

CAPÍTULO TERCERO

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL MANEJO DEL VIH (1981-2023)

I. EL PARADIGMA EPIDEMIOLÓGICO (1981-1995)

Conforme al análisis de los profesionales de la salud, el manejo de la epidemia de VIH en México, desde sus orígenes hasta la fecha, se explica a partir de tres paradigmas: primero, el epidemiológico, caracterizado por el tamizaje y la detección oportuna; segundo, el clínico, identificado por el tratamiento farmacológico; y tercero, el “tratamiento como prevención”, en sus etapas iniciales de desarrollo.³⁰ Desde las ciencias jurídicas, se debería agregar el paradigma judicial como se prueba en esta investigación.

Efectivamente, el objetivo principal del presente estudio es examinar la formación del paradigma judicial construido por la SCJN; como aquí se investiga, este tribunal constitucional construyó una política judicial para defender los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA y apuntalar la política sanitaria estatal frente a las violaciones de derechos ejecutadas por diversas instituciones estatales (principalmente fuerzas armadas y centros hospitalarios)

Así, las primeras políticas públicas adoptadas (1983-1988) estuvieron encaminadas a identificar la distribución y frecuencia de los casos, los mecanismos de transmisión, así como los principales

³⁰ Shiba-Matsumoto, Andrey Ryo *et al.*, “Políticas nacionales para el control del VIH y la evolución de la epidemia en México: un análisis de 1990 a 2017”, *Salud Pública de México*, vol. 65, núm. 3, mayo-junio de 2023, p. 286.

factores de riesgo; las encuestas serológicas (1985) identificaron la seroprevalencia, la incidencia y los factores de riesgo en diferentes grupos poblacionales. Las acciones de control iniciaron con políticas para reforzar el uso del condón para la prevención de la transmisión sexual en 1984 y la obligatoriedad del tamizaje para VIH de todos los donantes de sangre en 1986. A consecuencia de los casos en mujeres con antecedentes de transfusiones sanguíneas, en 1987 la Ley General de Salud prohibió la donación altruista y la comercialización de la sangre humana y sus derivados.³¹

El SIDA se agregó a la lista de enfermedades transmisibles sujetas a notificación inmediata en 1986 y su registro correspondiente en el Registro Nacional de Casos de SIDA e inició la publicación trimestral de un boletín especializado. En 1989 se instalaron los primeros Consejos Estatales para la Prevención del SIDA (COESIDAS) para descentralizar las actividades de control y prevención. En 1990 se publicó el Manual de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA y se sentaron bases para la formulación del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, así como la creación del Programa Nacional de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA 1990-1994, coordinado por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (en adelante Conasida).³²

En 1994, la Secretaría de Educación Pública introdujo el VIH como tema de estudio en la educación primaria (6o. grado) y secundaria; asimismo, diseñó el Plan Masivo de Medios de Comunicación (1992-1994) dirigido a los adolescentes, al cual se le dio seguimiento en las administraciones siguientes de Ernesto Zedillo (1996-2000) y Vicente Fox (2002-2006).³³

En noviembre de 1994 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (en adelante *DOF*) la Norma Oficial Mexicana (en adelante

³¹ *Idem.*

³² *Ibidem*, pp. 286 y 287.

³³ *Ibidem*, p. 287.

NOM) NOM-017-SSA2-1994 para vigilancia epidemiológica. Por otra parte, el 17 de enero de 1995 se publicó en el *DOF* la NOM-010-SSA2-1993 sobre prevención y control de la infección por VIH, actualizada en 1998 y 2010; puesta al día finalmente mediante la NOM-010-SSA-2023 publicada en el *DOF* el 2 de junio de 2023. En 2001 se actualizó el Manual de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA con la vigilancia de segunda generación que incluyó las prácticas de riesgo y análisis del comportamiento de las personas infectadas.³⁴

II. EL PARADIGMA CLÍNICO (1996-2012)

El primer TAR llegó a México en 1991 y era accesible sólo para la población con seguridad social; un año después se expidieron las Guías de Atención Médica de VIH/SIDA para consulta externa y hospitales. En 1995 apareció la terapia combinada, accesible sólo para personas con seguridad social y en 1998, inició la política de acceso gratuito a este tratamiento, y se incluyeron a los inhibidores de proteasa (en adelante IP) dentro del cuadro básico de medicamentos y como TAR para mujeres y jóvenes menores de 18 años sin seguridad social, a través del Fondo Nacional para las Personas con el VIH (Fonsida), creado en 1997. La incorporación de los IP al tratamiento inició el periodo de la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) basada en el seguimiento protocolizado de la carga viral, el conteo de linfocitos CD4+ y los síntomas clínicos. En 2003 se amplió el programa de acceso universal y gratuito a todo el país.³⁵ Más adelante, en esta investigación se explica cómo con el amparo en revisión 2231/1997 resuelto por el Pleno de la SCJN, el PJJ incidió directamente en las políticas públicas que facilitaron el acceso gratuito para los TAR.

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

Los Programas para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (1997-2000 y 2002-2006) fueron decisivos en la descentralización de los servicios y los programas estatales de prevención del VIH. En el período (2000-2006), el programa IMSS-Solidaridad y el Conasida comenzaron la atención de poblaciones rurales y se creó la Clínica Condesa en la Ciudad de México. En 2004, el Seguro Popular de Salud aseguró el financiamiento para la atención de la población afectada por el VIH/SIDA. En 2005, el fenómeno de ruralización y afección de mujeres infectadas con VIH motivó la creación de los proyectos Mesoamericano y Centroamericano para la atención de poblaciones móviles.³⁶

También se implementaron políticas e intervenciones educativas y de difusión relacionadas con la disminución del estigma y discriminación entre las que destaca la campaña conjunta contra la discriminación a las personas con VIH, organizada por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (en adelante Censida) y el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (en adelante Conapred).³⁷

El inicio del siglo XXI también presenció el ascenso de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la promoción de los derechos de las personas con VIH/SIDA que alcanzaron un papel esencial en el diseño de la agenda política para la protección de sus derechos algunos años después, particularmente, cuando se les asignaron recursos para soportar su trabajo entre 2000 y 2012. La coordinación de estas acciones se realizó a través del Censida en 2001, órgano precedido por Conasida en 1988 y el Comité Nacional en 1986.³⁸

Censida creó en 2004 la *Guía de Manejo Antirretroviral* para homogenizar el uso de medicamentos ARV en adultos, mujeres embarazadas, niñas y niños, además de la profilaxis para riesgo ocupacional, e iniciaron operaciones los centros ambulatorios

³⁶ *Idem.*

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Idem.*

para la Prevención y Atención del SIDA y otras Infecciones de Trasmisión Sexual (CAPASITS).³⁹

Continuando con las políticas públicas determinadas por la administración de los ARV, entre 2006 y 2012, se priorizó el acceso universal a 16 esquemas de terapia ARV, incluida la atención integral de migrantes a través del Programa de Salud del Migrante de la Secretaría de Salud (en adelante SS). En 2006 se inició el monitoreo de ARV mediante el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) para controlar la compra y suministro de medicamentos contra el VIH y monitorear el tratamiento de los pacientes. En 2007, se creó la Red Nacional de Vigilancia de Farmacorresistencia de VIH y en 2009 se extendió el Seguro Popular para cubrir los costos de los exámenes de laboratorio, el conteo de CD4 y de la carga viral.⁴⁰

III. EL PARADIGMA DEL “TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN” (2013-2023)

A principios de la segunda década del siglo XXI, la comunidad científica internacional proporcionó evidencia contundente de que las personas portadoras del VIH bajo un estricto TAR no trasmitían el virus a sus parejas sexuales como demostraron, principalmente, los estudios de Cohen y Rodger.⁴¹ Así, apoyado en esta

³⁹ *Ibidem*, pp. 287 y 290.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 290.

⁴¹ *Cfr.* Cohen, Myron S. *et al.*, “Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, núm. 6, agosto de 2011, pp. 493-505. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600693>; Cohen, Jon, “HIV Treatment as Prevention”, *Science*, vol. 334, diciembre de 2011, p. 1628. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.334.6063.1628>; Rodger, Alison J. *et al.*, “Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a mul-

evidencia que demostraba cómo una persona con TAR cuya carga viral es indetectable del VIH no trasmítala el virus a otras personas, la SS convirtió este tratamiento en una importante terapia de prevención para la población. Asimismo, las instituciones sanitarias mexicanas complementaron esto con la Profilaxis PreExposición (PrEP), consistente en administrar ARV a personas seronegativas en situación de riesgo para reducir la tasa de infección de VIH.⁴²

Aunque los desajustes por el desabasto de medicamentos acaecidos por el cambio de gobierno en 2018 alteraron la ministración de los TAR, esta política se mantiene hasta hoy como política esencial para el tratamiento de las personas con VIH.

Infortunadamente, ante esta nueva política en salud, el gobierno mexicano relajó las políticas masivas de comunicación de prevención del VIH relativas al uso del preservativo como mecanismo esencial para evitar el contagio; en efecto, como muestra la evidencia empírica mostrada arriba (véase la figura 1), el incremento del contagio entre la población de 19 a 29 años, probablemente, se debe al desconocimiento de las políticas de prevención

ticentre, prospective, observational study”, *Lancet*, vol. 393, junio de 2019, pp. 2428-2438. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0); Bavinton, Benjamin R. *et al.*, “Strategies used by gay male HIV serodiscordant couples to reduce the risk of HIV transmission from anal intercourse in three countries”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, núm. 4, abril de 2017, pp. 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jia2.25277>; Van Damme, Lut *et al.*, “Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 367, núm. 5, agosto de 2012, pp. 411-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1202614>; Velloza, Jennifer *et al.*, “The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN 082: a qualitative study”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 23, núm. 3, marzo de 2020, pp. 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jia2.25463>; Balkus, Jennifer E. *et al.*, “An Empiric HIV Risk Scoring Tool to Predict HIV-1 Acquisition in African Women”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 72, núm. 3, julio de 2016, pp. 333-343. Disponible en: https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2016/07010/an_empiric_hiv_risk_scoring_tool_to_predict_hiv_1.16.aspx;

⁴² Shiba-Matsumoto, Andrey Ryo *et al.*, “Políticas nacionales para...”, *cit.*, p. 290.

en los principales medios de comunicación para mantener el uso del condón como mecanismo de prevención, lo cual podría explicar el incremento de casos a partir de 2015. De comprobarse esta hipótesis epidemiológica, es fundamental que el gobierno mexicano implemente nuevamente estas campañas masivas de comunicación que mostraron su eficacia durante las primeras décadas de la pandemia.