalmente, el acuerdo 245 de 2003, reconoció al VIH/sida y a la enfermedad renal crónica (ERC) como las patologías que más impacto financiero y mayor desviación epidemiológica generaban del grupo de “patologías indicativas”.

El Decreto 1543 de 1997 reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Este decreto está constituido por 7 capítulos que se mencionan a continuación: capítulo I - campo de aplicación y definiciones, capítulo II - diagnóstico y atención integral, capítulo III - la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad, capítulo IV – investigación, capítulo V - ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes, capítulo VI - mecanismos de organización y coordinación, capítulo VII - procedimientos y sanciones los y cuenta con 74 artículos [19].

Se indican los lineamientos para el diagnóstico, entrega de resultados y atención integral a la persona diagnosticada; incluyendo la actuación del equipo de salud y la educación que debe brindar este a la familia y los responsables del paciente.

Indicando la necesidad de promoción y prevención de la enfermedad respetando a la persona en su conducta y actuación sexual y brindando educación para la salud procurando promoverá una sexualidad placentera, responsable, sana y ética en la niñez y la juventud.

2.2.2 Política

El objetivo principal del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) es fortalecer la capacidad de los países para diseñar, planificar, implementar y evaluar las respuestas nacionales a la epidemia. Así las políticas nacionales deben incluir dentro de sus planes la intervención a la epidemia del VIH/SIDA, partiendo de ello se establece el Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011, cuyo propósito es lograr dar cumplimiento a las Metas del Milenio. Este es un plan que tiene entre sus objetivos el de lograr el acceso universal para la población de personas con VIH incluido el tratamiento antirretroviral a aquellos que lo necesiten, a partir de la participación comprometida de los diferentes actores involucrados en el tema.

Este plan de respuesta se basa en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el Plan Nacional de Salud Pública, establecido mediante decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 3442 de 2006 que contiene el Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA y la Guía de Atención Integral en VIH/SIDA

Las acciones del presente plan se focalizan en poblaciones altamente vulnerables, y se ajustan igualmente a otros grupos de población. Se pretende incrementar la participación e involucramiento de la sociedad civil, de las redes de personas con VIH y de las comunidades de base existentes.

En el plan de respuesta al VIH 2008-2011, se desarrollan cuatro ejes temáticos:

Eje I: Promoción y Prevención.

Eje II: Atención Integral.

Eje III: Apoyo y Protección Social.

Eje IV: Seguimiento y Evaluación de la respuesta.

3. Modelos de intervención a pacientes VIH

3.1 Modelo de Atención en Salud

Cuando de modelos de Salud se habla, siempre tendrá un lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), celebrada en Alma-Ata en 1978, a partir de la cual se han desarrollado diferentes modelos de APS, como es el caso del Modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC).

El modelo de APOC surgió en la década de 1940, como una extensión de la medicina familiar, gracias al trabajo de dos médicos de familia, S. L. Kark y E. Kark, en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento [20].

Las investigaciones cumulativas han mostrado que la forma más eficaz para reducir el riesgo de infecciones transmitidas por la sangre entre los toxicómanos es una estrategia integral para la prevención del VIH, es decir, una que abarque tratamiento para la drogadicción, alcance con base comunitaria, así como pruebas de detección y consejería para el VIH y otras infecciones. El portafolio extensivo del National Institute on Drug Abuse (NIDA) en el campo de las investigaciones sobre la prevención que comenzaron en la década de los ochenta, muestra que las estrategias integrales de prevención del VIH pueden ser confiables y eficaces con relación al costo para la prevención de nuevas infecciones por VIH entre las diferentes poblaciones de toxicómanos y sus comunidades [4]

3.2 Modelos de atención Internacionales – VIH/SIDA

En la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: se definen 10 objetivos y compromisos de erradicación, el Objetivo 1. Reducir en un 50% la

transmisión sexual del VIH para el 2015. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida [21].

Este objetivo es fundamentado en conocer el estado del VIH y es fundamental para obtener acceso a los servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de los servicios de pruebas y orientación, como los voluntarios y los prestados por iniciativa del proveedor de salud [22]. Sin embargo, los elementos esenciales de las pruebas y la orientación es que se proporcione orientación adecuada a las personas que se someten a la prueba y se les informen los resultados.

A medida que los países amplían sus programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con esta infección, es cada vez más importante fortalecer la información estratégica sobre la epidemia y las respuestas nacionales a fin de fundamentar las políticas y los programas, mejorar la eficacia de las intervenciones y promover la rendición de cuentas.

En el plano internacional, desde la 59.a Asamblea Mundial de la Salud del 2006 [23] la OMS está comprometida a vigilar y notificar anualmente los avances mundiales en relación con las respuestas del sector de la salud de los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con la infección por el VIH.

Los gastos de protección y seguridad social en Francia representan aproximadamente un tercio de su patrimonio nacional, ubicando al país en el lugar más elevado de Europa en cuanto al monto que destina para el funcionamiento del sistema sanitario, y en tercer lugar a nivel mundial.

El Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, a través de la Clínica Especializada CONDESA, brinda el servicio de Detección del virus de VIH, Hepatitis B, C y Sífilis a toda la población con mayor riesgo de vulnerabilidad [24].

El área de Consejería cuenta con personal capacitado en pre y post consejería, ofreciendo a los usuarios, asesoría y orientación en los temas de VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, evaluación de prácticas de riesgo e identificación de las capacidades humanas para impulsar una cultura de auto-cuidado y prevención.

Cuentan con horarios amplios para asistir a la consejería y dentro de los requisitos principales estar haber transcurrido mes y medio desde la última práctica de riesgo, no estar bajo los efectos del alcohol o alguna droga, la prueba no tiene costo y se hace bajo la norma oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Esta norma tiene por objeto establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el VIH, ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México [25].

Soñar con un mundo donde el SIDA ha sido eliminado y hacerlo realidad sólo puede lograrse a través del compromiso y la solidaridad renovada y sostenida, y sólo si la evidencia disponible y los recursos limitados se utilizan como forma eficiente y efectiva posible [14].

3.3 Modelos de Atención Colombia y Argentina

El VIH en América Latina es una creciente epidemia y para el caso de Argentina según las estimaciones del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA del 2005 alrededor de 127.000 personas tenían VIH/SIDA. El 72% de los casos corresponde a infecciones adquiridas por contacto sexual [26]

3.4 Argentina

Para el caso de En Argentina según el informe de Salud de las Américas [27] los estudios realizados entre 2006 y 2009 sugieren que la epidemia de VIH es de tipo concentrada, con una prevalencia estimada de 0,4% en las personas mayores de 15 años. Se estiman prevalencias de 12% en hombres que tienen sexo con otros hombres, 6,1% en usuarios de drogas, 5% entre trabajadoras y trabajadores sexuales y de 24% a 34% entre las

personas transexuales. Se estima que en el país viven unas 110.000 personas infectadas con el VIH, de las cuales 50% conocería su estatus serológico.

Las tasas notificadas de casos de VIH se han mantenido estables entre 2006 y 2009 y fueron de 16,4 por 100.000 en hombres y 9,6 por 100.000 en mujeres en 2009, durante este lapso de tiempo el 70% de los casos se concentraba en la ciudad de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

La razón hombre/mujer para la infección por el VIH fue de 1,7 hombres por mujer durante el período 2007–2009 y se mantuvo estable desde el año 2001. Las relaciones sexuales sin protección siguen siendo la principal vía de transmisión del virus. El 90% de las embarazadas se han realizado la prueba de detección del VIH durante el embarazo o el trabajo de parto, y 80% de las embarazadas infectadas con el VIH han recibido antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical. La tasa de transmisión vertical de los nacidos de madres con el VIH se estima en 6%.

El Ministerio de la Nación de Argentina, establece que en un marco amplio de prevención, es indispensable por una parte, desarrollar actividades de promoción de la salud para las mujeres en edad fértil y sus parejas, y por otra parte, incrementar la captación precoz de las mujeres embarazadas y mejorar la calidad de su atención [28].

Como estrategia fuerte tiene programa de promoción y prevención en gestantes y población general, el asesoramiento² y las pruebas voluntarias para VIH tienen un papel importante como tanto en la prevención de la infección como puerta de entrada para la asistencia a aquellas personas infectadas.

De este modo las pruebas de VIH son tomadas de forma voluntaria y por lo general se ordenan desde la primera consulta y de ser factible una nueva prueba antes de finalizar el embarazo, ideal para el caso de las gestantes que consultaron muy tempranamente a

² Nombre con el que se conoce la asesoría pre-test de VIH, en otros países la definen también como consejería.

los controles en el embarazo. Incluso en parejas que se acercan, previo al embarazo también es utilizado el asesoramiento y prueba de VIH para detectar la infección.

En la consejería se tiene el tiempo adecuado y el espacio propicio con la discreción necesaria para analizar junto con la gestante las prácticas de riesgo de infección por VIH y otras ETS, modo de prevención. Luego de la primera consulta y toma de la prueba en las siguientes consultas se realiza la entrega del resultado siempre con la confidencialidad, apoyo psicológico, información detallada y estrategias que cada caso se merece e insistiendo en las medidas de prevención.

Aquellas mujeres que no cuenten con la prueba en el momento del trabajo de parto se les realizan un test rápido para iniciar la profilaxis medicamentosa y si ya dio a luz sin la toma y resultado de VIH en el posparto se ofrece la toma de la prueba antes del alta hospitalaria.

La Ley 23.798 y su Decreto Reglamentario N° 1244/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente para la realización del test. La Ley 25.543 establece la obligatoriedad por parte del equipo de salud, del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada previo asesoramiento y consentimiento informado [28].

Por otra parte en La Convención Internacional de los Derechos del Niño se legitima la participación de los menores entre 14 y 21 años en el consentimiento informado para la prueba de VIH. Para el caso de menores de 14 años, el consentimiento será firmado por los padres, o tutor encargado.

Del resultado de la serología para VIH se divide en acciones, si el resultado es negativo no se solicita de nuevas pruebas, pero si es positivo se requiere de una prueba confirmatoria, en caso que esta última sea positiva no se requiere de horas pruebas para el diagnóstico y se oferta la prueba tanto a la(s) pareja(s) sexual(es) como a los hijos. Si la prueba resulta ser indeterminada se ordena consulta con Infectología

En el estudio retrospectivo descriptivo Diecisiete años de seguimiento de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Privado de Córdoba. 2009 [26] , se estudiaron 170 pacientes con serología positiva para VIH y se encontró que los motivos que llevaron al diagnóstico fueron el grupo de pacientes asintomáticos fueron: inquietud del paciente, tener un

familiar con serología positiva, examen de control en el embarazo o donar sangre los cuales suman un 36.3% de La población del estudio y el 63.7% restante corresponde a los pacientes con síntomas sugestivos de VIH. Generalmente por presentar otras ETS, lo que demuestra que un porcentaje importante de la población fue detectada cuando aún estaban asintomáticos, es decir aparentemente sanos.

Dentro de las estrategias de Prevención del VIH/SIDA se sigue trabajando en la Intervención Urbana en los barrios que es donde se ubica la escuela, realizando valiosas jornadas de trabajo, con adolescentes, organizada por representantes de PROMUSIDA, del Programa Municipal de SIDA y de los docentes de cada escuela, se usan metodologías participativas como: talleres entre pares, fotos, videos, espacio para resolver dudas [29].

3.5 Colombia

En el informe de Salud en las Américas, en relación a Colombia [30] se encuentra que en el periodo comprendido entre 1983 y 2009 se notificaron 71.653 casos de VIH/SIDA, de los cuales 6.924 correspondieron al último año. En 2006 la prevalencia de infección por el VIH en la población de 15 a 49 años se estimó en 0,7% y se consideró concentrada en grupos de alta vulnerabilidad, como los trabajadores del sexo y los hombres que tienen sexo con hombres con una prevalencia de 5%. Se ha observado un descenso en la proporción de donantes de sangre VIH positivos de 0,44% en 2007 a 0,34% en 2009.

Como una de las principales causas de muerte en Colombia se situó el VIH con un número de defunciones 3.018 con el 1,2% de porcentaje relativo y 71,3% acumulado entre 2007 y 2009.

En el Sistema de Salud Colombiano existe entre sus regímenes de afiliación los planes obligatorios de salud contributivo y subsidiado, los cuales incluyen en sus planes obligatorios de salud una lista de medicamentos a los que tiene acceso cada individuo, considerados como esenciales para la atención de eventos de interés en salud pública. Entre el 2006–2010 se incluyeron antirretrovirales para el tratamiento del VIH/sida, anticonceptivos hormonales y el condón masculino en ambos regímenes.

Con relación a la salud de la mujer en Colombia, se registra cifras significativas de mortalidad materna y se evidencia inequidad departamental, lo cual ha conducido al país a fortalecer los sistemas de vigilancia y a adoptar planes para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave y teniendo como prioridad la eliminación de la transmisión materno-infantil por el VIH y la sífilis congénita.

De esta manera la atención integral en VIH/sida involucra el conjunto de las intervenciones requeridas para limitar el crecimiento y expansión de la epidemia, evitar que quienes no están infectados se infecten y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se re-infecten y encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades en salud, emocionales, sociales, espirituales y económicas [17].

El modelo de gestión programática del VIH basado en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social, se organiza en función de cuatro objetivos prioritarios:

- Contener la epidemia del VIH.
- Detectar tempranamente la infección por VIH
- Detener la progresión de VIH a sida y la aparición de resistencias al TAR
- Monitorear y evaluar

En el ANEXO 1 se muestra el esquema del Modelo de Gestión Programática.

El seguimiento a pacientes tanto en Bogotá como en el resto del país se encuentra que es realizado en instituciones privadas y públicas prestadoras de los servicios de salud, tiene el Seguimiento como parte de los programas de atención, se observa con mayor énfasis en la atención del paciente diagnosticado con o sin tratamiento que en el primer nivel de atención donde sus principales intervenciones son de Prevención de la infección y Promoción de la salud (prácticas saludables).

4. Relación de resultados de los modelos

Según muestra el informe de Global Report, A nivel mundial, el número de nuevas infecciones continúa descendiendo: por ejemplo el número de personas (adultos y niños) que adquirieron la infección por el VIH en 2011 fue de alrededor de 2,5 millones, este registro fue menor en un 20% al de 2001. Entre los declives que se presentan desde el 2001, principalmente se encuentran el número de personas que adquieren la infección del VIH en la población del Caribe (42%) y África subsahariana (25%). Para el caso de Argentina y Colombia no registran datos en este reporte.

La mortalidad relacionada con el VIH/SIDA también registra una caída importante, desde el año 2000 (debido a la Terapia retroviral a mayor escala y a la disminución de la incidencia), estos hechos se despliega en varios países. En Colombia no se señala cambio o descenso (menor al 25%) y tampoco se encuentra información sobre Argentina. El Global Report 2012 señala que el estimado de la prevalencia del VIH en Adultos (15-49 años) en el 2011 fue para Argentina de 0.40 y para Colombia 0.50, en el mismo identifico en general la población que vive con el VIH que para Argentina fue de 95000 y Colombia completo 150000, la cifras en si muestran una gran diferencia tanto en su prevalencia como en la población seropositiva actual, razón por la cual se realizó la comparación entre estos dos países, para identificar si en el sistema Salud de Argentina existe alguna diferencia significativa que expliquen los indicadores o si por el contrario se debe a factores socio- culturales, económicos y/o políticos.

El porcentaje de población joven (15 – 24 años) que viven con el VIH en 2011 por sexos en Argentina y Colombia tuvo una diferencia significativa, pues como se observa en la Tabla 1, para el caso de Argentina se observa una equivalencia entre ambos sexos, por el contrario en Colombia la diferencia indica que hay más hombres viviendo con el VIH, este análisis sería un punto de partida para identificar la población joven masculina como población de alto riesgo, a la cual se debe tener presente para estudios que permitan determinar si esta situación probablemente se relacione con el contagio a través de Hombres que tiene sexo con Hombre (HSH), sin dejar a un lado la población joven

femenina quienes además por su capacidad reproductiva tiene una importancia adicional para evitar el contagio de madre a hijo en caso de gestación.

Tabla 1 Porcentaje de población joven (15 – 24 años) que viven con el VIH en 2011		
2011	SEXO	
PAÍS	Femenino	Masculino
Argentina	0.20	0.20
Colombia	0.10	0.40

Los niveles de cobertura de las pruebas de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres, en Argentina para el año más reciente reportado estuvo entre 50 y 74 % y para Colombia no hay un dato estimado. Para los niveles reportados de uso de preservativos entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en Argentina mantuvo el mismo rango de porcentaje anterior, como se observa en la tabla 2. Esta falta de información de Colombia no permite hacer una aproximación clara a la situación real, es importante reforzar el reporte por parte del país.

Tabla 2 Hombres que tienen sexo con hombres		
PAÍS	COBERTURA DE PRUEBAS DE VIH	USO DE PRESERVATIVO
Argentina	50% - 74%	50% - 74%
Colombia	Sin Dato	Sin Dato

Para el tema financiero se encuentra que tanto Argentina como Colombia tienen porcentaje de financiamiento para el VIH provenientes de fuentes internacionales, para la atención y el tratamiento entre el 0 y el 24%. Y ambos son países cuentan con legislación en contra de la discriminación que protejan específicamente a las personas que viven con el VIH.

De modo que ninguno de estos dos países cuenta con restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, estancia y residencia en 2012. Siendo países abiertos a todos los inmigrantes, sin importar su condición de salud o si tiene patologías pre-existentes.

En cuanto Los resultados de las encuestas que utilizan las personas que viven con el Índice de Estigma, países seleccionados, 2008-2011 solamente registra Argentina,

Tabla 3

Tabla 3 Resultados de las encuestas que utilizan las personas que viven con el Índice de Estigma, países seleccionados, 2008-2011										
	Experimentar el estigma en la familia y la comunidad (%)		La violencia que experimentan (%)		El estigma y la discriminación en el lugar de trabajo (%)		Estigma internalizado (%)		El acceso a la atención sanitaria (%)	
PAIS	Queda n excluid os de los eventos familiar es	Chism es	Viole n. verb al	Viole n. físic a	Niegan la oportunid ad de empleo	La pérdida de empleo o ingreso s	Siente vergüe nza	Ideas suicid as	Servicios de salud niegan la atención dental	Denegad o servicios de salud sexual y reproduc tiva
Argenti na	12	57	34	18	13	21	28	14	16	5
Colom bia	Sin Dato	Sin Dato	S Dato	S Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato

Argentina y Colombia se encuentran entre los países que no han presentado informes, razón por la cual no registran en el informe cuando analizan otros indicadores de relación a cada una de las poblaciones que contemplan los diez objetivos. Estos faltantes se evidencia en los indicadores siguientes:

- Riesgos sexuales: los cambios en los porcentajes de hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad a tener relaciones sexuales antes de los 15 años, hombres y

mujeres de 15-49 años de edad que tienen múltiples parejas, y aquellos con múltiples parejas que utilizaron un preservativo en su última relación sexual, en determinados países con una prevalencia del VIH en adultos superior al 1%, para determinados años 2000-2011

- Prevalencia de infección por VIH entre las trabajadoras sexuales contra la población en general en los países con datos disponibles, 2012
- Cobertura reportada de programas de prevención del VIH entre los trabajadores sexuales en países seleccionados.
- Analizan la cobertura de los programas de prevención entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en los años más recientes.
- Número de jeringuillas distribuidas a través de programas de agujas y jeringas por persona que se inyecta drogas, el año más reciente disponible
- Cobertura de las pruebas del VIH entre usuarios de drogas inyectables.
- Cobertura reportada del uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas.
- Disminución porcentual entre 2009 y 2011 en el número de niños (0-14 años de edad) la adquisición de la infección por VIH en los países con epidemias generalizadas
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretroviral para prevenir a transmisión madre-hijo.
- Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibieron sus resultados.
- La tasa de retención para la terapia antirretroviral a los 12, 24 y 60 meses en países seleccionados.
- Prevalencia de la violencia infligida por la pareja en los últimos 12 meses para los países con datos notificados y para los países sin datos si denunciaban el indicador como relevante o no.
- Porcentaje de hombres y mujeres que viven con el VIH sufren violencia verbal y física, los países con datos desglosados por sexo disponibles

5. Discusión

Aunque los modelos de ambos países tiene características similares y estadísticamente han mostrado cifras similares, Colombia tiene mayores tasas de contagio, personas que viven con el virus y mortalidad por esta causa y sin pensar en un sub-registro por parte de Argentina, pues este país tiene un trabajo previo en cuanto a la epidemia que permite concluir que en efecto en Colombia el VIH tiene más afectación.

Razón por la cual no es suficiente con identificar el VIH/SIDA como una problemática de Salud Pública, sino que es necesario identificarlo como una prioridad para intervenir en el país, así ello implique la asignación de recursos económicos y Talento Humano calificado que asuman la tarea de trabajar en modelos nuevos para mitigar el impacto de la enfermedad en la población colombiana.

De los datos encontrados se encuentra que la población asintomática representa un porcentaje importante a tener en cuenta en el momento de planear programas de Prevención, como estrategia para disminuir la expansión del VIH/SIDA y su detección temprana se debe impactar en población sin riesgo aparente, es decir a toda la población, cambiando la creencia de que solo los homosexuales o trabajadoras sexuales tienen el riesgo de contagio.

6. Conclusiones y recomendaciones

Se sugiere que la prueba de tamizaje sea abierta a toda población y no dependa de una orden médica para su toma, sumado a campañas de demanda inducida que induzcan a la población a la toma anual de examen que permita el diagnóstico precoz de los pacientes positivos asintomáticos. Esta medida no desplaza las estrategias actuales de prevención del contagio.

En todas las intervenciones de pre-test y pos-test además de evaluar el estado serológico de las pacientes, informar a la embarazada sobre riesgos de la infección o la enfermedad, planificar estrategias de prevención e iniciar la profilaxis en las madres positivas y sus hijos recién nacidos.

En el campo de la investigación del VIH, y de ETS es de gran importancia identificar siempre otros problemas que pueden conducir al contagio como el caso de las drogadicción en especial en adolescentes, pues el contagio es la consecuencia de conductas de riesgo debido a diferentes problemáticas sociales, culturales e incluso económicas.

Está comprobado que el diagnóstico precoz marca una gran diferencia entre la expansión de la infección, la identificación de más portadores, el acceso al tratamiento, la calidad de vida, mayor tiempo de expectativa de vida y reducción de los costos en salud para la atención de los seropositivos, las investigaciones indican que las pruebas de detección para el VIH realizadas regularmente en los centros de atención médica, son un método igualmente eficaz con relación al costo como son la detección de otros trastornos como el cáncer del seno y la presión arterial alta. Estos hallazgos reafirman lo anteriormente expuesto.

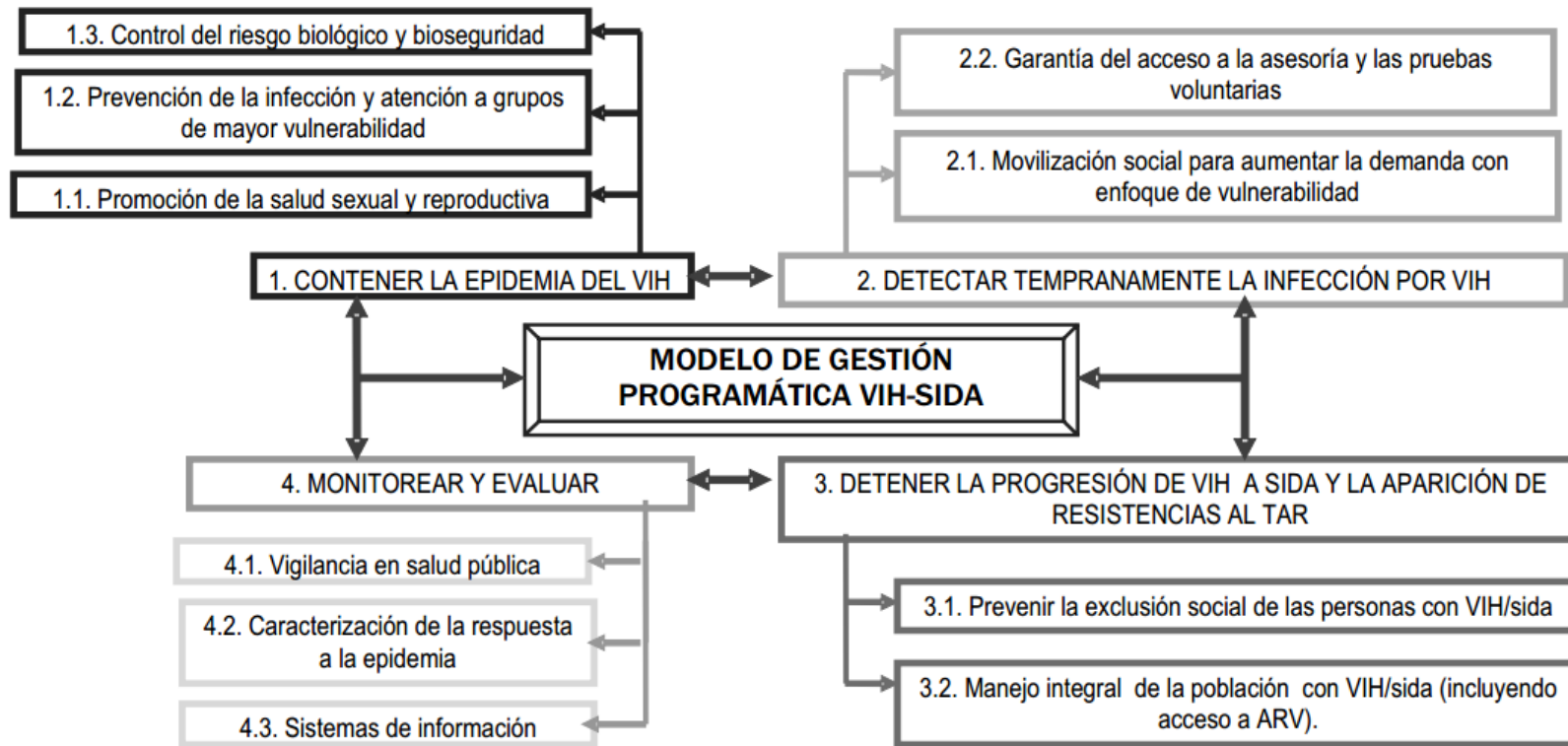
Se requiere entonces de acciones conjuntas, organizadas y estructuradas entre los actores gubernamentales, de la Salud, científicos, expertos, profesionales de salud y población en general (hombres, mujeres, familias) para controlar la epidemia y por qué

no, pensar en la posible erradicación del VIH en Colombia. De esta forma, las personas podrán disponer de las condiciones necesarias para mantener una vida digna, activa, integrada, con garantía de derechos y ejercicio de deberes.

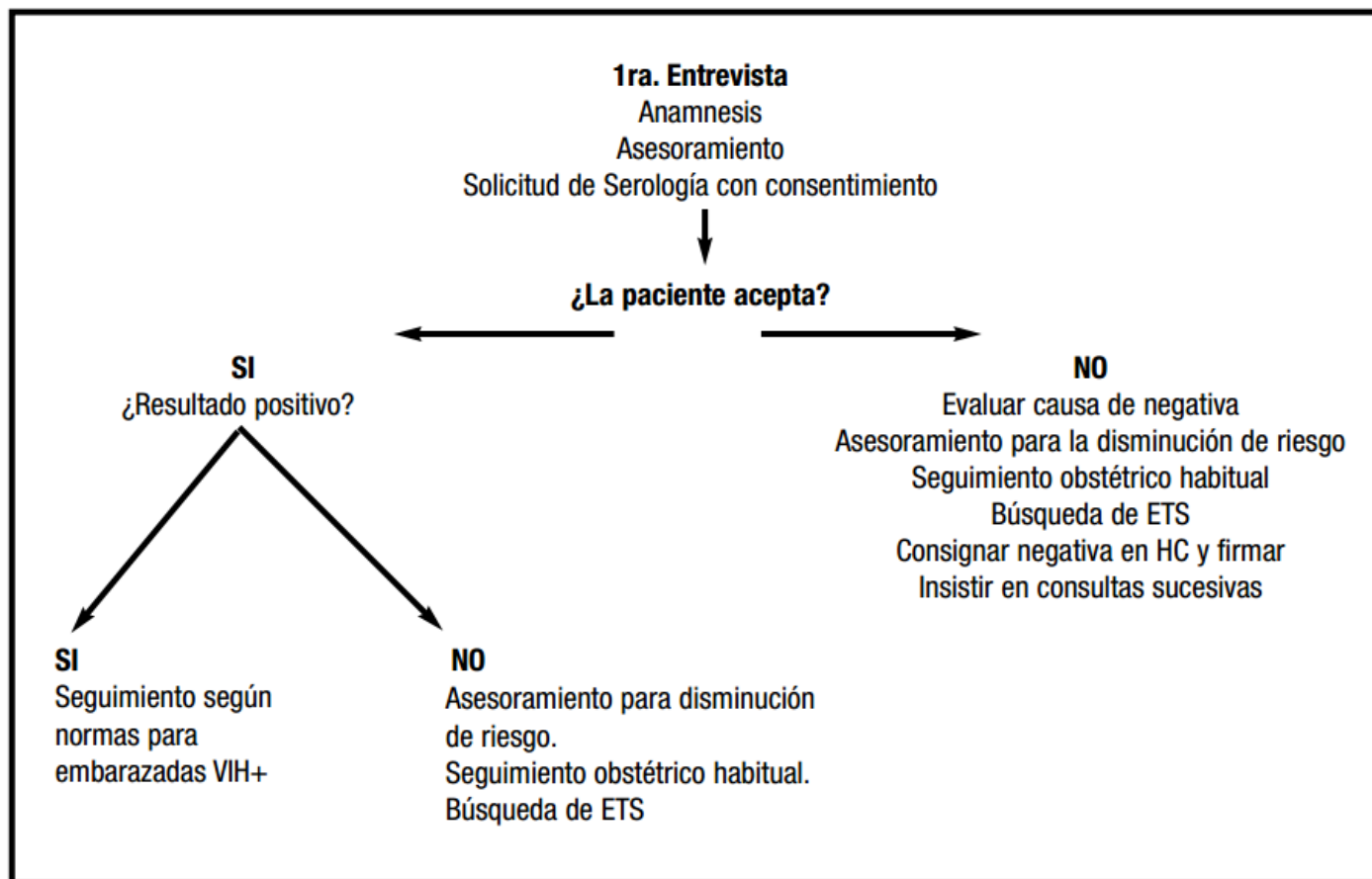
Para lo cual se debe tener presente intervenciones como: la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH/sida, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las Personas que viven con VIH/SIDA, y el monitoreo constante de la gestión realizada.

ANEXO 1. MODELO DE GESTION PROGRAMATICA: OBJETIVOS

Objetivos y estrategias centrales que orientan el Modelo de gestión programática en VIH



ANEXO 2. ESTUDIO SEROLOGICO DE INFECCION POR VIH EN EMBARAZAS



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal de VIH. Argentina, Noviembre 2001.

Bibliografía

- [1] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), «Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012,» WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2012.
- [2] Janssen-Cilag S.A., «Introducción al VIH,» 14 05 2013. [En línea]. Available: http://www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=hiv_about&product=none.
- [3] GEOSALUD, «Qué es el VIH/SIDA?,» [En línea]. Available: <http://www.geosalud.com/sida/index.htm>. [Último acceso: 04 2013].
- [4] OMS, «VIH/SIDA,» [En línea]. Available: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/. [Último acceso: 20 04 2013].
- [5] N. I. o. D. Abuse, « ¿Cuáles son los programas para la prevención del VIH/SIDA que mejor funcionan?,» 07 2006. [En línea]. Available: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/el-vihsida/cuales-son-los-programas-para-la-prevencion-del-vihsida-que-mejor-funcionan>. [Último acceso: 05 2013].
- [6] MEDLINE-PLUS, «Infección por VIH asintomática,» [En línea]. Available: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000682.htm>. [Último acceso: 04 2013].
- [7] C. C. p. e. C. y. I. P. d. Enfermedades, «Recursos nacionales para las pruebas del VIH y las ETS,» [En línea]. Available: <http://hivtest.cdc.gov/Espanol/faq.aspx#tests>. [Último acceso: 05 2013].
- [8] MEDLINE-PLUS, «ELISA/ inmunotransferencia para VIH,» 6 9 2011. [En línea]. Available: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003538.htm>.

- [Último acceso: 04 2013].
- [9] M. A. Gajón, «Métodos de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana,» *Revista Medica de la Universidad de Veracruz*, vol. Vol 2, nº 2, 22 Julio - Diciembre 2002.
- [10] OMS Departamento de VIH/SIDA, «Programa de la OMS Sobre el VIH/SIDA,» 2005. [En línea]. Available: http://www.who.int/hiv/mediacentre/Who_we_are_A4_es.pdf. [Último acceso: 05 2013].
- [11] OPS Organizacion Panamericana de la Salud., «Expertos del Caribe definen prioridades para aumentar el acceso a servicios de salud,» 21 12 2009. [En línea]. Available: <http://especiales.universia.net.co/vih-sida/juridica/expertos-del-caribe-definen-prioridades-para-aumentar-el-acceso-a-servicios-de-salud.html>. [Último acceso: 06 2013].
- [12] OMS, ONUSIDA y UNICEF, «Informe de Avance sobre Acceso Universal 2009,» OMS, ONUSIDA y UNICEF, 29 9 2009. [En línea]. Available: http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=196&Itemid=1. [Último acceso: 6 2013].
- [13] ONUSIDA/10.11S | JC1958S, «Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010,» Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Noviembre 2010. [En línea]. Available: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC1958_GlobalReport2010_full_es.pdf. [Último acceso: 06 2013].
- [14] UNAIDS Political Declaration on HIV/AIDS, «Global AIDS Response Progress Reporting 2012: guidelines - construction of core indicators for monitoring the 2011,» UNAIDS, Geneva, 2012.
- [15] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) , «Los CDC responden al VIH/SIDA,» Departamento de Salud y Servicio Humanos, 15 Enero 2009. [En línea]. Available: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/aboutdhap.htm>. [Último acceso: 05 2013].
- [16] CDC Centro Nacional para la Prevención de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, ETS y TB, «El VIH en los latinos,» Noviembre 2011. [En línea]. Available: www.cdc.gov/hiv/spanish/latinos/PDF/latinos.pdf. [Último acceso: 06 2013].

- [17] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA, «Modelo de Gestion Programatica en VIH/SIDA,» Noviembre 2006. [En línea]. Available: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20GESTION%20PROGRAMATICA%20VIH%20SIDA.pdf>. [Último acceso: 06 2013].
- [18] M. D. SALUD, «ACUERDO 217 DE 2001,» CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 27 12 2001. [En línea]. Available: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu217_01.htm. [Último acceso: 06 2013].
- [19] MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, «DECRETO 1543 DE 1997,» MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 12 06 1997. [En línea]. Available: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1997/junio/12/dec1543121997.pdf. [Último acceso: 06 2013].
- [20] J. Gofin y R. Gofin, «Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria,» *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 21, nº 2-3, 2007.
- [21] OMS/UNICEF- ONUSIDA, «PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2013,» Febrero 2013. [En línea]. Available: http://www.who.int/hiv/pub/me/ua_indicator_guide/es/index.html. [Último acceso: 06 2013].
- [22] OMS/UNICEF ONUSIDA, «Guía sobre los indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector de la salud.,» Febrero 2013. [En línea].
- [23] Informe de la Secretaría OMS Ginebra, «VIH/SIDA. Contribución de la OMS al acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención contra el VIH/SIDA.,» 2006. [En línea]. Available: www.unaids.org/AIDSReporting..
- [24] CONDENA Clínica Especializada, «Consejería y Detección de VIH/SIDA,» Clínica Especializada Condesa, 2011. [En línea]. Available: <http://condesadf.mx/rokstories/consejeriaydeteccion.htm>. [Último acceso: 05 2013].
- [25] Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, «NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010,» 15 10 2010. [En línea]. Available: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>.

- [Último acceso: 05 2013].
- [26] M. I. G. F. C. R. V. C. P. S. M. P. e. MARIA CAROLINA OLAYA, «Diecisiete años de seguimiento de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Privado de Córdoba,» *Experiencia Médica*, vol. 27, nº 2, pp. 70 - 75, 2009.
- [27] OPS, «SALUD EN LAS AMERICAS, VOLUMEN DE PAISES ARGENTINA,» 2012. [En línea]. Available: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=186&Itemid=. [Último acceso: 06 2013].
- [28] Unidad Coordinadora Ejecutora De VIH/SIDA/ETS, «RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH,» MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, Argentina, Noviembre 2001. [En línea]. Available: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/08-HIV.pdf>. [Último acceso: 05 2013].
- [29] MUNICIPALIDAD DEL ROSARIO, «NOTAS DE ARCHIVO: ACTIVIDAD EN COLEGIOS,» SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, [En línea]. Available: <http://www.pmsida.gov.ar/educacion/625.htm>. [Último acceso: 05 2013].
- [30] OPS, «SALUD EN LAS AMERICAS, VOLUMEN DE PAISES COLOMBIA,» 2012. [En línea]. Available: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=197&Itemid=. [Último acceso: 06 2013].
- [31] O. M. d. I. s. [En línea].
- [32] CDC Centro Nacional para la Prevención de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, ETS y TB, «El VIH en los latinos,» Noviembre 2011. [En línea]. Available: www.cdcnpin.org. [Último acceso: 06 2013].
- [33] O. onusid, «PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2013,» [En línea].