

La hepatitis C como un problema de salud pública en México

Fundación Mexicana para la Salud Hepática*

Fundación Mexicana para la Salud Hepática.
La hepatitis C como un problema de salud pública en México.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 1:S61-S67.

Resumen

Se reportan resultados de un seminario multidisciplinario que aborda el reconocimiento y construcción de la hepatitis C como problema de salud en México. La prevalencia es de 1.4%. La incidencia se estima en 19 300 nuevos casos por año. Al disminuir los casos relacionados a transfusión, aumentan en importancia la transmisión nosocomial y uso de drogas vía intravenosa o intranasal. Es necesario construir nuevos contenidos para las representaciones sociales y percepción de riesgo. El tratamiento basado en respuesta por PCR-ARN ha modificado los esquemas de manejo, situación importante al considerar políticas de tratamiento. Jurídicamente existe poca incidencia legislativa en el tema. La distribución de competencias entre el Gobierno Federal y las entidades federativas en materia de salubridad general se encuentra establecida en el artículo 13 de la Ley General de Salud (México). Es necesario definir una estrategia que adquiera el carácter de política pública de alcance nacional.

Palabras clave: hepatitis C; salud pública; epidemiología; tratamiento de hepatitis C; México

Fundación Mexicana para la Salud Hepática.
Hepatitis C as a public health problem in Mexico.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 1:S61-S67.

Abstract

We report the results of a multidisciplinary seminar approaching the recognition and construction of hepatitis C as a health issue in Mexico. Its prevalence is 1.4% and its incidence is estimated in 19 300 new cases per year. As transfusion decreases as a risk factor, the relevance of nosocomial transmission and use of intravenous or intranasal drugs increases. It is necessary to develop new contents for the social representation and risk perception of the disease. Response guided treatment based on PCR-RNA has modified the treatment schemes, a very important issue when considering policies for management. Legislation about hepatitis C in the country is limited. Assignments of the Federal Government and the federative entities in the country regarding health issues are framed in the 13th article of the General Mexican health law. It is necessary to advance towards the development of a public health policy at the national level for hepatitis C.

Key words: hepatitis C; public health; epidemiology; Mexico

* David Kershenobich Stalnikowitz, Margarita Dehesa Violante, Luz Ma. Aguilar de Gómez Gallardo, Rubén Aguilar Monteverde, Antonio Ariza Alducin, Lucía Brown de Muñoz, Ana Sofía Charvel Orozco, Julia Isabel Flores Dávila, Ma Concepción Gutiérrez Ruiz, Aurora Loaeza, Antonio López de Silanes, María Elena Medina Mora, Ignacio Morales Lechuga, Mauricio Padrón Innamorato, Ricardo Pozas Horcasitas, Enrique Ruelas Barajas, Manuel Ruiz de Chávez Guerrero, José Ignacio Santos Preciado, Gustavo Varela-Fascinetto, Enrique Wolpert Barraza.

Fecha de recibido: 21 de octubre de 2010 • **Fecha de aceptado:** 17 de marzo de 2011
Solicitud de sobretiros: Dr. David Kershenobich. Fundación Mexicana para la Salud Hepática.
Avenida Revolución 1386, Col. Guadalupe Inn. 01020 México DF.
Correo electrónico: kesdhipa@yahoo.com

La hepatitis C representa un importante problema de salud pública en el ámbito mundial. Es propósito del presente trabajo informar de los resultados de un seminario multidisciplinario establecido con el fin de abordar el reconocimiento y la construcción de la hepatitis C como un problema de salud en México. Se da como respuesta a una convocatoria de la Fundación Mexicana para la Salud Hepática en México, un organismo no gubernamental integrado por un comité de empresarios, filántropos y un comité científico de médicos especialistas en hepatología y áreas afines. También sirve a manera de apoyo a la disposición tomada por la OMS en enero de 2010 y ratificada en mayo de 2010 fundamentalmente en países en desarrollo.¹

Con base en un trabajo colegiado, sustentado en la identificación de la calidad de la información disponible se propone la toma de acciones inmediatas y a mediano plazo que conduzcan a un cambio de actitud en los pacientes, médicos, familiares de los pacientes, asociaciones civiles y autoridades gubernamentales para la solución del problema.

Epidemiología

Diversos estudios epidemiológicos y dos encuestas nacionales de salud señalan una prevalencia de alrededor de 1.4% en México,^{2,3} siendo significativamente diferente en el norte (2.0%) que en el sur (1.5%) y las entidades del centro (1.1%) del país.^{2,4} No existen estudios directos sobre incidencia de la enfermedad.

El número de pacientes que se detectan y los que se tratan es aún escaso, lo que se expresa en el hecho de que en 2005, la cirrosis hepática (complicación tardía de la hepatitis C) fuera la tercera causa más común de mortalidad en hombres y la séptima en mujeres.^{5,6} Se ha descrito que la mortalidad por cirrosis hepática varía entre 11.6 a 47.4 por 100 000 habitantes, con la mayor mortalidad en el área central del país. El promedio de edad es de 50.3 ± 12.0 años. Aproximadamente 50% de las cirrosis hepáticas son debidas a hepatitis virales crónicas por virus C y B.^{5,6}

Para poder prever y disminuir el impacto de la hepatitis C en México es necesario ya no sólo conocer su prevalencia sino realizar estudios de incidencia. Según datos del Consejo de Población en 2010 hay 108 396 211 de personas en México, de ellos 53 229 849 son del género masculino y 55 166 362 del género femenino. 51 millones de estas personas están entre 20 y 65 años de edad. Si calculáramos en forma indirecta la incidencia dividiendo la prevalencia entre la duración de la enfermedad, tomando en cuenta que ésta durara 20, 30 o 40 años, el número de casos nuevos por año en el país se estimaría en 35 000, 23 300 o 17 500. En el Hospital Gene-

ral de México entre el período del 26/12/07 al 25/12/08 se impartieron 759 158 consultas, y se detectaron 327 casos nuevos de hepatitis C, lo que representaría el 0.99, 1.39 o 1.86% del total de los nuevos casos detectados en México.

Impacto del diagnóstico de hepatitis C

El paciente que tiene una infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), pudo haberse enterado por diferentes vías. Una de las más frecuentes es el haber acudido a donar sangre y darse cuenta que tiene el anticuerpo para el VHC positivo; otra posibilidad es que si el sujeto tiene antecedentes de haber recibido una transfusión de sangre o derivados antes de 1995 y si hace una determinación de anticuerpos contra el VHC puede ser positiva; otra posibilidad es que el sujeto acuda a una revisión clínica y le encuentren alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático, o bien, alteraciones en la biometría hemática como plaquetopenia que sugieran una enfermedad hepática crónica, lo que inicia el estudio del enfermo.

Aquellos pacientes que tienen infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, adictos a drogas vía intravenosa o intranasal o las comunidades carcelarias tienen un riesgo significativamente mayor de estar coinfectados con el virus de la hepatitis C.⁷⁻⁹

Dado que la infección es generalmente asintomática, los pacientes sufren un gran impacto cuando se les informa que tienen una infección por el VHC. El médico tendrá que explicarle al paciente que es una enfermedad que se puede curar y que el tratamiento tendrá por objetivo reducir la progresión del daño hepático y evitar o retardar la aparición de cirrosis y cáncer de hígado.

El paciente se siente temeroso ya que en ocasiones se le ha informado que para poder establecer el diagnóstico definitivo es necesario hacer una biopsia hepática, la que consiste en tomar una muestra del hígado ya sea percutánea a ciegas, guiada por ultrasonido o por una laparoscopia o laparotomía. Si bien es cierto que la biopsia nos da información acerca de la intensidad del daño, la existencia de cirrosis o fibrosis o bien añadir algún otro diagnóstico, no es indispensable para decidir el tratamiento y se puede obviar.¹⁰

Es muy importante entender el impacto que puede ocasionar el diagnóstico en ciertos pacientes, por lo que se necesita experiencia para manejarlos, e incluso pueden requerir ayuda psicológica una vez establecido el diagnóstico y durante el tratamiento. Es importante hacerle saber al paciente que cada enfermo es diferente y que se planeará el tratamiento de acuerdo con sus características clínicas, la edad, sus exámenes de laboratorio, el genotipo, la carga viral y desde luego, comunicarle

las posibilidades que tiene de respuesta antes de iniciar el tratamiento.

En cuanto a su vida laboral o funcional, estos enfermos pueden continuar con sus actividades, incluso cuando están en tratamiento: sin embargo se les debe recomendar no compartir jeringas, hojas de rasurar ni artículos personales por la posible transmisión de la infección.

Un elemento trascendental en estos casos son los grupos de apoyo ya que éstos representan un foro abierto para el intercambio de opiniones con personas que padecen la misma enfermedad. Para los familiares estos grupos son de suma importancia para la exploración de la situación y aprendizaje de los hechos básicos.

El virus de la hepatitis C

El virus de la hepatitis C es un ARN virus perteneciente al género Hepacivirus de la familia Flaviviridae. Basados en la secuencia de nucleótidos y en el análisis filogenético se han caracterizado seis genotipos, de los cuales el genotipo 1 es el más frecuente en México, con una frecuencia aproximada de 75%.¹¹⁻¹² Este tipo de virus es el que con mayor frecuencia tiene una peor evolución y que responde menos al tratamiento.

El virus tiene una vida media de 2,7 hr en sangre y existe una alta producción diaria de partículas virales (10^{12}) en los pacientes con infección crónica; la cinética de replicación viral es superior incluso a la del VIH. En segundo lugar, la enzima que se encarga de la replicación tiene una tasa de error aproximada de 10^{-4} y por lo tanto una tasa de mutaciones (quasi-especies) que facilita mecanismos de escape.

Historia natural

El estudio de la historia natural de la infección por el virus de hepatitis C (VHC) ha presentado limitantes debido a que el momento de inicio de la infección se conoce en pocos casos (generalmente no ocurren síntomas al contagiarse), su estudio prospectivo es difícil debido a su duración prolongada y existen variaciones al estudiar diferentes poblaciones. Lo que es claro es que a diferencia de la infección por otros virus de hepatitis, la infección por el VHC persiste en la mayoría de los casos con el subsecuente desarrollo de hepatitis crónica, fibrosis hepática, cirrosis y en algunos casos cáncer de hígado.¹³ El conocimiento del curso natural de la hepatitis C crónica y de los factores que lo modifican es importante con fines de pronóstico así como para diseñar estrategias de vigilancia y tratamiento.

Los estudios realizados a principios de la década de 1990 en pacientes con hepatitis C postransfusio-

nal demostraron que la mayoría de los pacientes no eliminaban el VHC y que entre 43 y 86% de los casos desarrollan infección persistente,¹⁴ dependiendo de la edad del paciente, género, fuente de contagio, tamaño del inóculo, coinfección por otros virus, raza, abuso de alcohol y estado de inmunocompetencia del huésped. Así por ejemplo, las mujeres jóvenes evolucionan a la forma crónica con poca frecuencia; lo contrario ocurre en quienes se exponen a un inóculo grande, por ejemplo la transfusión, que confiere un riesgo elevado.¹⁵

Los informes sobre la frecuencia en el desarrollo de cirrosis muestran datos variables dependiendo de la estrategia utilizada para adquirir la información. Se ha concluido que al menos 20% de los adultos crónicamente infectados por el VHC desarrollan cirrosis en un periodo de 20 años.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para adquirir la infección por el VHC son:

- Transfusión de sangre o de sus componentes antes de 1995 (en razón de que la versión definitiva de la NOM-003-SSA2-1993, que determina la detección de anticuerpos de VHC en los bancos de sangre, se dio a conocer hasta el 18 de julio de 1994).
- Trasplante de órganos antes de 1995.
- Uso de drogas vía intravenosa o vía intranasal (se debe investigar la infección por el VHC inclusive en personas que sólo usaron drogas inyectables una sola vez y no se consideran adictos).
- Contacto con sangre de una persona infectada a través de heridas, exudados de heridas y laceración de la piel o mucosas.
- Punciones accidentales al compartir agujas, inyecciones intravenosas o jeringas contaminadas con sangre infectada por el VHC.
- Practicarse tatuajes, piercing, perforaciones, acupuntura, manicure o podología con instrumentos no esterilizados y que estén contaminados.
- Tratamiento o extracciones dentales sin las condiciones de higiene adecuadas.
- El contagio del VHC puede ocurrir en los hospitales por hemodiálisis, uso de viales multidosis, cirujano infectado por el VHC o endoscopia con toma de biopsia.
- Ser personal de salud expuesto al contacto con sangre infectada por el VHC a través de las mucosas o por punción accidental con agujas infectadas.
- Transmisión vertical (de madre a hijo durante el nacimiento).

- Contacto sexual en caso de múltiples parejas o relaciones de alto riesgo (homosexual o heterosexual) sin protección. El riesgo de transmisión sexual es mínimo por contacto con una persona infectada por el VHC en parejas monógamas estables.
- La hepatitis C no se transmite por abrazar, besar, compartir utensilios para comer ni por lactancia materna.

Al disminuir los casos de hepatitis C relacionados con transfusión en México es de esperarse que aumenten en importancia como factores de riesgo la transmisión nosocomial y el uso de drogas vía intravenosa o vía intranasal.

Tratamiento de la hepatitis C

El tratamiento de la hepatitis C es fundamentalmente con base en antivirales e inmunomoduladores, siendo el tratamiento estándar en la actualidad con base en interferon pegilado y ribavirina, mismos que se ajustan de acuerdo con el genotipo y el peso de los pacientes. En los pacientes genotipo 1 el tratamiento se administra por 12 meses mientras que en los otros genotipos se da por 6 meses. La respuesta ideal se expresa como respuesta viral sostenida, que es aquella en que la carga viral definida por la determinación cualitativa de ácido ribonucleico (ARN) mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) está negativa y las aminotransferasas son normales después de 6 meses de haber terminado el tratamiento.

Existe una respuesta rápida definida como un ARN negativo a las cuatro semanas de tratamiento y otra denominada respuesta temprana, que es el mismo ARN negativo o disminución de la viremia en dos logaritmos a las 12 semanas de tratamiento. En ambas circunstancias este tipo de respuesta se acompaña de un pronóstico más favorable de alcanzar una respuesta viral sostenida al final del tratamiento, alrededor del 70%. Si al cabo de 12 semanas la carga viral ha negativizado o disminuido dos logaritmos, el valor predictivo negativo es del 100%. Este tipo de respuestas ha modificado los esquemas de manejo terapéutico permitiendo una mayor optimización del recurso terapéutico, situación muy importante al considerar políticas de tratamiento.

Se espera que en 2011 se aprueben nuevos medicamentos que actúan como antivirales directos (inhibidores de polimerasas) que administrados en forma conjunta con interferon pegilado y ribavirina, permitan alcanzar tasas de respuesta viral sostenida (curación) entre 70 y 90%, incluyendo pacientes que previamente no respondieron o que recayeron después de la administración de interferón pegilado y ribavirina.

La representación social de la hepatitis

Desde que Moscovici (en el año 1961) desarrolló el concepto de representación social,¹⁶ las investigaciones en diversas áreas del conocimiento de las ciencias sociales lo han integrado al conocimiento como una forma de aproximarse a las relaciones sociales de carácter simbólico, relaciones que comprenden tanto el pensamiento como la acción y el nivel individual y colectivo.

La teoría de las representaciones sociales ofrece un marco explicativo sobre los comportamientos de las personas estudiadas, conocimiento que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que va más allá del referente cultural y de las estructuras sociales.¹⁷

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que elaboran a partir de los procesos de comunicación y del pensamiento compartido en un grupo social. Las representaciones sociales son la síntesis de estas explicaciones y hacen referencia a un tipo específico de conocimiento, que juega un papel decisivo sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana, es decir, el conocimiento dado por el sentido común.¹⁸

Para evaluar el conocimiento sobre los distintos tipos de hepatitis tomamos datos tanto de la de la Encuesta Nacional de Cultura Física y Deporte como del Tracking Poll de Consulta Mitofsky, estudios realizados por el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

A partir de los datos se documentó que un amplio porcentaje de la población (89.5%) ha oído hablar sobre la hepatitis. Las personas que han escuchado hablar más de la hepatitis son las personas con mayor edad, las personas con mayor nivel de escolaridad, quienes habitan en zonas urbanas y las personas con mayor ingreso.

Para el caso de la hepatitis C se observa que existe un conocimiento vago, ya que únicamente 18.7% de los encuestados la mencionó espontáneamente. El tipo de hepatitis más conocida es la hepatitis A, que fue mencionada por el 23.3% de los entrevistados. No obstante, con ayuda, es decir cuando se pregunta a la población si ha escuchado hablar de la hepatitis C, poco más de la mitad (53.2%) respondió que sí ha oído hablar de la enfermedad.

Estos datos muestran que la hepatitis se percibe como un todo homogéneo, es decir, que las personas en general no efectúan distinciones entre sus diversos tipos. Asimismo, las personas no relacionan a esta enfermedad con un estado hepático más grave, como puede ser la cirrosis.

Cuando se pregunta a las personas si han oído hablar de la cirrosis, casi 9 de cada 10 personas han

escuchado sobre dicho padecimiento. Por otra parte, cuando se pregunta a las personas sobre las causas de la cirrosis sólo 3% menciona que es causada por la hepatitis. La opción más mencionada en esta pregunta es el alcoholismo (77.1%).

El conjunto de estos datos muestra que las personas no relacionan la hepatitis con la etapa más avanzada y grave del padecimiento inicial de la cirrosis e incluso con el cáncer de hígado. La manera en que se representa socialmente la hepatitis puede hacer que las personas la consideren como una enfermedad de bajo riesgo.

Otro elemento que favorece esta percepción social es el largo proceso de incubación asintomático (aproximadamente de 10 años) de la enfermedad e incluso los leves e indistintos síntomas que presenta el padecimiento durante su primera etapa (se podría hablar de una enfermedad silenciosa que acecha a la población).

Como se demostró en estas encuestas, para el caso de la hepatitis C y de su fase más grave, la cirrosis, la población no las percibe como un riesgo o un problema prioritario, ya que como muestran los datos, un porcentaje reducido de la población conoce las distintas variantes de la hepatitis y –lo que resulta preocupante– un porcentaje mínimo de la población la relaciona con la cirrosis. Así la hepatitis asume contenidos difusos para la población en la que no se incluye una relación causa-efecto entre un padecimiento y el otro. Además, y como un factor que contribuye a reducir aún más la percepción social de riesgo, los datos muestran que la mayoría de las personas señala que ya está vacunada contra la enfermedad y que esta inmunidad es perdurable a través de los años.

De manera general, se puede mencionar que el nivel de información sobre la hepatitis es mayor a medida que mejoran las condiciones de vida y a medida que crecen las condiciones de acceso a distintas fuentes de información. Asimismo, en los estratos bajos de la población el nivel de información sobre la hepatitis se encuentra vinculado con los esquemas de vacunación infantil.

Por su parte, la población comprendida en los grupos de edad de 12 a 14 y de 15 a 17 años tiene el menor nivel de información sobre la enfermedad. Así, tenemos que los grupos de población con mayores niveles de información sobre la enfermedad son las mujeres, quienes tienen entre 18 y 44 años y que alcanzaron algún año de universidad o más, y la población de mayores ingresos.

Con estos resultados queda claro que es necesario construir nuevos contenidos para alimentar las representaciones sociales de la hepatitis que tomen en cuenta tanto elementos cognitivos (conocimiento e información) como simbólicos (relativos a la creación de sentido: valores, ideas, ideologías).

Además, es preciso cambiar la percepción de riesgo entre los diferentes grupos poblacionales, al comunicar

de forma distinta a cada uno de ellos sobre su propio riesgo de adquirir la enfermedad. Sin embargo, es importante mover una fibra afectiva en cada grupo en cuestión, ya que la mera información no es suficiente para modificar una conducta social.

Hasta ahora las políticas de comunicación de las campañas de vacunación han contribuido a asentar representaciones sociales de la hepatitis con los contenidos difusos. Aún prevalece la idea de que la vacunación infantil protege a las personas contra todos los tipos de hepatitis. Asimismo, se cree que los efectos de la vacunación infantil perduran desde el momento en que un individuo es vacunado hasta su muerte. Por tanto, se puede afirmar que no se ha brindado información suficiente a la población de que aún no hay vacuna contra hepatitis C e informar sobre el tipo de vacuna que se está aplicando, ya sea A o B. Es por esto que al efectuar campañas de vacunación se hace imperativo informar a la población sobre el espectro que abarca el campo de la vacuna contra la hepatitis y señalar su extensión en el tiempo.

Frente al escaso y difuso conocimiento de la hepatitis C, se recomienda, en un principio, diseñar información específica adecuada para los distintos grupos de población: jóvenes, mujeres, adultos, etc. Además se pueden aprovechar otras campañas y problemas de salud –como el alcoholismo, las adicciones, sida, etc.– cuyas representaciones están mejor asentadas entre la población para brindar información suficiente sobre hepatitis.

Con estas acciones se podrá dotar de nuevos contenidos a las representaciones sociales que se tienen sobre la hepatitis C. La comunicación social, sin duda, se convierte en una herramienta clave para combatir a esta pandemia que enfrentaremos en las próximas décadas.

Aspectos jurídicos

Desde el punto de vista jurídico existe poca incidencia legislativa en el tema de hepatitis C. La distribución de competencias entre el Gobierno Federal y las entidades federativas en materia de salubridad general se encuentra establecida en el artículo 13 de la Ley General de Salud (México) (LGS).

Para ubicar en el contexto legislativo a la hepatitis C, es importante mencionar que el Congreso de la Unión, mediante la facultad constitucional establecida en la fracción XVI del artículo 73, distribuye competencias entre el Gobierno Federal y las entidades federativas, lo cual se lleva a cabo, fundamentalmente, mediante la LGS. En este artículo se señala que el Congreso de la Unión tiene facultad para dictar leyes de salubridad general de la República; se refiere en su base 1ª que el

Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país; en su base 2ª se señala que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República; en la 3ª, se refiere que la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

En el título octavo de la LGS se establece “la prevención y control de enfermedades y accidentes” y en el capítulo II de dicho título se regula de forma específica lo relativo a enfermedades transmisibles. En el artículo 134 se establece que tanto la Secretaría de Salud como los gobiernos de las entidades federativas realizarán, en sus respectivos ámbitos de competencia, actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de determinadas enfermedades como las hepatitis virales.

Posteriormente y como parte del artículo 134, se otorga la facultad al Consejo de Salubridad General para establecer cualquier enfermedad que se considere deba preverse dentro de las transmisibles. Por consiguiente, existe el marco jurídico necesario para apoyar cualquier acción a futuro.

Construcción de una política pública

No obstante lo anterior, no basta tener un marco jurídico si no se define una estrategia que adquiera el carácter de política pública de alcance nacional.

La demostración fehaciente de la hepatitis C como un problema de salud pública, y el reconocimiento jurídico de ésta, deben conducir a la definición de lineamientos y planes de acción tan concretos como sea posible para: 1) modificar las percepciones de la población y del personal de salud no especializado en el tema sobre la naturaleza, características y criterios diagnósticos y terapéuticos de la hepatitis C; 2) determinar los objetivos a mediano y largo plazos en términos de capacidad de detección oportuna y disminución de la incidencia con base en el incremento esperado en la posibilidad de identificación del problema como tal por los grupos mencionados; 3) definir los recursos humanos, financieros, tecnológicos y físicos necesarios para lograr los objetivos en tiempos definidos; 4) asignar las responsabilidades específicas a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud; y 5) incluir en los sistemas de información institucional los indicadores necesarios para monitorizar la evolución del padecimiento y de esta manera poder evaluar la política misma.

La responsabilidad de configurar esta política sería, sin duda, de la Secretaría de Salud, y su implementación, de los Sistemas Estatales de Salud y de las instituciones de seguridad social, incluido el Seguro Popular y sin descartar al sector privado como componente fundamental del sistema.

La concurrencia de las autoridades sanitarias, a saber, del Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud, resulta entonces fundamental. El primero, para establecer la prioridad y para inducir a través de un acuerdo del Pleno la definición de la política pública específica que responda a esa prioridad, y la segunda para elaborar e impulsar la política. Por su parte, las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios de salud serán igualmente indispensables para ejecutar la política y lograr los objetivos: que la hepatitis C sea reconocida, prevenida y adecuadamente atendida.

Discusión y conclusiones

En la construcción de este seminario se puso de manifiesto que es posible enlazar el modelo de atención médica que se circunscribe al cuidado del paciente con hepatitis C con el trabajo en equipo que permite la participación de expertos en otras disciplinas que, sin dejar de considerar al enfermo y a su entorno, se preocupa por la sociedad en su conjunto, que visualiza un problema de salud pública como lo es la hepatitis C en su dimensión médica, social y humana, que conlleve a plantear una estrategia para su prevención y control a nivel nacional.

Para poder prever y disminuir el impacto de la hepatitis C en México es necesario difundir el conocimiento del curso natural de la hepatitis C crónica y de los factores que lo modifican. Es importante reconocer el carácter dinámico de los factores de riesgo. Al disminuir los casos de hepatitis C relacionados con transfusión en México, con las medidas de tamizaje implementadas en los bancos de sangre, es de esperarse que aumenten en importancia como elementos de riesgo la transmisión nosocomial y el uso de drogas intravenosas o intranasales, factores que requieren de atención inmediata.

La casi totalidad de los estudios epidemiológicos en el País se han encaminado a establecer la prevalencia de la infección y en algunos casos a determinar mediante la medición del ARN viral el grado de viremia. Se desconoce sin embargo la incidencia anual de nuevos casos. Ésta sin embargo puede estimarse a partir de la prevalencia dividida entre la duración de la enfermedad (30 años), lo que lleva a estimar 19 300 nuevos casos por año.

El objetivo del tratamiento de la infección por VHC es el de inhibir la replicación del virus (respuesta viral sostenida) para lograr detener la progresión de la enfermedad. Esta respuesta se define como la ausencia de

partículas de ARN viral en suero al final de tratamiento y 6 meses después. Actualmente, el manejo clínico del VHC con interferon pegilado y ribavirina permite la optimización de recursos a través del tratamiento guiado por la respuesta. La determinación de la carga viral ARN a la semana 12 tiene un valor predictivo negativo del 100%, lo que permite predecir el éxito del tratamiento y si se debe o no de continuar durante las 24 o 48 semanas que se recomienda tratar a los pacientes.

Ahora bien, la literatura muestra que sólo el 30-40% de los casos detectados con VHC cumplen con las indicaciones de tratamiento, es decir, aproximadamente 9 650 nuevos casos por año, de los cuales aproximadamente 4 825 serían los que alcanzarían una respuesta viral temprana y por ende deberían completar el tratamiento por 6-12 meses con posibilidades de éxito terapéutico de 70%. Al ponderar la incidencia y el porcentaje de pacientes que llegan a tratamiento, es factible entonces emplear una estrategia que disminuya la prevalencia del VHC en México y las comorbilidades asociadas a la progresión natural de esta enfermedad. Esta estrategia podría disminuir el impacto económico en el sector salud, lo que logra modificar la epidemiología natural de la enfermedad.

Para que la hepatitis C pueda considerarse como un problema social, debe interiorizarse y ser concebido como tal por un sector relevante de la población: "la construcción de una enfermedad surge a partir de consideraciones sociales -ideológicas". Así, tenemos que en México, a diferencia de Francia y Estados Unidos, donde esta enfermedad se ha reconocido como el principal problema de salud que habrá de enfrentarse en los próximos 10 ó 20 años, existe una vaga representación de este padecimiento.

Parecería muy importante llevar a cabo las acciones de sensibilización, difusión y legislativas necesarias para hacerle comprender a la población en general, al personal médico y a las autoridades vinculadas con el sector salud en particular, la necesidad de darle a la hepatitis C un estatus semejante al que tienen enfermedades como el VIH/SIDA, como parte del completo desarrollo del derecho a la protección a la salud garantizado en el artículo 4º constitucional. Es necesario implementar estrategias para lograr cambios en las representaciones sociales que se tienen sobre las hepatitis; plantear la hepatitis C como un problema de salud pública; e impactar para concientizar a médicos, pacientes, enfermeras, paramédicos, familiares y autoridades sobre la relevancia de esta enfermedad. Se busca que la hepatitis C se conozca y sea de dominio social y se actúe en consecuencia desde las políticas públicas.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. PharmPro.com [sitio de internet]. Sixty-third World Health Assembly closes after passing multiple resolutions. [consultado 2010 jun 12]. Disponible en: <http://www.pharmpro.com/>
2. Valdespino JL, Conde-González CJ, Olaiz-Fernández G, Oswaldo-Palma O, Kershenobich D, et al. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente? *Salud Publica Mex* 2007;49:suppl.3:S395-S-403.
3. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
4. Vera de Leon L, Juarez A, Navarro JA, Diaz-Gomez M, Mendez-Navarro J, Chirino-Sprung RA. Panorama epidemiológico y situacional de la hepatitis C en Mexico *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70:25-32.
5. Principales causas de mortalidad por sexo en Mexico. México: INEGI, SSA, 2006.
6. Lozano R, Soliz N. Indicadores de salud para el monitoreo de políticas públicas. VII encuentro internacional de estadísticas de género para políticas públicas, México: SEP, 2007.
7. Rivas-Estilla AM, Ramirez-Valles E, Martinez-Hernandez R, Charles Niño C, Ramirez Camacho E, Rositas-Noriega F, et al. Hepatitis C virus infection among HIV-1 infected individuals from northern Mexico. *Hepatology* 2007;37:311-316.
8. White EF, Garfein RS, Brouwer KC, Lozada R, Ramos R, Firestone Cruz M, et al. Prevalence of hepatitis C virus and HIV among injection drug users in two Mexican cities bordering the US. *Salud Publica Mex* 2007;49:165-172.
9. Alvarado-Esquivel C, Sablon E, Martinez-Garcia S, Estrada-Martinez Z. Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiol Infect* 2005;133:679-685.
10. Palacios-Pérez A, Salieron-Escobar J. Role of liver biopsy in the diagnosis and management of chronic hepatitis C. *Gastroenterol Hepatol* 2007;30:402-407.
11. Panduro A, Roman S, Khan A, Tanaka Y, Kurbanov F, Martinez-Lopez E, et al. Molecular epidemiology of hepatitis C virus genotypes in west Mexico. *Virus Res* 2010;151:19-25.
12. Dehesa M, Bosques F, Kershenobich D. Mexican study group of pegasys. Prevalence of hepatitis C virus genotypes in Mexican patients. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;72:344-348.
13. Seef LB. Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology* 2002;36: S35-S46.
14. Tremolada F, Casarin C, Alberti A, Drago C, Tagger A, Ribero ML, et al. Long term follow up of NANB (type C) post-transfusion hepatitis. *J Hepatol* 1992;16:273-281.
15. Thomas DL, Astemborski J, Rai RM, Anania FA, Schaeffer M, Galai N, et al. The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral and environmental factors. *J Am Med Assoc* 2000;284:450-456.
16. Moscovici S. The phenomenon of social representations. En: Farr R, Moscovici S. *European Studies in Social Psychology*. Paris: Cambridge University Press, 1984.
17. Abric JC. Metodología de recolección de las representaciones sociales. En: *Prácticas sociales y representaciones sociales*. México: Ediciones Coyoacán, 2001.
18. Reid T. Obras completas. Sir William Hamilton (ed.) Edimburgo. Edimburgo: Reproducido por G. Olms Verlagsbuchhandlung, Hildesheim, 1998.