

258
27



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

Seminario de Sociología General y Jurídica

LA ENFERMEDAD MORTAL DEL SIDA
COMO FENOMENO SOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTOR DE TESIS:
Lic. Raúl García Gómez

T E S I S

Que para aspirar al Título de
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A :

MELITA IMELDA FRANCO DIAZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
Prólogo.....	1
Introducción.....	2
I. ANTECEDENTES Y DEFINICIONES	
A.- Antecedentes:	
a.- En el mundo, su aparición.....	4
B.- Otras enfermedades mortales:	
a.- Peste.....	9
b.- Cancer.....	9
c.- Diabetes.....	11
d.- Sífilis.....	12
e.- Sarampión.....	13
C.- Definiciones:	
a.- Qué es el SIDA.....	15
b.- Versiones sobre su origen.....	15
c.- Definición de caso de SIDA.....	16
1.- SIDA adulto.....	17
2.- SIDA infantil.....	17
3.- Células atacadas por el virus.....	18
4.- Mecanismo de la Inmunodeficiencia.....	18
5.- Periodo de incubación del virus.....	20
6.- Síntomas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	20
7.- Formas de transmisión de virus.....	22
8.- Grupos de alto riesgo.....	28
d.- Concepto médico.....	31
e.- Concepto Jurídico.....	32
II.- Análisis Jurídico-Social	
A.- Fundamentación Constitucional.....	32
B.- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.....	38
C.- Ley de Salud para el Distrito Federal.....	39
D.- Ley General de Salud.....	41
E.- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.....	43
III.- Desarrollo e incidencia de la enfermedad en la sociedad.	
A.- Estadísticas	
a.- Internacional.....	63
b.- Nacional.....	68
B.- Proceso de Crecimiento de la enfermedad sujeto a Análisis.....	75
C.- Intervención de las Autoridades para control de dicha enfermedad.....	89
IV.- Perspectivas Sociales	92
A.- Medidas de Prevención.....	93
B.- Medidas de Vigilancia.....	97
C.- Medidas de Control.....	100
D.- Investigación Científica en el campo del SIDA.....	102
E.- Recursos Avances en el tratamiento.....	107
Conclusiones.....	112
Bibliografía.....	117

PROLOGO

En los últimos años ningún problema de salud ha originado tanto interés entre la población en general ni ha sido objeto de mención constante en los medios masivos de comunicación como el Sida.

Esta palabra se ha convertido en sinónimo de miedo, muerte y sexo. Por lo que se ha planteado la necesidad de modificar actitudes y lograr que la palabra Sida se convierta en sinónimo de Educación, Responsabilidad y Solidaridad.

Es indiscutible que el Sida es un complejo problema de salud que debe ser abordado íntegramente, considerándose los aspectos biológicos, psicológicos, legales, económicos, éticos y morales que en él inciden.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad contagiosa producida por un virus.

En la actualidad es un mal incurable que lleva a la muerte a un alto número de quienes lo contraen. Todavía no existe una vacuna para prevenir el Sida, ni un tratamiento capaz de controlarlo.

El Sida ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avances, todos ellos ubicados alrededor de la detección y erradicación de la enfermedad.

La amenaza ha puesto en marcha lo mismo a los poderes públicos que a organizaciones civiles, a grupos de voluntarios que a organismos internacionales.

La nueva reglamentación sobre la donación de sangre bien puede considerarse un fruto de los avances que ante el Sida se han tenido que realizar.

Lo mismo puede decirse de los niveles de cooperación entre las distintas organizaciones mexicanas de salud pública.

La sociedad civil tampoco ha permanecido estática. Se han autoorganizado grupos voluntarios que realizan funciones de información, educación y colaboración que llega incluso a la asistencia y el cuidado de los enfermos, recabando fondos para la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, y para insistir en la idea de que la cura no es posible sin la participación de todos.

Nos encontramos ante una epidemia contra la que tenemos que luchar en dos frentes: primero, establecer medidas de salud pública para prevenir y detener la propagación del Sida; segundo, impulsar la investigación científica que permita avanzar en el conocimiento del VIH y de sus mecanismos de acción destructiva (patogenia).

La enfermedad no es exclusiva de los homosexuales, cualquier persona: heterosexual, bisexual, u homosexual, adulto o niño, puede contraer el Sida si no se toman las precauciones pertinentes.

INTRODUCCION

El Sida es un fenómeno social, sobre todo por su forma de transmisión. Se han identificado tres modos generales de contagio: 1) A través de las relaciones sexuales (homosexuales, bisexuales o heterosexuales); 2) A través del contacto directo con sangre infectada por VIH (transfusiones o uso de drogas intravenosas compartiendo jeringas); o bien, 3) A través del embarazo (transmisión de la madre infectada a su hijo).

De las tres, sin duda, la forma de transmisión más frecuente es la primera.

El acto sexual, en cualquiera de sus modalidades, es ante todo un acto social. Su realización implica la participación de, por lo menos, dos personas, el mínimo grupo social posible.

Pero además, la sexualidad es social porque, en el caso de los seres humanos, muy poco hay en ella que se pueda ser tenido como lo "natural" y "lo normal".

Si bien es verdad que los impulsos sexuales del hombre poseen una poderosa determinación biológica y psicológica, la forma en que dichos impulsos se manifiestan es una construcción social y cultural.

El acto sexual, entonces, es social, no sólo porque implica por lo menos a dos personas, sino porque la manera en que estas dos personas dan curso a su sexualidad es un producto social, culturalmente determinado, sujeto a ciertas normas y valores entendidos, que varían de una sociedad a otra.

Siendo la sexualidad un asunto que transcurre en un ambiente íntimo, la transmisión es, al mismo tiempo, la consecuencia de un acto social y privado.

Pero si la transmisión se da en un contexto privado, los efectos de la misma son, evidentemente, públicos.

Como, poner en práctica medidas públicas tendientes a controlar la propagación de esta epidemia sin atentar contra la intimidad y privacidad de los individuos.

Junto con su expansión, el Sida genera otros procesos sociales complejos. El desarrollo de prejuicios de parte de mucha gente en torno a esta enfermedad, y el estigma que recae sobre sus víctimas es un ejemplo de ello.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por la vía sexual ha hecho que tanto el Estado como la sociedad manifiesten una mayor disposición a reconocer los cambios que indudablemente se han dado en las conductas sexuales.

Aspirar a una educación sexual adecuada y exenta de tabúes que se imparta desde la niñez, se ha vuelto una necesidad sentida y un asunto que atañe a la salud pública.

El Sida ya no es solamente la preocupación de un grupo exclusivo de la sociedad. Es la preocupación de todos.

Ninguna persona está en peligro si él o ella, o sus compañeros sexuales, no participan de actos de gran riesgo o comparten agujas o jeringas para inyectarse drogas ilícitas.

De lo contrario, están arriesgándose a infectarse con el virus del Sida y poner en peligro sus vidas y las vidas de otros, incluso las vidas de las criaturas que todavía están por nacer.

Aún no sabemos el impacto total que el Sida tendrá en nuestra sociedad. Desde el punto de vista Clínico, puede haber nuevas manifestaciones del Sida; por ejemplo, disturbios mentales debido a la infección del cerebro por el virus en los portadores del virus del Sida. Puede ser que esto traiga consigo el fin de una libertad sexual que se ha llamado la revolución sexual.

Económicamente, el cuidado de los pacientes con Sida pondría una tremenda carga a nuestro ya sobrecargado y muy costoso sistema de servicios de salud.

Las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender el bien público. Por ello, es importante que se insista en informar y educar, en especial a los enfermos, de manera que las reacciones antisociales no influyan en ellos disolviendo los lazos que tienen con la colectividad, e imposibilitando su colaboración en la lucha.

También es tarea de las políticas de salud de la sociedad en general desmontar e inhibir las ideas y actitudes que tienden a parcializar el fenómeno del Sida, al considerarlo como enfermedad problemática que únicamente compete resolver a las autoridades sanitarias.

Sin embargo, es indudable que los tiempos han cambiado, y en este orden de ideas, la respuesta al Sida tendrá que ser:

FUNCION DE NUESTRO PROPIO TIEMPO, DE NUESTRA PROPIA CULTURA Y DE NUESTRA PROPIA CIENCIA.

La aparición del Sida y su expansión posterior como fenómeno epidémico ha producido en la sociedad una multifacética reacción. El Sida ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha planteado dilemas lo mismo en el orden de la salud pública que de la psicología, el derecho y la moral: se ha constituido en una sombra y mortal amenaza, ha relativizado los triunfos que la medicina logró durante más de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones semejantes a las de antaño en esferas sociales, políticas y científicas.

Es de esperar que la enfermedad y muerte por Sida, se incremente en los próximos años y considerando el número de individuos que involucre, los modos en que se transmite, el impacto que tiene y las reacciones que provoca bien podría ser llamada una enfermedad social.

Pese a que en los comienzos de la epidemia no parecía haber razón para dudar de que los problemas planteados por la nueva infección podrían ser rápida y eficientemente resueltos por el saber médico, el largo periodo asintomático de la enfermedad, el no menos largo lapso en el que se prevé que será posible encontrar una vacuna efectiva, así como el carácter íntimo y privado en que se lleva a cabo la mayor parte de los contagios, han hecho del Sida un problema de salud pública.

Así, ante la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la posibilidad inmediata de no detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes, encontrando en los homosexuales a los nuevos desviados anormales para cebar en ellos los estigmas de la nueva enfermedad.¹

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está causando honda preocupación entre las autoridades responsables de la salud pública de los Estados Unidos de América y Europa, ante esta nueva plaga llamada "peste de la civilización" y que ha afectado ya cerca de 7,000 pacientes y matando a casi la mitad de ellos.

1 Jaime Sepúlveda Amor, Sida-Ciencia y Sociedad en México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1989, págs. 375, 384, 385

La causa parece ser un microorganismo transmisible, todavía no suficientemente aclarado, de incubación prolongada que deteriora las defensas inmunitarias de las futuras víctimas, lo que a su vez aumenta su vulnerabilidad a otras infecciones, a veces mortales, o a un determinado tipo de cáncer, el sarcoma de Kaposi. Ataca a determinados grupos sociales y hasta el momento presente se dispone de una terapéutica adecuada. Ningún paciente se recupera espontáneamente y el número de casos se ha multiplicado y va en aumento. La enfermedad inicialmente parecía centrada en determinados núcleos urbanos de los EE.UU., se ha hecho presente en la vieja Europa.

La repercusión social en los países afectados es importante y de temor ante esta nueva plaga, en ocasiones por una falta adecuada de información ha motivado un cierto rechazo social a determinados núcleos de personas con características bien diversas como la nacionalidad (en el caso de haitianos) o por sus comportamientos sexuales (en el caso de los homosexuales masculinos).

Todas las razones aducidas hasta aquí, proporcionan motivos suficientes para profundizar en el conocimiento de este proceso que bien podría encajar, por el sensacionalismo de los medios de difusión, en el guión de una película de terror, y que abordaremos dentro de las limitaciones lógicas que una lección inaugural de curso nos impone.

A partir de 1978, los Centros para el control de las enfermedades (Center for Disease Control) o C.D.C., en EE.UU., iniciaron la investigación de la aparición y desarrollo del sarcoma de Kaposi e infecciones por microorganismos oportunistas de varios tipos, en personas previamente sanas.

En la primavera de 1981, los C.D.C. recibieron notificaciones de la existencia, en los diversos Estados, de dos raras enfermedades: el sarcoma de Kaposi y la neumonía debida a *Pneumocytis carinii*. Llamó la atención sobre todo en Los Angeles (California) que dichos cuadros clínicos afectaban a homosexuales masculinos y en los que no se conocía historia previa de enfermedad inmunodepresiva. En junio del mismo año, 1981, se pone de manifiesto este tipo de procesos en varias áreas metropolitanas de Nueva York y San Francisco y en las que aparte de los dos cuadros citados se comunicó otro tipo de infecciones oportunistas tales como herpes simple progresivo, toxoplasmosis del Sistema Nervioso Central, meningitis criptocócica, infección diseminada por citomegalovirus, candidiasis esofágica, etc.

Si bien este tipo de infecciones se venía observando en pacientes con cáncer, o que hubieran recibido trasplante de órganos y que habían estado sometidos a una terapia inmunosupresora, el hecho de que surgiera precisamente en personas jóvenes, aparentemente sanas, alertó a la comunidad médica.

Especialistas del New York University Medical Center, iniciaron el estudio profundo de varios jóvenes homosexuales que presentaban una forma diseminada del sarcoma de Kaposi. Esta afección descrita por Moricz Kaposi en 1872, conocida por los dermatólogos, hasta entonces de presentación rara, se caracteriza por la aparición de múltiples nódulos idiopáticos y pigmentados en la piel, que se localizan

lizan de manera preferente en las partes acras de las extremidades inferiores. Surge en personas adultas (entre los 50 y 70 años de edad), su curso es indolente y benigna y la mayor parte de los casos habfan sido vistos en EE.UU. y Europa, en varones de origen judfo o procedentes de Italia o de los países de la Europa del Este.

A partir de 1950, se reconocieron formas del tumor en Africa, especialmente en la tribu bantú en Africa del Sur, y también en el Africa Ecuatorial, si bien nunca fue considerado como enfermedad maligna.

El contraste surge al valorar los casos estudiados por los investigadores del Centro Médico de la Universidad de Nueva York, a los que anteriormente hemos aludido. La descripción del Kaposi de los homosexuales, es la de tumores de curso implacable y agresivo que afecta a menudo al sistema linfático y al tracto gastrointestinal.

El hecho de que el SIDA surgiera en ambas costas de los EE.UU. venfa a demostrar que no se trataba de episodios aislados. Eran infecciones no habituales por bacterias o virus oportunistas, o de ambos cuadros simultáneos. Los estudios inmunológicos demostraron una anomalía de la inmunidad celular que se caracteriza por anergia cutánea, linfopenia y deficiencia en linfocitos T.

A partir de este momento, se define como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El estudio control llevado a cabo por Jaffe, Choi y Thomas del C.D.C. de Atlanta en octubre y noviembre de 1981, conclufa con la observación de que el SIDA aparecfa en homosexuales masculinos cuyo factor de riesgo más importante era el número de "partners" sexuales con los que se relacionaba. Más tarde se descubre la enfermedad en drogadictos consumidores de drogas por vía intravenosa, haitianos que viven en los EE.UU. y pacientes con hemofilia. Recientemente, casos de SIDA o sugerentes del mismo han sido diagnosticados en personas que habfan sido trasfundidas con concentrados de plaquetas procedentes de pacientes con SIDA, en mujeres que mantienen relaciones sexuales con varones incluidos en uno de los grupos de alto riesgo de SIDA y en niños nacidos de madres haitianas o de drogadictos consumidoras de drogas duras.

Así, en 1980 se señala en Bélgica la presencia de dos casos, en un africano y una mujer blanca que convivfa con un zairota aparentemente sano.

La enfermedad a partir de 1981 se extiende a Europa y se llevan a cabo publicaciones que tratan sobre la aparición del primer caso confirmado, en cada uno de los países interesados.

En la República Federal de Alemania aparece en 1981 descrita la enfermedad en los pacientes, uno de ellos habfa consultado en Nueva York a un dermatólogo en uno de los múltiples viajes a EE.UU.; el otro, era un varón homosexual que habfa viajado a diferentes países.

En 1982, aparecen tres casos en Holanda, dos homosexuales varones que a su vez eran consumidores de drogas, y otro ciudadano americano que negó ser homosexual y que se clasificó como de orientación sexual desconocida.

Gran Bretaña tiene conocimiento de esta afección en 1980 (aunque publicado en diciembre de 1981) en un homosexual, y en Escandinavia, Finlandia (2), Suecia (3), Noruega (2) y Dinamarca (13) aparecen en 1983 y en su mayoría, asimismo, homosexuales.

El primer caso observado en Francia lo fue en julio de 1981 en una joven homosexual, si bien antes de 1980, por estudios retrospectivos pudieron diagnosticarse siete casos que correspondían a cuatro homosexuales, un paciente oriundo de África central y dos que se confesaron de hábitos heterosexuales. Asimismo, en Suiza se detectan dos casos en 1980, que corresponden respectivamente a un homosexual del sexo masculino y a una mujer, que había estado de vacaciones en Haití en 1977, donde se pudo comprobar, a pesar de su parquedad ante el interrogatorio, que había contraído previamente una hepatitis B.

Los primeros casos en Italia, Irlanda y Austria aparecen más tardíamente (1982-1983) pero predominando, como factor de riesgo constante, la homosexualidad.

Recientemente y aunque luego nos referiremos más en profundidad al hecho, ha podido comprobarse la aparición de casos en Checoslovaquia, pese a que la propaganda de los países del Este establecía tratarse de una enfermedad propia de la decadente Norteamérica, donde a pesar del multinacional imperio de la medicina, acrecentado aún más por la Administración Reagan demasiado ocupada en la carrera armamentista y la aniquilación del cáncer revolucionario centroamericano, se olvidó voluntariamente de prestar atención a esta misteriosa enfermedad que estaba limpiando de homosexuales los clubs "gays" de Nueva York y San Francisco.

De forma similar, la enfermedad se ha implantado en Sudamérica, y a pesar de haberse considerado a los japoneses indemnes, en julio de 1983 se describe el primer caso.

Por lo que a España respecta, Vilaseca, Arnau, Bacardí, Mieras, Serrano y Navarro publican en "The Lancet", en 1982, el primer caso conocido y comprobado de un paciente homosexual con sarcoma de Kaposi y abscesos múltiples debidos a *Toxoplasma gondii* que falleció en Barcelona a finales de 1981.

En cuanto a la situación en América, los últimos datos se refieren al número de casos notificados a 31 de diciembre de 1983, y que aparecen recogidos en el Weekly Epidemiological Record del 9 de marzo de 1984, y que se distribuyen de acuerdo con lo que refleja lo siguiente: Argentina (8 casos), Brasil (27), Haití (232), Jamaica (1), México (4), Surinam (1), Trinidad-Tobago (9) y Uruguay (5). La situación en el resto de los países centro y sudamericanos es, hasta el momento, desconocida, como es desconocida asimismo la epidemiología en cuanto a edad, tipo de población, factores de riesgo, etc., de los casos expresados más arriba.

Esta breve historia no supone, a pesar de que el SIDA se reconoce y define en 1981, que no se hubiera presentado antes de 1978. Al menos tres casos fueron estudiados antes de esa fecha: el primero analizado por Hennigar, Vinijchaikul, Roque y Lyons, publicado en 1961 en el "Journal Clinical Pathology", corresponde a

un varón de 49 años, heterosexual, negro haitiano, que vivía en Brooklyn (Nueva York) y que en 1959 fue diagnosticado de una neumonía a *Pneumocystis carinii*. A pesar de haberse encontrado una inmunodeficiencia de base (el recuento de leucocitos osciló en las distintas determinaciones, de 10,800 a 60,000/mm³, con una linfocitosis absoluta), hallazgo típico en el SIDA.

El segundo, no suficientemente dilucidado hasta ahora, fue publicado en "The Lancet" en 1960 por Williams, Stretton y Leonard, y correspondía a un caso de una enfermedad transmisible, donde pudo comprobarse el padecimiento de una citomegalia y un cuadro bronconeumónico a *Pneumocystis carinii*. Su historia clínica era de gingivitis, lesiones no irritantes en la piel, diarrea, sudores nocturnos, anorexia, pérdida de peso, astenia y fiebre. Más tarde desarrolló una extensa y dolorosa fisura anal, y en abril de 1959 surgió una pequeña pápula en una de las fosas nasales. Es precisamente en abril de 1959, cuando ingresa en un hospital de Manchester donde desgraciadamente no se diagnosticó correctamente. La lesión anal progresó implacablemente y la pápula nasal evolucionó hacia una úlcera crónica que erosionó el cartilago e invadió el labio superior. Muere en septiembre de 1959.

El examen histopatológico reveló células gigantes en los pulmones, típicas de inclusiones citomegálicas y quistes diseminados, propios de *P. carinii*. Si bien el diagnóstico de SIDA no pudo establecerse en aquel entonces, lo inexplicable de la resistencia disminuida a la infección, en un paciente que se encontraba bien previamente, marino y soltero, a pesar de no conocer su orientación sexual todo parece indicar que se trataba de un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El tercero corresponde a una mujer de 57 años, procedente de Louisiana (EE.UU.) y que padecía una neumonía a *P. carinii* diagnosticada en 1975 y que redivivió violentamente en 1979, ocasionando la muerte.

Estos tres casos y probablemente muchos otros que desgraciadamente no fueron tomados en consideración en su día, vienen a señalar muy posiblemente que el SIDA no sea una nueva enfermedad y sí un síndrome, ahora mejor conocido y que anteriormente, al no haberse profundizado en su estudio, haya estado enmascarado bajo diferentes diagnósticos. 2

OTRAS ENFERMEDADES MORTALES

PESTE. La peste es una infección bacteriana enzoótica o epizootica severa, aguda o crónica producida por *Yersenia pestes*.

Se adquiere en áreas endémicas de todo el mundo. Los roedores, que son relativamente resistentes a *Y. pestes* son el reservorio en el cual el patógeno se mantiene entre epidemias de peste.

Infecciones asintomáticas o más a menudo de riesgo mortal son transmitidas en forma esporádica o incidental al hombre por éste reservorio animal natural, por medio de la mordedura de pulgas infectadas (*Xenopsylla cheopis*) o raramente de otros ectoparásitos (piojos y garrapatas).

La peste puede adquirirse también por contacto directo por animales infectados vivos o muertos o con tierra donde roedores contaminados han cavado surcos. Las poblaciones humanas de áreas geológicas adyacentes a regiones enzoóticas son de alto riesgo de peste epidémicas durante períodos de interrupciones sanitarias, o cuando los roedores no están controlados y hay transmisión de *Y. pestes* de poblaciones de ratas salvajes a ratas urbanas.

Las grandes epidemias históricas de peste de la humanidad se han producido generalmente cuando pulgas o ratas infectadas, puestas de sus huéspedes normales por epizootias y muertes masivas de ratas, han buscado e infectado en su lugar a seres humanos.

Al desarrollarse los modernos sistemas de transporte de gran velocidad, la introducción de casos no reconocidos de peste humana o de roedores en áreas no endémicas por viajes y envío de encomendadas aéreas es un riesgo constante.

La siembra pulmonar bacteriémica durante las formas bubónicas o septicémicas de la enfermedad puede producir neumonía secundaria. De ello pueden resultar epidemias explosivas de peste neumónica primaria altamente mortal por transmisión respiratoria "démica" de persona a persona *Y. pestes* por aerosoles de gotitas.

Ha habido aumento de casos conocidos de peste en la última década.³

CANCER. El cáncer ha acompañado al ser humano en toda su existencia, su estudio es tan vasto como la misma historia de la medicina; a él van ligados los nombres de Hipócrates, Galeno, Avicena, etc.

El cáncer es un mortífero azote y un reto para el ser humano, es quizá la enfermedad que ha producido más confusiones, desilusiones y desacuerdos en la investigación de su origen y por ende, en su tratamiento.

3 . Abraham I. Braude, *Enfermedades Infecciosas*, Editorial, Médica Panamericana, Buenos Aires, 1984, pág. 1121.

Se ha hablado como causa de su origen: la herencia, el desarrollo considerable súbito y tardío de las células embrionarias inutilizadas.

En la actualidad eminentes investigadores preconizan hallazgos de virus, también se ha insistido en los medios físicos y químicos como las radiaciones del sol, el alquitrán, las anilinas, los hidrocarburos extraídos del tabaco y últimamente en los ciclamatos en la sacarina, así como en el smog.

¿El cáncer no es contagioso? No. El doctor Roger H. García opina que el cáncer es una enfermedad psicogenética, es decir, el origen del cáncer es debido a causas conflictivo-emocionales que provocan cambios a nivel celular, la lesión cancerosa es la expresión morfológica final de un grave padecimiento mental.

El cáncer tarda 8, 10, 20, 25 años o más en formarse en estado avanzado, 6 ó 7 meses causa la muerte al paciente en su etapa final.

¿Cómo se formó el concepto de que el cáncer es el resultante final de una grave enfermedad conflictivo-emocional? Existen dos clases de angustias básicas, que son los motores de las enfermedades mentales, la que Freud llamó: angustia de separación que se produce al ser abandonado el niño en los primeros años de su vida por sus seres queridos y necesitados, angustia de reunión emergencia de angustia como señal de alarma ante la cercanía de un ser querido y necesitado, producida por el riesgo eminente de que surjan emociones traumáticas, ante las cuales el yo moviliza sus defensas. La angustia de reunión puede provenir de peligros reales o fantasiados.

Sin el estudio de estas dos angustias fundamentales, no es posible entender la enfermedad nerviosa, ni el origen del cáncer. Esto significa que la conflictiva psíquica se imprime en el organismo, por medio del sistema nervioso central con la colaboración de centros de inervación de diferentes jerarquías, con participaciones fisiológicas, endocrinas, químicas o físicas en general transformando la célula sana en cancerosa; ya que en el inconsciente se verifica la unión entre lo psíquico y lo físico.

Si llegara a fallar la defensa de somatización, por ejemplo al reseca quirúrgicamente la lesión, el sujeto instala una nueva lesión cancerosa recidivante, con la cual localiza su destintegración, dando la muerte a sus propias células al transformarlas en cancerosas y éstas a su vez asesinan a las células sanas. Si no fuese así, éste perdería contacto con la realidad y acabaría "suicidándose", ya que dichos pacientes están incapacitados para dirigir su agresión al exterior.

El cáncer es una enfermedad general y debe ser tratada por medio del tratamiento psicoanalítico, el cual constituye el tratamiento etiológico o sea el tratamiento de origen.

La forma de prevenirlo es evitar el abandono precoz infantil originador de la angustia de separación y de la angustia de reunión sobre todo en la lactancia y en la infancia.⁴

DIABETES. La diabetes Mellitus es un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico que cursa con hiperglucemia, la que a su vez es consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o de un trastorno en el efecto biológico de la misma.⁵

En la actualidad se considera que el término tradicional de diabetes Mellitus no se refiere en realidad a una sola enfermedad sino a una familia de síndromes que tienen como común denominador la hiperglucemia y el trastorno metabólico. Cada uno de estos síndromes tiene una evolución y pronósticos diferentes.

Después de la obesidad a la que se asocia con frecuencia, la diabetes mellitus es una enfermedad de la nutrición más frecuente.

En Francia se calcula que existen 500 mil individuos de toda edad afectados, y esta cifra puede duplicarse y aun triplicarse si se tiene en cuenta las formas liminares de la prediabetes. Sin embargo los latinos son menos afectados que los anglosajones o los israelitas; se admite en general el predominio del sexo femenino.

El adulto paga el tributo más pesado como lo demuestran las estadísticas de Joslin, sobre la distribución de la enfermedad.

La aparición de la diabetes depende de la predisposición genética y de los factores determinantes o reveladores.

Genética (predisposición). Si bien se acepta sin ninguna duda que la diabetes del niño y del adolescente tienen un origen genético.

De acuerdo a una teoría reciente, el genotipo diabético representaría a un genotipo adaptado a las carencias alimenticias que precedieron a nuestra época, y estaría mal adaptado a la superabundancia calórica de la vida actual. Visto desde éste ángulo, el problema de la diabetes sería menos la transmisión de una enfermedad específica que la de un desequilibrio entre las estructuras genéticas y las condiciones nutricionales de nuestra civilización.

Su incidencia no es obligatoria y la enfermedad puede desarrollarse sin razón aparente. LANG DEROT, ha señalado la desigualdad observada en la aparición de la diabetes, por ejemplo en el caso de multiparidad.

Toda agresión psíquica o psicoafectiva puede ejercer una acción desencadenante, pero cuatro factores tienen una importancia particular.

4 Roger H. García, El Cáncer Enfermedad Psicogenética, Sicoanálisis y Medicina, México, 1978, pág. 5.

5 Arturo Zárate Treviño, Diabetes Mellitus, Bases para su Tratamiento. Editorial Trillas, S.A. de C.V., primera edición, México, marzo 1989, pág. 28

a) La sobrealimentación con su corolario de obesidad que explica las observaciones, en apariencia curiosas, de las llamadas diabetes conjugadas.

b) Las condiciones sociales, por ser la diabetes una enfermedad de la población urbana y sedentaria.

c) Las infecciones microbianas y virales, especialmente las que afectan al páncreas (Parotiditis, Hepatitis viral, Ictericena).

d) Algunos medicamentos, tales como los corticosteroides. La sed y la Polipsia (sensación de tomar agua) son los síntomas más constantes y precoces.

En la actualidad, la diabetes mellitus se considera uno de los principales problemas de salud debido a su elevada incidencia, así como a la grave y variada morbilidad de que se acompaña.

Los problemas sociales de invalidez ocasionada por la diabetes Mellitus y la repercusión de la enfermedad sobre el embarazo y el desarrollo del feto son elementos que justifican la necesidad de educar a los equipos de salud sobre la mejor manera de enfrentarse a la misma; el médico familiar, la enfermera, la dietóloga, la asistente social, etc.

La acción seminal en la estrategia para la detección, el control y la repercusión de la Diabetes Mellitus, recae en el primer nivel de atención de la salud.⁶

SIFILIS. Llamada originalmente gran viruela, es una infección causada por **TREPONEMA PALLIDUM**. La pápula ulcerada que surge en el sitio inicial de la inoculación treponémica, se llama chancro sifilítico primario. La diseminación no reconocida clínicamente de treponemas desde este sitio primario provoca lesiones cutáneas generalizadas que se llaman Secundarias; aunque pueden aparecer cuando el chancro sifilítico inicial todavía está presente o se desarrollan en pacientes donde la lesión primaria ha pasado inadvertida. Las lesiones diseminadas no avanzan hasta formar chancros porque cuando aparecen el paciente ya ha desarrollado cierto grado de inmunidad protectora. Otros órganos también pueden estar afectados. Membranas mucosas, ganglios linfáticos, huesos, articulaciones, ojos y sistema nervioso central. Sin tratamiento, las lesiones de sífilis secundaria se resuelven espontáneamente, pero hay recidivas hasta un 20% de los pacientes. El estado asintomático resultante se llama sífilis inicial latente.

Después de un año de latencia ya no hay recidivas y se dice que hay latencia tardía. El diagnóstico de esta última se hace por razones de salud pública en una persona asintomática de reacción positiva a pruebas VDRL y de anticuerpos treponémica fluorescente (FTA-ABS) cuyo líquido cefalorraquídeo es normal y que no ha recibido tratamiento definitivo para sífilis. La infección primaria y secundaria y

6 Boris Klotz, La Diabetes en el Adulto y su Tratamiento, Editorial El Ateneo, impreso en Argentina, Buenos Aires, 1971, pág. 1.

la latencia conocida de menos de un año de duración forman juntas la sífilis inicial, temprana o precoz.

La sífilis tardía se divide a menudo en:

1. Infección "benigna" en la cual la enfermedad se limita a compromiso granulomatoso de piel, huesos, cartílagos, tejidos blandos y vísceras.
2. Sífilis cardiovascular.
3. Neosífilis.

La sífilis congénita es adquirida por el feto cuando el T. PALLIUM cruza la placenta en general durante la segunda mitad del embarazo, aunque evidencias recientes sugieren que esto puede ocurrir también en el primer trimestre. La sífilis endémica o bejel, una enfermedad no venérea por T.P., existe en Medio Oriente, África y raramente en Europa Central y Oriental.

La edad temprana de adquisición de bejel por vías no venéreas junto con desnutrición y condiciones primitivas de vida, son probablemente responsables de las diferencias, entre sífilis endémica y esporádica, aunque diferencias reales entre la patogenicidad de los microorganismos causantes pueden demostrarse en los animales de laboratorio.⁷

SARAMPION. Enfermedad infecciosa eruptiva, causada por un virus. Es propia de la infancia, en el tercer mundo es una enfermedad temible de elevada mortalidad y una de cuyas secuelas, aun en caso de curarse, puede ser la ceguera.

El virus responsable ha sido aislado hace muy pocos años, lo que ha permitido también preparar una vacuna eficaz, es aconsejable su administración al niño a partir del año de edad.

El virus del sarampión se transmite por contagio directo predominantemente, por las gotitas de saliva que el enfermo deja escapar al hablar o con estomudo.

Llegado al organismo se inicia un período de incubación que por lo regular dura de diez a quince días, hacia el undécimo comienza la fase de invasión, que se prolonga por tres o cuatro días, durante la cual el niño tiene fiebre, síntomas catarrales, dolor de garganta, irritación y destilación ocular, tos seca y persistentes vómitos incluso. Ya en esta fase se presenta el signo de KOPLICK, puntitos blancos sobre manchas rojas en la cara interna de las mejillas, sobre la mucosa bucal, brota en la cabeza, detrás de las orejas y alrededor del cuero cabelludo, cara, tronco y extremidades.

Es una enfermedad espectacular y sus complicaciones pueden ser graves, como la bronconeumonía, y encefalitis⁸

7 Abraham I. Braude, Enfermedades Infecciosas, Virología Médica, Frank Fenner, Editorial La Prensa Médica Mexicana, pág. 914.

8 Cómo cuidar a los Hijos, Carriogio, S.A. de Ediciones, Barcelona, España, tomo 9, pág. 5.

La encefalomiелitis ocurre tan frecuentemente que hace del Sarampión una enfermedad con mayor mortalidad que la causada por la poliomiелitis, en los días que precedieron a la vacunación contra cualquiera de estas enfermedades.

Las complicaciones respiratorias son más comunes pero menos serias, excepto en el caso de los niños con deficiencia inmunológica, los que pueden morir de neumonía de células gigantes sin exantema.

La rara y fatal panencefalitis esclerosante subaguda se considera una manifestación tardía de una infección anterior de sarampión. El amplio uso de una vacuna viva de la cual fue pionero ENDERS, ha erradicado virtualmente en la actualidad el Sarampión.

QUE ES EL SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es una enfermedad por virus que provoca pérdida de las defensas contra algunas enfermedades principalmente infecciosas, quedando el organismo expuesto al ataque de toda una serie de enfermedades que van desde infecciones leves hasta afecciones que pueden resultar fatales.

Algunos enfermos de Sida, en etapas avanzadas contraen una rara forma de pulmonía causada por un microbio llamado PNEUMOCYSTIS CARINII, el cual usualmente no afecta a la gente sana.

Otros contraen el SARCOMA DE KAPOSI, un tipo de cáncer que afecta a la piel y al recubrimiento de los vasos sanguíneos, y que puede extenderse a todo el cuerpo.

Estas enfermedades no son causada por el virus del Sida, el virus causa la disminución de las defensas que permite el desarrollo de estas enfermedades y son las últimas causas de la muerte de los enfermos de Sida.

Las personas que padecen Sida también suelen contraer infecciones poco comunes ocasionadas por bacterias u hongos.

La denominación de esta enfermedad de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se basa en los siguientes conceptos:

SINDROME. Porque es un conjunto de trastornos que identifican a una enfermedad en particular, son las manifestaciones o síntomas clínicos de una enfermedad determinada, en este caso el Sida.

INMUNODEFICIENCIA: Porque en el Sida el sistema inmuno es deficiente; implica mecanismos de defensa corporal defectuosa contra infecciones.

ADQUIRIDA: Porque el Sida es una enfermedad adquirida o contraída, en oposición a heredada.

Los distintos grupos de investigadores le han dado nombres diferentes a este tipo que provoca la enfermedad, en la actualidad, el nombre apropiado en inglés, español y francés es el de virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH.

En 1983, el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de Francia, aisló por primera vez el virus causal del Sida, denominándolo VIRUS ASOCIADO A LA LINFADENOPATIA (LAV).

Posteriormente, en 1984 el Dr. Robert Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer en E.U.A., logró también aislar el mismo virus, nombrándolo VIRUS T Linfotrópico Humano (HTLV-III).

Por encontrar características genéticas similares entre ambos microorganismos, en mayo de 1986, el Comité Internacional sobre taxonomía de virus acordó darles el mismo nombre de "Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (VIH).

VERSIONES SOBRE SU ORIGEN

La epidemia del Sida se estima que proviene de Africa, debido a que desde 1909 se han venido presentando padecimientos ligados a retrovirus en la parte ecuatorial del continente negro.

"Un estudio efectuado en un grupo de una especie conocida como Mono Verde africano", demostró que más del 70% de ellos son portadores asintomáticos de un virus similar al del Sida.

Este tipo de monos convive frecuentemente con el hombre y pueden por mordedura, transmitir la enfermedad.

Se dice que el contagio se remonta a los años cincuenta, pero inicialmente fue muy limitado, siendo hasta la década de los setentas cuando se dispersó en la parte central de Africa. De aquí pasó a Haití, Estados Unidos y Europa en las postrimerías de la década ya mencionada.

A Haití llegó procedente de Africa Ecuatorial, situación que se desprende de la fuerte corriente migratoria existente en estos dos puntos.

Su avance hacia el Continente Americano se supone fue a través de la prostitución de varones de la isla con turistas americanos homosexuales.

En Estados Unidos se ha ido extendiendo de los homosexuales a lo drogadicotos, hemofílicos, que son grupos que no necesariamente realizan prácticas homosexuales.

El gran flujo migratorio existente en Estados Unidos ha permitido que se propague al resto de América y a Europa.

Otras versiones, sin comprobación científica y carentes de base sostienen que el virus del Sida es producto de la guerra bacteriológica de Estados Unidos y que fue producido en un laboratorio de dicho país.

DEFINICION DE CASO DE SIDA

Aún no se dispone de una definición precisa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, porque se sabe relativamente poco sobre el proceso patológico básico y los defectos inmunológicos resultantes. A fin de facilitar las actividades de vigilancia epidemiológica, los Centros de Control de Enfermedades de Atlanta (C.D.C.) establecieron una definición clínica empírica de este síndrome; se considera como caso de Sida a la persona:

Con una enfermedad, diagnosticada fiablemente, moderadamente indicativa de una inmunodeficiencia celular subyacente, y que no tuviera una causa reconoci-

da de inmunodeficiencia celular ni de disminución de la resistencia asociada con la presentación de dicha enfermedad.

Esta definición ha sido adoptada por los países europeos y por la OMS, Centro de colaboración para el Sida.

Las siglas S.I.D.A., se definen como:

"Un conjunto de enfermedades que explotan en un organismo Inmunodeprimido por una razón desconocida; dicha definición clínica es única, ya que ésta permite diagnóstico. Los médicos se avocan aquí y allá a investigar exámenes biológicos específicos".¹⁰

En virtud de las diferencias que presenta la enfermedad, según la edad de la víctima; se han elaborado dos definiciones:

La de Sida adulto y la de Sida infantil.

SIDA ADULTO:¹¹

Se considerará caso de sida en adulto si el paciente padece por lo menos dos signos mayores asociados o por lo menos uno menor en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer o desnutrición grave u otras etiologías reconocidas, y tiene serología positiva para VIH (corroborada mediante prueba confirmatoria).

SIGNOS MAYORES:

Pérdida del 10% o más del peso corporal (sin aparente causa)

Diarrea crónica mayor de un mes de duración.

Fiebre prolongada con duración mayor de un mes (intermitente o constante).

SIGNOS MENORES:

Tos persistente por más de un mes.

Dermatitis pruriginosa generalizada.

Herpes Zosterrecidivante

Infección por herpes simple crónica progresiva y diseminada.

Linfadenopatía generalizada.

La presencia de sarcoma de kaposi o meningitis criptocócica son suficientes por sí mismas para el diagnóstico del Sida.

10 Doctores Rozenbaum, Willy, Seuz Didior y Reuchner Annie, S.I.D.A. Realidades o Fantasmas, Editorial Katún, 3a. edición, México, 1985, pág. 43.

11 SIDA, Boletín mensual del Conasida, México, Año I Número I, 1o. de marzo de 1987, págs. 17 y 18.

SIDA INFANTIL:¹²

La sospecha de Sida pediátrico se establece en un niño que presenta cuando menos dos de los siguientes signos mayores asociados con dos de los signos menores en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia tales como cáncer, desnutrición severa u otras y tiene serología positiva para VIH (corroborada mediante prueba confirmatoria).

SIGNOS MAYORES:

Pérdida de peso o desarrollo anormalmente lento.
Diarrea crónica de duración mayor de un mes.
Fiebre prolongada de duración mayor de un mes.

SIGNOS MENORES:

Linfadenopatía generalizada.
Candidiasis orofaríngea.
Infecciones comunes repetidas (otitis, faringitis, etc.)
Tos persistente por más de un mes.
Dermatosis generalizada.
Infección materna por VIH confirmada.

En el sida infantil encontramos diferencias trascendentes si lo comparamos con las manifestaciones clínicas de la enfermedad en adultos. En pacientes infantiles el período de incubación es de menor tiempo, su evolución es precipitadamente mortal y la mayor de las veces se presentan infecciones por gérmenes comunes y no oportunistas como en el caso de los adultos.¹³

CELULAS ATACADAS POR EL VIRUS

El VIH sólo ataca a las células que poseen en la superficie de su membrana un receptor especial conocido como CD4 u OKT4. Las células que poseen este recep-

12 Ibid, pp. 18 y 19

13 SIDA, Boletín Mensual del Conasida, Año I Número 5, 15 de Agosto de 1987, pág. III.

tor son los linfocitos T colaboradores (T4 o TH) y las células accesorias de la inmunidad¹⁴.

MECANISMO DE LA INMUNODEFICIENCIA

El ataque del VIH a los linfocitos TH, responsables de controlar las funciones del sistema inmune, explica cómo el daño de un subgrupo relativamente pequeño de células puede tener efectos tan profundos y extensos en el sistema inmune. El defecto inmunológico clave de esta enfermedad consiste en una deficiencia cuantitativa y cualitativa de las células TH, lo que motiva pérdida del control de la respuesta inmune y deficiencia inmunológica.

La inmunodeficiencia motivada por esta razón deja al individuo inerte, siendo presa fácil de infecciones y neoplasias que aprovechan la "oportunidad" para atacar al individuo.¹⁵

14 ICYT. Información Científica y Tecnológica, Revista Mensual. Publicada por CONACYT, Ciudad Universitaria, México, Septiembre de 1989, Volumen 9, número 132, págs. 16 y 17

15 Ibid, pág. 18.

PERIODO DE INCUBACION DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Cuando la víctima adquiere el virus del Sida, lo aloja, por el resto de su vida; sin embargo, no todas las personas infectadas por el virus desarrollan plenamente el Sida. Hasta la fecha no se sabe cuáles son los factores que coadyuvan en el desarrollo de la enfermedad (Inmunodepresión por semen, drogas de recreación, etc.).

El período de incubación del VIH, es de seis meses a más de seis años, siendo el período promedio de veinte y ocho meses después de la infección con el virus.

Los anticuerpos al VIH generalmente aparecen después de las seis semanas posteriores a la infección; por ello, el sujeto infectado solamente resultará positivo a las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH aproximadamente después de seis u ocho semanas posteriores a la infección. Son extraños los casos que dan resultados negativos de anticuerpos tres meses después de la infección y ser portadores del virus.

Por otra parte, la aparición de los síntomas del Sida también puede ir precedida de un período de latencia relativamente prolongado, de varios años, durante el cual el sujeto es infeccioso.

No todas las personas infectadas desarrollarán el Sida. La mayoría de las personas infectadas formarán anticuerpos contra el virus y permanecerán sin manifestaciones de la enfermedad, pero sí pueden transmitir el virus a otras.

SINTOMAS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Los síntomas deben tener una duración mayor de dos semanas, y que no hayan cedido con tratamiento médico.

Primera fase denominada PRESIDA:

Fatiga sin causa aparente, combinada con dolor de cabeza, mareo o vértigo.

Fiebre constante que se puede manifestar por sudores nocturnos.

Pérdida de más de cinco kilos de peso que no se deba a dieta o a mayor actividad física.

Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello o axilas.

Tos fuerte y seca que no se deba al cigarro, y que haya durado demasiado tiempo para ser un resfriado o gripe.

Aftas (recubrimientos espesos y blanquesinos) en la lengua o garganta que pueden ir acompañadas de dolor.

Dificultad para respirar.

Formación de moretones con mayor facilidad que la normal.

Placas o manchas violáceas o descoloridas en la piel, que suelen aparecer por pri-

mera vez en los tobillos y piernas o en las membranas mucosas del interior de la boca.

Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio del cuerpo.

La segunda fase, mucho más grave, sería ya propiamente el denominado SIDA. En esta fase suelen aparecer un gran número de infecciones oportunistas, ya que el sistema inmune del individuo está prácticamente destrozado y no puede reaccionar normalmente ante estas infecciones.

Las infecciones oportunistas más comunes en el Sida son:¹⁶

PROTOZOARIOS: *Pneumocystis Carinii* y *Toxoplasma Gondii*, entre otros.

VIRUS: Herpes Simple, Citomegalovirus, Epstein Barr.

BACTERIAS: *Salmonella* y *Shigella*, entre otras.

HONGOS: *Cryptococcus Neofornans* y *Candida Albicans*, entre otros.

Dentro del tipo de cánceres más comunes que se presentan en el Sida se encuentran el Sarcoma de Kaposi, éste es un cáncer de la piel y tejidos conjuntivos. La transformación maligna causa graneado de la pared interna de los vasos sanguíneos pequeños con células tumorales en forma de huso.¹⁷

El crecimiento continuo del tumor puede producir obstrucción linfática y, como resultado, los miembros afectados se toman tumefactos y los órganos pueden congestionarse y crecer. El tumor no da metástasis, es multifocal y afecta numerosos sitios, con predilección por el aparato digestivo, la boca y el ano.¹⁸

La esperanza de vida de pacientes con Sida e infecciones oportunistas es de unos ocho meses, pues ninguno de los enfermos ha sobrevivido tres años. En los enfermos de Sida que presentan Sarcoma de Kaposi la esperanza de vida es del promedio de unos 16 meses y solamente el 25% ha logrado sobrevivir dos años.¹⁹

Las fases subsecuentes a la infección por el VIH se pueden resumir en:²⁰

PRIMERA: Portadores Asintomáticos.

SEGUNDA: Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP).

TERCERA: Complejo Relacionado con el Sida (CRS).

CUARTA: SIDA

Estos son los cuatro posibles resultados que pueden derivar de la infección por el VIH. El individuo que ha contraído el virus puede atravesar por todas las fases o sólo por alguna de ellas, no llegando incluso a la cuarta fase que es la del Sida.

16 Daniels, Víctor G., SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, 1a. Edición, Editorial El Manual Moderno, S.A., de C.V., trad. Dr. Jorge Orzaga Samperio, México, 1981, págs. 74 y 75.

17 Ibid, pág. 79.

18 Ibid, pp. 79 y 80

19 Ibid, p. 86

20 Daniels, Víctor G., ob. cit., pp. 45, 64, 66, 67, 68 y 69

Tanto la Linfadenopatía Generalizada Persistente, como el Complejo Relacionado con el Sida, son dos padecimientos posteriores a la infección por el VIH, y previos a la manifestación del Sida. En ambos los síntomas son muy similares a los del Sida.

En estudios recientes se ha observado que las personas infectadas del VIH, después de seis años, el 15% desarrolla Sida; el 27% LGP, alteraciones hematológicas, y el 39% permanecen sin manifestaciones clínicas (asintomáticos).

FORMAS DE TRANSMISION DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

La forma de transmisión más común es por contacto sexual, con una persona infectada por este virus, a través del intercambio de líquidos corporales como el semen y la sangre.

En los adictos a drogas de administración intravenosa, se transmisión se realiza cuando se comparten agujas o jeringas de personas infectadas y no son esterilizadas correctamente.

Otra forma es mediante transfusiones de sangre o sus derivados que provengan de donadores infectados, transfusiones de sangre total o componentes celulares de la sangre, plasma o factores de coagulación no tratados por calor.

Transmisión de la madre al hijo, antes, durante o poco tiempo después del nacimiento.

POR CONTACTO SEXUAL:

El virus del Sida se transmite en el semen durante las relaciones sexuales entre homosexuales, o también entre hombre y mujer cuando alguno de ellos está infectado del VIH. Sin embargo, se ha observado que es muy bajo el riesgo de contagio de una mujer infectada a un varón.

La vía de transmisión más común es a través del contacto sexual con una persona infectada con el virus, al existir intercambio de líquidos corporales como el semen y la sangre. Esto se explica, ya que se ha logrado aislar el VIH en semen, sangre y saliva.

El semen de un individuo infectado por el VIH posee el virus en forma libre y en forma intracelular dentro de los linfocitos TH presentes en el semen. Al depositarse el semen en una superficie mucosa (vagina o ano rectal, por ejemplo) el virus

puede pasar a las células con receptores CD4 ahí presentes e infectar al individuo.²¹

Esta infección puede darse por dos mecanismos diferentes:

Uno, si la mucosa está erosionada, habrá inflamación local y presencia de linfocitos TH, éstos captarán al virus de las células TH del semen mediante la erosión.

Otro, si por el contrario, la mucosa está sana, los virus del semen penetrarán por las células de Langerhans del epitelio de la mucosa a las que infectarán y mantendrán como reservatorio y serán fuente de transmisión futura a otras células con receptores CD4 o a otra persona en contactos sexuales futuros.²²

Las estadísticas demuestran que el mayor número de los casos de Sida tuvieron su origen en relaciones homosexuales, siendo la relación sexual anal receptiva en la que mayor riesgo existe de infectarse con el virus.

El contacto directo de sangre con semen parece ser necesario para transmitirse el virus. Y en las relaciones anales de los homosexuales la pared del recto es relativamente delgada y la piel del pene es frágil. De tal manera que las lesiones leves permitirán la salida de pequeñas cantidades de sangre y en consecuencia el paso del virus de un compañero a otro.

Algunos investigadores suponen que la gran incidencia de infección en las relaciones anales se da porque "el esperma depositado en el recto tiene un efecto inmuno depresor, lo que no sucede en la vagina debido al mayor número de capas musculares que hacen más difícil la absorción y por tanto la penetración vírica".²³

Se cree también que el PH del flujo vaginal impida la entrada del virus a la vagina de la mujer durante el contacto sexual.

Las relaciones anales receptivas, además de la promiscuidad que se ha observado en un gran número de homosexuales, incrementan el riesgo de contraer el VIH. Cabe mencionar que la promiscuidad en las relaciones sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, es un factor de riesgo en los homosexuales y las prostitutas. Algunos homosexuales han declarado tener de 62 a 100 compañeros sexuales al año.²⁴

21 ICYT. Información Científica y Tecnológica, Revista Mensual Publicada por CONACYT, Ciudad Universitaria, México, Septiembre de 1987, Volumen 9, Numero 132, pág. 18.

22 Ibid, pág. 18.

23 Serrano Sanz, Pilar, Guía para la Prevención del Sida, 1a. Edición Editorial, Ediciones Obelesco, S.A. Barcelona, España, 1985, pág. 34.

24 Daniels, Victor G, SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, 1a. Edición, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., Trad. Jorge Orizaga Samperio, México, 1981, pág. 50.

En algunas regiones de Africa el principal mecanismo de transmisión del VIH lo constituyen las relaciones heterosexuales con prostitutas infectadas. Se estima en un 88% el caso de prostitutas infectadas por el virus en E.U.A.²⁵

En términos generales, podemos afirmar que todo contacto sexual (homo, bise o heterosexual) con personas infectadas del VIH, será una vía segura de transmisión.

Asimismo, la inseminación artificial practicada a una mujer con semen proveniente de una persona infectada, será también una vía de transmisión.

25 ICYT. Ob. cit. pág. 13.

POR TRANSFUSION SANGUINEA

Otro importante mecanismo de transmisión del VIH es a través de la transfusión de sangre o de sus derivados, que provengan de donadores infectados por el virus.

Algunos consideran que la vía más directa de transmisión es la hemática, tanto de sangre completa como de algunos de sus componentes (plasma, factor VIII, etc.). Dentro de esta vía hemática queda también comprendida la infección por utilizar material contaminado para practicar inyecciones o cualquier tipo de incisión en la piel (tatuajes, acupuntura, pedicure, etc.).

Podemos incluir dentro de la infección por vía hemática a las siguientes personas comprendidas dentro de los grupos de alto riesgo:

1. Drogadictos por vía intravenosa.
2. Hemofílicos.
3. Otros receptores de productos hematológicos.
4. Receptores de órganos provenientes de personas infectadas.

Antes de las reformas a la Ley General de Salud, tendientes a prohibir el comercio de sangre, el mayor porcentaje de sangre que se obtenía para abastecer a todos los centros hospitalarios de México, procedía de los bancos de sangre. Actualmente, el comercio de sangre está prohibido gracias a que se pudo comprobar la gran incidencia de pacientes que adquirieron el Sida por transfusión de sangre contaminada del VIH.

Dentro de la vía hemática quedan comprendidas las infecciones por la utilización de material contaminado para practicar inyecciones o cualquier tipo de incisión en la piel.

En el caso de los tatuajes, por ejemplo, es fácil que se dé la infección cuando el material que se utiliza para tatuar está contaminado por sangre infectada por el VIH de algún cliente que estaba infectado y contaminó el material. Es seguro que el siguiente cliente termine también infectado.

El común de las personas que lo realizan sometiendo a él lo constituyen los drogadictos, prostitutas y homosexuales, todos ellos pertenecientes a los grupos de alto riesgo, aunado a las malas medidas higiénicas con que cuentan estos lugares donde se practican, implica un mayor riesgo de transmisión del VIH y su propagación.

Otra forma de transmitir el VIH es a través de la acupuntura. La perforación en las orejas, hecho por persona inexperto e insalubre representa también un factor de riesgo de infección.

Así como a los pedicuristas que trabajan con material contaminado que por no desinfectarlo o esterilizarlo ponen en peligro la salud de sus clientes,

PRESTAMO DE AGUJAS CONTAMINADAS CON EL VIH ENTRE LOS ADICTOS A DROGAS DE ADMINISTRACION INTRAVENOSA.

La transmisión se realiza a través de agujas o jeringas usadas para inyectarse la droga, llegando a rentarlas en las denominadas "galerías de tiro" en E.U.A.²⁶. El barboteo o extracción e inyección repetida de sangre dentro de la jeringa aumenta el riesgo de transmisión del Sida.

Entre los reclusos de algunas cárceles es muy común el préstamo de agujas y jeringas contaminadas para inyectarse la heroína.

POR VIA PERINATAL

Otro mecanismo de transmisión del VIH, y tal vez el más cruel e injusto de todos por el daño que causa a los niños, es el de la infección por vía perinatal. Esta se puede dar en tres momentos, antes, durante o después del parto. Las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitirse a sus hijos en cualquier de estos tres momentos.

ANTES DEL PARTO: Se cree que el VIH puede pasar al feto por el mismo mecanismo en que lo hacen las sustancias alimenticias.

DURANTE EL PARTO: Posiblemente la transmisión se realice en el canal del parto, donde sí se produce un contacto íntimo de la sangre de la madre y la del hijo durante la expulsión.²⁷

DESPUES DEL PARTO: La transmisión del VIH al niño podría darse a través de la leche materna de la madre o por el contacto estrecho después del nacimiento.²⁸

NO HAY EVIDENCIA DE TRANSMISION POR:

El virus que causa el Sida no se transmite por contacto casual, social, ordinario o entre miembros de la misma familia. Según información de la Dirección General de Epidemiología, dependiente de la Secretaría de Salud de nuestro país, no existen pruebas de que el VIH se transmita por:

1. Picaduras o mordeduras de insectos.
2. Compartir asientos de excusados, bañeras, lavabos o piscinas.

26 Daniels, Victor G., Ob. cit. p. 18.

27 Serrano Sanz, Pilar, ob. cit. pp. 35 y 36

28 Daniels, Victor G., ob. cit. p. 58

3. Saludar de mano o por cualquier otro tipo de contactos físicos no sexuales como abrazos y besos secos.
4. Compartir utensilios de cocina o alimentos tocados por personas infectadas por el VIH o enfermos de Sida.
5. Tocar perillas de puertas o pasamanos en los camiones.
6. Usar o tocar ropa de vestir o de cama u otros artículos usados por un enfermo de Sida.
7. Estomudos, tos, eructos, expectoraciones.
8. La proximidad con un enfermo de Sida, aun cuando el contacto sea diario.

GRUPOS DE ALTO RIESGO PARA CONTRAER EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA

a) Varones homosexuales y bisexuales con vida sexual activa, generalmente promiscua.

b) Toxicómanos que utilizan drogas por vía intravenosa y comparten agujas o jeringas,

c) Hemofílicos que han recibido productos hematológicos infectados.

d) Pacientes con transfusiones de productos hematológicos infectados.

e) Compañeros heterosexuales de pacientes con Sida.

f) Lactantes de padres con Sida.

En sentido estricto, cualquier persona puede desarrollar Sida, si se expone a sangre infectada con el VIH.

Sin embargo, las investigaciones y las estadísticas demuestran que sólo algunas personas corren mayor riesgo de adquirir la enfermedad. Estas personas quedan comprendidas dentro de los denominados de alto riesgo.

VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES CON VIDA SEXUAL ACTIVA, GENERALMENTE PROMISCUA

El riesgo de contraer el Sida entre homosexuales se relaciona con la exposición al semen o sangre durante las relaciones sexuales anales, así como con la multiplicidad de compañeros sexuales casuales o anónimos (más de 50 por año).

Los bisexuales y las prostitutas han sido considerados como los causantes de la propagación del virus entre la comunidad heterosexual, toda vez que el bisexual, al quedar infectado del VIH por relaciones homosexuales, infecta a su vez a la compañera sexual, llegando incluso a un tercero en caso de que la mujer infectada quede en cinta, pues es seguro que el producto contraiga también el virus por vía perinatal.

Las prostitutas infectadas, por su parte, pueden también infectar a su cliente y este a su vez a la esposa o pareja.

Se ha considerado que el riesgo de adquirir el Sida entre homosexuales se debe al hecho de que el estilo de vida en las comunidades "gay" incluye:

1. Prácticas sexuales de grupo y costumbres que implican traumatismo a la mucosa rectal.

2. Múltiples compañeros sexuales.

3. El uso de inhalantes de nitrito de amilo y butilo como potenciadores del organismo. (Daniels, Victor G., *Ibid*, pág. 7..

En un principio se consideró al Sida como una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Esta consideración fue motivada por el gran índice de casos de Si-

da en este grupo, así como el hecho de haber sido homosexual el primer enfermo de Sida.

Esta idea de ligar al Sida con la homosexualidad contribuyó a la marginación social, ética y religiosa de los homosexuales.

TOXICOMANOS QUE UTILIZAN DROGAS POR VIA INTRA VENOSA Y COMPARTEN AGUJAS HIPODERMICAS.

Las drogas en sí no causan el Sida. El riesgo de contraer el Sida por infección del VIH lo representa el hecho de compartirse entre varios toxicómanos jeringuillas y agujas contaminadas por el virus.

Afortunadamente en nuestro país el número de casos de Sida en pacientes adictos a drogas de administración intravenosa es sólo de 8 casos.

HEMOFILICOS QUE HAN RECIBIDO PRODUCTOS HEMATOLOGICOS INFECTADOS

Los hemofílicos sufren un defecto hereditario en el mecanismo de coagulación de la sangre ya que faltan uno o dos de los factores esenciales para la formación de coágulos. Como resultado, en un hemofílico incluso lesiones leves pueden causar hemorragia mortal.²⁹

En virtud de este trastorno genético de falta de coagulación, para que los hemofílicos puedan llevar una vida relativamente normal deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que les falta, generalmente el factor VIII.

Para manufactura de los concentrados del factor VIII que necesitan los hemofílicos, requieren muchísimas donaciones de plasma.

En consecuencia, una persona hemofílica debe exponerse a decenas de millares de donadores cada año. Si uno de estos donadores es portador del VIH, podrá transmitirlo en la sangre donada.³⁰

Lo anterior explica el riesgo mayor para los hemofílicos de adquirir el Sida en comparación con los receptores de otras transfusiones de sangre que se involucran con relativamente poco donadores.

PACIENTES CON TRANSFUSIONES DE PRODUCTOS HEMATOLOGICOS INFECTADOS

²⁹ Daniels, Victor G., ob. cit. pág. 18.

³⁰ Ibid, pág. 19.

En el caso de los pacientes que se someten a transfusiones de sangre hay una remota posibilidad de que contraigan el Sida, cuando estas transfusiones son las usuales que se administran en hospitales.

Sin embargo, y a pesar de ser relativamente pequeño el número de casos de Sida por transfusión de sangre, actualmente está prohibida la comercialización de la sangre. La donación de sangre debe ser voluntaria y altruista, el donador debe someterse a pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH para efecto de seleccionar las muestras que puedan ser utilizadas en las transfusiones, y a de ninguna manera las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo podrán donar sangre.

Algunos investigadores sostienen que las pruebas sugieren que basta la exposición a tan poco como una unidad de sangre para causar la infección.

COMPAÑEROS HETEROSEXUALES DE PACIENTES CON SIDA

Si comparamos el contagio del Sida por contactos heterosexuales con el contagio por contactos homosexuales, podremos darnos cuenta de que el riesgo en éstos últimos es mayor.

En la mayor parte de los casos, las mujeres han tenido relaciones sexuales con varones con Sida o bien que pertenecen a los grupos de alto riesgo del mismo.

Hasta la fecha no ha sido estudiado el papel de las relaciones ano-genitales en el desarrollo del sida en mujeres.

LACTANTES CON PADRES CON SIDA

Los informes que existen del Sida o un síndrome relacionado en lactantes nacidos de padres con riesgo de Sida, sugieren que el virus pasa de la madre al niño por vía transplacentaria o que puede ocurrir a través de la leche materna.

La enfermedad en los niños difiere de la de los adultos en que hasta la fecha una mitad tiene Sida plenamente manifestado y el resto un trastorno más leve. En la actualidad en niños también es raro el Sarcoma de Kaposi relacionado con el Sida.

CONCEPTO MEDICO

EL SIDA. Es una enfermedad mortal transmisible, que una vez adquirida tiene un largo período de incubación, por lo que ésta peculiaridad lo hace que se distinga de las demás enfermedades.

La causa del Sida es el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, anteriormente conocida como HTLV-III o LAV.

El agente causal del Sida es una partícula viral que tiene un diámetro aproximado de 1000 de angstroms (alrededor de una diezmilésima de milímetro). Está constituido por una membrana externa formada por una doble capa de lípidos, semejante a un esferoide hueco que presenta protuberancias en la superficie que son proteínas de elevado peso molecular.

En su interior se localiza una estructura semicilíndrica también formada por proteínas que, cubre y protege al RNA (ácido ribonucleico) viral, así como a dos moléculas de una transcriptasa inversa.

EL RNA y la transcriptasa son transmitidos al linfocito infectado y ya en su interior, actuando sobre los genomas cromosómicos, alteran la información genética, la cual al ser expresada dará lugar a la formación de proteínas virales en lugar de los elementos celulares normales. Al desarrollarse los virus en forma clonal en el interior del linfocito afectado acabarán finalmente, por destruir totalmente a la célula huésped, para diseminarse nuevamente al torrente circulatorio, prosiguiendo su labor de infectar de nuevas células, lo que más tarde dará dos resultados para el individuo afectado:

Por una parte el proceso viral se va volviendo cada vez más severo y, por otra, al ser destruidos los linfocitos T, que son los más generadores de anticuerpos, la resistencia de la persona se hará cada vez menor, dando oportunidad a que otros microorganismos patógenos se desarrollen con libertad casi absoluta, por el grave estado inmunodepresivo que se ha creado".³¹.

31. Fascículos de Diagnóstico, Laboratorio Médico del Chopo, S.A. Un enemigo actual, virus Linfotrópico Humano, HTLV-III. Mayo 1987.

CONCEPTO JURIDICO

No existe en doctrina, ni en nuestro Derecho Positivo, una definición ya no digamos del Sida, sino de lo que son las enfermedades transmisibles.

Encontramos referencias a enfermedades en la Ley General de Salud, en la Ley General de Población, en el Código Penal y en el Código Civil, pero ninguna de ellas define qué es la enfermedad, para efectos jurídicos.

Consideramos, luego de la lectura del Capítulo II "Enfermedades transmisibles" de la Ley General de Salud, que la enfermedad transmisible es una alteración de la salud de los individuos, cuyos efectos epidemiológicos o características de contagio afectan a la salubridad general y por lo mismo son objeto de vigilancia epidemiológica de prevención y control por parte del Estado como parte del interés público.

De este concepto se desprenden los siguientes elementos:

1. Alteración de la salud.
2. Con características de epidemia o contagio.
3. Afectación de la salubridad general.
4. Actividades de vigilancia, prevención y control.
5. Interés público.

Definitivamente que toda enfermedad constituye una alteración de la salud, pero no todas las enfermedades revisten la peligrosidad de una epidemia o que sean de fácil contagio. A la administración pública, en términos jurídicos, le interesarán aquellas enfermedades que entrañen peligro para la salubridad general, por sus características de significar una epidemia por su fácil transmisibilidad.

En aplicación de este concepto genérico de enfermedad transmisible al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, podemos decir que es la alteración de la salud de carácter normal y transmisible, con un largo período de incubación, en que se reduce la resistencia del individuo, por un estado inmunodepresivo.³²

FUNDAMENTACION CONSTITUCIONAL³³

Desde los primeros regímenes gubernamentales, el problema de la salud en nuestro país, fue objeto de destacado esfuerzo para elevar los niveles de salud del pueblo, estableciéndose desde 1917 las bases para desarrollar un sistema jurídico

32 Ley General de Salud, Editorial Porrúa, S.A. 1987, Segunda Edición, pág. 69

33 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 81a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México 1986, pág. 9.

adecuado en el cual se consagran las principales normas que tendieron a elevar la realización de este objetivo.

La modernización administrativa nace dentro de una opción política que servirá sólo al cambio social.

Se ha entendido que la autoridad no se ejerce sólo como consecuencia de un capricho sino como una responsabilidad delegada y soberana del pueblo. El estado está al servicio del pueblo, por ello, la forma más idónea de gobierno.

Nuevos principios constitucionales exigen nuevas instituciones que hagan posible el nuevo orden de cosas en las que el ingrediente principal es el pueblo y el ideal de justicia que debe dominar el orden jurídico como expresión de los anhelos de la sociedad moderna, antigua aspiración de avanzar en la construcción de la justicia social y que el poder ejecutivo recoge para presentar la iniciativa de la Ley que el Congreso de la Unión eleva al rango Constitucional.

EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

La suma de rancios y añejos problemas como cobertura parcial de la población en materia de salud, la satisfacción incompleta de las necesidades en este orden, el rumbo errático y a veces contradictorio de los programas, la carencia de estrategias y política globales, la obsolescencia de la legislación en esta materia y otras, crean la necesidad y conveniencia del establecimiento de esta Garantía Social.

Ahí está la clásica potestad reglamentaria, o poder reglamentario que es, en palabras de Ramón Rodríguez la facultad natural de todo ejecutivo, consistente en la ejecución de las leyes y en la expedición de aquellas disposiciones reglamentarias que se necesiten para tal objeto.

El artículo 89 Constitucional, nos refiere las facultades y obligaciones del Presidente son:

Fracción I: Promulgar y ejecutar las Leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia.

El Artículo 89 constituye, por así decirlo, el núcleo tradicional de las facultades reconocidas por la Constitución al presidente de los Estados Unidos Mexicanos.³⁴

Muchas fueron las referencias legislativas que se hicieron en tomo a la salud pero no fue sino hasta la adición más del artículo 4º, con fecha 3 de febrero de 1983, el tercer párrafo, en el cual se consagró como norma constitucional el derecho a la protección a la salud.

El tercer Párrafo del artículo 4º nos declara que:

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

Este derecho se ha establecido con los siguientes propósitos:

1º. Lograr el bienestar físico y mental del mexicano, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas;

2º. Prolongar y mejorar la calidad de vida de todos nuestros sectores sociales, sobre todo los más desprotegidos, a quienes es preciso otorgar los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo armónico de la sociedad.

34 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada, Rectoría Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 1985, pág. 208.

3°. Crear y extender, en lo posible, toda clase de actitudes solidarias y responsables de la población, tanto en la preservación y conservación de la salud, como en el mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr para el mexicano una existencia decorosa.

4°. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de nuestra población.

5°. Impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el adecuado aprovechamiento y empleo de los servicios de salud.

6°. Desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Con base en estas finalidades ha sido elaborado un ambicioso programa de salud que busca proporcionar tales servicios a toda la población, en permanente superación y mejoría de su calidad.

Se pretende, asimismo, contribuir al desarrollo del país y al bienestar colectivo; y en el cual se ha puesto especial énfasis respecto al cuidado de menores en estado de abandono, en la atención a los ancianos desamparados y en la rehabilitación de los minusválidos, a quienes se proporcionan ya los medios necesarios para su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y lo social. El impulso al desarrollo de la familia fue, entre otros razonamientos expuestos, el que llevó al Ejecutivo Federal a proponer la edición de todas estas medidas, con el objetivo final de mejorar las condiciones sanitarias del ambiente e impulsar la administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

Bajo el título de Sistema Nacional de Salud se ha constituido un organismo del que forman parte varias dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, al igual que un selecto grupo de personas físicas y morales de los sectores social y privado, algunos de ellos ligados desde hace algún tiempo con los servicios de salud, para atender el programa en cuestión.

De esta manera los propósitos constitucionales habrán de encontrar plena realización en el corto y mediano plazo; a saber:

a) Proporcionando servicios de salud a toda la población, con atención prioritaria de los problemas sanitarios y de las situaciones que puedan causar o causen algún daño a la salud;

b) Contribuir al desarrollo demográfico y armónico del país;

c) Colaborar al bienestar social mediante servicios adicionales de asistencia pública;

d) Impulsar métodos racionales de administración y empleo de los recursos humanos para mejorar la salud;

e) Impulsar actividades científicas y tecnológicas en materia de salud, tanto en universidades y centros de educación superior, como en centros hospitalarios o clínicas destinadas a la atención de la población menos protegida;

f) Coordinar a todas estas instituciones (de salud y educativas) en la formación y capacitación de los recursos humanos para la salud;

g) Distribuir del modo más conveniente dichos recursos humanos.

La planeación, regulación, organización y funcionamiento del sistema se rige por la Ley General de Salud, promulgada el 7 de febrero de 1984, así como por disposiciones reglamentarias y accesorias cuyo cumplimiento corresponde actualmente a la Secretaría de Salud, que ha substituido en las funciones administrativas correspondientes a la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia. Es la encargada de conducir, por ahora, las políticas necesarias para el contenido de la norma constitucional que se examina y establecer nuevas estrategias en este campo de la actividad administrativa, a la cual se ha facultado para introducir los cambios necesarios a efecto de que todas las instituciones que prestan servicios de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas Mexicanas; Dirección Integral de la Familia; Servicios Médicos del Distrito Federal; Servicios Coordinados en cada entidad de la República, etcétera), cumplan con las obligaciones legales y adapten sus sistemas operativos en todas sus fases y proyecciones, al programa nacional de salud. Tal es el alcance de la adición constitucional.

Los representantes populares elevaron a la consideración de la Asamblea Legislativa una adición a la Fracción XVI del Artículo 73 Constitucional que fue aprobado en los siguientes términos:

1º. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán de observancia obligatoria en el país.

2º. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión del país de enfermedades exóticas, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo.

3º. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Así tenemos que de conformidad con nuestra Carta Magna, están facultados para iniciar una reforma a la misma:

- I. El Presidente de la República
- II. Los diputados y senadores del Congreso de la Unión, y
- III. Las Legislaturas de los Estados.

Para reformar o adicionar el texto constitucional, es preciso que se presenten los siguientes actos orgánicos parciales:

1. Iniciativa por el Presidente de la República, los Diputados o Senadores al Congreso de la Unión o las Legislaturas de los Estados.
2. Discusión por parte tanto del Congreso de la Unión, como de las Legislaturas de los Estados.

3. Aprobación del proyecto de reforma constitucional por una mayoría absoluta de las Legislaturas Locales.

4. El cómputo hecho por el Congreso de la Unión de los votos de las Legislaturas, y

5. La Declaración del Congreso de la Unión de haber sido aprobadas las adiciones o reformas.

En diciembre de 1982, el Ejecutivo Federal remitió una iniciativa que reformaba el artículo 4º, teniendo como Cámara de origen la Cámara de Senadores en los siguientes términos:

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

En la actualidad la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha dejado atrás los modelos que postuló el constitucionalismo clásico que se desenvolvía entre dos elementos que son:

La parte dogmática y la orgánica, Ruiz Massieu no dice que ahora se ha añadido, a estos elementos, una dimensión programática.

Ante esto, nuestra constitución se conforma en tres diferentes tipos de disposiciones que son las siguientes:

A. PRECEPTIVAS: Generar derechos y obligaciones.

B. ORGANIZATIVAS: Dan el arreglo de instituciones constitucionales, y

C. PROGRAMATIVAS: Establecen directivas de acción para los poderes constituidos.

A ésta última pertenecen el derecho a la protección de la salud, el cual no tiene carácter autoaplicativo, no se perfecciona de manera automática, no cambia la realidad social, ni su promulgación garantiza de inmediato el acceso a la población a los servicios de salud; por el contrario requiere el Estado, se esfuerce en poner condiciones para que progresivamente vaya gozando de efectividad.

No debemos olvidar que los derechos sociales e individuales son absolutamente distintos.

Los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, obligándolos a abstenerse de vigilarlos; por su parte, los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado, éste debe crear las condiciones indispensables para que el derecho social pueda ejercerse.

Las normas programáticas, por su carácter declarativo, no son accionables; esto es, no se pueden hacer valer en juicio, el gobernado no tiene derecho a la tutela jurisdiccional. Por lo anterior, el común de la gente desestima la importancia de la constitucionalización, ya que su desconocimiento en derecho, les hace creer que la coercitividad es parte fundamental de la naturaleza del derecho.

Sin embargo, sabemos que el derecho no fundamenta su importancia en la coercitividad, toda vez que el derecho, tiende a provocar cierta conducta recíproca en los seres humanos:

Hacer que se abstengan de determinados actos que, por alguna razón se consideran perjudiciales a la sociedad y que realicen otros que por alguna razón reporten útiles a la misma, al margen de la coalición.

La Ley General de Salud recoge las principales aspiraciones de la sociedad en torno al control de la publicidad, vinculada ésta a los problemas de salud pública. La publicidad es un campo insuficiente regulado en el derecho Mexicano, que se ve parcialmente por la Ley de Radio y Televisión y en la Ley de Protección al Consumidor y que contempla en forma insuficiente por la legislación sanitaria vigente, ahora lo que se pretende es dar un impulso importante al control sanitario de la publicidad, porque rebasa las competencias de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia.

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

El artículo 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de sus dependencias que nombra, sólo se mencionará la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su artículo 39º, ya que es el que interesa para el desarrollo del tema.

Artículo 39º. A la Secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad en general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente, coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, asistencia pública, terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.

V. Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.

IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.

X. Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.

XI. Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras.

XIII. Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.

XV. Ejecutar el control sobre la preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales.

XVI. Estudiar, adaptar, poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra de las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten a la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros servicios sociales y contra la mendicidad.

XIX. Organizar Congresos Sanitarios y asistenciales.

XXI. Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y de sus Reglamentos.

XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.

LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL

Artículo 1º. La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto:

I. Regular las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud por parte de la población en el Distrito Federal y la competencia del Departamento del Distrito Federal en materia de salubridad local;

II. Fijar las normas conforme a las cuales el Departamento del Distrito Federal ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere el artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud.

Artículo 2o. Para efectos de esta Ley se entiende por:

I. Ley General, a la Ley General de Salud;

II. Secretaría, a la Secretaría de salud,

III. Departamento, al Departamento, al Departamento del Distrito Federal,

IV. Delegación, a las Delegaciones del Departamento del Distrito Federal,

V. Instituto, al Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal.

VI. Sistema de Salud, al Sistema de Salud del Distrito Federal.

VII. Usuario del servicio de salud, a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores públicos, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

VIII. Servicios de Salud a todas aquellas acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; éstos se considerarán como servicios públicos de salud a la población en general, cuando se presten en establecimientos públicos de salud a la población en el Distrito Federal, que así lo requiera, regidos por criterios de universalidad.

Artículo 6º. En las materias de salubridad general a que se refiere el artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud, dentro del territorio del Distrito Federal, corresponderá al Departamento realizar las actividades establecidas en ese or-

denamiento conforme a sus disposiciones, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar de la manera prescrita en la Ley General de Salud:

a) La prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación.

n) La prestación de los servicios de prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

Artículo 7º. Se crea el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, como un órgano desconcentrado del Departamento.

Artículo 13º. El Sistema de Salud está constituido por las unidades administrativas y órganos desconcentrados del Departamento y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones que se suscriban con dependencias o entidades de la administración pública federal.

Artículo 14º. El Sistema de Salud tiene por objeto ejercer las atribuciones correspondientes para la protección de la salud en los términos de la Ley General, esta Ley y demás disposiciones aplicables y en consecuencia tendrá a:

I. Proporcionar servicios de salud a la población y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Distrito Federal y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

II. Contribuir al desarrollo demográfico del Distrito Federal.

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

Artículo 15º. La coordinación del Sistema de Salud del Distrito Federal, estará a cargo del Jefe del Departamento, para lo cual podrá:

I. Elaborar y conducir la política de salud en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, y de conformidad con las políticas del Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud en el Distrito Federal.

V. Establecer la adecuada coordinación y vinculación con la Secretaría, los institutos nacionales de salud y hospitales de especialidades, para brindar atención médica de alta especialidad a la población del Distrito Federal;

XI. Ejercer las demás atribuciones que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Salud del Distrito Federal y las que determinen las disposiciones sanitarias con los gobiernos de los estados circunvecinos, sobre aquellas materias que sean de interés común.

Artículo 16º. El Departamento promoverá la participación en el Sistema de Salud del Distrito Federal, de los prestadores de servicios de salud de los sectores

público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 19°. Cuando, con motivo del ejercicio de las facultades que en materia de salubridad general y local tiene el Departamento, con fundamento en esta Ley, las bases de coordinación que se celebren o hayan celebrado y las demás disposiciones aplicables, se imponga una multa, el Departamento a través de la autoridad competente, la determinará, señalará las bases para su liquidación, las fijará en cantidad líquida y requerirá el pago de las mismas.³⁵

LEY GENERAL DE SALUD

Las reformas y adiciones que se han hecho a la Ley General de la Salud propuestas por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el poder Legislativo, están encaminadas al ejercicio de acciones que tienden a prevenir la transmisión de la infección por VIH y detener su expansión, incluyen los siguientes aspectos.

De los artículos que se reformaron, sólo se hace mención de algunos:

Se debe impulsar un sistema racional administrativo para mejorar la salud.

Se modificarán los patrones culturales de conducta, relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se prestan para su servicio.

Promover un sistema de fomento sanitario que ayude al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Artículo 6 fracciones: VI, VII y VIII.

Dentro de las enfermedades transmisibles que se encuentran sujetas a la vigilancia epidemiológica, se encuentran las siguientes:

La rabia, la peste, la brucelosis y otras zoonosis, toxoplasmosis y se adiciona a la lista el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, las demás que el Consejo de Salubridad General.

Artículo 134.

La notificación será obligatoria inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del virus de inmunodeficiencia humana VIH o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona.

Se suprime la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que la proporcionen remuneradamente, sólo podrá obtenerse de voluntarios que den gratuitamente.

35 Ley General de Salud, Editorial Porrúa, S.A., México, 1978. Segunda edición. Ley de Salud para el Distrito Federal, Artículo 1º, 2º Frac. I-VIII, Art 6º Frac. I a) y c), Art. 7º., 13º, 14º, Frac. I, II, III, Art. 15º Frac. I, II, V, XI, Art. 16º, 19º, pág. 202 a 211.

Artículo 133.

Las actividades de sanidad internacional apoyarán a los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica y de regulación, control y fomento sanitario.

Artículo 353.

Se incluyó como conducta ilícita específica, el comercio de la sangre.

Artículo 462, fracción II y 462 Bis.³⁶

36 Ley General de Salud, Editorial Progreso, S.A., México 1987, Segunda Edición, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Art. 6º fracciones VI, VII, VIII, pág. I, Art. 134º, fracc. XIII, pág. 3, Art. 136º, 332, 333.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD

Art. 1º. La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo de la Unión, tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, así como reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República.

Art. 2º. Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, la Secretaría de SALUD contará con las siguientes unidades administrativas:

SUBSECRETARIAS:

Servicios de Salud;
Regulación Sanitaria y Desarrollo, y
Planeación.
Oficialía Mayor
Contraloría Interna

DIRECCIONES GENERALES:

Administración
Administración de Personal
Apoyo a la Coordinación Regional
Asuntos Jurídicos
Comunicación Social
Control de Insumos para la Salud
Control Sanitario de Bienes y Rasces
Coordinación Sectorial
Descentralización y Modernización Administrativa
Enseñanza en Salud
Epidemiología
Información y Evaluación
Investigación y Desarrollo Tecnológico
Medicina preventiva
Planificación y Presupuesto
Planificación familiar, y
Regulación de los Servicios de Salud.

ORGANOS ADMINISTRATIVOS DESCONCENTRADOS POR FUNCION:

Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública
Escuela de Salud Pública de México

Gerencia General de Biológicos y Reactivos
Centro de Obras y Equipamiento de Salud.

ORGANOS ADMINISTRATIVOS DESCONCENTRADOS POR TERRITORIO:

Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas, y
Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Además, la Secretaría contará con las siguientes Comisiones y Comités:

- Comisión Interna de Administración y Programación
- Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.
- Comisión Coordinadora de los Programas Prioritarios de Salud;
- Comité Directivo del Programa General de Superación Profesional y Técnica;
- Comité de Compras
- +Comité de Descentralización y Desconcentración;
- +Comité de Legislación en Materia de Salud;
- +Comité de Obra Pública, Mantenimiento, Conservación y Arrendamiento de Inmuebles;
- +Comité de Programación-Presupuestación;
- +Comité de Simplificación de Procedimientos Administrativos;
- +Comité del Sistema Integral de Control;
- +Comités Internos para el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud de Medicamentos, de Equipo e Instrumental Médico, de Material de Curación y Material de Información Científica, y
- +Comités Técnicos Consultivos del Sector Salud.

Art. 3º. La Secretaría de Salud, a través de sus unidades administrativas, conducirá sus actividades en forma programada y con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la Planeación Nacional de Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y los programas a cargo de la Secretaría, fije y establezca el Presidente de la República.

Art. 4o. El trámite y resolución de los asuntos de la competencia de la Secretaría de Salud, corresponden originalmente al Secretario, quien, para la mayor distribución y desarrollo del trabajo, podrá conferir sus facultades delegables a funcionarios subalternos, mediante acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, sin perder por ello la posibilidad de su ejercicio directo.

Art. 5o. El Secretario tendrá las siguientes atribuciones no delegables:

I. Establecer y dirigir la política de la Secretaría, así como aprobar, controlar y evaluar los programas y presupuestos de la Secretaría y del Sector Salud en los términos de la legislación aplicable y de conformidad con las políticas, metas y

objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Sistema Nacional de Salud, que determine el Presidente de la República.

II. Coordinar a las entidades del sector y atendiendo a la naturaleza de sus actividades, agruparlas en subsectores cuando convenga;

III. Someter al acuerdo del Presidente de la República los asuntos encomendados a la Secretaría y al Sector Salud que lo ameriten;

IV. Desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confiera y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas;

V. Proponer al Presidente de la República los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos de la competencia de la Secretaría y del Sector Salud;

VI. Refrendar, para su validez y observancia constitucionales los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República;

VII. Representar al Presidente de la República en los juicios constitucionales en los términos del artículo 19 de la Ley de Amparo.

VIII. Dar cuenta al H. Congreso de la Unión del estado que guarde el Ramo y el Sector e informar a cualquiera de las Cámaras que lo integran, siempre que sea requerido para ello, cuando vaya a discutirse un proyecto de Ley o se estudie un asunto concerniente a sus actividades,

IX. Presidir el Consejo de Salubridad General, de conformidad con lo que establece la ley General de Salud;

X. Proponer al Presidente de la República la desconcentración de facultades de unidades administrativas centrales a órganos administrativos desconcentrados por territorio;

XIII. Aprobar y ordenar la publicación del Manual de Organización General, así como aprobar los demás manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público;

XV. Aplicar las sanciones y resolver los recursos de revocación a que se refiere la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

XVIII. Dictar acuerdos de adscripción orgánica de las unidades administrativas, de delegación de facultades y de modificación de la competencia de las unidades administrativas con funciones de control y vigilancia sanitarios, respecto de los establecimientos o giros que este reglamento les asigna, los cuales deberán publicarse en el D.O. de la Federación;

XXIII. Proveer el cabal cumplimiento de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores;

XXIV. Ejercer las demás que, con el carácter de no delegable le otorgue el Presidente de la República y las que le confieran las disposiciones legales.

Art. 6º. Los Subsecretarios tendrán las siguientes atribuciones:

I. Acordar con el Secretario el despacho de los asuntos a su cargo y los de las unidades administrativas que se hubieren adscrito a su responsabilidad;

IV. Formular los anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes en los asuntos de su competencia;

V. Someter a la aprobación del Secretario, estudios y proyectos elaborados en el área de su responsabilidad;

XIII. Vigilar que se cumplan las disposiciones legales en todos los asuntos a ellos asignados;

XVI. Apoyar la vigilancia del cumplimiento de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Art. 7º. El Oficial Mayor tendrá las siguientes atribuciones:

I. Elaborar y ejecutar los programas de apoyo para la realización de las funciones de la Secretaría, principalmente en materia de cooperación técnico-administrativa;

II. Designar, conforme a las instrucciones del Secretario, a los directores de área de las unidades administrativas adscritas a su responsabilidad, de conformidad con los ordenamientos aplicables.

V. Expedir certificados de hechos y actos y autenticar documentos relacionados con su competencia, así como con la que les corresponda a las unidades administrativas que se le adscriban.

XIII. Auxiliar al Secretario en la coordinación del Sector Salud en lo relativo a las funciones de apoyo;

XIV. Formular, en los asuntos de su competencia, los anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes presidenciales;

XV. Proporcionar la información y la cooperación técnica que le sean requeridas por otras dependencias, de acuerdo con las políticas establecidas a este respecto;

XVI. Apoyar la vigilancia del cumplimiento de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos;

XVIII. Coordinar el sistema y programa de servicio al público de orientación e información.

Art. 8º. El Contralor Interno tendrá las siguientes atribuciones:

I. Someter a la consideración del Secretario, los planes y programas de la Contraloría Interna, así como al anteproyecto del presupuesto por programas que sea necesario para su operación;

II. Planear, programar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el funcionamiento de las unidades administrativas a su cargo;

IV. Formular, en los asuntos de su competencia, los anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos y acuerdos;

V. Someter al acuerdo del Secretario la designación de los titulares de las subunidades administrativas adscritas a su responsabilidad, de conformidad con los ordenamientos aplicables;

XI. Atender las quejas y denuncias que presenten los particulares en contra de los servidores públicos de la Secretaría y de las entidades agrupadas en el sector;

XII. Atender las quejas y denuncias recibidas de servidores públicos de la Secretaría y las que le turne el Secretario, provenientes de servidores públicos en las entidades agrupadas en el sector;

XIII. Imponer, por acuerdo del Secretario, las sanciones administrativas que corresponda, como resultado de las revisiones practicadas y las que se deriven de la investigación de quejas y denuncias presentadas en los términos de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y, en su caso, turnar a la Secretaría de la Contraloría General de la Federación y a las autoridades competentes, los asuntos que lo ameriten conforma a la misma ley;

XIV. Sustanciar el procedimiento relativo a los recursos de revocación que interpongan los servidores públicos en contra de las sanciones que imponga conforme a la fracción anterior y someter a la consideración y firma, en su caso, del Secretario, los proyectos de resolución correspondiente;

XV. Denunciar los hechos que impliquen responsabilidad penal, a la Secretaría de la Contraloría General de la Federación y a la autoridad competente para conocer el ilícito, en coordinación con la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

Art. 9º. Corresponde a los titulares de las Direcciones Generales, de las unidades administrativas equivalentes y de los órganos administrativos desconcentrados:

I. Auxiliar a sus superiores, dentro de la esfera de la competencia de la unidad administrativa a su cargo, en el ejercicio de sus funciones;

II. Planear, dirigir, organizar, coordinar y evaluar el desempeño de las funciones de las áreas a su cargo;

IV. Dictar las normas técnicas en los asuntos de su competencia para las unidades administrativas de la Secretaría, las entidades del Sector Salud y las instituciones de los sectores social y privado, en los términos de las leyes aplicables y vigilar su cumplimiento;

Proponer a la superioridad, al personal de nuevo ingreso, promociones, licencias y las remociones del personal de la unidad y órgano a su cargo, con la intervención de la Dirección General de Administración de Personal;

IX. Proponer al superior inmediato la modificación, reorganización, fusión o desaparición de las unidades a su cargo, con la intervención de la Dirección General de Descentralización y Modernización administrativa;

X. Proponer convenios de colaboración con organizaciones e instituciones nacionales, internacionales y extranjeras, en materia de su competencia;

XI. Suscribir, previos a los dictámenes de las Direcciones Generales de Asuntos Jurídicos y de Planeación y Presupuesto, los contratos de servicios profesionales que genere la unidad a su cargo, siempre que éstos impliquen erogaciones presupuestales; en caso de no ser así bastará el dictamen de la primera Dirección General nombrada;

XV. Coordinar sus actividades con las de los titulares de otras unidades y con las instituciones públicas y privadas relacionadas con su área de competencia;

XVI. Coordinar con otras dependencias la participación de la Secretaría en el desarrollo de programas en materia de su competencia, con las restantes del sector público, las entidades del Sector Salud y los sectores social y privado;

XVIII. Autorizar por escrito y de acuerdo con su superior jerárquico, atendiendo a las necesidades del servicio, a los funcionarios subalternos, para que, previo registro de dicha autorización en la Dirección General de Asuntos Jurídicos, firmen documentación relacionada con los asuntos que competan a la unidad a su cargo;

XXIV. Normar, vigilar, evaluar y planear los servicios de su área que se descentralicen, así como supervisar y controlar, en su caso, los diversos servicios a su cargo que se desconcentren;

XXV. Recibir en audiencia al público que lo solicite;

XXVI. Cumplir y hacer cumplir la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos;

XXVIII. Ejercer sus facultades en apoyo a la coordinación del Sector Salud en los términos de las disposiciones legales aplicables.

Art. 10º. La Dirección General de Administración tiene competencia para:

I. Definir, difundir e implantar las normas, políticas y procedimientos para regular la administración y prestación de los servicios generales a las unidades administrativas de la Secretaría y verificar su cumplimiento;

II. Regular y, en su caso, proporcionar los servicios generales de correspondencia, archivo, reproducción, intendencia, mantenimiento de equipo de oficina, transporte de personal, talleres, seguridad y vigilancia que requieran las unidades administrativas de la Secretaría;

III. Llevar, controlar y actualizar en forma permanente el inventario físico de los bienes inmuebles destinados a la Secretaría a que tenga a su servicio y promover la regularización de los mismos, así como tramitar los contratos que otorguen o concedan al uso o goce de los bienes referidos, sujeto al dictamen de la Dirección General de Asuntos Jurídicos;

XVII. Vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales en la esfera de su competencia, así como expedir las normas a que se deban sujetar las unidades administrativas de la Secretaría en la materia.

Art. 12º. La Dirección General de Administración de personal tiene competencia para:

I. Plantear, normar, programar, dirigir, coordinar y evaluar el sistema de administración y desarrollo de personal, en el ámbito de la Secretaría;

III. Establecer las normas y los procedimientos, así como vigilar su cumplimiento y aplicación en materia de reclutamiento, selección e inducción de personal, en las unidades administrativas de la Secretaría;

IV. Apoyar a las unidades administrativas de la Secretaría en la formulación de sus anteproyectos de programas presupuesto en materia de administración, capacitación y desarrollo de personal, así como establecer los lineamientos para la

estructura ocupacional de las mismas, aplicando los Catálogos Generales de Puestos del Gobierno Federal e Institucional y el Tabulador de Sueldos, de conformidad con la normalidad emitida por la Secretaría de Programación y Presupuesto;

V. Tramitar, controlar y registrar los nombramientos, contrataciones, promociones, transferencias, reubicaciones, comisiones, suspensiones, licencias, permisos, permutas, bajas, jornadas de trabajo especiales, tolerancias, expedición de credenciales de identificación y certificación de servicios al personal, de conformidad con los ordenamientos legales de la materia;

XI. Resolver administrativamente los conflictos internos que se susciten por violación a las Condiciones Generales de trabajo y demás disposiciones jurídicas y administrativas que rigen a los servidores públicos, imponiendo las medidas disciplinarias que correspondan con fundamento en las disposiciones aplicables y sin perjuicio de las facultades de la Contraloría Interna.

XV. Operar el sistema y programa de servicio al público de orientación e información.

Art. 14º. La Dirección General de Asuntos Jurídicos tiene competencia para:

I. Formular y elaborar anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes presidenciales y opinar los formulados por las demás dependencias para el trámite que corresponda;

II. Compilar, estudiar y difundir las leyes, reglamentos y decretos federales y estatales. Así como los acuerdos, resoluciones, circulares, órdenes presidenciales y las disposiciones de carácter internacional relacionadas con la dependencia y el sector y proponer las reformas o adecuaciones legales pertinentes;

III. Revisar y remitir los documentos que vayan a ser publicados en el Diario Oficial de la Federación, e informar a los funcionarios de la Secretaría sobre las disposiciones legales de interés para la Secretaría que en él se publiquen y las que afecten o se refieran a las atribuciones de su competencia;

V. Actuar como órgano de consulta jurídica, asesorando al Secretario y a los demás funcionarios de la Secretaría;

VI. Coadyuvar con la Procuraduría General de la República en la integración de las averiguaciones previas y en el trámite de los procesos que afecten a la Secretaría o bien tenga interés jurídico en los mismos;

VII. Elaborar los informes previo y justificado en los juicios de amparo en que sean señalados como autoridades responsables servidores públicos de la Secretaría, por actos del servicio;

VIII. Representar al Secretario en todo litigio o conflicto laboral, relativo al personal de la Secretaría;

XI. Resolver los recursos de inconformidad que se interpongan contra actos y resoluciones de la Secretaría que con motivo de la aplicación de la Ley General de Salud y de sus disposiciones reglamentarias, den fin a una instancia o resuelvan un expediente;

XII. Formular y revisar las bases y requisitos legales a que deban ajustarse los contratos, convenios, acuerdos, bases de coordinación, concesiones, autorizaciones, adquisiciones o permisos que realice o expida la Secretaría, y llevar su registro;

XIII. Representar a la Secretaría y a sus servidores cuando sean parte en juicios y en todo procedimiento judicial, por actos derivados del servicio;

XIV. Formular denuncias de hechos, querrelas y los desistimientos y perdones legales que procedan y por ausencia del Secretario, absolver posiciones;

XV. Por conducto de su titular suscribir, en ausencia del Secretario, Subsecretario y Oficial Mayor, los informes que dichos funcionarios deban rendir ante autoridad judicial y los recursos, demandas y promociones de término en procedimientos judiciales y contencioso-administrativos;

XVII. Dictaminar en definitiva, en coordinación con la Dirección General de Administración de Personal, las actas administrativas que se levanten a los trabajadores de la Secretaría, con motivo de la violación de las disposiciones laborales aplicables;

XVIII. Llevar el registro de nombramientos, firmas y rúbricas de funcionarios al servicio de la Secretaría y el de aquellos que la representen en órganos colegiados de entidades paraestatales y en comisiones intersecretariales e institucionales, así como el de las disposiciones internas de la propia Secretaría que normen las actividades de sus diversas unidades administrativas.

XIX. Coadyuvar con la Dirección General de Administración en los procesos de regulación inmobiliaria federal a cargo de Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, respecto de los inmuebles que estén destinados a la Secretaría o que por cualquier título tenga a su servicio;

XX. Participar en la Comisión de Estudios Jurídicos de la Administración Pública Federal y formular los estudios e informes que le sean solicitados, así como en aquellas que le encomiende el secretario y coordinar el Comité de Legislación en materia de Salud, designar a sus secretarios técnicos y evaluar el marco jurídico del propio sector.

Art. 15°. La Dirección de Comunicación Social tiene competencia para:

I. Mantener informada a la población sobre el desarrollo de los problemas de la Secretaría y contribuir a la difusión homogénea de las actividades del Sector Salud, apeándose a las disposiciones de la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social;

II. Proponer y desarrollar mecanismos de comunicación social para apoyar el mejoramiento de la salud en la población.

Art. 16°. La Dirección General de Control de Insumos para la Salud tiene competencia para:

I. Elaborar y expedir las normas técnicas a nivel nacional relativas al proceso, uso, importación y exportación de medicamentos, estupefacientes y sustancias psi-

contrópicas; productos homeopáticos y plantas medicinales, reactivos e instrumentos para el diagnóstico clínico;

II. Elaborar y expedir las normas técnicas a nivel nacional, para el proceso, uso, importación, exportación y mantenimiento de los equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico de insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y productos higiénicos, en coordinación con la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, en lo que a éste compete;

IV. Expedir permisos especiales de adquisición o de traspaso para el comercio o tráfico de estupefacientes en el interior del territorio nacional;

V. Autorizar a organismos o instituciones, para fines de investigación científica, la adquisición de estupefacientes y sustancias psicotrópicas cuyo tráfico está prohibido por la Ley General de Salud;

VII. Ejercer el control y vigilancia sanitarios y expedir, revalidar o revocar, en su caso, las autorizaciones que se requieran en el ámbito de su competencia;

VIII. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad, en la esfera de su competencia, con sujeción al procedimiento que establece el capítulo III del título decimotercero de la Ley General de Salud, así como remitir a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las sanciones económicas que imponga para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución;

X. Intervenir en la integración de los cuadros básicos de medicamentos, material de curación, instrumental, equipo médico y, en general, de insumos para la salud de la Secretaría, sin perjuicio de la participación que corresponda a otras unidades administrativas.

Art. 17º. La Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios tiene competencia para:

I. Expedir las normas técnicas y ejercer el control sanitario a que deberá sujetarse el proceso, importación y exportación de los alimentos, bebidas no alcohólicas; leche y sus derivados y pulques a granel; productos de perfumería; belleza y aseo; tabaco; plaguicidas; fertilizantes y sustancias tóxicas que constituyen un riesgo para la salud, así como las materias primas que intervengan en su elaboración, en coordinación con las demás unidades administrativas;

II. Ejercer las facultades de control y vigilancia sanitarios en los casos no atribuidos a cualesquiera otras unidades administrativas, así como expedir, revalidar o revocar, en su caso, las autorizaciones que se requieran en el ámbito de su competencia;

III. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, con sujeción al procedimiento que establece el capítulo III del título decimotercero de la Ley General de Salud, así como remitir a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las sanciones económicas que imponga, para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución.

Art. 18°. La Dirección General de Coordinación Sectorial tiene competencia para:

I. Apoyar el desarrollo de la Coordinación del Sector Salud, a cargo del Secretario;

III. Proponer las normas que regulen la integración y funcionamiento de los órganos de gobierno de las entidades sectorizadas;

V. Apoyar a las coordinaciones y a los secretarios técnicos de los grupos sectoriales que se establezcan, a excepción hecha de los encomendados expresamente a otra unidad administrativa de la Secretaría;

Art. 19°. La Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa tiene competencia para:

I. Evaluar la estructura orgánica y funcional de los diversos niveles y unidades de la Secretaría y dictaminar las modificaciones a la organización, proponer éstas cuando sea necesario, así como las medidas que deben adoptarse en los procesos de descentralización de la Secretaría;

II. Coadyuvar a la instrumentación de las directrices, normar criterios técnicos que fije el Secretario, que orienten el proceso interno de descentralización, organización y desarrollo institucional de la Secretaría;

VIII. Elaborar los proyectos de modelos administrativos para llevar a cabo el proceso de desconcentración y descentralización de las diversas unidades administrativas de la Secretaría, de acuerdo a las opiniones y lineamientos de la comisión de la materia, y

IX. Formular recomendaciones tendientes a la elevación de la productividad y a la racionalización de las estructuras, procedimientos y funcionamiento de la Secretaría, del Sector y de las estructuras administrativas descentralizadas por territorio.

Art. 20°. La Dirección General de Enseñanza en salud tiene competencia para:

I. Participar en el establecimiento de las políticas nacionales en materia de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud;

II., Elaborar y mantener actualizado un sistema sectorial de información sobre formación y desarrollo de recursos humanos para la salud;

VII. Establecer un sistema de educación continua, en coordinación con las entidades del Sector Salud y del Sector Educativo;

VIII. Participar en la elaboración y vigilar el cumplimiento de convenios y programas generales y específicos de colaboración que celebre la Secretaría con instituciones de enseñanza superior y otras entidades del Sector Educativo, así como con entidades internacionales y con las unidades responsables a nivel estatal;

Art. 22°. La Dirección General de Información y Evaluación tiene competencia para:

I. Integrar y llevar a cabo, con la intervención de las unidades usuarias, el programa de sistemas, información y estadística;

II. Normar y manejar el sistema de información de la Secretaría y del Sector conforme a los lineamientos que dicte la Secretaría de Programación y Presupuestos;

VIII. Cuidar que las unidades administrativas de la Secretaría y las entidades paraestatales agrupadas en el Sector Salud, generen y proporcionen los datos que requiera el proceso de planeación y los programas de la Secretaría, y del Sistema Nacional de Salud;

XII. Evaluar el programa sectorial y los operativos de la dependencia y del sector para medir sus resultados y determinar su interrelación con el Plan Nacional de Desarrollo y los diferentes programas de los sectores público, social y privado vinculados con la salud.

Art. 21º. La Dirección General de Epidemiología tiene competencia para:

I. Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de vigilancia epidemiológica;

IV. Establecer y mantener actualizados los registros nominales de casos de padecimientos crónicos, tanto transmisibles como degenerativos y otros de interés nacional, con la participación que al efecto corresponda a la Dirección General de Información y Evaluación;

VI. Planear, normar y participar en actividades de investigación y diagnóstico de enfermedades, en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

Art. 23º. La Dirección General de Investigación y Desarrollo Tecnológico tiene competencia para:

I. Participar en el establecimiento de las políticas nacionales en materia de investigación y desarrollo tecnológico en salud;

II. Integrar el Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud de la Secretaría y del Sector, en coordinación con las entidades involucradas y coadyuvar a la evaluación de los mismos;

IV. Desarrollar estudios que permitan determinar las necesidades y prioridades sectoriales en materia de investigación y desarrollo tecnológico en salud y proponer las medidas para satisfacerlas;

V. Normar, supervisar la investigación y desarrollo tecnológico en salud que se lleven a cabo en las unidades administrativas de la Secretaría y coordinarse en estas actividades con dichas unidades, con las unidades del Sector Salud y del Sector Educativo y las unidades responsables a nivel estatal y local;

XII. Promover, coordinar, participar, difundir y aplicar investigaciones científicas para determinar los efectos en la salud humana de contaminantes en la atmósfera, en el agua, en el suelo, en los alimentos y en las bebidas; las relativas al tratamiento del agua para uso o consumo humano y de aguas residuales; sobre fuentes de radiación, uso y manejo de sustancias tóxicas, maquinaria, equipo y aparatos que permitan prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales; exposición de trabajadores a contaminantes, estudios de toxicología al

respecto y para adecuar los instrumentos y equipo de trabajo, en coordinación con las demás unidades administrativas competentes;

XIII. Administrar los laboratorios de análisis ambiental a su cargo y, en su caso, normar las actividades de análisis ambiental que realicen los laboratorios de salud pública;

XIV. Emitir dictámenes técnicos, en relación con las medidas de seguridad aplicables para proteger la salud humana en situaciones de emergencia, ocasionadas por contingencias en el medio ambiente, y en relación a los aspectos de salud en los estudios de impacto ambiental;

XXI. Definir políticas y normas para la operación del laboratorio de control de calidad de equipo y aparatos médicos.

Art. 24°. La Dirección General de Medicina Preventiva tiene competencia para:

I. Promover y apoyar la política nacional de la prevención y control de enfermedades y riesgos para la salud;

II. Establecer las normas técnicas relativas a la prevención y control de las enfermedades y de los riesgos para la salud, que constituyen un problema de salud pública;

IV. Establecer las bases técnicas para la formulación de los programas de prevención y control de las enfermedades y riesgos para la salud;

V. Integrar el programa nacional de prevención y control de enfermedades y riesgos para la salud;

VI. Asesorar, supervisar y controlar los programas y acciones de prevención y control de las enfermedades y riesgos para la salud;

VII. Fomentar la investigación para el desarrollo de métodos para la supervisión y control de las enfermedades y riesgos de salud;

VIII. Promover y coordinar la participación de los sectores público, social y privado en los programas de prevención y control de enfermedades;

Art. 25°. La Dirección General de Planeación y Presupuesto tiene competencia para:

I. Integrar y administrar el sistema para la planeación de la salud y apoyar la intervención de la Secretaría en la instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo y asegurar la interrelación del Programa Sectorial con el mismo;

II. Normar y coordinar la formulación, instrumentación y registro del programa sectorial, y de los programas operativos de la Secretaría y del sector, y apoyar su congruencia con los programas intersectoriales, regionales, estatales y especiales correspondientes.

Art. 26°. La Dirección General de Planificación Familiar tiene competencia:

I. Formular y proponer políticas y estrategias en materia de planificación familiar, sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia tengan otras dependencias;

V. Elaborar las normas y controlar la importación de servicios de planificación familiar en instituciones privadas, vigilando el cumplimiento de dichas normas.

Art. 27°. La Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud tiene competencia para:

I. Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de atención médica y asistencia social;

II. Emitir las normas técnicas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios de salud de las unidades de atención médica y asistencia social del Sector Salud y de las demás instituciones públicas que presten servicios de salud, así como las de los sectores social y privado;

III. Vigilar, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud que proporcionen los sectores público, social y privado, así como la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimiento de salud;

X. Vigilar que las personas y establecimientos públicos y privados que ejerzan actos de disposición de sangre y sus derivados, se ajusten a lo dispuesto por la Ley General de Salud y su reglamento, así como expedir las autorizaciones en esta materia, con la opinión del establecimiento oficial respectivo;

XIV. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, con sujeción al procedimiento que establece el capítulo III del título decimotercero de la Ley General de Salud, así como remitir a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las sanciones económicas que imponga para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución.

Art. 28°. Para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de la competencia de la Secretaría, ésta contará con los órganos administrativos desconcentrados por función que le estarán jerárquicamente subordinados y gozarán de autonomía operativa.

Art. 29°. Se regirán por sus respectivos ordenamientos específicos, por las disposiciones aplicables de este reglamento y por las que, en su caso, determine el Presidente de la República o el Secretario, en el ejercicio de sus atribuciones, los siguientes órganos administrativos desconcentrados por función:

I. Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública;

II. Escuela de Salud Pública de México.

III. Gerencia General de Biológicos y Reactivos.

IV. Centro de Obras y Equipamiento en Salud.

Art. 30°. Compete a los órganos administrativos desconcentrados por función de la Secretaría, conforme a las normas y prescripciones de ésta, la planeación, programación, organización, dirección, control y evaluación del funcionamiento de las unidades administrativas a ellos adscritas, con sujeción a los lineamientos establecidos en la ley, reglamento, decreto o instrumento jurídico que los rija o en los diversos en que se establezcan tales lineamientos.

Art. 32º. La Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública tiene competencia para:

I. Ejercer los derechos que confieran las leyes y reglamentos a favor de la Beneficiencia Pública y administrar bienes y derechos que integran el patrimonio de la Beneficiencia Pública;

III. Distribuir a programas de salud los recursos financieros que le concentren la Lotería Nacional para la Asistencia Pública y otros organismos y vigilar su aplicación;

XV. Promover, en coordinación con las Direcciones Generales de Administración y de Asuntos Jurídicos, la regularización de la propiedad y posesión de los bienes inmuebles afectos al patrimonio de la Beneficiencia Pública.

Art. 33º. La Escuela de Salud Pública de México, tiene competencia para:

I. Planear, organizar y realizar, de acuerdo a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, programas de formación y desarrollo de recursos humanos nivel técnico, superior y de posgrado en los campos de la salud pública, en coordinación con las Direcciones Generales de Enseñanza en Salud y de Investigación y Desarrollo Tecnológico y con la coordinación de los Institutos Nacionales de Salud.

Art. 34º. La Gerencia General de Biológicos y Reactivos tiene competencia para:

I. Fabricar, importar y, en su caso, exportar y distribuir productos biológicos y reactivos que utilicen las unidades de la Secretaría y las entidades del Sector Salud en la prevención, curación y diagnóstico de enfermedades.

Art. 35º. El Centro de Obras y Equipamiento en Salud, tiene competencia para:

I. Formular, en el ámbito de su competencia, el proyecto de programa de inversión de la Secretaría destinado a la obra pública y al equipamiento integral de las unidades de atención de la propia Secretaría, en coordinación con las Direcciones Generales de Planeación y Presupuesto y de Administración.

Art. 36º. De conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud, la Secretaría podrá celebrar acuerdos con los gobiernos de los Estados para establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública en cada uno de ellos, y en su organización, facultades y funcionamiento se regirán por lo dispuesto por dicha ley y acuerdo correspondiente, así como por los acuerdos de delegación y desconcentración de facultades que dicte el secretario.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública contarán con un consejo interno que presidirá el ejecutivo local que corresponda o el representante que éste señale, recayendo la primera vocalía, en cada caso, en el Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en la entidad de que se trate.

Art. 37º. Corresponde a cada uno de los Servicios Coordinados de Salud Pública, en su circunscripción territorial:

I. Ejercer las facultades que le sean encomendadas por la Secretaría y el gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso.

Art. 38º. Corresponde a cada jefe de Servicio Coordinados de Salud Pública dentro del ámbito de su competencia:

I. Representar a la Secretaría y al Gobierno del Estado correspondiente, en su caso, ante las demás autoridades federales, estatales y municipales, así como las entidades públicas y privadas.

Art. 39º. Sin perjuicio de lo establecido en los tres artículos anteriores, los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal tendrán las siguientes atribuciones:

I. Proponer la desconcentración de los servicios a su cargo en regiones del Distrito Federal.

Art. 41º. Corresponde a los Subsecretarios, Oficial Mayor y Contralor Interno formar parte de las comisiones y comités previstos en este reglamento y de los que establezca el Secretario, como instrumento para el mejor desempeño y coordinación de las funciones de la Secretaría.

Art. 42º. Corresponde a los titulares de las direcciones generales y órganos administrativos desconcentrados por función y por territorio, y formar parte de los comités que establezcan los subsecretarios; el Oficial Mayor y el Contralor Interno, cuando así corresponda.

Art. 43. Las comisiones y los comités deberán elaborar, para su mejor organización y funcionamiento, sus reglas internas de operación.

Art. 44º. La comisión interna de Administración y Programación funcionará como mecanismo de participación de las distintas unidades administrativas de la Secretaría, a fin de coordinar los programas de modernización administrativa de la misma para incrementar su eficiencia y contribuir a la del sector público en su conjunto.

Art. 45º. La Comisión Interna de Administración y Programación tiene competencia para:

I. Funcionar como instancia de intercambio de experiencia, propuestas de soluciones de conjunto, así como para armonizar acciones y establecer criterios tendientes al desarrollo y el cumplimiento de los objetivos de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud.

Art. 46º. La Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales estará integrada por el Secretario, quien la presidirá; por los subsecretarios, el Oficial Mayor, el Contralor Interno, el Director General de Asuntos Jurídicos y el Coordinador de la misma.

Art. 47º. La Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales tendrá competencia, que ejercerá por conducto de su coordinador, para:

I. Ser el conducto de las unidades administrativas de la Secretaría de Relaciones Exteriores, en materia de asuntos internacionales, relacionados con el Sector Salud;

II. Coordinar las actividades conducentes, a fin de ejecutar los acuerdos internacionales en materia de salud o intervenir en la elaboración de los proyectos respectivos;

Art. 49°. La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud estará integrada por el Secretario, quien la presidirá, el coordinador y por los directores generales de los institutos nacionales de salud.

Art. 49°. El Coordinador de los institutos nacionales de salud tiene competencia para:

- I. Fungir como presidente suplente de la comisión respectiva;
- II. Actuar de enlace entre los institutos nacionales de salud y las unidades administrativas de la Secretaría;

Art. 50°. La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud tiene competencia para:

- I. Apoyar la coordinación del subsector integrado por las instituciones nacionales de salud;
- II. Promover que los institutos nacionales de salud, desarrollen investigación y formación de recursos humanos especializados para la salud y a la atención médica de alto nivel, conforme a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

Art. 51°. La Comisión Coordinadora de los Programas Prioritarios de Salud estará integrada por el Secretario, quien la presidirá, los subsecretarios, el Oficial Mayor, el Contralor Interno, el Director General de Apoyo a la Coordinación Regional, el titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y el coordinador de la misma. Además contará con un secretario técnico, en el cual estarán representados, conforme lo disponga el secretario, los representantes de las áreas sustantivas de administración, de apoyo a la coordinación regional y de regulación de los servicios de salud.

Art. 52°. El Coordinador de la Comisión Coordinadora de los Programas Prioritarios de Salud tiene competencia para:

- I. Fungir como presidente suplente de la comisión;
- II. Apoyar y verificar el cumplimiento de los acuerdos de la comisión y mantener informado al secretario sobre el particular.

Artículo 53°. La Comisión Coordinadora de los Programas Prioritarios de Salud tiene por objeto:

- I. Prestar apoyo al secretario en el seguimiento de los programas prioritarios establecidos en el Programa Sectorial de Salud y en la Ley General de Salud.

Art. 54°. El Comité Directivo del Programa General de Superación Profesional y Técnica estará integrado por el Secretariado, quien lo presidirá, el Subsecretario de Regulación Sanitaria y Desarrollo y el Oficial Mayor, quienes funcionarán como coordinadores en tratándose de las funciones de personal sustantivo y de apoyo institucional, respectivamente, los Subsecretarios de Servicios de Salud y de Planeación y el Contralor Interno.

Art. 55°. El Comité Directivo del Programa General de Superación Profesional y Técnica, tiene competencia para:

- I. Elaborar el Programa General de Superación Profesional y Técnica, de la Secretaría;

II. Definir el contenido, los subprogramas, metas, acciones y recursos requeridos del programa general mencionado.

Art. 56º. El Comité de Compras estará integrado por el Oficial Mayor, quien lo presidirá, el Contralor Interno, el Director General de Abastecimiento, quien fungirá como coordinador y secretario ejecutivo, y los titulares de las Direcciones Generales de Asuntos Jurídicos, de apoyo a la Coordinación Regional y de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y de la Gerencia General de Biológicos y Reactivos.

Fungirán como vocales los representantes de las Subsecretarías de Servicios de Salud, de Regulación Sanitaria y Desarrollo y de Planeación.

Art. 57º. El Comité de Compras tiene competencia para:

I. Difundir y orientar al personal responsable de las áreas de abastecimiento y manejo de almacenes, en el cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles y la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y las demás disposiciones aplicables a dichas actividades.

II. Decidir sobre aquellos aspectos en que la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles y sus normas le otorgan facultades específicas.

Art. 58º. El Comité de Descentralización y Desconcentración, estará presidido por el Secretario y se formará por los Subsecretarios, el Oficial Mayor y el Contralor Interno.

El Director General de Descentralización y Modernización Administrativa actuará como secretario técnico del Comité.

Art. 59º. Son funciones del Comité de Descentralización y Desconcentración:

I. Apoyar la formulación de los programas de desconcentración y de descentralización de la Secretaría, integrando las propuestas que presenten las Subsecretarías y la Oficialía Mayor y cuidando que se ajusten a los programas de descentralización y de desconcentración del Gobierno Federal y sean congruentes con el programa del Sector Salud y con el programa institucional.

Art. 60º. El Comité de Legislación en Materia de Salud estará formado por el titular de Asuntos Jurídicos, quien fungirá como coordinador, por un secretario y por los representantes de las Subsecretarías, de la Oficialía Mayor y de la Contraloría Interna.

Eventualmente se invitará a direcciones generales y órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría a que participen.

Art. 61º. El Comité de Legislación en Materia de Salud tiene las siguientes funciones:

I. Analizar las disposiciones legales aplicables, en materia de salud y evaluar su vigencia y funcionalidad;

II. Proponer reformas a las disposiciones legales..

Art. 62º. El Comité de Obra Pública, Mantenimiento, Conservación y Arrendamiento de Inmuebles estará integrado por el Oficial Mayor, quien lo presidirá, el Contralor Interno, el Director General de Administración, quien actuará como coordinador y secretario ejecutivo, los titulares de las Direcciones Generales de Abastecimiento, de Apoyo a la Coordinación Regional, de Asuntos Jurídicos y de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Art. 63º. El Comité de Obra Pública, Mantenimiento, Conservación y Arrendamiento de Inmuebles tiene competencia para:

I. Instruir, orientar y vigilar al personal responsable de la contratación de obras o trabajos de construcción, conservación, mantenimiento y remodelación de inmuebles, así como los contratos de arrendamiento de inmuebles y de servicios, conforme a las disposiciones aplicables de la Ley de Obra Pública;

II. Coadyuvar con las autoridades competentes y las entidades del Sector Salud, sobre la planeación, formulación y aplicación de normas, especificaciones e instructivos que regulen la construcción de obra pública, arrendamientos inmuebles y de servicios.

Art. 64º. El Comité de Programación-Presupuestación estará formado por los representantes de las Subsecretarías de Servicios de Salud, Regulación Sanitaria y Desarrollo y de Planeación, y de la Contraloría Interna, así como por los directores generales de la Subsecretaría de Planeación y de la Oficialía Mayor que sean competentes en materia de operación de recursos.

Art. 65º. El Comité de Programación-Presupuestación tiene competencia para:

Art. 66. El Comité de Simplificación de Procedimientos Administrativos se integrará por el Subsecretario de Planeación, quien lo presidirá, los titulares de las unidades de Administración, Administración de Personal, Asuntos Jurídicos, Información y Evaluación, Descentralización y Modernización Administrativa, así como por los titulares de las unidades sustantivas que llevan a cabo los procedimientos administrativos objeto de estudio.

Art. 67º. El Comité de Simplificación de Procedimientos Administrativos tendrá a su cargo las siguientes facultades:

I. Estudiar los procedimientos administrativos que se relacionen directamente con los particulares y proponer reformas a fin de que sean ágiles, democráticos y eficaces;

II. Formular recomendaciones de reformas y adiciones a la legislación sanitaria.

Art. 68º. El Comité del Sistema Integral de Control establecerá los lineamientos y políticas generales para el diseño, implantación y operación del Sistema Integral de Control.

Este comité estará integrado por el Secretario, quien lo presidirá, los Subsecretarios, el Oficial Mayor, y el Contralor Interno, quien fungirá como secretario técnico.

Art. 69º. El Comité del Sistema Integral de Control tiene competencia para:

I. Vigilar que las disposiciones, políticas, planes, programas, presupuestos, normas, procedimientos y los instrumentos de Control, se apliquen y utilicen de manera eficiente por las unidades administrativas de la Secretaría;

II. Servir de apoyo al secretario, a los subsecretarios, al oficial mayor y en general a los colaboradores directos del primero, en la vigilancia del desarrollo de los programas prioritarios de la Secretaría que dichos funcionarios determinen.

Art. 70°. Cada uno de los comités Internos para el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud de Medicamentos, Equipo e Instrumental Médico, Material de Curación y Material de Información Científica, se integrará con un representante de las Subsecretarías y de la Oficialía Mayor. Los representantes de la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo fungirán como coordinadores de los Comités Internos y el Secretario designará a los secretarios técnicos de los mismos.

Los comités contarán con un cuerpo asesor que estará formado con expertos en las distintas materias que conocen dichos comités y los demás funcionarios que el Secretario designe. Este cuerpo asesor asistirá a las sesiones de los comités.

Art. 71°. Los Comités Internos para el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud de Medicamentos, Equipo e Instrumental Médico, Material de Curación y Material de Información Científica, tiene competencia para:

I. Auxiliar al Secretario en la orientación de los trabajos de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, en los términos que él señala;

II. Apoyar, por conducto del Secretario del Consejo de Salubridad General y del funcionario de la Secretaría que con tal fin se designe, la prestación del auxilio técnico y administrativo necesario para el cabal ejercicio de las atribuciones de la Comisión Interinstitucional.

Art. 72. Para la mayor atención y despacho de los asuntos que deba conocer la Secretaría en su calidad de dependencia coordinadora del Sector Salud y con el propósito de propiciar la participación de las entidades que lo componen, el Secretario podrá constituir Comités Técnicos Consultivos del Sector Salud.

Art. 73. Los Comités Técnicos Consultivos del Sector Salud, tienen competencia para:

I. Analizar el marco normativo del Sector Salud y evaluar su vigencia y funcionalidad;

II. Proponer al Comité de Legislación en Materia de Salud, las reformas legales o reglamentarias que considere prudentes, relacionadas con el Sector Salud.

Art. 75. En las ausencias temporales de los subsecretarios y del Oficial Mayor, serán suplidos para el despacho de los asuntos de su correspondiente competencia, por el director general adscrito en el área de su responsabilidad que se designa por acuerdo del Secretario.

El Contralor Interno será suplido por el funcionario de la jerarquía inmediata inferior que se designe por el acuerdo del secretario.

Art. 76º. Durante sus ausencias temporales, los titulares de las direcciones generales, de los órganos administrativos desconcentrados, directores, jefes de departamento y jefes de servicios coordinados de salud pública, serán suplidos por los funcionarios de la jerarquía inmediata inferior que al efecto designen, con el acuerdo del superior inmediato.³⁷

37 Ley General de Salud, Editorial Porrúa, S.A., México 1987, Segunda Edición. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Art. 1º, 2º, pág. 1086, Art. 9º, pág. 1097, Art. 15º pág. 1107, Art. 21º, pág. 1115, Art. 33, 34, pág. 1129, Art. 45º pág. 1137, Art. 61º, pág. 1145, Art. 74, 75, 76, pág. 1150.

ESTADISTICAS

INTERNACIONAL:

Según el "Weekly Epidemiological Record", una publicación de la Organización Mundial de la Salud, hasta el 30 de junio de 1990, la distribución de casos en el mundo y los países con mayor incidencia son:

AFRICA

Algeria	13
Angola	104
Benin	60
Botswana	87
Burkina Faso	555
Burundi	2784
Cameroon	78
Cape Verde	32
Central African	662
Chad Tchad	21
Comoros	1
Congo	1940
Côte D'Ivoire	3647
Djibouti	7
Egypte	16
Equatorial Guinea	3
Ethiopia	364
Gabon	51
Gambia	81
Ghana	1240
Guinea	125
Guinea-Bissau	123
Kenya	6004
Lesotho	11
Liberia	5
Madagascar	2
Malawi	7160
Mali	178
Mauritania	16
Mauritius	5
Morocco	45

Mozambique	93
Namibia	232
Niger	80
Nigeria	48
Reunión	47
Rwanda	2285
Sao Tomé and Príncipe	2
Senegal	307
Seychelles	-
Sierra Leone	21
Somalia	15
South Africa	463
Sudan	188
Swaziland	14
Togo	100
Tunisia	50
Uganda	12444
Unite of Tanzania	6251
Zaire	11732
Zambia	3000
Zimbabwe	2357
Total Africa	65149
AMERICA	
Anguilla	4
Antigua and Barbuda	3
Argentina	605
Bahamas	437
Barbados	122
Belice	11
Bermuda	135
Bolivia	11
Brazil	11070
Virgin Islands	1
Canadá	3818
Cayman Islands	5
Chile	178
Colombia	643
Costa Rica	169

Cuba	63
Dominica	10
Dominican Republic	1262
Ecuador	79
El Salvador	192
French Guiana	191
Grenada	17
Guadeloupe	182
Guatemala	80
Guyana	96
Haití	2331
Honduras	626
Jamaica	141
Martinique	125
México	4416
Montserrat	1
Nicaragua	7
Panamá	180
Paraguay	16
Perú	324
Saint Kitts and Nevis	18
Saint Lucía	17
Saint Vincent and the Grenadines	22
Suriname	58
Trinidad and Tobago	557
Turks and Caicos Islands	8
United States of America	133889
Uruguay	119
Venezuela	646
Total América	162885
ASIA	
Brunei Darussalam	1
China	3
Taiwan	14
Chypre	15
Hong Kong	22
India	48
Indonesia	7
Irán	9

Israel	109
Japón	189
Jordán	9
Kuwait	1
Liban	31
Malaya	13
Nepal	2
Oman	14
Pakistán	13
Philippines	28
Qatar	23
Republic of Korea	5
Singapour	15
Sri Lanka	4
Syrian Arab Rep.	8
Thailand	41
Turkey	31
Totales ASIA	655
EUROPA	
Austria	437
Belgium	651
Bulgaria	7
Czechoslovakia	23
Denmark	601
Finland	58
France	9718
German Democratic Republic	19
Républic Federale of Allemagne	4863
Grece	295
Hungary	36
Islande	13
Irlande	142
Italy	6068
Luxembourg	26
Malta	14
Mónaco	2
Netherlands	1274
Norvége	156

Poland	39
Portugal	443
Romania	74
San Marino	1
Spain	5295
Sweden	406
Switzerland	1280
URSS	34
United Kingdom	3247
Yugoslavia	131
Total EUROPA	35353
OCENIA	
Australia	1861
Federated States of Micronesia	1
Fidji	1
French Polynesia	16
New Caledonia and Dependencies	2
New Zeland	160
Papua New Guinea	13
Tonga	3
Total OCEANIA	2056
TOTAL MUNDIAL	266098

Desde el inicio de esta pandemia el mayor número de casos se ha concentrado en algunos países como Estados Unidos en primer lugar con 133 889 de casos notificados, seguido de Uganda con 12444, Zaire con 11732 casos, Brasil con 11070, Francia con 9718, Malawi con 7160, Italia con 6068, Kenya 6004, España 5295, República Federal Alemana con 4863, México 4416 casos notificados, Canadá con 3818, Cote Ivoire 3647, Kingdom 3247, etc.

Por continente el Americano ocupa el primer lugar con 162885 casos, reportados hasta el 30 de junio de 1990, seguido por el Africano con 65149, el Europeo en tercer lugar con 35353 casos, presentándose un número muy reducido de casos

de SIDA en Asia, 655, en Oceanía un incremento en Australia son ya un número de 2056 casos notificados a la Organización Mundial de la Salud.

Como hemos notado nuestro país ocupa hasta el 30 de junio de 1990 el 11º lugar mundial y 3º a nivel continente, después de Estados Unidos y Brasil.³⁸

NACIONAL EN MEXICO:

Hasta el 31 de mayo de 1990 el número de casos notificados a la Secretaría de Salud es de 4454.

Los primeros diez lugares los ocupan, en orden descendiente, las siguientes entidades federativas:

Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Puebla, Nuevo León, Veracruz, Coahuila, Michoacán, Yucatán y Guerrero.

CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA, MEXICO, HASTA EL 31 DE MAYO DE 1990.

ESTADO	CASOS ACUMULAD.	TASA	PORCEN.
REGION CENTRO			
Distrito Federal	1531	154.0	34.4
Subtotal	1351	154.0	34.4
REGION NORTE			
Nuevo León	155	52.2	3.5
Coahuila	116	64.2	2.6
Baja California	81	60.9	1.8
Chihuahua	70	31.9	1.6
Tamaulipas	40	18.3	0.9
Sonora	26	15.1	0.6
Baja California Sur	15	53.7	0.3
Subtotal	503	40.3	11.3
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	577	116.0	12.9
Michoacán	112	34.6	2.5

38 Weekly Epidemiological Record, Organización Mundial de la Salud, 6 de julio de 1990. Número 27, pág. 109 y 200.

Guerrero	103	42.5	2.3
Sinaloa	49	22.2	1.1
Nayarit	43	52.8	0.9
Durango	40	30.1	0.9
San Luis Potosí	41	21.3	0.9
Colima	19	47.7	0.4
Aguascalientes	11	17.4	0.2
Zacatecas	15	12.2	0.3
Subtotal	1010	52.7	22.7
REGION CENTRO ORIENTE			
México	582	57.1	13.0
Puebla	203	52.7	4.5
Veracruz	156	24.9	3.5
Morelos	101	87.0	2.2
Guanajuato	47	13.8	1.0
Hidalgo	18	10.3	0.4
Tlaxcala	17	26.8	0.3
Querétaro	14	15.8	0.3
Subtotal	1138	40.5	25.5
REGION SUR			
Yucatán	109	88.6	2.4
Oaxaca	40	15.4	0.9
Chiapas	36	15.0	0.8
Tabasco	24	19.5	0.5
Campeche	15	28.1	0.3
Quintana Roo	11	33.2	0.2
Subtotal	235	28.3	0.7
EXTRANJERO	38		0.8
TOTAL	4454	57.1	100.0

TASA POR 1 000 000 HABITANTES

Durante los últimos 12 meses el número de casos de Sida se ha incrementado en 22 estados y en las ocho entidades restantes descendió el número de casos en comparación con 1988 y 2 se mantuvieron sin cambio.

Es probable que este aparente descenso de los casos obedezca a la subnotificación y al retraso en la notificación oportuna de nuevos enfermos de Sida.

A nivel mundial, México ocupa el 11° lugar, y en relación con el futuro del SIDA en nuestro país, se cree que para el año 1991 existan de 22 a 23 mil casos de Sida, según el ritmo de crecimiento que ha ocurrido.

**CASOS DE SIDA POR SEMESTRE DE INICIO
MEXICO, HASTA EL 31 DE MAYO DE 1990.**

AÑO/SEMESTRE	No. DE CASOS POR FECHA DE INICIO	No. DE CASOS ACUMULADOS
1981 1er. Semestre	1	1
1981 2do. Semestre	1	2
1982 1er. Semestre	3	5
1982 2do. Semestre	8	13
1983 1er. Semestre	18	31
1983 2do. Semestre	18	49
1984 1er. Semestre	18	67
1984 2do. Semestre	54	121
1985 1er. Semestre	79	200
1985 2do. Semestre	141	341
1986 1er. Semestre	156	497
1986 2do. Semestre	296	793
1987 1er. Semestre	509	1302
1987 2do. Semestre	518	1820
1988 1er. Semestre	721	2541
1988 2do. Semestre	690	3231
1989 1er. Semestre	696	3927
1989 2do. Semestre	451	4378
1990 1er. Semestre	76	4454
TOTAL	4454	

De instituciones del Sector Salud hasta el 31 de mayo de 1990.

**CASOS DE SIDA POR OCUPACION¹ EN MAYORES
DE 15 AÑOS, MEXICO, HASTA EL 31 DE MAYO DE
1990.²**

OCUPACION	NUMERO	%	TASA
	casos acumulados		
Empleados administrativos	522	17.0	275
Trabajadores de Servicios Públicos y Personales	448	14.6	209
Profesionales	297	9.7	135
Técnicos	86	2.8	168
Trabajadores de la Educación	197	6.4	117
Funcionarios públicos	6	0.2	83
Funcionarios Privados	25	0.8	73
Comerciantes	236	7.7	80
Operador de transporte	72	2.3	66
Obreros	343	11.2	63
Desempleado	63	2.0	39
Trabajador agrícola o campo	115	3.7	19
Ama de casa	289	9.4	18
Estudiante	114	3.7	10
Otras ocupaciones	248	8.1	114
Subtotal	3061	100 (71.7)	56
Se desconoce ocupación	1206	28.2	
TOTAL	4267	100	78

Tasa por 1 000 000 de Habs.

I. Distribución de la población de acuerdo a los datos de la encuesta nacional de salud.

2. Incluye notificaciones extemporáneas.

**CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO. MEXICO,
HASTA EL 31 DE MAYO DE 1990.**

EDAD	MASC.		FEM.		TOTAL	%	RAZON HOM/ MUJ.
	No.	%	No.	%			
-15	131	3.4	56	9.0	187	4.1	2/1
15-24	512	13.8	86	13.9	598	13.4	6/1
25-44	2571	67.1	363	58.8	2984	65.8	7/1
45-64	526	13.7	84	13.6	610	13.7	6/1
65 y +	41	1.0	24	56	1.2	3/1	
Ignorados	56	1.4	13	2.1	69	1.5	4/1
TOTAL	3837	100	617	100	4454	100	6/1

TASA POR 1000 000 DE HABS.

**CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS
PEDIATRICOS. MEXICO**

CATEGORIA DE TRANSMISION	NUMERO	%
Hemofílico	33	20.3
Transfusión	67	41.3
Transfusión sanguínea	100	61.7
Homosexuales masculinos	5	3.0
Homosexuales femeninos	1	0.6
Transmisión sexual	6	3.7
Perinatal	56	34.5
Subtotal	162	100.0
No Documentado	25	13.4
TOTAL	187	100.0

**CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS POR
SEXO. MEXICO, HASTA EL 31 DE MAYO DE 1990.**

CATEGORIA
DE

TRANS. MASC. No.	%	FEM. No.	%	TOTAL	%	
Homosexuales masculinos	1447	44.9	-	-	1447	38.9
Bisexuales masculinos	885	27.4	-	-	885	23.8
Hetero- sexuales	502	15.6	140	28.1	642	17.2
Transmisión sexual	2834	87.9	140	28.1	2974	79.9
Subtotal						
Transfusión	240	7.4	348	70.0	588	15.8
Hemofílicos	45	1.4	-	-	45	1.2
Drogadictos intravenosos	19	0.6	3	0.6	22	0.6
Donadores remunerados	64	1.9	6	1.2	70	1.8
Transmisión sanguínea	368	11.4	357	71.8	725	19.5
Subtotal						
Homosexuales drogadictos						
Intravenosos	21	0.6	-	-	21	0.6
Subtotal	3223	100	497	100	3720	100
		(87.60)		(84.3)	(87.1)4	
No docu- mentados	455	12.3	92	5.1	5.47	12.8
Total	3678	100	589	100	4267	100

Durante el último mes se notificaron 25 casos nuevos en hombres homosexuales que corresponden al 21.9% de los casos en varones adultos, esta proporción fue de 34.8% en los últimos 12 meses y de 41.1% en el período correspondiente a Junio de 1988 a Mayo de 1989. Como se puede observar existe un descenso en la proporción de casos de SIDA en esta categoría de transmisión.

En hombres bisexuales la proporción se ha mantenido estable y en los casos asociados a transmisión heterosexual la tendencia es ascendente, aunque los datos presentados en Enero de 1990 indican que existe una alta proporción de casos notificados como transmisión heterosexual en hombres que hacen suponer que en realidad son homosexuales o bisexuales.

Durante este mes se notificaron 15 nuevos casos de Sida asociados a transmisión por transfusión, los que suman ahora 240 casos en hombres y representan el 15.8%.

Se han notificado 64 casos de Sida en ex-donadores de sangre remunerados hasta mayo.

Se han notificado 589 casos de Sida en mujeres adultas de los cuales el 70.0% se han asociado a transfusión, el 28.1% a transmisión heterosexual, 1.2% en ex-donadores remunerados y 0.6% en usuarias de drogas intravenosas.

La mayor proporción de casos de Sida asociados a homosexualidad se han presentado en Quintana Roo, Querétaro, Coahuila, Nuevo León y Colima.

La mayoría de los casos de Sida con antecedentes transfusionales se han presentado en Jalisco, Estado de México, D.F. y Puebla.

En cuanto a las instituciones notificantes el 39.3% (1750), ha sido notificado por el IMSS, 40.6% (1809) por la SSA, 8.9% (398) por el ISSSTE y 11.1% (496) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 50.5% (2249) continúa vivo y el 42.2% (1882) ha fallecido.

No se dispone del seguimiento de (7.2%) 323 pacientes.³⁹

PROCESO DE CRECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD SUJETO A ANALISIS.⁴⁰

Nuestra vecindad con Estados Unidos podría representar, en la lucha por evitar o disminuir los embates del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), una circunstancia de riesgo permanente, pues se trata de la nación con mayor nú-

39 Boleín Mensual CONASIDA, Volumen 4, Número 6, México, Junio de 1990, páginas 888-893.

40 José Angel Leyva, El Sida, su Impacto Social y Demográfico, Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, CONASIDA, Mayo-Junio de 1988, Año 1, Número 1, Segunda Edición, pág. 5, 6, 7.

mero de enfermos por este padecimiento y el principal lugar hacia donde emigran temporal o definitivamente los mexicanos.

De esta manera, el fenómeno migratorio se convierte en un asunto importante dentro del estudio de los movimientos y características sociales que influyen, de una u otra manera, en la expansión del Sida entre los habitantes de nuestro país.

Durante el primer Congreso Nacional sobre Sida, en Cocoyoc, Morelos, en diciembre de 1987, se expusieron varios trabajos acerca de las relaciones que establece la presencia de dicha enfermedad con el comportamiento social en las distintas regiones que constituyen la República Mexicana.

Además, se analizó la actitud pública y privada hacia las personas con Sida y hacia quienes se ha clasificado dentro de supuestos grupos de alto riesgo; es decir, una reacción peligrosa de prejuicios y estigmas contra enfermos e individuos que, por sus formas de vida o ideología, son culpados o asociados con la transmisión y el origen del mencionado síndrome.

Mario Bronfman, miembro del Comité Técnico del CONASIDA e investigador de El Colegio de México, comentó que las repercusiones del Sida en la fuerza de trabajo de México son aún muy débiles, pues ésta se integra por una cifra superior a los 40 millones de individuos.

También consideró que el efecto no se observa precisamente en la fuerza productiva, al menos no de manera directa, pues ésta no ha disminuido por tal motivo.

Así, y pese a carecer de investigaciones más profundas sobre los cambios en los hábitos sexuales de la población a raíz de las defunciones por Sida en nuestro territorio, es evidente que el mayor número de enfermos por esta causa se encuentra entre las ocupaciones típicas de los sectores medios; pero la epidemia tiende a incrementarse entre los sectores más pobres, porque además es allí donde suelen concentrarse todas las calamidades.

La migración es un fenómeno complejo que asume formas y características diversas.

Nuestro país ha sido testigo de una intensa migración interna, sobre todo del campo hacia la ciudad; asimismo, de una permanente migración internacional: Dentro de esta última, la migración indocumentada hacia los Estados Unidos ocupa un lugar muy importante.

No hay mecanismos que puedan detener la migración de los trabajadores mexicanos hacia Estados Unidos porque ésta no atiende a una vocación viajera, sino a una búsqueda de fuentes de trabajo, como resultado del desempleo o empleos mal remunerados en sus lugares de origen. Por tanto, en vista de que no es posible frenar este movimiento, ni siquiera mediante herramientas legales ni policíacas, es necesario intensificar la información y educación sobre la enfermedad y sus formas de contagio, además de insistir en las prácticas del sexo seguro como opción efectiva para disminuir los riesgos de infección por enfermedades venéreas, entre ellas la que provoca el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Un razonamiento simplista, nos puede hacer pensar que los trabajadores que emigran a los Estados Unidos necesariamente tendrán prácticas sexuales inseguras, debido a que la mayoría se ve sin sus familias.

Tal idea llega a una conclusión fatalista: "Los emigrantes traerán el Sida a México". No pueden hacerse afirmaciones sin antes investigar a fondo el problema. En cuanto se escarba un poco en la cuestión se descubre que los emigrantes van en realidad a zonas rurales de Estados Unidos donde la prevalencia de dicha enfermedad no alcanza tanta importancia, comparativamente con el resto de la nación.

Deberíamos tener un buen estudio sobre los hábitos sexuales de los migrantes, pero desafortunadamente no contamos aún con él; sin embargo, el personal que trabaja en el tema afirma que la migración indocumentada repite los mismos hábitos sexuales que practica en su país; los migrantes no necesariamente acuden a la prostitución y tampoco practican en mayor medida relaciones homosexuales o bisexuales que las que desarrollan en sus lugares de origen.

En principio, no hay razón para considerarla como una población con la que se deba estar especialmente alarmado.

Los Estados de la República que expulsan trabajadores en mayor cantidad hacia el extranjero son:

Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas y Baja California Norte.

En Estados Unidos, los migrantes se concentran en California, Texas y en Illinois.

Análisis de 35 casos de Sida en migrantes, todos del sexo masculino y con una edad promedio de 35 años. Los lugares de origen de los enfermos eran:

Diez casos del Distrito Federal, cuatro de Jalisco, dos de Chiapas, Nayarit, Morelos, Michoacán, Sinaloa y Chihuahua respectivamente; uno de Veracruz, Guerrero, Estado de México, Puebla, Baja California, Yucatán y Guanajuato.

Diecinueve de ellos habían vivido en California, tres en Texas, dos en Chicago, seis en Nueva York, uno en Nuevo México.

Respecto a su sexualidad, 17 de ellos eran homosexuales, 13 bisexuales, cinco heterosexuales. Uno había sido contagiado durante una transfusión sanguínea, seis al tener relaciones con personas seropositivas, cinco con prostitutas y seis con extranjeros.

Sus ocupaciones eran:

Dos contadores, dos estilistas, dos médicos, dos supervisores, un cocinero, un comerciante, un coreógrafo, un decorador, un instructor de tenis, un maestro, un mesero, un obrero, un oficinista, un pintor y un planchador de ropa.

El Sida es una enfermedad asociada con el acto sexual; un acto privado (heterosexual u homosexual) que hoy se convierte en público. Así, la sexualidad de los individuos ve involucrada con la política y la opinión pública.

Fue un accidente que el VIH dejara sentir sus fatales efectos entre los homosexuales al principio de la epidemia en accidente.

Hoy se estigmatiza a los pacientes de sida por ser enfermos y por homosexuales, a pesar de que este síndrome tiende a crecer entre los heterosexuales y a disminuir entre aquellos.

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia una víctima del Sida y que toda persona infectada por el VIH es sospechoso de homosexualidad.

El peligro de esta actitud es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar a la enfermedad.

Si a lo anterior agregamos que se trata de un padecimiento venéreo, comprenderemos que nuestra sociedad señala a las personas portadoras del VIH como individuos que llevan una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio, inmoral y contra todos los principios de un medio que rechaza incluso la planificación familiar.

Mario Bronfman opina que no existen grupos de alto riesgo, sino prácticas de alto riesgo cuando no se toman las medidas preventivas y las precauciones recomendadas por las campañas sanitarias contra el sida, como el uso de preservativos.

En la actualidad se ha demostrado que el virus es transmisible a través del semen, las secreciones vaginales y la sangre; por tanto, si se evita el contacto directo con estos líquidos corporales portadores del VIH resulta muy poco probable su contagio.

La epidemia del Sida, que se ha generalizado entre los homosexuales y los usuarios de Drogas por medios Intravenosos, ahora está creciendo al doble de rápido entre los heterosexuales en comparación con cualquier grupo, reveló un nuevo estudio, en que el número de ocasiones en las que la enfermedad fue transmitida heterosexualmente, aunque es pequeño, se ha duplicado en los últimos seis meses, y algunas autoridades afirman que la tendencia probablemente continúe, a menos que la gente tome precauciones para evitarlo.

"No parece que haya duda alguna de que el contagio heterosexual es un hecho real en Estados Unidos, no solamente en Africa", afirmó Mervyn Silverman, director ejecutivo de la Fundación Norteamericana para la Investigación del Sida.

Estamos hablando de un virus indiscriminado; siempre que se presenten las circunstancias adecuadas, hará su terrible labor.

La evidencia, señalan los investigadores, surge a partir de una variedad de estudios que examinan las tendencias estadísticas en el crecimiento de la epidemia, estudios clínicos que muestran que el Sida puede ser transmitido de mujeres a hombres, y pruebas sugieren esquemas paralelos de transmisión, en los países.

Respecto a los costos por paciente hospitalizado en noviembre del año de 1987, el promedio era de aproximadamente de 19 millones de pesos, sujetos desde luego, a la devaluación de la moneda y a la inflación.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA DE SALUD
BIBLIOTECA

Todo lo que se invierte en educación no equivaldría a un porcentaje mínimo del costo que significa atender a las personas afectadas por este padecimiento, hacen falta muchos recursos para intensificar estas acciones educativas, y en un país en crisis como México tampoco se puede canalizar todos los recursos de la Secretaría de Salud para enfrentar un solo problema y dejar de lado otros que no han dejado de existir y no se deben abandonar.

Existen ya respuestas específicas por parte de la población civil para apoyar económicamente las campañas y la lucha contra el Sida. De esta manera, además del Estado se cuenta con otras fuentes de financiamiento, como algunos organismos internacionales y nacionales.

INTERVENCION DE LAS AUTORIDADES PARA EL CONTROL DE DICHA ENFERMEDAD

En 1985 se iniciaron acciones aisladas dirigidas a la prevención y control de VIH SIDA, destinadas a la transmisión sanguínea (pruebas de detección de donadores, cursos de capacitación en trabajadores de bancos de sangre), prevención y control de transmisión sexual (diseño, elaboración y difusión de folletos) así como realización de encuestas seroepidemiológicas en hombres homosexuales y bisexuales.

En 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención del Sida, CONASIDA, con el objetivo de evaluar la situación nacional en lo concierne al Sida y a la infección por VIH, y establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento y prevención y control, coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país.

El Comité evolucionó, por la magnitud del problema, la complejidad de la problemática y la necesidad de impulsar el programa, hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud.

El Consejo para la Prevención y Control de Sida, creado por acuerdo presidencial en agosto de 1988, preservando las siglas de CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del Sector Salud y de los sectores público, social y privado, ya que busca promover la interacción de los tres tipos de instituciones participantes, para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida está presidido por el Secretario de Salud. Cuenta con un Consejo y un Patronato. En la actualidad la integración y funcionamiento del Patronato es aún incipiente. A un nivel jerárquico inferior está el Coordinador General, que es el Director General de Epidemiología.

En forma asociada se integra el comité de organismos no gubernamentales y el comité de organismos donantes.

Las actividades del Consejo se dividen en dos ámbitos:

- I. Comités técnicos
- II. Comités académicos.

COMITES TECNICOS

Las acciones técnicas de este Consejo se distribuyen en cinco rubros, representados cada uno por un comité:

Comité de Educación para la Salud, Comité de investigación y Vigilancia Epidemiológica, Comité de Bancos de Sangre, Comité Clínico Terapéutico y Comité de Aspectos Jurídicos.

Cada comité tiene un responsable. La organización de los comités es funcional. Las autoridades de dichos comités son llevadas a cabo por personal que labora

en diferentes instituciones. De esta manera, las actividades del Comité de Epidemiología son coordinadas por personal (nivel central) en la Dirección General de Epidemiología (Dirección de Investigación) y hay participación del Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina, Defensa Nacional, y otros.

El Comité de Bancos de Sangre, es coordinado por personal del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, existiendo participación de 85 bancos de sangre y el Sistema Nacional de Salud. El Comité de Educación es coordinado por la Dirección General de Fomento para la Salud, que es la entidad responsable de los Programas de Educación para la Salud a nivel nacional y cuenta con la experiencia de más de 50 personas.

El Comité Clínico Terapéutico es coordinado en el Departamento de Infectología del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", existiendo participación del Sistema Nacional de Salud.

El Comité de Aspectos Jurídicos está a cargo de la Dirección General de Aspectos Jurídicos de la SSA, con participación de la UNAM y otra instituciones no gubernamentales.

COMITES ACADEMICOS

Las acciones académicas se han distribuido en cinco aspectos representados también por un comité:

Comité de Patología, Comité de Perinatología, Comité de Ciencias Sociales, Comité de Modelos Epidemiológicos y Comité de Aspectos Psicológicos.⁴¹

SECRETARIA DE SALUD

DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El Artículo 4º de la Constitución General de la República consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades transmisibles, así como determinar las facultades para coordinar sus actividades con otras dependencias.

La infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil

41 Programa Nacional de Mediano Plazo para la Prevención y Control del Sida, Situación actual del Programa Nacional de Prevención del Sida, México 1990-1994, págs. 49, 50, 51.

diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria; implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, a su prevención y control con el firme propósito de combatirlo;

En virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de Sida en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se expide el siguiente decreto:

Art. 1o. Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, CONASIDA, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia VIH, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realizará las funciones a que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que, a través de otras unidades administrativas, realice dicha Secretaría, en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como de las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales.

Art. 2º. El órgano desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

I. Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia VIH, promover la concertación de acciones con las instituciones que lleven a cabo tarea relacionadas con los programas mencionados;

II. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de VIH;

III. Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana;

IV. Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación del VIH;

V. Fijar criterios en materia, de investigación y eventos científicos;

VI. Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del VIH, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud;

VII. Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del VIH;

VIII. Sugerir medidas, de prevención y control del VIH;

IX. Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del VIH;

X. Expedir sus bases de organización y funcionamiento;

Art. 3º. Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

I. El Consejo;

II. El Coordinador General, y

III. El Patronato.

Art. 4º. El Consejo se integrará por vocales que serán representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada que sean invitadas por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, así como por representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán y del Instituto Nacional de Salud Pública.

El Consejo por conducto de su Presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones u organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del Consejo, así como a representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en la sesión correspondiente.

Cada representante titular designará su respectivo suplente.

El Consejo contará con un Secretario de Actas que será designado por el Consejo, a propuesta de su Presidente.

Art. 5º. El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH en sus ausencias, será suplido por el Coordinador General del mismo.

Art. 6º. Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean, convocados por su Presidente.

Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del Consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate, quien presida tendrá voto de calidad.

Art. 7º. El Consejo tendrá las siguientes facultades:

I. Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado;

II. Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia, y de concertación de acciones con los sectores social y privado;

III. Aprobar y someter al Secretario de Salud del Programa Nacional para la Prevención y Control de la infección del VIH;

IV. Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados;

V. Someter a la Secretaría de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas.

Art. 8º. El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH, tendrá las siguientes funciones:

I. Presidir las sesiones del Consejo.

II. Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas, a la celebración de sesiones del mismo;

III. Proponer a los miembros del Consejo la designación del Secretario de Actas, y

IV. Invitar a quienes podrán asistir a las sesiones en los términos del Artículo 4º de este Decreto.

Art. 9º. El Secretario de Actas auxiliará al Presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones y al efecto tendrá las facultades que le señalen las bases de organización y funcionamiento del Consejo.

Art. 10º. El Coordinador General del Consejo, que será designado por el Secretario de Salud, tendrá las facultades siguientes:

I. Formular el programa de trabajo del órgano desconcentrado y de las áreas a su cargo y presentarlos al Consejo para su aprobación;

II. Formular los proyectos de programas que permitan el óptimo aprovechamiento de los recursos;

III. Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del Consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz, ya sea que su ejecución corresponda al propio órgano o bien a las dependencias, entidades e instituciones participantes en el Consejo;

IV. Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el Consejo en Coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las dependencias, entidades e instituciones involucradas;

V. Presentar periódicamente al Consejo informes de las actividades a su cargo. En el informe y en los documentos de apoyo se cotejarán los objetivos propuestos y los compromisos asumidos con las realizaciones alcanzadas;

VI. Coordinar las actividades de los Comités a que se refiere el Artículo II de este decreto, así como proponer al Consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes;

VII. Administrar, ya sea directa o indirectamente, los recursos humanos, materiales y financiamientos que se designen al órgano.

Art. 11º. Para el cumplimiento de su objeto, el Consejo contará con los Comités que al efecto establezca.

La integración de cada uno de los Comités, así como su organización y funcionamiento se sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio Consejo.

Art. 12º. Las dependencias y entidades que, conforme a lo previsto en el Artículo 4º, formen parte del Consejo como miembros permanentes deberán:

I. Proveer la información estadística institucional relativa al objeto del Consejo, de conformidad con los criterios que fije el mismo;

II. Hacer del conocimiento del Consejo los proyectos de investigación que realicen o auspicien en relación con el objeto del mismo;

III. Proporcionar al Consejo la información a la infraestructura de que dispongan para propiciar la colaboración institucional y el apoyo recíproco para el combate de la epidemia del VIH;

IV. Tomar las medidas necesarias para hacer efectivos los acuerdos y recomendaciones que se tomen en el seno del Consejo.

Art. 13º. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que formen parte del Consejo, prestarán el apoyo necesario para el adecuado funcionamiento del órgano desconcentrado.

Art. 14º. El Patronato tendrá las siguientes facultades:

I. Apoyar las actividades del Consejo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;

II. Alentar la participación de la comunidad en acciones que desarrolle el órgano;

III. Contribuir a la obtención de recursos que permitan un adecuado desarrollo en las funciones del órgano;

IV. Proponer al Coordinador General de conformidad con las políticas y lineamientos que establezca el Consejo, la manera en que puedan ser aplicados los recursos obtenidos por el propio Patronato para ser destinados al combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y, en su caso, realizar la administración de dichos recursos.

Art. 15º. El Patronato estará integrado por un Presidente, un Secretario, un Tesorero y por los Vocales que designe el Consejo entre personas de reconocida honorabilidad, pertenecientes a los sectores social y privado o de la comunidad en general, las cuales podrán ser propuestas por el Presidente del Consejo. El Coordinador General participará en las reuniones del Patronato.⁴²

Las actividades de CONASIDA se coordinan con otras instituciones del Sector Salud como SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, instituciones gubernamentales, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Turismo,

42 Decreto Diario Oficial del Miércoles 24 de Agosto de 1988, por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, págs. 14, 15, 16, 17

Secretaría de Trabajo, Departamento del D.F., IMEVISION, instituciones educativas como UNAM, Instituto Politécnico Nacional y grupos no gubernamentales como Academia Nacional de Medicina, Cámara Nacional de Radio y Televisión, Cámara Nacional de la Industria de la Transformación, Consejo Nacional de Publicidad, Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, Fundación Mexicana para la Salud, TELEVISA, Confederación de Organismos no Gubernamentales. El Comité se reúne de acuerdo con lo convenido en el decreto de creación del mismo en forma trimestral. Es necesario integrar las acciones de los grupos no gubernamentales a las acciones emprendidas.

Se ha iniciado ya un proceso de integración a través del "Encuentro Sida y Sociedad" y otras acciones promovidas con el objeto de compartir responsabilidades con la sociedad en su conjunto. Se ha promovido la participación de la Iglesia, organizaciones Gay y otras asociaciones civiles.

En forma bianual se lleva a cabo un Congreso Nacional de SIDA, en el cual se expone la experiencia mexicana de investigadores que trabajan en aspectos epidemiológicos, básicos, clínicos, sociales, jurídicos, éticos y otros.

LA LUCHA CONTRA EL SIDA ES DE TODOS

Si se considera la ausencia actual de una vacuna para el Sida, así como de un tratamiento curativo, el único y más importante recurso de los programas nacionales del Sida es la información y la educación, ya que la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) puede prevenirse con una nación bien informada y con el comportamiento responsable de sus ciudadanos.

La epidemia del Sida en México se inició en 1981, año en que se realizó el diagnóstico respectivo de los primeros pacientes. A partir de entonces el número de casos ha aumentado en forma exponencial, hasta constituir en la actualidad uno de los principales problemas de salud en el país.

De ser un padecimiento que afectaba a grupos urbanos de nivel socioeconómico alto, principalmente a hombres homosexuales y bisexuales, se ha extendido hacia regiones rurales, atacando a personas de todos los niveles socioeconómicos, así como a mujeres, niños y personas con prácticas heterosexuales.

En forma paralela, la participación de la comunidad ha involucrado paulatinamente a diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, las cuales han tomado parte en la aplicación de las medidas destinadas a prevenir cada uno de los mecanismos por los que se transmite la infección:

SEXUAL, SANGUINEO Y PERINATAL

Cada uno de ellos requiere de actividades preventivas específicas, de cuya realización es responsable la población en su conjunto.

De esta manera la prevención del contagio por vía sanguínea ha requerido la organización de las autoridades sanitarias, la educación del personal de salud y la participación de la comunidad.

La prevención del contagio por la vía sexual es particularmente compleja. Esto se debe a que implica la modificación de hábitos de los individuos que se interrelacionan, poniendo en juego múltiples aspectos de su subjetividad. Por lo tanto, prevenir esta vía de transmisión requiere en mayor grado de la colaboración activa de los sujetos cuyos hábitos los puedan poner en riesgo de adquirir la infección.

Prevenir la transmisión perinatal lleva también la educación de las mujeres que pudieran estar infectadas o que lo están, con el fin de que eviten el embarazo.

Es obvio, por tanto, que la prevención del Sida requiere de que la comunidad la asuma como compromiso propio.

La sociedad mexicana a este respecto ha presentado una respuesta social organizada proveniente de múltiples grupos, tanto públicos como privados, y es con su concurso que se logrará un avance para detener la diseminación de esta enfermedad.

Las actividades educativas de algunas de estas asociaciones se han dirigido hacia aquellas personas con prácticas o conductas que las pueden poner en riesgo de adquirir la infección.

Entre las agrupaciones que han orientado sus esfuerzos en este sentido se hallan las siguientes:

Fundación Mexicana de la Lucha contra el Sida, Colectivo Sol, Red Utopista de Información, Intercambio y Debate Homosexuales (RUIDHO), Centro de Información y Documentación Homosexual (CIDHOM), Grupo Nueva Batalla, Guerrilla Gay, Amigos Voluntarios Educadores, Grupos de Acción Civil en Lucha contra el Sida, Círculo Cultural Gay, Grupo Universidad, Brigada en Campaña contra el Sida (Comisión Promotora del Comité de Madres, Familiares e Involucrados contra el Sida), Grupo Cálamo y Seropositivos Anónimos. Todas estas agrupaciones se encuentran ubicadas en el Distrito Federal.

En provincia se han formado también múltiples asociaciones. En Guadalajara trabajan el Grupo Orgullo Homosexual Liberación (GOHL), el Grupo Azomalli y el Centro de Apoyo a la Comunidad Gay, A.C.. En Tijuana están el Grupo YO y el Proyecto Sida de Tijuana.

Otra forma de organización grupal se ha dirigido hacia sujetos que si bien no han mostrado signos de infección por el VIH, sus hábitos, edad u otras características los ponen en riesgo de exponerse a la infección. En esta situación puede situarse a adolescentes y jóvenes, a obreros y empleados.

En algunos casos se han formado grupos cuyas actividades se orientan exclusivamente a la lucha contra el Sida, como la Fundación Mexicana de Estudios sobre el Sida; otras asociaciones, el Centro de Apoyo a la Mujer Violada, la Coordinación Nacional de Lesbianas, el Grupo de Alcohólicos y Homosexuales y a participar en los programas generales de prevención.

Una de las estrategias ha sido dirigir las campañas educativas hacia organismos que pueden tener influencia sobre adolescentes, jóvenes y en general sobre aquellos que son susceptibles de adquirir la infección. Una de las actividades prin-

cipales ha sido el entrenamiento a capacitadores. Las instituciones que se han interesado por esta estrategia han sido, por ejemplo, el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), la Universidad Pedagógica, MEXFAM, el Banco COMERMEX, Cementos Cruz Azul, personal de salud de diferentes órganos de seguridad social, (IMSS, ISSSTE), sindicatos (Spicer, Pronósticos Deportivos, etc.), así como diferentes delegaciones políticas e instituciones estatales y paraestatales (Pemex, Secretaría del Trabajo, Comisión Federal de Electricidad). Entre las organizaciones que han incluido programas de prevención de Sida se encuentran la COPARMEX, diferentes asociaciones religiosas y comunitarias (Club de Leones, Voluntariado Mexicano).

Algunos de estos grupos encaminan sus labores especialmente hacia los niños y los jóvenes, como Protección y Desarrollo Integral para la Niñez Abandonada (PROSINA), Artesanado Nazareth, Internado Infantil Guadalupano, Hogares Providencia, I.A.P., OSCAR, A.C., Instituto Proinfancia y Juventud Femenina, A.C., Casa Alianza, A.C., Consejo Tutelar de Menores, Héroes de Celaya, La Madre Teresa. Los programas de estas asociaciones y sus actividades son múltiples. Van desde la organización de pláticas, conferencias, producción de material impreso, auxilio telefónico, entrenamiento de voluntarios, talleres sobre temas de sexo seguro y otros específicos relacionados con la prevención escolar y laboral, orientación psicológica, servicios de referencia, servicios legales, etc.

Las organizaciones mencionadas no son de ninguna manera todas las que han participado en la prevención del Sida. La lista de individuos y organizaciones es casi interminable.

Sin embargo, constituye solamente el comienzo. Es necesario extender y profundizar las actividades educativas a adolescentes, jóvenes, mujeres y otros grupos que antes no se consideraban en riesgo de adquirir la infección.

Por otro lado, el problema de los infectados y enfermos es cada vez mayor.

El surgimiento de solicitudes de vivienda, trabajo y atención médica es creciente.

Asimismo ha surgido la necesidad de normar la respuesta ante múltiples problemas.

Solicitudes de aborto, contagio intencional, despidos injustificados.

La respuesta social ante este problema tiene aún un largo camino por recorrer, y asumir este compromiso es responsabilidad de las autoridades, los medios masivos de comunicación, los líderes comunitarios, los sectores involucrados y toda la población.⁴³

43 Lourdes García La Lucha contra el Sida es de todos Gaceta CONASIDA Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida. Segunda Edición, Noviembre/Diciembre de 1988, Año I, Número 4, pág. 1011.

SITUACION DE LA SOCIEDAD EN RELACION A LA PROLIFERACION DE LA ENFERMEDAD

El Sida se ha convertido en un problema social que despertó el interés de las instituciones que prestan servicios médicos por tomar en cuenta no solamente la dimensión biológica de la enfermedad, sino los aspectos sociales que influyen de manera directa o indirecta en la propagación de la misma.

Considerar el enfoque social a fin de establecer medidas que permitan reducir la expansión del Sida significa hablar de aspectos económicos, socio culturales, educativos e ideológico-políticos en la prevención y atención del Sida.

Lo anterior implica, que no se puede descontextualizar a los individuos de su ambiente social, ya que tanto aquellos que pertenecen a grupos con prácticas de alto riesgo como los que se encuentran en grupos con menor probabilidad de contraer el Sida, son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico. Este hecho insoslayable nos lleva a reconocer que los individuos tienen un cierto modo de vida condicionado por la forma como trabajan y obtienen sus recursos económicos y el monto de éstos.

Los individuos poseen también determinados patrones socioculturales y expectativas que modelan sus ideas y actitudes, así como la manera de comportarse socialmente.

El problema del Sida y su relación con los aspectos sociales no puede verse de manera mecánica, bajo un mismo cartabón, ya que aun cuando desde la perspectiva biológica se demuestre la existencia de una historia natural de la enfermedad, debemos también preocuparnos por conocer la historia social de la enfermedad del Sida. Es decir, en qué circunstancias sociales surge; cuáles son los grupos más afectados y por qué causas se presenta; qué variables socioeconómicas y culturales influyen para que se difunda la enfermedad; cómo perciben los individuos desde su marco sociocultural las campañas de educación sexual para la prevención del Sida y qué conducta adoptan frente a dichas medidas.

Tratar de responder a cada una de estas preguntas implica analizar el tipo de sociedad en que vivimos, cuál es la ideología dominante, cómo se integran cada una de las clases y grupos sociales específicos y qué relaciones mantienen entre sí.

Implica también conocer cómo trabajan y viven los individuos, teniendo como marco para nuestro análisis la crisis generalizada que enfrenta el país.

En la elaboración de la historia social de la enfermedad del Sida tampoco puede perderse de vista que con esta enfermedad se repite nuestra historia de dominación, pero bajo otras circunstancias. Los conquistadores españoles nos trajeron

enfermedades que diezmaron a la población nativa; hoy los países desarrollados, concretamente Estados Unidos, en donde también se desarrolla el Sida, nos están transmitiendo dicha enfermedad por diversos medios.

Como dice un destacado científico mexicano, Ruy Pérez Tamayo, "Un problema como el Sida, que es de gran complejidad, nos encuentra realmente subdesarrollados".

El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá también orientar mejor las campañas de educación sexual para prevenir el Sida.

Debe tenerse en cuenta que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro y, por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como se difundan en los distintos grupos culturales e ideológicos respectivos. Esto permitirá que las campañas puedan efectivamente reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o conductas inadecuadas respecto de la sexualidad.

Seguramente los profesionistas tienen una concepción de la sexualidad que en algunos aspectos difiere de la que poseen aquellos individuos que carecen de estudio y viven en condiciones sociales y económicas deterioradas.

Las características socioculturales del grupo al que pertenecen los individuos pueden facilitar o dificultar la comunicación entre los miembros de la familia. Sin duda, el hecho de empezar en la familia a discutir sobre temas como la sexualidad, que hasta hace poco tiempo se consideraban tabúes y que hoy empiezan a exponerse en diversos medios de comunicación, ha empezado a cimbrar los cimientos de nuestra moral burguesa.

Asimismo, la manera como los individuos captan los mensajes que se difunden en medios informativos para prevenir el Sida depende también de su marco sociocultural y económico.

Aquellos grupos que por sus precarias condiciones económicas tienen bajos niveles de escolaridad pueden pensar que el Sida no es su problema principal e inmediato, ya que viven cotidianamente serios problemas como son el desempleo y subempleo, la desnutrición y la falta de vivienda con los servicios básicos.

En tales circunstancias, los graves problemas que enfrenta diariamente la población mayoritaria de nuestro país impedirán que ésta capte correctamente los mensajes del sector salud y, por tanto, que cambien sus hábitos sexuales por otros que sean menos riesgosos para su salud.

En otras ocasiones puede tenerse conciencia del peligro de contraer la enfermedad, pero ante una realidad llena de frustraciones y un medio social agresivo, el individuo se refugia en el alcohol y en las relaciones sexuales pasajeras como un desahogo momentáneo de sus males.

También lo social está presente cuando los individuos pertenecientes a grupos considerados con prácticas de alto riesgo tuviesen que realizar periódicamente los análisis respectivos.

Seguramente enfrentarían dificultades para cumplir con lo que se dice en las campañas, pues aun cuando dichos análisis sean gratuitos en las instituciones del

sector público, el hecho de dejar de asistir al trabajo uno o dos días en una época de crisis con un desempleo generalizado en todos los niveles de la sociedad, representa para muchos un verdadero problema.

Si alguno resulta que tiene el famoso virus del Sida, tendrá algo a su favor, dejará el anonimato dentro del círculo social al que pertenece y quizá con un poco de suerte trascienda su nombre a otros niveles sociales. Pero en seguida se dará cuenta, por lo que ha leído o escuchado, que el costo del tratamiento del sida es muy elevado.

Hay un presupuesto para atender a los sidosos, pero en primer lugar es muy reducido y, por el otro, el paciente de escasos recursos tiene, si es jefe de familia, que abandonar su trabajo a fin de someterse al tratamiento. ¿Quién va a solventar entonces los gastos de su familia? Si está asegurado, los ingresos por incapacidad que reciba el trabajador serán cada vez menores en comparación con los que perciben los trabajadores en activo.

Si pertenece a las clases sociales desprotegidas o protegidas a medias por la Secretaría de Salud, la situación se vuelve más difícil para la familia del enfermo.

Distinta realidad se presenta en aquellas personas que poseen recursos económicos para un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno en un hospital extranjero que les permita elevar, aunque sea por algunos meses, su esperanza de vida, aunque contribuya también a la fuga de divisas.

Esto muestra, que aun cuando el mal afecta a todas las clases sociales las afecta de distinta forma, ya que existe una atención clasista de la enfermedad.

Aunado a lo anterior, existe otro problema que se ha manifestado en todos los países, incluyendo los desarrollados, el rechazo a los enfermos de sida y a sus familiares.

La segregación de que son objeto en las escuelas y centros de trabajo ha llegado incluso a la agresión física. La falta de información sobre los mecanismos de transmisión del virus del Sida, ligado a marcos socioculturales tradicionalistas, limita la posibilidad de que el sidoso y su familia tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad.

Una cosa sí podemos agradecerle al Sida, el hecho de que por primera vez en México se tratan en forma abierta y directamente algunos aspectos de la sexualidad a través de medios de comunicación de gran alcance como la televisión y en horarios estelares. Tal hecho ha permitido que poco a poco deje de ser tabú hablar de sexo y la población comprenda la importancia de enfrentar el problema del Sida con medidas preventivas.

Pero aquí también está lo social y sus expresiones culturales e ideológicas. Por ejemplo, la ideología religiosa que profesa la Iglesia Católica de México ha llevado a que la cúpula eclesiástica rechace la campaña de la Secretaría de Salud y enjuicie a funcionarios de la misma por estar incitando a la promiscuidad y perversión sexual.

El 10 de enero de este año 1990, la Iglesia Católica publicó el documento *Moral y Sexualidad*, en donde se cuestiona dicha campaña y se plantea la posición de la Iglesia sobre el Sida, la cual es una postura retrógrada, pero que será sin duda tomada en cuenta por mucha gente.

Por su parte, el dirigente del Comité Pro-Vida expresó: "La televisión se ha prestado a campañas gubernamentales enemigas de la familia que, en lugar de educarla, la están desintegrando".

Debe destacarse que la educación sexual se ha convertido en el principal medio para reducir la propagación del Sida; sin embargo, no debe olvidarse que la posibilidad de que la gente haga suyas las campañas de educación sexual dependerá en gran medida de que se satisfaga también sus demás necesidades sociales.

Por tanto debe analizarse en nuestro país la verdadera dimensión del Sida en comparación con otras enfermedades infecciosas que hoy en día dominan el perfil patológico de México:

Conocer los criterios por los que se definen los problemas de salud y la asignación de recursos para combatirlos.

Se ha dicho que en el caso del Sida, existe, dado el momento de crisis en que vivimos, un contenido de pólitico en las campañas al mostrar a veces de manera exagerada el problema, sin considerar que existen otros problemas de salud y de tipo social que debemos enfrentar.

Por otro lado es necesario impulsar la formación de grupos multi e interdisciplinarios que permitan orientar mejor el diseño de las campañas de prevención del Sida, y cuando esta enfermedad se presente, se proporcione la mejor atención tanto médica como social y psicológica a los pacientes y sus familiares.

En todo lo anterior no debe olvidarse tomar en cuenta las características socio-culturales y económicas de la población, a fin de que las campañas resulten efectivas.

Tales campañas no deben estar solamente orientadas a la prevención del Sida, sino también a lograr un ejercicio responsable de la sexualidad.

PERSPECTIVAS SOCIALES

Es verdad que la expansión del Sida plantea graves retos, problemas y dilemas. Pero, pese al breve lapso que ha transcurrido desde la aparición de esta enfermedad, han surgido avances alentadores que permiten prever que, con todo, la estrategia educativa traducirá éxitos de la mayor trascendencia en la lucha contra este mal.

En los hechos ya se han observado cambios de conducta significativos en grupos específicos, luego de intensas campañas educativas. En este sentido, resulta de suma importancia la experiencia acumulada en Estados Unidos y Europa. Respecto al uso del condón, la estrategia educativa enfrentará algunos problemas, sobre

todo porque se trata de promocionar un recurso que tradicionalmente ha contado con una baja aceptación como método para regular la fertilidad.

Es verdad que no se cuenta con información a propósito de la frecuencia de uso del condón como profiláctico.

Pero en el caso de la campaña educativa en torno al Sida, en cambio, sí es a partir de sólo uno de los atributos del condón, su capacidad protectora contra las infecciones, que se busca impulsar su uso masivo.

Ello pareciera estar rompiendo la lógica del proceso decisorio de los individuos. En consecuencia, estas campañas tendrán que proporcionar al público, en algún momento, los elementos necesarios para que la preferencia individual por el condón, como medio para evitar el Sida, resulte tan lógica y racional como suelen serlo, también en términos personales, otras opciones en tanto medios para evitar la concepción.

Ello significa que la estrategia educativa deberá, además de promocionar el uso extensivo del condón como método profiláctico, difundir información en torno a cómo utilizarlo adecuadamente, ya que el margen de error, que en el campo de la regulación de la fertilidad se traduce en embarazos no deseados, en el campo de nuestro interés podría traducirse en infecciones de Sida no evitadas.

Es seguro que el debate entre lo "eficaz y lo aceptable" continuará en la medida en que se exploren nuevas alternativas de comunicación, y contenidos educativos más directos y claros.

Lo deseable sería que este debate se tradujera en nuevos aprendizajes a propósito de cómo conciliar los diversos intereses de la sociedad, sobre todo cuando está en juego un fenómeno que reviste a la vez características materiales y valores morales fundamentales: la vida misma.⁴⁴

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Es muy probable que la detección del VIH en los donadores de sangre y la amplia difusión de información entre los grupos expuestos, sigan siendo las principales estrategias de salud pública para la prevención, durante los primeros años.

Sin embargo, en la actualidad no se dispone de una vacuna o medicamento eficaz para controlar este padecimiento y solamente se dispone de la detección de anticuerpos en los productos sanguíneos y de la educación para la salud, principalmente sobre las formas de transmisión de la enfermedad y su prevención, para disminuir el riesgo de adquirir la infección por el VIH.

44. Resumen de la ponencia presentada en el Tercer Simposio Internacional sobre el Sida, del 26 de agosto de 1988.

La educación para la salud en la enfermedad del Sida tiene como objetivo lograr la modificación de algunos patrones de conducta relacionados con la actividad sexual y fomentar la donación altruista de sangre.

Al iniciar un programa educativo masivo tiene elementos particulares que deben adaptarse a los patrones culturales de cada sociedad por lo cual no se puede aplicar íntegramente la experiencia de otros países.

El programa educativo debe dirigirse a la población en general, así como los grupos que se encuentran en riesgo según la epidemiología de cada lugar, a los que están en posición para influir en la opinión pública y a las personas que tienen interacción directa con los grupos de individuos infectados.

Los contenidos principales de la educación para la salud al público en general son los siguientes:

- I. Las formas de transmisión de la enfermedad.
- II. Conductas alternativas (sexo seguro) y medidas de prevención.
- III. La no transmisión por contacto casual.

MODOS DE TRANSMISION:

- a) Por contacto sexual íntimo.
- b) A través de agujas contaminadas.
- c) Mediante transfusiones de sangre total, componentes celulares de la sangre, plasma o factores de coagulación.
- d) Transmisión de la madre al hijo, antes, durante o poco tiempo después del nacimiento.

CONDUCTAS ALTERNATIVAS (sexo seguro), MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El mayor índice de casos de Sida se han dado por transmisión sexual, ya sea homosexual o heterosexual, por ello, para reducir el riesgo de infección con el VIH, es necesario que las parejas adopten cambios en sus prácticas sexuales.

Esto no significa la abstención sexual, de ninguna manera.

Las prácticas sexuales podemos clasificarlas en tres categorías:

1. Prácticas sexuales sin riesgo.
2. Prácticas sexuales de mediano riesgo.
3. Prácticas sexuales de alto riesgo.

PRACTICAS SEXUALES SIN RIESGO.⁴⁵

Estas incluyen únicamente el contacto de la piel con piel sana, donde no existe intercambio de líquidos corporales, estas son:

- Masturbación mutua
- Beso seco (en la mejilla)
- Masaje
- Abrazos
- Frotarse cuerpo con cuerpo
- Actividades sadomasoquistas que no provoquen golpearse ni hagan sangrar.

PRACTICAS DE MEDIANO RIESGO.⁴⁶

El riesgo que se corre en este tipo de prácticas es el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen.

Coito anal usando condón. El riesgo de transmitir el virus de una persona infectada a otra sana, es mínimo si el condón (Preservativo) no se rompe y el semen no se derrama en el recto; por lo que tiene cuidado para que no se safe.

Eyaculación en la boca, si existen heridas de riesgo es mayor de intercambiar líquidos corporales.

Besos con intercambio de saliva. Se sabe que la saliva puede contener el VIH, pero no se ha demostrado como un mecanismo de transmisión eficiente.

PRACTICAS DE ALTO RIESGO⁴⁷.

En estas actividades se puede producir daño a la piel y mucosa (recubrimiento interno de la boca y el ano), provocando intercambio de líquidos corporales como la sangre y el semen de personas infectadas con el VIH a personas que no lo están. Estas prácticas tienen alto riesgo, a menos que la pareja haya sido monógama y saludable por más de cinco años.

Coito anal sin preservativo (condón). Es una de las prácticas de más alto riesgo. Durante el coito anal, la mucosa del recto se daña, permitiendo el contacto directo de semen y sangre. Por lo que el riesgo de infección es alto tanto para el penetrado como para el que penetra.

45 Información sobre el Sida, Folleto Rojo, distribuido por la Secretaría de Salud a toda la población, pág. 5.

46 Ibid, pp. 5 y 6.

47 Ibid pág. 6.

Contacto ano-mano. Cuando esta práctica se realiza antes o después del coito anal, implica riesgo para las dos personas, ya que la mucosa del recto se daña durante esta práctica, lo que permite el paso directo de semen a la sangre; por otra parte, la piel de la mano está expuesta a la sangre y microbios que penetran a través de pequeñas heridas.

Eyaculando en la boca y tragando el semen. El riesgo es alto, el VIH se encuentra presente en el semen de personas infectadas.

La infección se lleva a cabo a través de la mucosa, el riesgo se produce evitando eyacular dentro de la boca.

LA NO TRANSMISION POR CONTACTO CASUAL.⁴⁸

No hay evidencia de transmisión por:

- a) Contactos ocasionales entre las personas, bien por simple contacto social o entre miembros de la misma familia.
- b) La tos o los estornudos.
- c) A través de los alimentos, aire u objetos.
- d) Al hablar o estrecharse las manos.
- e) No están implicados otros hemoderivados tales como las inmunoglobulinas o la vacuna de la hepatitis B.
- f) No se ha descrito un mayor riesgo entre el personal sanitario en contacto directo con pacientes con Sida.

Un punto importante es evitar el pánico y las actividades irracionales acerca del riesgo de adquirir la enfermedad.

Entre los grupos a quienes también deberá considerarse específicamente están el personal docente que tiene relación con adolescentes, los adolescentes mismos.

La educación para los grupos de alto riesgo, que en México lo constituyen hombres, homosexuales y bisexuales, los receptores de transfusión y las parejas heterosexuales, en menor porcentaje los usuarios de drogas intravenosas.

El acceso al grupo de homosexuales es difícil y para lograr hacerles llegar las medicas educativas es a través de sus propios líderes u organizaciones civiles.

El contenido de la educación a este nivel, deberá incluir además de las señales para el público en general:

1. Conductas alternativas (sexo seguro) en forma amplia y detallada.
2. El uso apropiado de los preservativos (Condón)
3. La conveniencia de no compartir agujas ni jeringas.

⁴⁸ Todo lo que debe saber acerca del Sida, En Guía del Consumidor, 1º. Enero de 1987, pág. 2.

Es importante que los preservativos estén disponibles para el uso por estos grupos.

La educación de los trabajadores de la salud, deben enfocarse en dos aspectos. El primero, debe tomar en cuenta la existencia de personal que tiene contacto con el público en general para que cuenten con información actualizada y suficiente sobre:

- Características del virus
- Formas de transmisión
- Medidas preventivas
- Aspectos para el diagnóstico
- Aspectos clínicos.

El segundo aspecto, es la información sobre el riesgo laboral potencial a que están expuestos. El propósito básico es que puedan a su vez, actuar como replicaciones de las medidas preventivas.

El trabajador de la salud que atiende a pacientes con Sida no es un grupo de alto riesgo. La forma eficaz de prevenir la infección en este personal es evitar una posible exposición accidental, mediante un amplio conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del virus y la forma de prevenir la exposición parenteral o de mucosas con material contaminado.

La preocupación de este mal como se sabe es mundial y es por eso que cada nación afectada se buscan los métodos más adecuados para su prevención.

Por lo que cabe resaltar, la reunión cumbre que se efectuó en Londres-Inglaterra acerca del SIDA. Donde participaron 600 Delegados de 150 países, entre ellos México.

En dicha reunión se llegó a la conclusión de que el uso de preservativos es el método más eficaz para evitar su contagio, lo que varía es cómo se informa a los ciudadanos del peligro que representa.

El método de información varía de acuerdo a cada cultura.

MEDIDAS DE VIGILANCIA

Los objetivos principales de la vigilancia epidemiológica del SIDA se basa en la recolección, análisis y difusión de la información para que se puedan tomar las medidas preventivas y de control adecuadas.

Otro aspecto importante es la notificación de los casos, por lo cual se han podido conocer datos tanto epidemiológicos como clínicos de esta enfermedad.

Pero debido al largo período de incubación del virus del Sida, la vigilancia de los casos clínicos trae consigo un grave retraso para que se tomen medidas oportunas para prevenir esta infección por el VIH.

Por lo tanto, la vigilancia también se basará en información seroepidemiológica, principalmente entre los grupos de alto riesgo, mediano y bajo riesgo como son:

Homosexuales

Prostitutas, y

Donadores de sangre.

Se deberá conocer la prevalencia en los grupos de mayor riesgo, así como la tasa anual de seroconversión y los factores asociados a la misma.

El dos de mayo de 1987 en México (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana) es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica la notificación como ya se mencionó de seropositivos y pacientes debe ser inmediata y obligatoria.

La notificación de pacientes y donadores de sangre que resulten positivas sus pruebas, la detección de anticuerpos contra VIH (seropositivos) se llevará a cabo utilizando formatos diseñados especialmente para este fin.

Es muy importante proporcionar todos los datos que se soliciten en estos formatos para la vigilancia epidemiológica.

Para las personas que no son donadores, pero que son seropositivos (portadores) asintomáticos, la notificación se hará utilizando el formato de las encuestas seroepidemiológicas que sólo serán aplicadas a ciudades cuidadosamente seleccionadas.

Se debe entender que una persona infectada es aquella que el resultado de su prueba es positiva significa:

Que su muestra de sangre ha sido analizada más de una vez, para confirmar su positividad, este indica que los anticuerpos contra el virus están presentes en su sangre, por lo cual ha sido contagiado con el VIH, es capaz de transmitir el virus a otra persona, por lo tanto, son las que requerirán de un seguimiento epidemiológico y clínico.

Una vez llenados los formatos se enviarán a las autoridades sanitarias correspondientes o directamente a la Dirección General de Epidemiología.

En el sistema de vigilancia es muy importante la difusión de información para tomar medidas preventivas y evitar la diseminación de la enfermedad.

La información que se debe dar a los sujetos infectados:

a) Significado de la prueba, el hecho de que el examen resulte positivo no equivale a diagnóstico de Sida (debe ser confirmada la prueba).

b) El pronóstico para el posible desarrollo de sintomatología, información sobre la misma que permita su detección temprana.

c) Se debe conocer su condición de infectado e infectante y las medidas a tomar.

d) Se debe hacer hincapié en el riesgo de transmitir la infección por contacto sexual, como son:

Medidas de sexo, como uso de preservativos, en sus prácticas sexuales, evitar lesiones en la piel, mucosas que permitan intercambio de líquidos corporales y se clasifican según el riesgo de infección.

Sin riesgo, mediano riesgo, alto riesgo.

e) Debe abstenerse de donar sangre, semen o tejidos.

- f) Las mujeres seropositivas deben evitar el embarazo.
- g) Los hombres seropositivos no deben fecundar a ninguna mujer.
- h) El apoyo integral, principalmente psicológico.

El seguimiento de los casos de Sida se realiza a través de las instituciones que proporcionan atención a los pacientes mediante información periódica y actualizada, es importante para definir cuáles son las características que adopta la enfermedad en nuestro medio, varía la prevalencia de enfermedades infecciosas diferentes a la de otros países.

El propósito de la búsqueda de contactos estriba en definir la cadena de transmisión de la infección con el fin de que todos los involucrados reciban información.⁴⁹

Con el fin de eliminar el riesgo de contagio, por transfusiones sanguíneas, se han implementado pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos en la sangre que demuestran la presencia o el contacto con el virus del SIDA.⁵⁰

La prueba más común y confiable es la conocida como ELISA, acrónimo de las iniciales de "Enzyme Linked Immune-Sorbent Assay": valoración de inmunoadsorbencia ligada a enzima.⁵¹

ELISA, es una prueba indirecta, es decir, no detecta el virus en sí, sino los anticuerpos creados por el organismo dirigidos contra él.

Tiene el inconveniente de que si el organismo no ha tenido tiempo de producir esos anticuerpos, el resultado no revelará la presencia del virus aún cuando se tenga.

Por esta razón es conveniente si pertenece a grupos en los que hay mayor incidencia de SIDA, como:

- Homosexuales
- Bisexuales
- Hemofílicos
- Heroinómanos

O tienen dudas al respecto, someterse a éste examen periódicamente.

El anticuerpo contra el VIH, es una proteína producida en forma natural en la sangre, como respuesta a la presencia de este virus en el cuerpo de una persona infectada por él.

Es razonable que las personas que deben someterse a la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH son las pertenecientes a los grupos de alto riesgo, así como el personal médico, paramédico, de laboratorio e intendencia en peligro de

49 Revista Atención Médica, México 1988, Número 1, pág. 10.

50 Daniels, Victor G., Ob. cit. 54.

51 Ibid.

contaminación por el manejo de sangre o la introducción accidental por heridas o pinchazos de material contaminado.

La Secretaría de Salud recomienda que las personas que preferentemente deben someterse a estas pruebas son las que se encuentran en algunos de los siguientes grupos:

Hombres homosexuales o bisexuales con múltiples compañeros.

Personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas posiblemente contaminadas.

Hemofílicos.

Hombres o mujeres que se dediquen a la prostitución.

Personas adictas a drogas de administración intravenosa.

Personas que vendieron su sangre entre 1980 y 1987.

Hombres y mujeres heterosexuales que tengan varias compañeras (os) sexuales.

Compañeros(as) sexuales e hijos (nacidos después de 1980) de personas pertenecientes a los grupos anteriores.

Con el objeto de que los resultados sean veraces y confiables, son cuatro las pruebas que se practican para detectar anticuerpos contra el VIH:

INICIALES: ELISA y Elisa Evancore

CONFIRMATORIAS: Western Blot y Inmunofluorescencia.

MEDIDAS DE CONTROL

Dado el valor predictivo de la prueba en poblaciones con prevalencia baja infección, es necesario tomar medidas de control a fin de evitar el uso indiscriminado y obligatorio de estas pruebas (por ejemplo, en los exámenes prematrimoniales de rutina, certificados de salud para empleo, servicio militar, inmigrantes o visas para viajes internacionales).

Sin embargo, se aconseja el examen en personas que pertenezcan a grupos de riesgo variable o elevado, como parte de encuestas epidemiológicas.

Las recomendaciones para el control de la Salud son las siguientes:

a) Las agujas desechables, hojas de bisturíes y demás instrumentos cortantes deben colocarse en recipientes rígidos e irrompibles, lo más cercano del lugar donde se utilicen, con el fin de evitar pinchaduras se prefieren las agujas y jeringas desechables.

Para extraer líquidos de los pacientes, deben usarse sólo jeringas con aguja fija o unidades en las que la jeringa y la aguja sean una sola pieza con el fin de que el líquido recolectado se pueda verter correctamente.

b) Usar guantes cuando realice actividades donde haya contacto con sangre y líquidos corporales y cuando se utilicen objetos y superficies contaminadas. En otras ocasiones será necesario usar caretas y anteojos protectores cuando se manejen líquidos corporales o sangre potencialmente infecciosos como son:

Endoscopias en procedimientos odontológicos o exámenes post-mortem.

c) Los procedimientos y la manipulación de material potencialmente infectados, deben realizarse con sumo cuidado para reducir el mínimo la formación de aerosoles.

El derrame de líquidos contaminados es una vía posible de transmisión, principalmente si se acompaña de aerosoles de material contaminado, que pudieran entrar en contacto directo con soluciones de continuidad en la piel o mucosa de ojos, nariz o boca.

No se ha sabido que se transmita el virus por esta vía, tampoco hay evidencias de que la transmisión sea por ingestión o inhalación de material contaminado, pero es indispensable tomar las precauciones y no exponerse a contactos repetidos.

d) Es conveniente, cuando se trabaje con materiales altamente infecciosos, usar batas, blusas o uniformes de laboratorio.

También deberán usarse pipetas mecánicas para la manipulación de todos los líquidos de laboratorio. No deberá permitirse el pipeteo con la boca.

e) Poner etiqueta de advertencia en las muestras de sangre y líquidos corporales para su manejo, en caso de que la parte externa del recipiente hubiese sido manchado de sangre debe limpiarse con desinfectante recién preparado como por ejemplo, una dilución de 1:10 de hipoclorito de Sodio (blanqueador de uso doméstico) al 5.25% en agua fría.

Todos los especímenes de sangre deben colocarse en un segundo recipiente o puede ser una bolsa impermeable en el caso de llevarlo a otro sitio.

Los derrames de sangre y de líquidos corporales, las superficies deberán limpiarse con una solución desinfectante (hipoclorito de sodio).

f) De igual manera se rotularán las bolsas en las que se llevarán los materiales y objetos contaminados ya sea para su limpieza o destrucción.

Es importante que estos materiales contaminados deberán ser esterilizados de preferencia en autoclave, antes de eliminarlos o limpiarlos.

Estas son algunas de las precauciones de control que en general deberán adoptar los laboratorios clínicos, hospitales y principalmente los trabajadores de la salud.

En infecciones graves no diagnosticadas normalmente se aísla al paciente en una habitación privada, sin embargo, a las personas con diagnóstico de Sida, no está indicado el aislamiento en habitación privada o normas de admisión especiales a menos de que sea necesario como en el caso de:

1. Una superinfección determinada.
2. Como medida preventiva hacia el paciente de Sida.
3. Cuando no se puedan seguir buenas prácticas de higiene (por ejemplo diarrea profusa, incontinencia fecal, hemorragia, etc.).
4. La gravedad de la enfermedad requiera de una habitación privada.

A fin de evitar la respiración de boca a boca en caso de urgencia se debe disponer de boquillas, bolsas para respiración artificial u otros dispositivos de ventilación, colocados en lugares apropiados.⁵²

INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL CAMPO DEL SIDA.

Las siglas VIH son las que se utilizan para denominar al retrovirus causante del Sida. Los virus tienen preferencia específica por los linfocitos en los que produce destrucción celular, además tienen afinidad hacia los Linfocitos B, los macrófagos y los promielocitos, así como en algunas células del Sistema Nervioso Central, oligodendrocitos y astrocitos.

Los estudios constantes indican que la variación genética del virus es muy amplia. A pesar de esta variación se ha comprobado con casi todos los pacientes que se pueden detectar anticuerpos contra las proteínas del virus.

Todas las proteínas virales y sus precursores celulares son antígenos, éstos son reconocidos por el sistema inmunitario.

Se ha demostrado que el Virus VIH es termosensible, ya que se inactiva fácilmente en autoclave o con éter, acetona, betapropionolactona, etanol en concentraciones 20% hipoclorito de sodio (0.1 a 0.2%), una dilución de 1:400 de hidróxido de sodio (40mm) y glutaraldehído (1%) también se inactiva al exponerlo 56°C durante 32 minutos en ebullición.

En los procedimientos recomendados por la OMS se ha demostrado que la preparación de la vacuna contra la hepatitis B inmunoglobulinas y albúmina a partir de plasma humano, también inactivan el virus VIH.

Hasta la actualidad no se ha descubierto ningún tratamiento ni medicamento eficaz que hasta el momento pudieran resultar más eficaces, no cumplen con los requisitos que debe tener un medicamento como son:

Que tenga la posibilidad de administración prolongada, absorción por vía oral, penetración al Sistema Nervioso Central, ausencia de toxicidad.

La azidotimidina (AZT) y la ribavirina son las drogas que han demostrado sobriedad en pacientes con SIDA; sin embargo, es necesario determinar su efecto definitivo en los pacientes debido a que este medicamento (AZY) tiene efectos colaterales potencialmente graves, principalmente depresión de la médula ósea.

En nuestro país sólo ha sido autorizada en ensayos clínicos controlados.

Mientras que en Estados Unidos el AZT o mejor conocida ahora (1988) como zidovudina, es la única droga en el mercado aprobada para el tratamiento del SIDA, aunque hay varios agentes en etapa de experimentación.

Ninguno de estos compuestos destruye el cuerpo del virus del VIH pero reducen la cantidad de virus en la corriente sanguínea del paciente, hacen que éste sea menos contagioso para los demás y estimulan al sistema inmunológico lo cual puede prolongar la vida.

La zidovudina es mielosupresora y puede producir anemia y granulocitopenia graves. Actualmente la relación entre riesgo y beneficio favorece la prescripción de este medicamento a los pacientes con la médula ósea relativamente saludable y a quienes se han recuperado de un acceso de neumonía por *Pneumocystis Carinii*.

Está en estudios su eficacia en los pacientes en formas más leves de infección con VIH y sus efectos en tratamientos prolongados.

En cuanto a la obtención de una vacuna eficaz es difícil debido a la variabilidad de las proteínas de envoltura del virus.

Sin embargo, el campo de la investigación sigue adelante y se encuentra estudiando varios tipos de vacunas.

A pesar del avance que se está teniendo en este campo, se calcula que se necesita un mínimo de cinco años para obtener la vacuna adecuada que pueda utilizarse a nivel público.⁵³

El equipo de investigadores del Instituto Pasteur, de París, que determinó por primera vez en el mundo el virus LAV, causante del conocido Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, acaba de conseguir un éxito fundamental en la lucha contra esta enfermedad. El logro consiste en haber realizado la "SECUENCIA" del virus LAV, lo que significa conocer la estructura detallada del virus que provoca la infección.

La importancia de este descubrimiento la ha puesto de relieve el propio doctor Chemmann, que señaló que "es necesario estudiar cuál es la parte del virus que induce en el organismo el desarrollo de anticuerpos. Pienso que pronto sabremos cuáles serán los fragmentos virales que son responsables de esa protección. Si a partir de ese momento logramos establecer antígenos virales sintéticos a partir del material logrado, no tendremos necesidad ya de probar la inocuidad y entonces iremos a probarlo directamente en el hombre. La vacuna, por tanto, está en marcha. Esto es más optimista que con los métodos que veníamos utilizando del virus entero antes de haber podido obtener la secuencia.

La determinación de la secuencia del virus ha permitido, afirmar la "UNICIDAD" de éste, es decir, que no se asemeje a ningún otro conocido anteriormente.

53. Boletín Mensual CONASIDA, Abril 1988. Año 2, Número 4, pág. 296, Junio 1988, Año 2, Número 6, pág. 353, Septiembre 1988. Año 2 Número 9, pág. 444, 449, 450.

“Se trata de una nueva familia, que no tiene nada que ver con la de los HTLV que han descrito los investigadores norteamericanos que dirige el profesor Gallo, por lo que será preciso darle un nuevo nombre”, explica el doctor Chermann.

Uno de los principales problemas con los que se encuentran los investigadores de este síndrome de inmunodeficiencia reside en el hecho de que el período de incubación del virus (retrovirus) agente de la enfermedad es de tres a cinco años, pudiendo no presentar durante ese tiempo síntomas aparentes.

Los datos nos indican que el 10 por 100 de las personas que presentan anticuerpos contra el virus desembocan en la enfermedad, de ahí la importancia de detectar la presencia de anticuerpos antivirales que indicarán que el virus reside en ese momento en el individuo.

Desde un primer momento las investigaciones demostraron que el virus en sí no es la causa mortal directa de las víctimas del SIDA, sino, antes bien, un agente que debilita progresivamente el sistema inmunitario, permitiendo así la aparición de múltiples infecciones oportunistas que pueden ir desde una gripe o un tipo de cáncer casi desconocido hasta ahora en Europa (sólo se tenían referencias de su aparición en algunas poblaciones africanas en individuos de avanzada edad) y que se conocen bajo el nombre de Sarcoma de Kaposi.

Los enfermos no tienen defensas y, por tanto, son propensos a coger enfermedades infecciosas por bacterias, hongos, protozoos, etcétera, pero también cánceres, porque es el mismo sistema inmunitario el que lucha contra la aparición de células cancerosas.

Hay también otros tumores que suelen aparecer, como linfomas y otros cánceres. No todos los individuos presentan las mismas infecciones.

Los métodos de lucha contra el virus que están siendo ensayados en el Instituto Pasteur son tres:

En primer lugar la prevención, centrándose en el estudio de una vacuna basada en un sistema completamente novedoso y que por el momento se está experimentando en animales.

El método consiste en el empleo de un antígeno viral que sea útil para provocar en el organismo la respuesta de producción de anticuerpos neutralizantes. Con un antígeno de esas características se podría trabajar sin riesgos en el hombre, procediéndose a inyectarlos en él, obtener anticuerpos y posteriormente estos anticuerpos aislados, que podrían ser utilizados como gammaglobulinas en el tratamiento, volver a inyectarlos nuevamente en el hombre, reaccionando éste con la producción de un nuevo tipo de anticuerpos dirigidos contra el primer tipo.

Esta operación puede ser repetida y se llega así a obtener lo que se llaman anticuerpos antidiótipos, que serían capaces de reconocer el virus. La particularidad de esta vacuna es que inyectan anticuerpos para vacunar (los anticuerpos contra el virus y los anticuerpos contra los anticuerpos), evitándose así el material viral causante del SIDA, (excepto, claro está, en el primer caso de la preparación en el que se utilizaría el antígeno viral).

Esto se diferencia de la vacuna tradicional fundamentalmente en que esta última se efectúa inyectando pequeñas cantidades de los virus causantes de la enfermedad, lo que provoca en el organismo una reacción de defensa del sistema inmune.

A pesar de este nuevo sistema, para obtener una vacuna aún quedan dos problemas por resolver de una manera definitiva.

Por una parte, tras haber secuenciado el virus, queda aislar la glicoproteína que interesa y traducirla, y, por otra parte, la prueba de la vacuna necesita un modelo animal pequeño.

Otro factor que se opone a la aparición de una vacuna inmediatamente es que ya los enfermos hacen anticuerpos, pero es muy poca la cantidad de éstos que son neutralizantes, así que tenemos que optimizar la técnica. Es como si los enfermos estuviesen vacunados, pero como van a desarrollar la enfermedad no les va a proteger.

Así, la vacuna experimentada en el hombre hace imposible llevarla a la práctica dada su peligrosidad. Hay que estar seguros de que el virus está inactivado y que protege antes de inyectarla en el hombre, y para ello es necesario estudiar antes cuál es la parte del virus que induce en el organismo el desarrollo de anticuerpos.

El segundo método de lucha contra el SIDA que está siendo estudiado es el de la administración de agentes antirreverse transcriptasas por tratarse de un retrovirus.

No se puede utilizar cualquier agente antiviral, porque si utilizásemos uno que destruye a la célula infectada se agravaría el problema de la inmunodeficiencia en el enfermo. Es por eso por lo que hay que utilizar agentes específicos contra el virus, o mejor contra la enzima reverse transcriptasa, que es una enzima única que no existe en las células no infectadas.

Estos agentes inhibirán la reproducción de virus. Ya en la actualidad hay una droga que está siendo probada en Bélgica y en el National Cancer Institute (U.S.A.) llamada SURAMINE, y otra que se está probando en Francia llamada HPA-23, aplicada a un niño hospitalizado con una buena respuesta en la inhibición, pero no sabemos qué pasará aún en el futuro.⁵⁴

El producto, un ion metálico condensado, conocido desde 1972, fue descubierto y sintetizado en el Instituto Pasteur de París. Su actividad contra la familia de los retrovirus en particular, familia a la que pertenece el virus del SIDA, era conocido en animales, el HPA-23 impide a los retrovirus reproducirse al inhibir la formación de una enzima denominada transcriptasa inversa.

54 José Ma. Arenzana. Se vislumbra una posibilidad de obtener una vacuna efectiva para luchar contra el Sida, Sida, Maldición Bíblica o Enfermedad letal, págs. 155, 156, 157, 158, 159.

El virus inhibido llega a desaparecer sin que resulten afectados los glóbulos blancos del enfermo.

La toxicidad del producto inyectado por vía intravenosa, parece tolerable en relación con la de otros productos utilizados. Sin embargo, no se ha podido constatar la total destrucción de los virus existentes en el organismo de los enfermos aparentemente curados, por lo que no se puede descartar una reincidencia de la enfermedad.⁵⁵

El HPA-23 es un compuesto formado por átomos de tungsteno y antimonio en tomo a un núcleo de sodio.

Por su parte, Robin Weiss, director del Instituto de Investigación del Cáncer Chester Beatty de Londres, señaló que cierto número de hemofílicos tienen signos de la enfermedad, pero esta no es grave, ya que, al parecer, al preparar el factor de la sangre que necesitan algunas veces se mata el virus, y se produce así de forma espontánea una vacuna.

Así, se observa que en países como Dinamarca, Inglaterra, Yugoslavia, Australia, Estados Unidos, muestran abiertamente el uso de preservativos ya sea por medio de frases, cartelones o como en el caso de Yugoslavia con un poco de humor, en el Saire que tararean una canción llamada Atención al Sida, no es el caso de Brasil en donde el mismo clero reprocha a las autoridades el no hacer lo suficiente para informar a la población.

Sin embargo, hay otros países como Rusia y Uganda que sufren el problema de la desinformación.

En México bajo el lema: El SIDA acaba con la vida, las autoridades de la Secretaría de Salud tratan de hacer conciencia entre la población.

En síntesis las medidas PREVENTIVAS son de dos tipos:

1. Las de sexo seguro.
2. Las de carácter general; no compartir cepillos dentales, rastrillos, rasuradoras o cualquier otro tipo de objetos personales que pueden contaminarse con sangre.

Las personas con riesgo de contraer la enfermedad, deberán realizarse la prueba de ELISA.

Las personas que pertenecen al grupo de alto riesgo o con reacción positiva a la prueba de Elisa, no deben donar sangre o sus derivados, ni semen u órganos.

Se deben someter a la revisión médica cada tres meses por lo menos y aplicar las medidas preventivas necesarias.

A las mujeres con resultado positivo a la prueba de Elisa o que tengan contacto sexual con individuos de alto riesgo, se les indicará el peligro de contraer la en-

⁵⁵ El País, 15-2-85. Investigaciones Francesas consiguen la Remisión del Sida con una sustancia antiviral. Agencias, París, pág. 161 y 162, Sida, Maldición Bíblica o enfermedad letal.

fermedad o infección por el virus y que los hijos que tengan corren el mismo riesgo.

El personal de salud, de laboratorios y de funerarias deberán evitar el contacto directo de la piel y mucosas con sangre, derivados sanguíneos, excreciones, secreciones y tejidos de pacientes sospechosos.

RECURSOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO

En la actualidad no existe un tratamiento de eficacia probada contra los diversos grados de inmunodeficiencia que se observan en el SIDA.

No obstante, *si* existen tratamientos contra los episodios individuales de las infecciones oportunistas, el Sarcoma de Kaposi, y otras enfermedades a las que predispone el SIDA.

Entre estos tratamientos figuran los antibióticos, la quimioterapia, la terapia por radiaciones y algunos agentes y técnicas experimentales. Por desgracia, muchos de esos tratamientos son transitorios en sus efectos, costosos e irregularmente asequibles, además de estar sujetos a riesgos.

Entre los agentes y técnicas experimentales, los que más atención han atraído son el interferón, algunos inmunomoduladores como el interleuken-2 y la plasmoféresis.

El interferón que existe en muchas formas, tiene ciertas propiedades antivíricas, y parece prometedor en el tratamiento de algunas formas de cáncer.

Los inmunomoduladores son aún medicamentos en fase experimental que podrían utilizarse para incrementar, disminuir y en definitiva modular las respuestas inmunológicas.

La plasmoféresis es una técnica de limpieza que consiste en aislar la fracción de plasma (líquido y proteínas) de la sangre del paciente. Al igual que el interferón y otros inmunomoduladores, la plasmoféresis es todavía experimental, costosa e irregularmente asequible, además de entrañar ciertos riesgos.

Por mucho que prometan estos agentes, lamento tener que informar que, en la actualidad, no son mecanismos probados de prevención ni tratamiento del tipo de inmunodeficiencia que se ha observado en el SIDA.

Sin embargo, nuevos experimentos realizados en Estados Unidos indican que el descubrimiento de una nueva vacuna eficaz contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida Sida, está mucho más próximo de lo que se pensaba.

Un equipo de investigadores de la facultad de Medicina John Hopkins, de Baltimore, informó que una vacuna experimental fabricada mediante técnicas de ingeniería genética a partir de un fragmento de virus del Sida puede inducir a determinados linfocitos a destruir selectivamente células infectadas por distintas variedades del virus del Sida.

La vacuna, fabricada por los laboratorios Microgenesus Inc, de West Haven, en Connecticut, E.U., y bautizada como Vaxsyn HIV-1, demostró su eficacia en

tres personas de un grupo de ocho que se sometieron voluntariamente al experimento.

Los investigadores vacunaron a los ocho individuos sanos con cuatro pequeñas dosis y a continuación extrajeron muestras de sangre a los voluntarios.

Las pruebas realizadas en tubos de ensayo demostraron que los linfocitos de tres de los voluntarios mataban las células infectadas con el llamado virus de inmunodeficiencia humana o VIH, causante del Sida.

Era la primera vez que se experimentaba la vacuna en humanos, por lo que se utilizaron dosis muy pequeñas, del orden de cuarenta miligramos.

Actualmente se están realizando nuevas pruebas para determinar si mayores dosis de la vacuna pueden producir respuestas inmunológicas más efectivas en mayor número de voluntarios.

Por su parte, el laboratorio Genetech, en California, ya ha experimentado con éxito otro tipo de vacuna en chimpancés y tiene previsto probarlas con seres humanos en los meses próximos.

El nuevo producto tiene la ventaja de que no expone a quien la recibe al riesgo de contraer Sida, ya que, a diferencia de otras vacunas tradicionales, no utiliza el virus completo, sino sólo una proteína de su capa exterior.

El doctor Wayne Koff, afirmó que es la primera vez que una vacuna fabricada a partir de un fragmento del virus del Sida demuestra su capacidad para estimular el sistema inmunológico del individuo de forma que elimine selectivamente las células infectadas.⁵⁶

El sistema inmunológico combate la infección de dos formas: produciendo anticuerpos que atacan el virus o generando las llamadas CELULAS-T, linfocitos capaces de matar a otras células ya afectadas por el virus.

Los investigadores descubrieron que esos linfocitos son de un tipo conocido como CD4-POSITIVOS, que normalmente no funcionan como tales y que fue la vacuna la que los convirtió en asesinos, seleccionando para su destrucción únicamente a las células infectadas y dejaron de lado otras que accidentalmente habían recogido en su superficie fragmentos del virus del Sida, así también destruyen las células infectadas por casi todas las distintas variedades del virus VIH-1.

En principio, la vacuna actúa sobre el sistema inmunológico como si se tratara de un virus entero y le induce a desarrollar defensas capaces de liberar al cuerpo del agresor, antes de que el virus entre en la corriente sanguínea.⁵⁷

56 Investigadores de la Universidad, John Hopkins, La vacuna contra el Sida, mucho más próxima de lo que se pensaba. Fuente *Uno mas Uno*, México, Junio de 1990, pag. 24.

57 El Día, Alertador avance para obtener vacuna antisida, México, 9 de Junio de 1990, pág. 17, Sección Cirugía.

Los retos terapéuticos que impone el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Sida, son consecuencia del escaso conocimiento que sobre retrovirus existía en 1983, cuando se describió al virus de inmunodeficiencia humana VIH, como el agente etiológico.

Una vez reconocido el VIH, se inició la búsqueda de medicamentos antivirales, que inhibieran su replicación sin afectar las células del individuo infectado y, simultáneamente, de otros intentos terapéuticos para restaurar el daño causado en el sistema inmunológico, así como una combinación de ambos.

Aunque no hay, hasta el momento, tratamiento eficaz para la inmunodeficiencia que causa el VIH, ni medicamento alguno que erradique el virus del organismo, puede decirse que en los últimos cinco años se han logrado importantes avances en un área que tecnológicamente requiere de mucha infraestructura.

Actualmente se cuenta ya con diversas alternativas terapéuticas.

El doctor Samuel Ponce de León, dice porqué es difícil encontrar medicamentos para combatir el VIH, al igual que otros retrovirus, el VIH se vuelve parte integral de las células que infecta, por lo cual la única forma de eliminar completamente el virus sería exterminando todas las células infectadas.

El virus puede infectar las células cerebrales provocando consecuencias diversas; muchas de las drogas antivirales son incapaces de cruzar la barrera hematoencefálica (que protege normalmente al tejido cerebral) para llegar a las células infectadas.

¿Qué ha sucedido respecto al tratamiento de esta enfermedad desde la primera detección de un paciente vivo con Sida, en 1981, en Estados Unidos, y en México desde 1983?

Ha habido muchas modificaciones. Durante los primeros años, la epidemia se caracterizó por no tener ningún tratamiento específico contra el virus de inmunodeficiencia humana.

El manejo de estos pacientes se enfoca solamente a las complicaciones que presentaban, teniendo como consecuencia una alta mortalidad.

A partir del descubrimiento del VIH en 1983 y su consecuente identificación como retrovirus, empezaron a utilizarse medicamentos ya conocidos cuya acción fundamental era inhibir la actividad de la transcriptasa reversa, enzima que permite al virus incorporar su material genético en la célula que está infectando. Es muy larga la lista de drogas que se ha probado. Entre las más destacadas se encontraba la Suramina, compuesto aplicado hace muchos años para tratar la enfermedad del sueño; se pensó que este medicamento podría ser útil para controlar la infección del VIH, pero los resultados de los estudios clínicos no corroboraron su efectividad.

Tal fue la suerte de muchos fármacos.

En la actualidad, lo más sobresaliente para el tratamiento del Sida es un medicamento conocido con el nombre de Azidotimidina (AZT), también desarrollado años atrás pero que en ese momento no probó aplicación práctica alguna.

Mucho tiempo se guardó en los archivos, hasta que iniciaron algunas pruebas en Estados Unidos que dieron resultados alentadores. Se corroboró la eficacia del compuesto, evaluándose en un estudio clínico adicional.

La AZT, no representa el punto final en la búsqueda terapéutica. Aumenta la vida de los enfermos, pero finalmente los pacientes evolucionarán mal y fallecerán.

La alta toxicidad del fármaco es otro problema, ya que una proporción significativa de casos presentan depresión en las funciones de la médula ósea, desarrollan anemia, requieren de transfusiones continuas, hasta que las complicaciones demandan disminuir las dosis o suspender el tratamiento.

Otro medicamento que ha probado su efectividad, tanto en la fase I como en fase II, es la Rivabirina.

En la fase I se analiza fundamentalmente la toxicidad y la biodisponibilidad del medicamento. En la fase II se evalúa su eficacia clínica, para valorarla, es necesario un ensayo clínico aleatorio con un grupo de pacientes a quienes por azar les toca un placebo, en tanto a otros se les administra el medicamento que se está probando. Después de un tiempo se analizan los resultados, si produce cambios que promuevan una mejoría clínica, entonces hay datos para recomendarlo.

Respecto al medicamento de nombre Chahfna no se ha probado su efectividad, avalarla con base en datos anecdóticos es irresponsable.

Volviendo a la Rivabirina, en apariencia disminuye el riesgo de complicaciones más graves en los pacientes que reciben dosis de este medicamento, aumenta el número de linfocitos cooperadores y su toxicidad es baja. La mayoría de los enfermos no presentan consecuencias clínicas.

Se espera iniciar un nuevo tratamiento, en el cual incluye la AZIDOTIMINA para tratar de encontrar una buena combinación de antivirales e inmunomodulares, para así ofrecer mejores perspectivas en el tratamiento y en la calidad de vida de los enfermos de Sida.

Desde el diagnóstico mismo, el médico se enfrenta a una situación difícil, y no menos complicada resulta la búsqueda de tratamientos adecuados para combatir las infecciones oportunistas, que son las que finalmente conducen a la muerte a los enfermos del Sida.

Hay infecciones para las cuales el tratamiento es muy difícil o no existe; por ejemplo, las ocasionadas por el citomegalovirus que presenta diferentes cuadros clínicos, fundamentalmente neumonía o infecciones generalizadas con afección de múltiples sistemas del organismo, y que es una de las causas más frecuentes de muerte en los pacientes.

Situación similar se presenta con otros agentes patógenos, cuya respuesta prácticamente nula al tratamiento desemboca en la muerte de otra proporción de individuos.

Las complicaciones se atienden tan pronto como se manifiestan:

Si el paciente tiene un primer episodio de neumonía, es relativamente fácil su recuperación; pero si a está preceden diversas infecciones, el cuadro se complica y las posibilidades de sobrevida del sujeto disminuyen considerablemente.

No existe un medicamento para curar definitivamente el Sida, pero sí podría lograrse el control de la infección. Un ejemplo de lo anterior es la diabetes, enfermedad no infecciosa que requiere de un tratamiento continuo para mantener el control adecuado.

Vale la pena enfatizar que en muy pocos años se ha logrado mucho:

De no conocer la causa en 1982-1983, ahora estamos ensayando medicamentos. La velocidad con que se ha generado el conocimiento necesario para ello es impresionante, y seguro que el futuro inmediato nos depara nuevas sorpresas.⁵⁸

58 Samuel Ponce de León, Avances en el tratamiento, CONASIDA. Gaceta Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, Norma Herrera, Mayo-Junio de 1988, Año I, Número 1, Segunda Edición, págs. 10, 11 y 12.

CONCLUSIONES

La polémica entre lo eficaz y lo aceptable, una de cuyas manifestaciones públicas más evidentes es esta necesidad de contar con permisos sociales para hablar en público y en privado sobre SIDA es el reflejo de un conflicto de valores que ocurre en el seno de la sociedad.

Desde la perspectiva de la salud pública, las exigencias fundamentales son básicamente dos:

En términos de ética pública, controlar la expansión de la epidemia, salvaguardando así el derecho de cada individuo a no contagiarse.

Y para la ética privada, habría que respetar, de manera irrestricta, la intimidad y privacidad de los individuos.

Así el educador para la salud enfrenta la alternativa de adaptar sus mensajes a los patrones morales dominantes, aún a riesgo de que resulten poco eficaces, o bien, proceder más práctica y realistamente, pero teniendo en cuenta lo peligroso que sería violentar ciertas convenciones y normas sociales.

Es mucho más viable una estrategia que invite tan solo a modificar una conducta -incorporando el uso del CONDON-, que la eliminación de ciertas conductas homosexuales y bisexuales.

Ante el peligro inminente de la diseminación del SIDA, la sociedad tendrá que adoptar medidas concretas de prevención como las de monogamia y el sexo seguro.

Ya que el SIDA es una enfermedad que no solo repercute en los campos de la medicina, religión, psicología, sexología, economía, sociología, sino también en el campo del DERECHO, en sus ramas civil, laboral, constitucional, internacional, penal, etc.

Para el SIDA hasta hoy no existe cura ni vacuna, por tanto el único camino a seguir es la prevención, mediante la información y orientación veraz, científica y constante a través de los medios de comunicación interpersonal o masivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso al Gobierno Mexicano la creación de un organismo para la atención específica del SIDA, que más tarde hace suya el Ejecutivo Federal y mediante DECRETO publicado en el Diario Oficial de la Federación, con fecha 24 de Agosto de 1988 formalmente se crea el CONASIDA, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que presta a la población en general, los siguientes servicios:

Información, orientación, detección, derivación terapéutica, seguimiento e investigación.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del Sector Salud y de los sectores Público, Social y Privado ya que busca promover la interacción de los tres tipos de Instituciones Participantes, para lograr la congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

Conasida ha contado con el apoyo financiero de la Secretaría de Salud y recientemente de organismos privados nacionales, de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y de diversas agencias de los Estados Unidos y Canadá.

La mayor cantidad de los fondos de agencias donadoras corresponden a proyectos de Investigaciones Operativas, como encuestas serológicas, evaluación de estrategias educativas, proyectos de costos de atención médica y estudios de factores de riesgo.

El apoyo financiero internacional se ha destinado para capacitación, educación, integración de la red de laboratorios.

Se estima que el presupuesto nacional ha sido mayor a las aportaciones internacionales.

En el programa nacional de desarrollo del Gobierno Federal 1989-1994, establece en uno de sus objetivos, el mejoramiento productivo del nivel de vida de la población, el compromiso del Estado de elevar la calidad de vida y el bienestar de las mayorías.

En el que destaca una digna y adecuada atención a la salud, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con el concurso de las comunidades.

Por las razones expuestas, la sustentante se permite proponer a este H. Síndico de exámen recepcional, el siguiente anteproyecto de reformas y adición al Decreto de Creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Presidente de la República.

_____, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere el artículo 89 fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3o., fracción XV, 50., 133 fracciones II y IV, 134, 136 y 141 de la Ley General de Salud, y

CONSIDERANDO

1º. Que, queda como relevante la necesidad de promover una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual y colectiva a través de acciones de educación y fomento para la salud.

2º. Que, dando especial importancia a la atención de la Prevención de Enfermedades Infecciosas como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

3º. Que, siendo el Sida una enfermedad transmisible, progresiva, mortal e incurable, causada por el retrovirus VIH-1 y VIH-2 que deprime y destruye progresivamente la capacidad de respuesta inmunológica, su alto grado de incidencia y a su carácter letal, se constituye en un problema de salud pública prioritario.

4º. Que, se le debe destinar mayor presupuesto pero, realmente constituye un desafío a los presupuestos nacionales de atención a la salud, ya

5º. Que, además el Sida aparece en medio de la más profunda crisis económica de los últimos tiempos y todo programa nacional o local del Sida requiere recursos financieros, sobre educación, gastos de asistencia al enfermo, adiestramiento profesional y técnico, iniciativas de investigación y desarrollo.

Que, se puede hacer frente a algunas de las cargas financieras mediante la posibilidad de recibir directamente un porcentaje de las cantidades que las instituciones de Beneficencia Pública enteran a la Secretaría enteran a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Gobierno Federal de Sorteros, Rifas, Recompensas.

6º. Que, a partir de la modificación en 1983 del artículo 4º Constitucional, en el que se consagra el derecho a la protección de la Salud como una garantía social, se establecen las bases para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud, constituido por la Secretaría de Salud, órgano dependiente del Ejecutivo Federal, que tiene facultad otorgada por el artículo 89º. Constitucional de promulgar y ejecutar las leyes que expida el Congreso de la Unión.

Por lo expuesto en la Exposición de Motivos y que antecede es precedente reformar y adicionar las disposiciones jurídicas del Consejo Nacional de Prevención y Control de SIDA, en los siguientes artículos:

2º. Fracción VII, 7º. fracción V, 10º. fracción VIII, 11º. y adición de un cuarto transitorio, en los siguientes términos:

Artículo 2º. fracción VII- Dice... "Proponer al proyecto de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

Artículo 2º. fracción VII- Reforma... "El Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida tendrá Patrimonio y Personalidad Jurídica propia.

Artículo 7º. fracción V- Dice... "Someter a la Secretaría de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas".

Artículo 7º. fracción V- Reforma... "Facultad del Consejo de participación en 10% de las cantidades obtenidas económicamente.

Artículo 10º. Fracción VIII- Dice... "Las demás que le confiera el Consejo".

Artículo 10º. fracción VIII- Reforma... "Administrar directamente los recursos económicos del Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida.

Artículo 11º. - Dice... "Para el cumplimiento de su objeto, el Consejo contará con los Comités que al efecto establezca.

La integración de cada uno de los Comités, así como su organización y funcionamiento se sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio Consejo".

Artículo 11º. Reforma... "Los Comités contarán con los ingresos que destine el Gobierno Federal, como recursos económicos para la organización de elemen-

tos humanos y materiales, que permitan la prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO...

TERCERO...

CUARTO. Las donaciones que se realicen al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida serán deducibles de los impuestos que aporten tanto las personas físicas, como morales, ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Gobierno Federal y Ejecutivo de los impuestos que los mismos contribuyentes, aporten a los gobiernos de los Estados a la Federación.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal,

Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos

Rúbrica

El Secretario de Programación y Presupuesto.

Rúbrica

El Secretario de Salud

Rúbrica

BIBLIOGRAFIA**CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO**

Secretaría de Salud, Jaime Sepúlveda Amor
Instituto Nacional de Salud Pública
Editorial Fondo de Cultura Económica
México, 1989.

COMO CUIDAR A LOS HIJOS

Carrogio, S.A.
Ediciones, Barcelona, España
Tomo 9.

CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA

Programa de Mediano Plazo para la Prevención del Sida
México, 1990-1994.

DIABETES MELLITUS

Bases para su tratamiento
Arturo Zárate Treviño
Editorial Trillas, S.A. de C.V.
1ª Edición
México, Marzo de 1989.

EDUCACION PARA LA SALUD Y CAPACITACION A DISTANCIA

Secretaría de Salud y Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1987.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Abraham I. Braude
Editorial Médica Panamericana, S.A.
Buenos Aires, Junio 83, 1984.

ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA

Raúl Rojas Soriano
Gaceta CONASIDA, Segunda Edición
Noviembre/Diciembre de 1988.

EL CANCER, ENFERMEDAD PSICOGENETICA

Roger H. García
Sicoanálisis y Medicina
México, D.F., 1978.

GUIA PARA LA PREVENCION DEL SIDA

Serrano Sanz Pilar
1ª Edición
Ediciones Obelesco, S.A.
Barcelona, España, 1985.

LA DIABETES EN EL ADULTO Y SU TRATAMIENTO

Boriz Klotz, Médico de París
Editorial El Ateneo
Impreso en Argentina
Florida, Buenos Aires, 1971.

MANUAL DE ONCOLOGIA

Jean Louis Amiel
Masson, S.A., París
Febrero de 1978.

SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

Programa de Investigación y Detección de Sida
México, 1987.

SIDA, ¿Maldición Bíblica o Enfermedad Letal?

A. Cardín & A. de Fluvia
Laertes, S.A. de Ediciones, 1985.

SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO

Juan Gabriel Pescador
Mario N. Bronfman
Editorial Cridis
México, 1988.

SIDA, REALIDADES Y FANTASMAS

Dr. Willy Rozenbaum, Dr. Didier Seux,

Annie Kouchner

Tercera Edición

Editorial, Katún, S.A.

México, D.F., 1985.

SIDA, SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Daniels, Victor G.

1ª Edición

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

México, 1981.

LEGISLACION

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Legislación co-

mentada, Rectoría Instituto de Investigaciones Jurídicas

México, 1985.

DECRETO

Diario Oficial del Miércoles 24 de Agosto de 1988.

Por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Si-
da.

LEY GENERAL DE SALUD

Editorial Porrúa, S.A.

Segunda Edición

México, 1987.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Editorial Porrúa, S.A.

México,

Reglamento interior de la Secretaría de Salud en Ley General de Salud
 Editorial Porrúa, S.A.
 Segunda Edición
 México, 1987.

HEMEROGRAFIA

ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA

Raúl Rojas Soriano
 Gaceta CONASIDA, Segunda Edición
 Noviembre – Diciembre d 1988.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO CONASIDA

Gaceta Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida
 Samuel Ponce de León, Norma Herrera
 Segunda Edición, Número 1
 Mayo/Junio de 1988.

BOLETIN MENSUAL CONASIDA

Abril 1988, Número 4, Junio 1988; Número 6, Septiembre de 1988, Número 9.

BOLETIN MENSUAL CONASIDA

Número 6
 México, Junio de 1990.

FASCICULOS DE DIAGNOSTICO

Laboratorio Médico del Chopo, S.A.
 Un enemigo actual, Virus Linfotrópico Humano, HTLV-III, Mayo 1987.

GACETA CONASIDA

Junio/Julio de 1988 y y Julio/Agosto de 1988, Número 2

ICYT. Información Científica y Tecnológica
Revista Mensual Publicada por CONACYT
México, Septiembre de 1989.

INFORMACION SOBRE EL SIDA

Folleto Rojo, distribuido por la Secretaría de Salud a toda la población.

EL DIA, México 9 de Junio de 1990

Alentador avance para obtener vacuna antisida.
Sección Cirugía.

EL PAIS, 15 de febrero de 1985

Investigadores franceses consiguen la remisión del Sida con una sustancia antiviral.

EL SIDA, SU IMPACTO SOCIAL Y DEMOGRAFICO

José Angel Leyva

Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida.
CONASIDA, Segunda Edición
Mayo/Junio de 1988.

LA LUCHA CONTRA EL SIDA ES DE TODOS

Lourdes García

Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida
CONASIDA, Segunda Edición
Noviembre/Diciembre de 1988.

RESUMEN. De la Ponencia presentada en el Tercer Simposium Internacional sobre el SIDA

Del 26 de Agosto de 1988.

REVISTA ATENCION MEDICA

Número 1

México, 1988.

TODO LO QUE SE DEBE SABER ACERCA DEL SIDA

En Guía del Consumidor

1º Enero de 1987.

UNOMASUNO, México, Junio de 1990
Investigadores de la Universidad, John Hopkins, La vacuna
contra el Sida, mucho más próxima de lo que se pensaba.

VIROLOGIA MEDICA

Frank Fenner

Editorial La Prensa Médica Mexicana
México, 1982.

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

Organización Mundial de la Salud

Número 27

6 de Julio de 1990.