

32
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

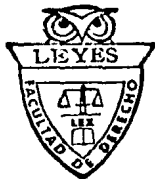
FACULTAD DE DERECHO

"LA CAPACITACION Y EL ADIESTRAMIENTO LABORAL DEL MEDICO PARA LA ATENCION DE ENFERMOS DE S. I. D. A."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
LETICIA ALTAMIRANO GARCIA

ASESOR: LIC. MARTHA RODRIGUEZ ORTIZ



CD. UNIVERSITARIA, D. F.

1992

FALLA DE ORIGEN



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.

**LA CAPACITACION Y EL ADIESTRAMIENTO LABORAL
DEL MEDICO PARA LA ATENCION DE ENFERMOS DE
S I D A .**

INTRODUCCION.....	I
I.- Conceptualización del tema.....	1
1.1 Derecho del trabajo.....	1
1.2 Relación de trabajo.....	6
1.3 Sujetos del derecho del trabajo.....	8
1.3.1 Patrón.....	9
1.3.2 Trabajador.....	12
1.4 Capacitación y adiestramiento.....	15
1.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	18
II.- Antecedentes de la capacitación y el adiestramiento en- el Derecho del Trabajo en México.....	22
2.1 Leyes anteriores a la Constitución de 1917.....	22
2.2 Constitución de 1917.....	27
2.3 Ley Federal del Trabajo de 1931.....	28
2.4 Ley Federal del Trabajo de 1970.....	32
III.- Antecedentes del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	43
3.1 Principales antecedentes del SIDA en el mundo y en México.....	43
3.2 Historia Natural del VIH (SIDA).....	51
3.3 SIDA en México.....	67
3.4 El SIDA como epidemia.....	80
3.5 Antecedentes de la vigilancia epidemiológica.....	85
3.6 Estadísticas.....	91

IV.- El adiestramiento y capacitación laboral para la - atención de enfermos de SIDA.....	113
4.1 El derecho a la capacitación y el adiestramiento.....	113
4.1.1 Naturaleza Jurídica.....	131
4.2 S I D A .(Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).....	132
4.3 El adiestramiento para detectar infecciones por - VIH.....	134
4.3.1 Algunas pruebas para detectar el VIH.....	136
4.3.2 Personas que se deben sujetar a las pruebas de detección.....	139
4.4 El adiestramiento para la atención de enfermos de SIDA en los hospitales.....	141
4.4.1 Principales razones por las que se propaga la infección en los hospitales.....	142
4.5 Adiestrar al Médico y personal asistente para adop- tar medidas necesarias en caso de accidentes que im- pliquen el contagio.....	143
4.5.1 Precauciones que deberá observar el personal que tenga contacto directo con los infecta- dos por VIH.....	145
4.6 Prestaciones extras tanto en dinero como en especie a que tiene derecho el personal médico y no médico- por estar en constante riesgo.....	150
CONCLUSIONES.....	153
BIBLIOGRAFIA.....	155

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo pretende demostrar la imperante necesidad, de capacitar y adiestrar laboralmente al médico, para atender a enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, analizando en principio los conceptos fundamentales del derecho del Trabajo, entre los que se encuentran la capacitación y el adiestramiento, los sujetos del derecho del trabajo y desde luego el concepto de SIDA entre otros.

No podríamos dejar de analizar el marco jurídico - histórico y contemporáneo que dió origen a la capacitación y al adiestramiento, como derecho del trabajador y obligación del patrón, desmembrando las leyes más trascendentales en nuestra legislación, para poder obtener un criterio propio respecto de sus orígenes.

El SIDA es una enfermedad relativamente nueva, cuyo inicio es aún inexplicable sin embargo, trataremos de estudiar su trascendencia en ámbito jurídico para enfocarla a la legislación laboral en cuanto a la capacitación y el adiestramiento con el fin de brindar una atención adecuada y segura a estos pacientes y de evitar la propagación de tal epidemia, de esta manera el médico que se enfrente a este tipo de pacientes esta

rá conciente del alto riesgo que tiene de contraer el virus por no atender las instrucciones determinadas en los cursos de capacitación y las prácticas de adiestramiento.

Pretendemos demostrar la necesidad imperante, de que al médico que está en constante contacto con estos pacientes se le proporcione un equipo especializado para su protección personal, de igual manera en estos cursos debe señalarse les con toda claridad la obligatoriedad de utilizar tal indumentaria.

C A P I T U L O I

CONCEPTUALIZACION DEL TEMA.

1.1 DERECHO DEL TRABAJO.

El trabajo, se consideró por mucho tiempo un castigo para el hombre, actualmente es lo que le da valor al hombre, su valor de existencia y su razón de ser, por lo tanto debe ser protegido, para que se desarrolle en condiciones de dignidad, salud e higiene; así se dará un concepto de lo que entendemos por derecho del trabajo que es el que protege ese trabajo.

El artículo 2° de la Ley Federal del Trabajo establece que "las normas de

trabajo tienden a conseguir el equilibrio y la justicia social en las relaciones entre trabajadores y patronos". (1)

La Ley Federal del Trabajo, en realidad no proporciona un concepto, sino básicamente determina los lineamientos de una relación de trabajo, en la que encontramos diferentes factores, que necesariamente deben existir para la conformación del Derecho Laboral tales como: el equilibrio, entendido como la armonización entre los diferentes factores de producción (Capital-Trabajo) y la justicia social, mediante la cual el trabajador alcanza su dignidad humana y el mejoramiento de sus condiciones económicas, sociales y culturales. Estas directrices además marcan la existencia de un trabajador y un patrón, elementos sin los cuales no podría darse una relación de trabajo y mucho menos ser regulada por el Derecho en cuanto a su creación, desarrollo y disolución de la misma, así como los derechos y obligaciones que se deriven del mismo vínculo laboral, como es el derecho que tiene el trabajador de ser capacitado y adiestrado, y la obligación que tiene el patrón de proporcionar tal capacitación.

(1) NUEVA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, TEMATIZADA Y SISTEMATIZADA, Por Baltazar Cavazos, 24a. edición, Ed. Trillas, México, 1989, p. 82.

El Licenciado Manuel Alonso García, nos dice que el Derecho del Trabajo es: "el conjunto de normas que regulan el trabajo prestado en virtud de un contrato y dependiendo de una empresa privada o, es el conjunto de leyes y demás disposiciones que sirven para establecer las relaciones económicas-jurídicas que surgen de la organización y funcionamiento de las industrias nacionales". (2)

Consideramos que hablar de un contrato limita el concepto y no visualiza la relación de trabajo, así mismo es omiso respecto del objetivo fundamental del Derecho del Trabajo que es el lograr el equilibrio de los factores de producción y la justicia social.

Los autores Camerlinck y Lyon Caen, refieren que el Derecho del Trabajo regula las relaciones individuales entre los empleadores que proporcionan trabajo y los asalariados que trabajan para ellos, siendo un conjunto homogéneo de disposiciones coherentes. (3)

(2) MANUEL ALONSO GARCIA. Introducción al Estudio del Derecho del Trabajo. Ed. Urgel, Barcelona, 1958. p. 58.

(3) CEF. G. H. CAMERLINCK Y G. LYON-CAEN. Derecho del Trabajo. (Traductor Juan M. Ramírez Martínez). 5a. edición, Ed. Aguilar, 1972, p. 4.

No dudamos que estos autores resaltan puntos por demás importantes como son la subordinación y el bienestar que pretende proporcionar el Derecho del Trabajo, sin embargo no nos parece la más correcta ni la que abarca todos los principios.

Para el Doctor Néstor de Buen es: "el conjunto de normas relativas a las relaciones que directa o indirectamente derivan de la prestación libre, subordinada y remunerada de servicios personales y cuya función es producir el equilibrio de los factores en juego mediante la relación de la justicia social". (4)

Es el concepto más amplio que hemos encontrado, ya que no condiciona la existencia de una relación con un contrato y porque señala tanto finalidades como factores destacados en nuestra materia. Al respecto señalamos que concuerda con lo que señala el artículo 5o. Constitucional, deduciéndose que la prestación de servicios debe ser libre, ya que las personas no se les puede obligar a prestar un servicio o trabajo sin su pleno consentimiento, a nadie se le puede presionar para trabajar en algo que no quiere.

(4) NESTOR DE BUEN LOZANO. Derecho del Trabajo. T.I. 7a. edición Ed. Porrúa, S.A., México, 1989, p. 131.

Concluimos después de haber analizado el concepto de Derecho del Trabajo lo siguiente: la prestación del servicio debe ser libre, debe ser subordinada, entendiendo con ello, que el trabajador está bajo las órdenes del patrón para realizar las actividades que le fueron asignadas, esta idea la podemos documentar con lo que al respecto señala Mario de la Cueva: "la prestación de un trabajo que realiza una persona para otra".⁽⁵⁾

De igual manera debe ser remunerada, comprendiendo que a cambio de un servicio prestado el trabajador debe recibir un salario que será justo y suficiente de acuerdo a lo establecido por la Constitución. También observamos que el sexo no es un elemento que determine, de ninguna manera, la fijación del salario, esto lo ratificamos en el encabezado del artículo 4° Constitucional que dice: "el varón y la mujer son iguales ante la ley..."⁽⁶⁾

(5) MARIO DE LA CUEVA. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. T. I. 7a. edición, Ed. Porrúa, S.A. México, 1981. p. 199.

(6) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 87a. edición, Ed. Porrúa, S. A., México, 1989. p. 14.

1.2 RELACION DE TRABAJO.

Prosiguiendo con nuestro estudio analizaremos diferentes conceptos que nos aportan los doctos del Derecho respecto de uno de los incisos más importantes y trascendentes de nuestro trabajo, ya que sin tal punto no se podría dar paso al desarrollo de nuestro tema como el el -- adiestramiento para la atención del enfermo con SIDA.

Relación Individual del Trabajo: "se entiende como tal la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona mediante el pago de un salario cualquiera que sea el acto le dé origen". (7)

El concepto anterior es incompleto, ya que omite mencionar que el patrón puede ser tanto una persona ffsi-ca como moral y además, no determina que la relación de - trabajo puede darse sin la existencia de un contrato.

El Doctor Dávalos Morales dice que "...se constituye la relación individual de trabajo teniendo como origen una situación de hecho, esto es, que el trabajador preste un servicio perso--

(7) MANUAL DE DERECHO DEL TRABAJO. Secretaría del Trabajo - Previsión Social (Lic. Pedro Ojeda Paullada, Secretario). Ed. Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo. México, 1979. p. 409.

nal subordinado con el consentimiento tácito del patrón, - que no puede desligarse de la obligación de pagar por el - servicio, pues se han creado ya derechos y obligaciones entre ambos sujetos de la relación laboral".⁽⁸⁾ Creemos que esta idea se encuentra mejor integrada que la anterior, ya que en principio, establece el nacimiento de una relación - de trabajo que surge de una situación de hecho, independien - temente de que se vea precedida por un contrato; derivándo - se por la sola prestación de trabajo derechos y obligacio - nes, tanto para el trabajador como para el patrón, siendo - una de estas obligaciones la de otorgar a los trabajadores la capacitación y el adiestramiento, de lo cual nos ocupare - mos ampliamente en otro capítulo.

El maestro Mario de la Cueva en su obra el Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo determina que, la teoría de la relación de trabajo como una situación jurídica objetiva in - dependiente de su origen, partió de la circunstancia de que nuestro Derecho del Trabajo nació en la asamblea constitu - yente sin conexión alguna con el viejo Derecho Civil.

Por tanto el concepto que nos da el ilustre maes -

(8) JOSE DAVALOS MORALES. Derecho del Trabajo I. Ed. Porrúa, México, 1985. p. 105.

tro es: "una situación jurídica objetiva que se crea entre un trabajador y un patrono por la prestación de un trabajo subordinado, cualquiera que sea el acto o la causa que le dio origen, en virtud de la cual se aplica al trabajador un estatuto objetivo, integrado por los principios, instituciones o normas de la declaración de derechos sociales de la Ley del Trabajo, de los convenios internacionales, de los contratos colectivos y contratos ley de sus normas supletorias". (9)

Para efectos de nuestro estudio, entenderemos como relación de trabajo el concepto aportado por el Doctor Mario de la Cueva, por lo tanto, cuando hagamos referencia a ésta, como elemento necesario para que surjan derechos y obligaciones, daremos por conocido el término; mismo que señala el artículo 20 de nuestra ley.

1.3 SUJETOS DEL DERECHO DEL TRABAJO.

Nuestra materia persigue la regulación de la actividad humana en cuanto al enlace contractual, subordinado y retribuido en una unión laboral.

(9) MARIO DE LA CUEVA. Ob. cit. p. 187.

Para que se dé una relación de trabajo, manifiesta el Doctor Dávalos Morales, deben complementarse dos elementos, como son el objetivo (que es la prestación de un trabajo personal subordinado y el pago de un salario), y el subjetivo (integrado por trabajador y patrón), siendo considerado este último parte esencial en la integración del enlace laboral según el autor Mario de la Cueva.⁽¹⁰⁾

Los sujetos del Derecho del Trabajo son los que conforman la relación laboral.

1.3.1 PATRON.

Este concepto ha tenido diferentes denominaciones a lo largo de la historia, que son: "acreedor del trabajador, empleador, patrón, principal, dador de trabajo, dador de empleo, empresario, locatario".⁽¹¹⁾

El concepto de patrón en nuestra materia lo aporta la Ley Federal del Trabajo en su artículo 10°, el cual a la letra dice: "patrón es la persona física o moral que utiliza los servicios de uno o varios trabajadores".⁽¹²⁾

(10) JOSE DAVALOS MORALES. Ob. cit. p. 89.

(11) Ibidem. p. 97.

(12) NUEVA LEY FEDERAL DEL TRABAJO. Ob. cit. p. 89.

La noción que nos ofrece la ley es correcta, ya que patrón puede ser tanto una persona física como una moral y, es el que recibe los beneficios del trabajo realizado por otra persona, a cambio de un salario.

Por lo consiguiente, el Doctor Dávalos Morales toma del concepto legal los siguientes elementos:

"El patrón puede ser una persona física o moral y es quien recibe los servicios del trabajador". (13)

El autor Ernesto Krotoschin establece que el concepto de patrón "resulta de la contraposición en que éste lógicamente debe estar con respecto al trabajador. Por consiguiente: patrón es la persona que ocupa a uno o varios trabajadores". (14)

La idea de este escritor nos parece muy genérica, ya que omite especificar que el patrón puede ser tanto una persona física como una moral al igual que el servicio que recibe es a cambio de un salario justo y adecuado a las necesidades del trabajador.

(13) JOSE DAVALOS MORALES. Ob. cit. p. 98.

(14) ERNESTO KROTOSCHIN. Curso de Legislación de Trabajo. Ed. Depalma, Buenos Aires, 1959. pp. 37, 38.

Por otra parte, Guillermo Cabanellas concibe al patrón como: "toda persona, tanto natural como jurídica, - bajo cuya dependencia continua y por cuya cuenta se ejecuta la obra o se presta el servicio que ha sido materia del contrato celebrado con el trabajador..."⁽¹⁵⁾

El estudioso Juan D. Pozzo concretiza que "el 'empleado' es aquel que tiene directa o indirectamente el poder de disposición de las actividades de los empleados que trabajan a su servicio y que es, en definitiva, el beneficiario de la prestación laboral y, por consiguiente, se encuentra obligado al cumplimiento de todas las obligaciones que surgen de la relación de trabajo".⁽¹⁶⁾

Partiendo de las ideas analizadas daremos nuestro concepto de patrón, ya que ninguno de los anteriores nos parece completo, será: la persona física o moral, que utiliza los servicios de uno o varios trabajadores, teniendo además directa o indirectamente el poder de disposición de las actividades de los empleados, por cuya cuenta se ejecuta la obra o se presta el servicio, siendo en definitiva, el bene

(15) GUILLERMO CABANELLAS. Tratado de Derecho Laboral. T. - II. Ed. Graficos, Buenos Aires, 1949. p. 46.

(16) JUAN D. POZZO. Derecho del Trabajo. T. I. Ed. Ediar, Buenos Aires. 1948. pp. 484, 485.

ficiario de la prestación laboral, obligándose de esta manera, al cumplimiento de los deberes que surjan de la relación de trabajo.

1.3.2 TRABAJADOR.

El trabajador es uno de los sujetos que constituye el enlace laboral junto con el patrón. Pero para poder entender mejor esta figura la analizaremos ampliamente en este apartado.

La persona que presta un servicio a otra a través de la historia "...se le ha denominado de diversas maneras: obrero, operario, asalariado, jornalero, etc., el concepto que ha tenido mayor acogida, tanto en la doctrina como en la legislación, es el de trabajador".⁽¹⁷⁾

Como hemos visto, la designación que se le ha dado a este integrante del vínculo ha sufrido varias modificaciones, pero independientemente del nombre que se le asigne sigue siendo el sujeto explotado por un patrón y el que depende de un trabajo para su subsistencia.

(17) JOSE DAVALOS NORALES. Ob. cit. p. 90.

Actualmente la situación del trabajador económica, jurídica, social, cultural y política ha mejorado mucho.

Estamos de acuerdo con el Doctor Dávalos, en que la denominación más adecuada para este elemento subjetivo - integrante de la conexión de trabajo es "trabajador" ya que de esta forma hace referencia de él la ley de la materia en su artículo 8°, el cual a la letra dice: "trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado".(18)

Con la idea que aporta la ley, se entiende que el trabajador puede ser cualquier persona física sin distinción de sexo, edad, religión o raza, tal razonamiento lo complementamos con el artículo 3° párrafo segundo de la Ley Federal del Trabajo que instituye que no podrá establecerse distinciones entre los trabajadores por motivo de raza, sexo, credo religioso, doctrina política u condición social.

El mismo autor da cuatro elementos para definir la figura del trabajador, los cuales son:

(18) LEY FEDERAL DEL TRABAJO. 8a. edición. Ed. Secretaría - del Trabajo y Previsión Social. p. 35.

- El trabajador siempre será una persona física.
- Esa persona física ha de prestar un servicio a otra persona física o moral.
- El servicio ha de ser en forma personal.
- El servicio ha de ser de manera subordinada.⁽¹⁹⁾

El Licenciado Alfredo Sánchez Alvarado nos define al trabajador como "la persona física que presta un servicio físico, intelectual o de ambos géneros en forma subordinada, partiendo siempre, en todo caso, de un criterio eminentemente subjetivo. Cuando una persona preste un servicio delegando su iniciativa hacia el que lo recibe, será trabajador, sujeto del estatuto laboral".⁽²⁰⁾

Este escritor toca un tema importante, al decir que el trabajador puede prestar un servicio físico o intelectual, debiendo recibir por éste una gratificación.

El estudioso Mario de la Cueva dice que: "el hombre trabajador es el eje en torno del cual gira el estatuto laboral".⁽²¹⁾ Es lógico presuponer esto, ya que sin el tra

(19) JOSE DAVALOS MORALES. Ob. cit. p. 92.

(20) SANCHEZ ALVARADO ALFREDO. Instituciones del Derecho Mexicano. Ed. Porrúa, México, 1967. pp. 297, 198.

(21) MARIO DE LA CUEVA. Ob. cit. p. 152.

bajador no podría darse una relación laboral, mucho menos - habría una reglamentación que regulara dicho enlace para la protección de sus derechos.

Según lo contemplado en el Manual de Derecho del Trabajo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el trabajador "es la persona física que presta a otra física o moral, un trabajo personal, subordinado, mediante una remuneración, entendiéndose por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independiente del grado de preparación técnica, requerida para cada profesión u oficio".⁽²²⁾

1.4 CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO.

El objetivo de este inciso es entender a la capacitación y al adiestramiento, tanto profesional como técnicamente para adecuarlos posteriormente a la problemática - que se desprenda del fenómeno del SIDA.

Se entiende por capacitación la enseñanza, aprendizaje, aleccionamiento o el sometimiento a un estudio referente de modo o procedimiento de actuar, respecto de la capacidad de una persona, para desempeñar la actividad que le

(22) MANUAL DE DERECHO DEL TRABAJO. Ob. cit. p. 438.

haya sido encomendada y, para la cual lo consideren apto.

Este aprendizaje, lo debe proporcionar el patrón a sus trabajadores, para que la actividad laboral sea realizada satisfactoriamente y con mayores ventajas para el patrón, conforme al artículo 155-A de la Ley Federal del Trabajo que a la letra dice: "Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo..."

Esta capacitación puede ser dentro o fuera de la empresa, ya sea por personal propio o por órganos especializados contratados para dicho fin.

Adiestramiento es el aleccionamiento práctico, es la enseñanza práctica, ejercitar en este caso la enseñanza, la enseñanza práctica de una persona para que realice la actividad para la cual fue contratada, es el ejercitar al trabajador, esto es, el aleccionamiento físico, no tan solo intelectual como en la capacitación.

El adiestramiento, al igual que la capacitación es obligación del patrón proporcionarla al trabajador, esto lo fundamentamos en el artículo 132 fracción XV de la Ley Federal del Trabajo y en el artículo 153-A.

Estimamos incorrecto el razonamiento contemplado en la ley, ya que agrupa a la capacitación y al adiestramiento en el mismo concepto legal, siendo dos nociones totalmente diferentes, aún cuando se refieran ambas a la enseñanza para el mejor desarrollo de una actividad, abarcando la capacitación únicamente el ámbito teórico, en tanto que el adiestramiento es la práctica de la enseñanza teórica, - de tal manera nuestra legislación no es correcta al colocarlas en un mismo término.

El Doctor Mario de la Cueva concretiza que la "capacitación o adiestramiento es la enseñanza teórica y práctica que prepara a los hombres para desarrollar su actividad con el grado mayor de eficacia, la cual, a su vez, será la fuerza que los lance a la conquista de más altos niveles en la escala de las profesiones y oficios".⁽²³⁾

De acuerdo al Diccionario Jurídico, la capacitación es: "En términos generales, cualquier aleccionamiento o aprendizaje, pero para algo positivo... Más en especial, estudios o prácticas a la habilidad ejecutiva en actividades útiles y singularmente en las de índole profesional".⁽²⁴⁾

(23) MARIO DE LA CUEVA. Ob. cit. p. 82.

(24) GUILLERMO CABANELLAS. Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual. T. II, C-D, 14a. edición. Ed. Heliasta, - Buenos Aires, 1979. p. 54.

Por otra parte este diccionario establece que -
adiestramiento es la "instrucción y enseñanza en muy distin-
tas esferas, pero todas ellas con la práctica como objetivo
principal y hasta exclusivo". (25)

Después de analizar las diferentes opiniones res-
pecto de la capacitación y el adiestramiento, preferimos -
dar nuestro concepto, por lo tanto: la capacitación es la
enseñanza, aprendizaje, aleccionamiento, sometimiento a un
estudio (puramente teórico), para el correcto desempeño de
la actividad para la cual fue o va a ser contratado un tra-
bajador, en tanto que el adiestramiento es el aleccionamien-
to práctico, de la enseñanza teórica, siendo éstas, obliga-
ción del patrón proporcionarlas directa o indirectamente, -
para una adecuada realización de las labores.

1.5 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

La conceptualización del SIDA es un tema importan-
te dentro del desarrollo de nuestro trabajo, de esta manera
procederemos a analizar algunos de los principales concep-
tos del mismo.

(25) GUILLERMO CABANELLAS. Diccionario Enciclopédico de De-
recho Usual. T. I, A-B, 14a. edición. Ed. Heliasta, -
Buenos Aires, 1979. p. 164.

Diremos en primer lugar, que SIDA son las siglas que se utilizaron para denominar la enfermedad causada por un retrovirus, es así que SIDA significa, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

"SIDA: Conjunto de síntomas que denotan daños en el sistema inmunológico del organismo humano, provocando la desprotección del cuerpo hacia bacterias, gérmenes, virus y otras enfermedades como el cáncer. Para considerar la inmunodeficiencia como SIDA, debe descartarse los defectos congénitos, desnutrición o algunos tratamientos médicos (como los utilizados para trasplante de órganos). La incidencia de casos de SIDA y su propagación ha adoptado en la actualidad magnitudes epidémicas. La transmisión ocurre por vía sanguínea, sexual y perinatal. El virus responsable deprime el sistema inmunológico, quedando el individuo inmuno deprimido expuesto a adquirir un sinnúmero de enfermedades llamadas oportunistas".⁽²⁶⁾

Otra definición de SIDA es la que nos aporta la Secretaría de Salud y establece:

(26) GLOSARIO DE TERMINOS RELACIONADOS CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SIDA, CONASIDA, México, 1990. p. 41.

"SIDA. Es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que afecta la capacidad del organismo para defenderse de infecciones y diversos tipos de cáncer.

El VIH se localiza principalmente en algunos fluidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales - de las personas, por vía sexual, sanguínea o perinatal (de madre a hijo).

Entre el momento de la infección y la aparición - de la enfermedad pueden transcurrir de 6 a 10 años, período durante el cual la persona infectada puede no tener ninguna manifestación clínica, aunque es capaz de transmitir la infección a otras personas por cualquiera de las vías descritas". (27)

Hay otras concepciones de SIDA de tipo social que en realidad, no dan grandes aportaciones, ya que únicamente son redundantes, como es la proporcionada por el diccionario Larousse:

(27) MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICAS VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas, México, 1990. p. 19.

SIDA: "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o enfermedad en la que los organismos de los aquejados por ella quedando sin defensa alguna para afrontar los agentes infecciosos externos: el SIDA es provocado por un virus que se adquiere principalmente a través de relaciones homosexuales, por medio de agujas de inyecciones infectadas o a causa de una transfusión de sangre contaminadas". (28)

Los conceptos actuales sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida seguramente continuarán modificándose conforme existan estudios y se desarrollen métodos de detección, tratamiento y cura del síndrome.

Referente a esta nueva enfermedad creemos que los médicos y sus auxiliares son los que deben estar mejor preparados ya que dichas personas tienen mayor contacto con tales pacientes y pueden, en cierta forma, evitar su propagación por medio de la asesoría que brindan a la población.

(28) DICCIONARIO PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO, Ramón García-Pelayo Gross, 13a. edición, Ed. Larousse, México, 1990. p. 942.

C A P I T U L O I I
ANTECEDENTES DE LA CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO EN
EL DERECHO DEL TRABAJO EN MEXICO.

Los antecedentes de cualquier institución siempre son básicos para la comprensión de las mismas.

2.1 LEYES ANTERIORES A LA CONSTITUCION DE 1917.

Vemos que el problema relativo a la capacitación y el adiestramiento no es un problema actual, sino que surgió desde que existe el hombre involucrado en una relación de trabajo. En el mismo orden de ideas, se establece que ésta, surge con: "los pueblos de la antigüedad, cuya primera etapa culminó con la gran civilización romana, idearon una estructura de trabajo, sobre la base de la habilidad y la destreza... en los gremios que alcanzó gran auge en la Edad Media". (29)

(29) ALBERTO BRICERO RUIZ, Derecho Individual del Trabajo, Ed. Harla, México 1985, p. 274.

Dentro del gremio el maestro es el proveedor de gran conocimiento y el aprendiz ejecuta lo que éste le encomienda, así él aprende a utilizar las herramientas de trabajo y la función de éstas para poder obtener la materia prima.

En México, el licenciado Briceño Ruiz en su obra menciona que "Morelos, también proclamó el término de los exámenes a los artesanos". (30)

En Francia se utilizó dicho término pero se abolió con la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, al fundar la libre empresa y la libre concurrencia. El licenciado Briceño Ruiz establece que "en México este término no significa destruir la capacitación, sino ampliarla y evolucionar con la creación de nuevos centros de trabajo". (31) No estamos de acuerdo con dicho autor, ya que consideramos que su planteamiento no es correcto porque no se puede someter a un artesano a un examen antes de capacitarlo, sin olvidar que todo trabajador tiene este derecho, sin embargo es válida la aplicación del examen, ya que de esta manera permitirá trabajar a personas calificadas para el desarrollo de tal actividad y se podrá obtener mayor y mejor producción para el mercado.

El autor señalado considera que el contrato a prueba es el an

(30) Ibidem.

(31) Ibidem.

tecedente de la capacitación y adiestramiento, sin embargo, creemos que es el mejor medio que ha inventado el hombre para la explotación de sus semejantes, ya que al trabajador, no se le otorgaba ningún tipo de derecho debiendo éste ejecutar cualquier tarea, además, no contaba con un horario y debía someterse a disciplinas rigurosas, por lo tanto no gozaba de pres tación alguna.

Los movimientos sindicalistas buscaron la abolición de esteti po de contratos y lo lograron, al menos en la Legislación Mexicana.

Es así que no consideramos como antecedente de la capacita ción y el adiestramiento al contrato a prueba.

El contrato de aprendizaje, es aceptado por varias doctrinas, ya que todos nos remiten a él, como el primer antecedente legislativo refe rido a la capacitación y al adiestramiento.

Según el estudioso Kaskel, el contrato de aprendizaje tiene su origen en el contrato de trabajo, para explicar esto nos remite a la an tigua Roma, y expresa que los dueños de los esclavos los prestaban a una determinada persona para que los adiestrara en un arte u oficio, es---to era a cambio de que los esclavos prestaran un servicio al instructor, de esta manera se piensa que surge el contrato de aprendizaje. Posteriormente en la época de Justiniano se le encarga a un profesor que enseñe a los jóvenes, surgiendo así las escuelas, pero el contrato aún no estaba re glamentado ni regulado por ninguna disposición. Con el surgimiento de las

escuelas de artes y oficios pierde su importancia el contrato de aprendizaje. Dicho instrumento, tiene su mayor apogeo en el régimen corporativo medieval, utilizándose este medio no solamente para aprender un oficio sino para ingresar a una -cooperación, pero no es sino hasta el término de la Revolución Francesa que se encuentran solamente algunas reglamentaciones aisladas del contrato de aprendizaje, como es el caso de la regulación que de él hace el Código Civil Mexicano. (32)

CODIGO CIVIL DE 1870.

Teniendo como base el Código Civil Napoleón, Justo Sierra presenta el proyecto del Código Civil Mexicano en el -año de 1859, revisado por la comisión encabezada por el Ministro de Justicia Jesús Terán en 1862, dicha revisión no llega a concluirse definitivamente, reanudándose con posterioridad estableciendo el régimen legal republicano, y queda redactado el proyecto de tal instrumento legislativo, entrando en vigor el primero de marzo de 1870.

(32) KASKEL. Citado por Mario de la Cueva. Derecho Mexicano del trabajo. T. I. 6a. edición. Ed. Porrúa, México, 1961, p.284.

Dicho Código es el primero en México que habla del contrato de aprendizaje y trata cuestiones como la duración del mismo, estableciendo la nulidad en caso de que no se de termine su duración, por otra parte hace referencia a los perfodos de aprendizaje cuya retribución será el conocimiento adquirido, verbigracia dentro de las organizaciones gremiales el maestro podría separar al aprendiz por considerar lo inhábil para aprender, por su parte el aprendiz podía separarse justificadamente porque el que recibía el servicio no cumplía con sus obligaciones, estos son algunos de los supuestos que establece el Código Civil de 1870.

"Este Código regía respecto al contrato de aprendizaje en el Distrito Federal y Baja California."(33)

CODIGO CIVIL DE 1884.

El 14 de diciembre de 1883 se autoriza la reforma al Código Civil de 1870, de esta manera llegamos al Código Civil de 1884 cuyo contenido no modifica en nada el contrato de aprendizaje.

(33) CUEVA, Mario de la., Ob. Cit., p. 286.

2.2 CONSTITUCION DE 1917.

En lo que respecta al aprendizaje en la carta Magna "El constituyente de Querétaro no se refirió a esta cuestión en el contenido del artículo 123 constitucional" (34)

Al no referirse la Constitución de 1917 en su artículo 123 al aprendizaje, mucho menos lo hace en cuanto a la capacitación y al adiestramiento, no es, sino hasta la reforma del 9 de enero de 1978 que se modifica la fracción XIII del artículo 123, que anteriormente establecía que "...deberá de reservar un terreno no menor de cinco mil metros para establecer mercados públicos, centros recreativos y la prohibición radical de establecimientos de bebidas embriagantes y de casas de juego de azar". (35)

Posteriormente a esta reforma la fracción XIII establece la obligación del patrón de capacitar y adiestrar a los trabajadores, diciendo textualmente:

"Las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores capacita-

(34) CUEVA, Mario de la. Ob.Cit. p.282.

(35) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada por la Universidad Nacional Autónoma de México, 75a. ed. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México 1985.

ción o adiestramiento para el trabajo..."⁽³⁶⁾ de esta manera es elevada la disposición a rango constitucional.

2.3 LEY FEDERAL DEL TRABAJO DE 1931.

En esta Ley encontramos la regulación del contrato de aprendizaje por primera vez en una legislación cien - por ciento laboral.

La Ley de 1931 dedicó el título tercero al contrato de aprendizaje, considerando en éste la retribución, dividiéndola en dos partes:

- 1.- La enseñanza de un arte u oficio y
- 2.- La tribución convenida.

En primer lugar, en su artículo 218 establece que el contrato de aprendizaje es aquel en el cual una persona - se compromete a prestar sus servicios personales a otra, reciendo a cambio enseñanza en un arte u oficio y la retribu ción convenida.

(36) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Comentada por la Universidad Nacional Autónoma de México, 75a. ed. E. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 1985.

Su reglamentación en la Ley Federal del Trabajo de 1931 consiste en:

- Formación del contrato: este contrato se integra mediante el acuerdo de patrón y aprendiz (art. 219 Ley Federal del Trabajo de 1931.

- Obligatoriedad del contrato: están obligados los patronos a no admitir menos de 5 aprendices por cada cien trabajadores de cada profesión u oficio.

Los aprendices son escogidos, preferentemente, en tre los hijos de los trabajadores.

El artículo 224 fracción V señala la preferencia de los aprendices en cuanto a las vacantes, esta disposición fue adoptada en el contrato ley de la industria textil del algodón.

- Edad mínima del aprendiz: la ley no establece específicamente nada, solamente determina en su artículo 231 que en el área marítima y ferrocarrilera no se admitirán trabajadores menores de 16 años.

- Cláusulas del contrato: debe especificarse claramente el grado, y tiempo de enseñanza del arte, oficio o

profesión.

- Objeto del contrato y la retribución que corresponde al aprendiz (por sus servicios en cada período del aprendizaje).

- Jornada de trabajo: se sujeta a las disposiciones generales y a las de los menores en su caso (art. 222).

- Retribución del aprendiz. Art. 224 fracción II.; puede consistir en dinero, en vestido o alimentos, constituyendo una obligación del patrón, de esta manera sólo tendrá derecho a recibir un salario mínimo. "Quien está aprendiendo un oficio no puede exigir que ese oficio que ignora le proporcione los medios de sostener a una familia".⁽³⁷⁾

- Obligaciones del aprendiz. Art. 223 de la ley guardar respeto al maestro o patrono y a sus familiares.

- Obligación del patrón: proporcionar la enseñanza primordialmente y pagar la retribución convenida.

(37) Ejecutoria de la cuarta sala.
Ejecutoria de 23 de junio de 1942; amparo directo
7428/41/2a; Carlos Marín y Coagraviados.

- Duración del contrato: se limita al tiempo necesario a la enseñanza del aprendiz, generalmente, es por tiempo indeterminado (no se impide la fijación de un término) pero no podrá exceder de un año en perjuicio del aprendiz.

- Rescisión del contrato. Art. 225 y 226 de la

Ley:

- a) por culpa del patrón.
- b) porque se agote la materia.
- c) por incumplimiento de las obligaciones del patrón.

Trabajador.

- a) Faltas graves en contra del patrón y su familia, y
- b) La falta de cumplimiento de las obligaciones.

- Acciones derivadas de la separación: el que es despedido o se separa del trabajo por causas imputables al patrón tiene derecho a un mes y medio de indemnización.

"Puede intentar la acción de reinstalación cuando

son despedidos". (38)

- Exámenes de aprendiz. Art. 227 de la ley establece que los aprendices de oficios calificados serán examinados cada año o cuando lo soliciten por un jurado mixto de peritos obreros y patronos, calificando aptitud y conocimiento.

- Riesgos profesionales. Art. 292 de la ley. "El patrón está obligado a indemnizar a los aprendices por riesgos profesionales sufridos".

Esta figura representó un gran avance, pero más aún las regulaciones del aprendizaje establecido en la ley.

Sin duda estas disposiciones fueron superadas por los actuales preceptos legislativos acerca de la capacitación y el adiestramiento, ya que además de darle al trabajador un cúmulo de conocimientos se le proporciona, así mismo, la práctica, la cual no le es proporcionada por escuela al----

(38) Ejecutoria de 12 de noviembre de 1935.
Toca 13131/32/29, Empresa de Teléfonos Ericson, S. A., --
se decidió por la informática.

guna.

La capacitación y el adiestramiento son indispensables, conclusión a la que hemos llegado, después de analizar, sus antecedentes, como lo es el contrato de aprendizaje, el cual ya era un gran avance para su época en comparación a la regulación que de este contrato hicieron en otros países.

En otro orden de ideas, los trabajadores además de ser adiestrados y capacitados, deben ser actualizados para en frentar los nuevos problemas que se susciten, por ejemplo, la existencia del virus del SIDA, la necesidad de capacitar al personal médico en cuanto al tratamiento adecuado que se debe prestar a los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

2.4 LEY FEDERAL DEL TRABAJO DE 1970.

A partir de 1968, determina el licenciado Briceño Ruiz en su obra, se empezó a marcar una tendencia para la creación de la Ley de 1970.

La capacitación y el adiestramiento, en cuanto al

criterio del licenciado Briceño Ruiz, debe de ser motivada tanto por patrones como por trabajadores "para los primeros significa contar con personal mejor preparado para la elaboración de sus productos o la prestación de sus servicios. El escalafón ciego dió paso a la aptitud del trabajador; frente a la misma antigüedad ascenderá el más capaz". (39)

Esto ratifica nuevamente que dicha obligación del patrón y correlativo derecho del trabajador propicia una mejora para ambas partes.

En la iniciativa de Ley de 1970 respecto de la obligación patronal de proporcionar la capacitación, cita el licenciado Briceño Ruiz, que el sector patronal sostuvo que: "en cuanto hace a los programas de capacitación y adiestramiento profesional (art. 132, fracc. XV) quedarían regulados de conformidad a lo propuesto por la representación empresarial, en lo que se refiere a la capacitación industrial y aprendizaje incluidos. Capítulos I Bis y II Ter. del Título VI". (40)

Los capítulos propuestos se basaban en las consi-

(39) Alberto Briceño Ruiz. Ob. Cit. pp. 275, 276.

(40) Ibidem.

deraciones que enunciaremos posteriormente.

En el informe del primero de septiembre de 1965, el señor presidente Lic. Gustavo Díaz Ordaz, fundó su exhortación para la capacitación de los trabajadores y formación técnica diciendo que las dos terceras partes del incremento en los ingresos del mundo, observado en los últimos diez años, provenía de la tecnología y no de los recursos materiales ya que como se estableció en este informe gracias a esta tecnología podemos obtener y dar un mejor servicio, pero, creemos que sin ésta no alcanzaremos mejoras. Además considera que lo realmente importante es que: "el país necesita lograr... una alta tasa de inversión intelectual". (41)

Con la industrialización del país, se exige que quienes ocupen los puestos referidos a la producción, administración e investigación, sean capaces y actualizadas, con el objeto de obtener mejores prestaciones, mejor producción y así se mejorará al país.

(41) Ibidem.

Sabemos que México no cuenta con personal calificado en todos los niveles, como consecuencia se propicia el fenómeno del desempleo y subempleo para la mano de obra calificada.

Al trabajador no sólo debe capacitársele sino también, proporcionarle alicientes y ofrecerle con esta un bienestar económico y social.

Tanto el Congreso General como el Poder Ejecutivo Federal, han expedido entre otras, las siguientes disposiciones legislativas y reglamentarias, a fin de corregir la notoria desproporción que existe entre el desarrollo industrial del país y el insuficiente número de trabajadores debidamente preparados (Decreto Presidencial del 26 de noviembre de 1963, Diario Oficial de 5 de diciembre). (42)

a) Decreto del Congreso General, de 31 de diciembre de 1956, adiciona a la fracc. XXI del art. 3 de la Ley -

(42) Ibidem.

Federal del Trabajo de 1931, la cual impone la obligación, a los patrones de proporcionar la capacitación técnica y práctica a los trabajadores en sus propias especialidades.

b) Ley del 3 de enero de 1963 (D.O. del 1° de febrero) incorpora a la Ley de Ingresos de la Federación para 1964 el impuesto del 1% que tenía como destino la enseñanza media superior y universitaria y a la capacitación técnica y profesional.

c) Decreto de 15 de mayo de 1962 modificado por el del 27 de abril de 1964 a través del cual se crea el Centro Nacional de Enseñanza Técnica Industrial, pues el país, debido a su desarrollo industrial requiere la formación de técnicos de preparación media.

d) Decreto del 26 de noviembre de 1963 que establece el Consejo Nacional de Fomento de los Recursos Humanos para la Industria. En este decreto el señor presidente proclama la necesidad de corregir la desproporción entre el desarrollo industrial del país y el insuficiente número de trabajadores capacitados.

e) Con base en los decretos citados, la Secretaría

de Educación Pública, según informes de su Dirección General de Enseñanzas Tecnológicas Industriales y Comerciales, en octubre de 1966 tenfa establecidos treinta centros de capacitación para el trabajo industrial en la República, con objeto de ayudar a resolver el problema de mano de obra para la industria.

El Estado Mexicano y los industriales se han esforzado para preparar mejor a los trabajadores y elevar su situación tanto laboral como económica.

Pero debe diferenciarse entre la formación profesional de trabajadores a cargo de pequeños talleres artesanales y la capacitación que proporcionan las grandes industrias, en las primeras, como establece el licenciado Briceño Ruiz se da por el contrato de aprendizaje que debe subsistir como subsiste en los países altamente desarrollados como es el caso de Francia, Japón, Inglaterra y Estados Unidos. (43)

"La iniciativa presidencial descansa en el principio de que las autoridades del trabajo previa consulta con

(43) Idem p. 277.

las organizaciones de trabajadores y de patrones, deben formular planes de estudio los que podrán revisarse periódicamente"⁽⁴⁴⁾ dicha iniciativa fue de gran importancia y avance ya que si los planes de estudio van a afectar a trabajadores y patrones, lo más lógico es que ellos opinen sobre él.

Artículo 132 fracción XV de la Ley Federal del Trabajo de 1970 establece: se organizarán periódicamente cursos de capacitación para los trabajadores que están prestando sus servicios, esta obligación se impone en beneficio de las mismas empresas, pues su personal quedará mejor capacitado. En el fondo de esta proposición se observa una negativa a colaborar en la resolución de un problema nacional por parte de los empresarios y patrones en general.

Este artículo, adiciona el licenciado Briseño Ruiz: "es suficientemente amplio y se redactó, con ese propósito, a efecto de que la capacitación profesional pueda realizarse en armonía con las exigencias y con el progreso continuo de la ciencia y de la técnica"⁽⁴⁵⁾ esto es, que el trabajador siempre tendrá el derecho de actualizarse y el

(44) Idem .. p. 279

(45) Ibidem.

patrón la obligación de proporcionarle periódicamente esta actualización, pero es necesario señalar que ésta es en medida del crecimiento y desarrollo de la empresa.

El texto original de la fracción XV del artículo 132 de la Ley Federal del Trabajo de 1970 decía:

"Organizar permanentemente o periódicamente cursos de capacitación profesional para sus trabajadores, de conformidad con los planes y programas que elaboran la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las autoridades del trabajo de los estados, territorios y Distrito Federal, previa consulta con las organizaciones de trabajadores y de patronos, estas mismas autoridades vigilarán la ejecución de los planes".⁽⁴⁶⁾

La ley de 1970 también establece en su artículo 3º párrafo tercero que "es de interés social promover y vigilar la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores".

No es sino hasta la reforma publicada en el D. O.

(46) LEY FEDERAL DEL TRABAJO, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, p. 92.

del 9 de enero de 1978 que se incluye la capacitación y adiestramiento en el artículo 123 fracción XII y como consecuencia de estas reformas se incluye en nuestra ley (que fue publicada el 28 de abril de 1978 y entra en vigor el primero de mayo) el capítulo II Bis de la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores a partir del artículo 153-A hasta el 153-X regulando ampliamente esta obligación patronal y derecho del trabajador.

C A P I T U L O I I I .

ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN EL- MUNDO Y EN MEXICO.

3.1 PRINCIPALES ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIEN- CIA ADQUIRIDA (SIDA) EN EL MUNDO Y EN MEXICO.

La suerte de las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana sigue siendo un enigma, ya que -- su investigación comienza alrededor de 1980 cuando se logra - aislar por primera vez el virus causante de la enfermedad de SIDA.

Partiremos diciendo que el virus causante de esta

enfermedad pertenece a la clase de los retrovirus, los cuales fueron identificados como agentes infecciosos a principios de siglo como la causa del padecimiento en una amplia variedad de infecciones, pero fue hasta 1980 que se logró aislar el retrovirus responsable de una enfermedad humana. Los retrovirus únicamente pueden vivir y reproducirse dentro de una célula humana a la cual infectan. El retrovirus contiene solamente el material genético llamado ARN (ácido ribonucleico) que al penetrar en la célula humana tiene la capacidad de transformarse en ADN (ácido desoxirribonucleico) y de incorporarse así al material genético de la célula huésped, por esto consideramos al VIH (virus de inmunodeficiencia humana) como un retrovirus. (47)

Cuando se logró aislar el virus causante de la enfermedad de SIDA fue denominado previamente como LAV/HTL-V-III/ARV, por sus descubridores. Las siglas corresponden a nombres en inglés. El primero fue denominado VIRUS ASOCIADO con LINFADENOPATIA (LAV) por el Dr. Luc Montagnier y cols. en el Instituto Pasteur en Francia en mayo de 1983. El segundo fue denominado VIRUS LINFO TROPICO HUMANO TIPO 3 (HTL-V-III) en mayo de 1984 por el Dr. Roberto Gallo y cols. en

(47) GLOSARIO DE TERMINOS RELACIONADOS CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Ob.Cit. p.40.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, y por último se le llamó VIRUS RELACIONADO al SIDA (ARV por el Dr. Jay Levy y cols., en la Escuela de Medicina de la Universidad de California en San Francisco en agosto de 1984, posteriormente un comité de taxónomos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar una sola denominación para el virus causante del SIDA, VIRUS de la INMUNODEFICIENCIA HUMANA, cuyas siglas en español son VIH y en inglés HIV, este nombre substituye a las denominaciones anteriores. (48)

Como a observamos el SIDA es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, el VIH, pero también hay que señalar que es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse. Durante este período, el individuo infectado es, a la vez infectante, es decir, capaz de transmitir la infección.

En múltiples estudios realizados se ignora cual es el origen geográfico del virus pero sin duda los primeros casos de esta enfermedad ocurrieron ya hace algunas décadas ignorando que se tratara obviamente de una enfermedad -

(48) Ibidem. p. 33

tan compleja como es el SIDA, siendo probable que los médicos que atendían tales causas quedaran asombrados antes tales cuadros clínicos sin sospechar que se enfrentaban a una nueva enfermedad para la cual se les debía de preparar.

Pero para entender mejor esta enfermedad mencionaremos algunas de las primeras causas de lo que se tuvo conocimiento en el mundo.

En el año de 1977, un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire de 34 años de edad, que viajó a Bélgica en 1977 para conocer el origen de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. Murió un año después con un cuadro clínico compatible con el SIDA.

En 1976, la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres. El padre desde 1966, presentó un cuadro clínico con infecciones respiratorias frecuentes, muriendo en abril de 1976. La madre, en el año de 1967 se le detectan infecciones constantes empeorando con el diagnóstico de leucemia, y con un cuadro de demencia progresiva, murió en diciembre de 1976. A la niña se le detectan persistentes infecciones bacterianas con complicaciones pulmonares, y murió en enero del mismo año. Detectándose el SIDA al reali-

zarles la prueba de Eliza y Western Blot (pruebas detectables del VIH) en sueros congelados desde 1971.

En la década de los 60's se tiene notificado el caso de un adolescente de 15 años que murió en San Luis Missouri con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

Actualmente se conoce que desde 1978 se tuvo noticias de casos que aparecieron en Estados Unidos de Norteamérica en hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi provocando así una asociación entre el SIDA y la homosexualidad.

Pero no es hasta junio de 1981 que se detecta por primera vez en conjunto y esto sucedió en la ciudad de los Angeles, California, que registran a 5 pacientes homosexuales que padecían neumonía, provocada por un microbio llamado Preumacystis carinii, enfermedad⁽⁴⁹⁾ poco frecuente entre personas jóvenes. Aparentemente, el único factor común entre los 5 era su homosexualidad. A partir de este momento se comenzó el estudio científico y profundo de casos como

(49) CESAR SEPULVEDA AMOR. et. al. Sida Ciencia y Sociedad en México, Eds. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica. México. 1989. pp 17-20.

éstos por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, en E.U.A., cuya actividad es registrar cada enfermedad en los Estados Unidos así como infecciones tumorales o degenerativas, de igual manera regula el consumo de ciertos productos farmacéuticos. (50)

En nuestro país la investigación o la incursión en esta enfermedad SIDA, ha sido objeto principalmente de múltiples actividades académicas y clínicas siendo éstas de gran importancia e interés para nuestro tema a tratar. Así mismo es objeto de actividades de las autoridades sanitarias y de la constante supervisión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Principalmente todas las actividades anteriormente señaladas se empezaron a desarrollar a partir del primer caso de SIDA detectado en México el cual fue diagnosticado en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en 1983, y hasta el primero de enero de 1988 se habían atendido 127 enfermos en la Institución, de éstos eran 106 hombres y una mujer. La edad promedio fué de 35.3 años. De

(50) "Los primeros cinco años de la Epidemia de SIDA en México". Salud Pública de México Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. Julio-Agosto 1988. Vol. 30, No.4, pp. 543-545.

varones, 94 (88%) refirieron homosexualidad y 33 (35%) de ellos se declararon bisexuales. La serología por Elisa fue positiva en todos los pacientes en quienes se efectuó. La manifestación inicial en 81 pacientes fue infección oportunista (76%), sarcoma de kaposi en 21 (20%) y ambos en cinco (5%). Cincuenta por ciento de los pacientes había fallecido a la semana 22 después de establecido el diagnóstico, tras un promedio de hospitalización de 47.7 días por año⁽⁵¹⁾ en este tiempo el médico debía de prestarle toda la asistencia necesaria y tener el conocimiento suficiente acerca de las medidas que debería de seguir para tratar a este tipo específico de pacientes y de esta manera evitar la propagación de la epidemia por algún contacto con líquidos corporales portadores del VIH, y aparte estos pacientes generan un costo de hospitalización en 1987 de 19 millones de pesos por paciente-año. Los gérmenes más frecuentemente identificados fueron: *C. albicans* en 69 pacientes (65%), citomegalovirus en 36 (34%), microbacteria en 32 (30%), *Cryptosporium* en 27 (23%), y *P. carinii* y virus del herpes simple en 23 (22%). Se encontró sarcoma de kaposi en 50 pacientes (47%) y linfomas en cinco (5%). El estudio de seroprevalencia mostró que aproximadamente 30% de los homosexuales asintomáti-

(51) Id. p. 544-545.

ticos de la ciudad de México ha adquirido la infección por VIH. Las manifestaciones de SIDA en pacientes estudiados en México fueron semejantes a las informadas en otros países, pero fue más frecuente el antecedente de bisexualidad y las infecciones por *Cryptosporidium*, y menos frecuente el antecedente de drogadicción por vía endovenosa y las infecciones por carinii. (52)

Pero estos porcentajes simplemente nos sirven para ver el inicio del desarrollo del SIDA en México ya que actualmente estos porcentajes han variado como lo veremos posteriormente al manejar las más recientes estadísticas recabadas.

Los porcentajes señalados en este inciso manifiestan que el virus de inmunodeficiencia humana se ha propagado con rapidez en todo el mundo, convirtiéndose su control en uno de los objetivos primordiales de las autoridades de salud.

(52) *ibidem*.

3.2 HISTORIA NATURAL DEL VIH.

Se le llama historia natural de la enfermedad, al curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo, cuando no se aplican elementos exteriores para detenerlo o corregirlo. Cada enfermedad tiene su historia natural y para poder estudiarla es necesario observar un grupo grande de pacientes y seguir su evolución durante periodos lo suficientemente prolongados para detectar las variantes que puede haber entre unos y otros individuos del grupo conformado para su estudio. (53)

Como hemos visto el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un grave problema para el sector salud ya que de él depende principalmente que ellos mismos y la población en general tenga una correcta y adecuada información respecto de tal enfermedad.

Como se ha señalado el SIDA es una enfermedad causada por el VIH que afecta la capacidad del organismo para defenderse de infecciones y de diferentes tipos de cáncer.

El VIH se localiza principalmente en algunos flujos

(53) JAIME SEPULVEDA AMOR. Ob. Cit. p.131.

dos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales de personas infectadas por tal virus, que pueden transmitir la infección a otras por vía sexual, sanguínea o perinatal (de madre a hijo). (54)

Entre el momento de contraer la infección y la enfermedad de SIDA pueden transcurrir de 6 meses a 10 años, período durante el cual la persona infectada puede no presentar manifestaciones clínicas, aunque es capaz de transmitir la infección por cualquiera de las vías determinadas.

El VIH agente causal del SIDA ataca selectivamente a ciertos glóbulos blancos que son esenciales para coordinar los mecanismos de defensa del organismo. Cuando se produce la destrucción de esos glóbulos blancos (puede tardar muchos años), las personas infectadas se hacen susceptibles a una amplia variedad de infecciones (cánceres y parasitosis). Además este virus puede atacar a las células nerviosas, provocando trastornos neurológicos. Cuando el VIH penetra en una célula se combina con el material genético de la propia célula huésped, dando lugar a una infección que la mayor parte de los virólogos consideran vitalicia, pero esto lo analizaremos más ampliamente en el desarrollo -

(54) MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VIH/SIDA. Ob. Cit. p. 19.

de la historia natural del VIH.

Antecedentes de la infección por VIH.

El desarrollo de toda enfermedad es resultado de la relación de tres elementos como son: el agente causal, el paciente y el medio ambiente, siempre predominando uno o dos de estos elementos.

Agente Causal.

El agente causal es el VIH, el cual se inmortaliza en las células que infecta del paciente (con membrana CD4), pudiendo permanecer en estado de latencia o activarse (ignorando que factores la provocan).

Factores del Huésped.

Es denominado huésped el sujeto de una infección. Hay cuando menos dos elementos que condicionan que una persona se infecte: el riesgo relativo a la exposición con el virus y la susceptibilidad individual.

Se sabe que cualquier sujeto puede resultar infectado si se expone al virus pero hay grupos de población que están más expuesto a contraer la infección como son: los homosexuales, bisexuales, las personas que requieren con frecuencia transfusiones sanguíneas o sus derivados,

(hemofílicos o los insuficientes renales), los usuarios de drogas intravenosas, los hijos de madres infectadas, los compañeros sexuales (independientemente de su sexo) de infectados o que tengan alto riesgo de contraerlo, los que tienen varias parejas sexuales, prostitutas (as), personal del sector salud (tanto médicos como técnicos). En México al igual que en Estados Unidos y Europa el mayor porcentaje de pacientes son los bisexuales, homosexuales y heterosexuales (con múltiples parejas), pero esto varía dependiendo de la cultura del país, así en África los heterosexuales promiscuos y las prostitutas constituyen el principal foco de diseminación. Además el riesgo de infección va siendo mayor conforme el elemento infectante de la pareja se encuentre en una etapa más avanzada de la enfermedad esto es porque los niveles circulantes del virus van aumentando paulatinamente, en lo respectivo a la transmisión por vía sanguínea estos comprenden desde la simple trans fusión de sangre hasta el uso de jeringas ya sea para la introducción de drogas o con fines médicos en países subdesarrollados. En la Materno-fetal son más afectados los engendros por madres que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, aumentando la posibilidad de que el producto se infecte in utero.

Factores Ambientales.

La influencia más importante de los factores ambientales se ejerce sobre las manifestaciones de la enfermedad, una vez que ya existe un daño significativo en el sistema inmunológico, esto es, los factores ambientales van a influir cuando la enfermedad de SIDA ya exista.

Etapas Inicial. (Infección Por VIH).

El centro para control de enfermedades (Centers for Disease Control) de los Estados Unidos han establecido una clasificación en la cual nos basaremos para describir las diferentes etapas de la enfermedad, el primer grupo se le llama 1.- Infección Aguda, 2.- Infección Asintomática, 3.- Linfadenopatía generalizada persistente, 4.- Otras enfermedades relacionadas con el VIH (Enfermedad constitucional-síndrome de desgaste-enfermedad neurológica e infecciones secundarias).

El momento en que el VIH penetra al organismo es detectable por el cuadro clínico ni por estudios de laboratorio. Tampoco es posible, en la mayoría de los casos, definir en forma retrospectiva el momento en que la infección ocurre.

Entre el 10 y 15% de los pacientes que adquieren la infección, presentan síntomas algunas semanas después.

Al conjunto de síntomas se le denomina "Infección aguda por VIH" siendo éste el primer grupo dado por el CDC, esta etapa se caracteriza por la presencia (principalmente en cuello, axilas y la región inguinal) malestar general (dolores musculares y articulares, falta de apetito, apatía) fiebre y dolor de cabeza y en ocasiones se llega a desarrollar la artritis (inflamación de las articulaciones) y exantema (reacción de la piel que presenta manchas y ronchas).

En ocasiones muy poco frecuentes el cuadro ---- es severo presentando manifestaciones del sistema nervioso, con pérdida del estado de alerta, desorientación in capacidad para lograr concentrarse y desarrollar tareas in telectuales (es la encefalopatía aguda), o bien con dolores intensos de cabeza y dificultad para movilizar el cuello (debido a la inflamación de las capas de tejido que protege al cerebro denominadas meninges) a esta enfermedad se le conoce como meningitis. Habitualmente, la sintomatología cede espontáneamente, 2 a 4 semanas después de haber iniciado, en la mayoría de los casos, sin dejar secuelas, salvo en casos especiales que permanece el crecimiento gan glional.

Este cuadro se debe, en parte, al efecto de la replificación viral dentro del organismo. Se considera que la posibilidad de que un infectado presente un cuadro agudo depende en parte de la cantidad de virus con los que el sujeto resulto infectado, con base en los datos actuales no puede afirmarse que un paciente con infección aguda sintomática tenga mayor posibilidad de desarrollar SIDA a menor tiempo de sobrevida que un paciente que no haya tenido sín tomas.

En un porcentaje que va del 85 al 90%, los pacien tes no manifiestan por ningún síntoma estar infectados por el VIH únicamente se descubre por el hecho de que los exá menes para la detección de anticuerpos se vuelven positi vos a esto se le conoce como seroconversión. Se denomina seroconversión al momento en que un paciente previamente negativo se torna positivo.

El tiempo promedio en que un paciente manifieste por medio de exámenes estar infectado por el VIH es de 6 a 14 semanas pero esto varía de paciente a paciente incluso puede ser de varios meses y aún más puede manifestarse la seroconversión después de un año. A ese lapso en el cual un paciente se encuentra infectado pero no tiene anticuer pos detectables se le denomina período de ventana, esta

etapa se considera de alto riesgo ya que aún cuando no se han detectado anticuerpos el sujeto portador del virus lo puede estar transmitiendo por los medios mencionados anteriormente. El riesgo que se corre al transfundir sangre a una persona es con aquellos donadores que se encuentran en periodo de ventana, por ello el personal tanto médico como técnico recomiendan a las personas que practican actividades de alto riesgo se abstengan de donar sangre.

Período de Infección Asintomática (Grupo II).

Independientemente de que la persona contagiada por el VIH haya presentado cuadro de infección aguda, todos los pacientes infectados pasan por una fase en la cual no tienen ninguna manifestación clínica, y en ellos la infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas, estos individuos corresponden al grupo II de la clasificación de la CDC.

Una vez que el virus circula en la sangre ataca selectivamente a ciertos glóbulos blancos que son esenciales para coordinar los mecanismos inmunitarios de defensa del organismo, y algunas células del sistema nervioso, provocando trastornos neurológicos.

El virus se adhiere a la célula, la penetra y ter

mina por incorporarse al DNA (ácido desoxirribonucleico, información genética) propio de la célula. El virus permanece latente dentro de la célula sin destruirla, hasta que la célula sea activada por el sistema inmunológico para responder a otra infección provocada por el mismo virus o por otra infección. De esta manera destruye la célula que lo aloja, existiendo una liberación de partículas virales que penetran las células afines para replicarse nuevamente, este deterioro inmunológico es lento y es cuando el paciente se encuentra asintomático, identificado entonces como seropositivo, ello no quiere decir que no puede transmitir el virus de una persona a otra y que no este sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

Linfadenopatía Persistente Generalizada (Grupo III).

El término de Linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos (sistema de respuesta de defensa) que se caracteriza por el crecimiento de los ganglios linfáticos de más de 1 cm de diámetro, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto, estos persisten durante 3 meses por lo menos.

Estos ganglios son parte importante del sistema inmunológico, viéndose afectadas por un número considera-

ble de enfermedades, tanto infecciosas como tumorales entre otras.

Estos enfermos pertenecen al grupo III de la clasificación mencionada. Para poder considerar a un paciente en esta etapa se requiere:

1.- Que tenga una prueba de anticuerpos contra VIH positiva.

2.- Que tenga crecimiento ganglionar (con ganglios mayores a 1 cm de diámetro) en, por lo menos, dos regiones anatómicas (exceptuando las ingles), de ahí el término "generalizada" (se presentan en regiones cervicales, axilares, occipitales y submaxilares).

Pero hay que aclarar que los pacientes que manifiestan linfadenopatía por VIH no necesariamente van a desarrollar SIDA con mayor frecuencia o a vivir menos que los pacientes que permanecen durante lapsos prolongados en el grupo II.

Evolución de Estado Asintomático o Linfadenopatía a SIDA (período de incubación).

Se le denomina período de incubación entre el momento de una infección y la manifestación clínica de la inmunodeficiencia.

Se desconoce si en un momento dado todos los pacientes que resultan infectados por VIH van a desarrollar SIDA, pero de acuerdo a las investigaciones realizadas hasta el momento debido a que no hay tratamiento efectivo, la gran mayoría lo presenta, aún cuando se tiene conocimiento que las personas infectadas por transfusión la desarrollan en más corto tiempo entre un tiempo promedio de 4.5 a 6 años.

Hay pacientes en las cuales la determinación de anticuerpos contra VIH habiendo sido positiva, se negativiza espontáneamente. Aunque ello sugiere que algunos pacientes eliminan espontáneamente el virus de su organismo, se trata de datos aislados e incompletos que requieren de corroboración en el futuro.

Marcadores de la Progresión de la Infección.

La progresión a SIDA de un paciente seropositivo depende, en términos generales, de la rapidez con que el VIH esté replicándose (y por lo tanto, destruyendo el sistema inmunológico). Se han estudiado varias formas de definir esa actividad viral que permiten predecir la posibilidad de que un paciente desarrolle SIDA. De estos predictores los más confiables son los que a continuación trataremos de explicar.

Determinación de Antígeno Circulante.

La presencia de antígenos en suero indica que el virus se está replicando y circula libremente en el organismo. Cuando el virus se encuentra en estado de latencia, almacenado como parte de la información genética de las células, resulta imposible detectar antígenos. La antigenemia persistente refleja entonces una replicación viral continua, que terminará por dañar significativamente el sistema inmunológico.

Detección de Anticuerpos Específicos contra la fracción Central del VIH.

El organismo responde a la infección por VIH produciendo anticuerpos. La presencia de anticuerpos contra el VIH es detectable mediante una prueba denominada inmunoelectrotransferencia (conocida también como Western Blot). Se considera que los anticuerpos contra esa infección cumplen una función inhibitoria (cuando menos parcial) sobre la replicación del virus, y que, por lo tanto, su ausencia implica una mayor predisposición a desarrollar inmunodeficiencia. Un paciente en el cual esos anticuerpos estuvieron inicialmente presentes, para después desaparecer, tiene mal pronóstico.

Marcadores Clínicos.

Algunos datos clínicos también ayudan a definir el pronóstico de un paciente infectado por VIH. De ellos, los que tienen mayor valor son los formados de infección bucofaríngea persistente, la primera de ellas, producida por un hongo denominado Candida, se manifiesta por lesiones blanquecinas en las mucosas, conocidas comúnmente como "algodoncillo". La otra, denominada leucoplasia pilosa oral, se caracteriza por lesiones corrugadas en los bordes y en la cara inferior de la lengua, y se atribuye al virus de Epstein-Barr. El desarrollo de herpes zoster, una infección producida por el virus de la varicela, caracterizada por lesiones similares a las de esa enfermedad, pero localizadas solamente en el área de distribución de un nervio (casi siempre la espalda), es asimismo considerado como dato de inmunodeficiencia incipiente.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Grupo IV)

En el grupo IV se incluye a aquellos pacientes que tienen evidencias de inmunodeficiencia grave y estrictos a fin de no cometer errores al establecer el diagnóstico de SIDA. Como ya se menciona es probable que todos los pacientes infectados por VIH desarrollen SIDA como etapa final del proceso evolutivo que esa infección implica. Des-

pués de un período previo asintomático o con síntomas mínimos, el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde, y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo, aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, principalmente en el sistema nervioso central.

Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tan específicas que su presencia sugiere necesariamente el diagnóstico de SIDA, por ejemplo, el Sarcoma de Kaposi (cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos). La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, ya que aparece en individuos mayores de 60 años, de origen mediterráneo, que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metástasis a órganos internos. La forma "epidémica" está relacionada con el SIDA, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo y tiende a dar metástasis a órganos internos), la infección por Candida en el esófago, o la presencia de neumonía producida por Pneumocystis carinii, en pacientes en los que no hay otra explicación posible para la inmunodeficiencia. Sin embargo aunque existen datos que puedan sugerirlo

es frecuente que el diagnóstico de SIDA re-ulte difícil, particularmente si el médico no tiene la debida capacitación y adiestramiento para detectarlo, la experiencia de casos similares o simplemente no piensa en él, debido a su cuadro insidioso inicial, ya que en el principio del síndrome suele haber cuadros inespecíficos, por esto sugerimos que el médico debe ser adiestrado para detectar tal enfermedad ya que de no ser así puede provocar que se siga distribuyendo la epidemia.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por Candida en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, etcétera. Otra situación común es la de un paciente con insuficiencia respiratoria aguda, por lo general debida a una neumonía por Pneumocystis carinii u otros agentes por todo esto se recomienda nuevamente que el médico debe de estar actualizándose respecto de esta enfermedad ya que debido a su complejidad en determinado momento la podría confundir y dar un diagnóstico erróneo.

Aproximadamente 10% de los pacientes desarrollan cuadros muy floridos y graves que los llevan rápidamente a la muerte. En el resto de los pacientes, el curso es insidioso y progresivo, conduciéndolos a un deterioro que en un periodo variable -de 8 meses a 4 años (en México hasta 2 años y medio)- produce una invalidez total. Es común que estos pacientes fallezcan por insuficiencia respiratoria, choque séptico, hemorragia de tubo digestivo y estado de coma, consecuencia en la mayoría de los casos, de infecciones graves diseminadas, neoplasias (tumor que puede ser benigno o maligno) extensas, o de atrofia cerebral y daño neurológico producidos directamente por el VIH.

Es importante que el médico tenga en cuenta que los pacientes infectados no tienen una sola manifestación y por ello, sobre todo en etapas terminales de la enfermedad podrían ser incluidos en más de un grupo y el médico debe de saber esto para poder manejar adecuadamente al paciente infectado y no provocar rápidamente su desenlace. (55)

Las manifestaciones clínicas que puede desarrollar el individuo son las siguientes:

(55) JAIME SEPULVEDA AMOR. Ob. Cit. pp. 135-143.

a.- Síndrome de desgaste o enfermedad constitucional. Caracterizada por pérdida de peso involuntaria mayor de 10% del peso corporal y diarrea crónica (más de 2 evacuaciones anormales diarias por más de 30 días) o debilidad crónica o fiebre documentada (por más de 30 días) en ausencia de otra enfermedad concurrente que pudiera explicar estas manifestaciones como cáncer, tuberculosis, criptosporidiasis (enfermedad que produce diarrea que amenaza la vida en individuos con inmunidad comprometida), o alguna otra enteritis (inflamación del intestino) causada por organismos específicos.

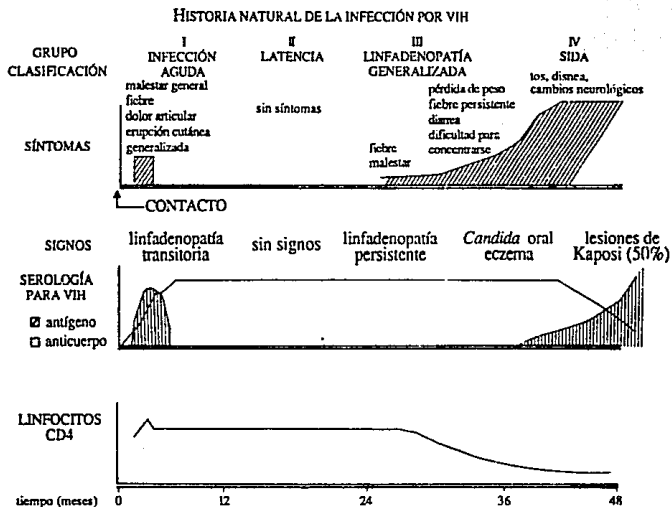
b.- Encefalopatía por VIH. se caracteriza por disfunción cognoscitivo o motora incapacitante que interfiere con el desempeño de las actividades cotidianas, progresiva, en ausencia de otras condiciones o enfermedades concurrentes que pudieran explicar estos hallazgos.

c.- Infecciones Oportunistas. El tipo de infecciones que padecen los pacientes con SIDA es muy variado, habitualmente son producidos por microorganismos que ocasionan enfermedad en sujetos cuyo sistema inmunológico está débil o indefenso. Es el caso de la neumonía por *P. carinii*, meningitis criptomegalovirus, etc. En otros casos los pacientes presentan infecciones por microorganismos endémicas como es el caso de la tuberculosis y la salmonelosis.

d.- Neoplasias. El tipo más frecuente es el sarcoma de Kaposi. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, generalmente se inicia en piel y mucosas como lesiones multicéntricas en forma de máculas, pápulas o nódulos ovoides de color rosáceo, rojizo o violáceo. Las lesiones cutáneas predominan en el tronco, brazos, cabeza y cuello, mientras que las de mucosa son más comunes en el paladar duro, aunque pueden detectarse en la región gingival (o encías), orofaríngea (boca y faringe) o amigdalina. Las lesiones tienden a crecer y tornarse hemorrágicas y necróticas particularmente las metástasis tempranas a órganos, particularmente al aparato digestivo, -- pulmón, hígado, páncreas, suprarrenales, brazo y gónadas. Casi el 50% muestra lesiones en los ganglios linfáticos. Otras neoplasias son el linfoma primario de cerebro, linfoma no Hodgkin, el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, el cáncer de cavidad oral y el cáncer cloacogénico gonorectal.

e.- Otras. Debido a que no podemos considerar en los títulos anteriores por el desconocimiento de las manifestaciones clínicas que tenemos de las enfermedades. Se considera en este grupo la hepatitis, diversos tipos de dermatosis, cardiopatías y otras alteraciones nematológicas. (56) (Ver figura I).

FIGURA 1.



3.5 SIDA EN MEXICO.

Desde la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en México, el Sistema Nacional de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología ha recolectado los datos necesarios para la comprensión de la epidemiología del VIH/SIDA. El análisis de los datos obtenidos por medio de la vigilancia e investigación epidemiológicas ha permitido conocer la magnitud, distribución y frecuencia de la epidemia, caracterizar los factores de riesgo, definir los patrones y tendencias que ha adquirido la transmisión del VIH, en relación con grupos poblacionales y áreas geográficas, elaborar predicciones respecto al número de casos e infectados así como diseñar y evaluar estrategias de intervención educativa.

Uno de los logros más importantes alcanzados en el área de vigilancia es la creación desde marzo de 1987 del "Registro Nominal Computarizado de casos de SIDA" basado en la notificación oportuna de los casos por el Sistema Nacional de Salud. Para establecer el flujo de información se ha contado con formatos actualizados de acuerdo con la definición epidemiológica de casos de SIDA. El sistema de vigilancia se ha basado en el adiestramiento y capacitación continúa de los epidemiólogos. La difusión de la informa-

ción obtenida se hace por medio de los diversos boletines: Boletín Epidemiológico diario, Boletín Epidemiológico semanal, Boletín Epidemiológico mensual y Boletín Mensual del SIDA.

Otro instrumento es el Manual de Vigilancia Epidemiológica que contiene la información y los procedimientos para que el personal de salud responsable de la vigilancia pueda desempeñar de una manera más eficaz las funciones asignadas.

En él se encuentra una descripción actualizada de la magnitud del problema de VIH/SIDA en nuestro país, las definiciones epidemiológicas que utilizan así como las indicaciones y aclaraciones para el correcto llenado, envío y utilización de los formatos. Se espera que los diferentes niveles e instituciones que participan en la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA participen en las actividades descritas en el manual (llenado correcto de los formatos e información oportuna). La evaluación continua y de la idoneidad de las definiciones en que se basa el sistema es responsabilidad de esta Dirección, de esta manera, mediante el manejo de los criterios, procedimientos de diagnósticos para el padecimiento y el contar con resultados de investigaciones clínicas y epidemiológicas se pueden ac

tualizar dichas definiciones de acuerdo con las nuevas condiciones de diagnóstico de la enfermedad.

A partir de una amplia distribución de información y cuestionarios así como formatos distribuidos por la Secretaria de Salud, se estableció un registro de infectados por VIH asintomáticos de los contactos sexuales sanguíneos y perinatales de los casos y de los infectados, así como vigilancia de infección por VIH en mujeres embarazadas, pacientes tuberculosos, pacientes con enfermedades de transmisión sexual, y se continuará la vigilancia en homosexuales y bisexuales, drogadictos (as) intravenosos (as), prostitutas (as), reclusos (as), todos ellos reclutados a través de las encuestas llamadas centinela.

Para todos los grupos se mantendrá confidencialidad estricta sobre la información que se aporte, así como se proporcionará apoyo psicológico antes y después de la realización de la prueba. Las pruebas que se ofrecen son suministradas a través de la Red Nacional de laboratorios de VIH mediante acuerdo entre la Dirección General de Epidemiología y el nivel estatal.⁽⁵⁷⁾

(57) Id. p.I

Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas.

Con el propósito de evaluar el impacto de la Campaña Educativa para la prevención del SIDA, se han realizado en 1987 y 1988 encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (en la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Acapulco, Mérida y Tijuana), tanto en la población en general como en personal de salud, estudiantes universitarios, hombres homosexuales y bisexuales y mujeres dedicadas a la prostitución.

Población General.

Los resultados en la población general demostraron que 8 de cada 10 entrevistados conocen los mecanismos correctos de transmisión por VIH, tienen temor de adquirir la enfermedad y estigmatizan a prostitutas y homosexuales. El uso del condón es extremadamente bajo y se utiliza con fines de planificación familiar.

Personal de Salud.

El 91% identifica a la enfermedad como producida por el VIH, el 34% lo identifica como cáncer y el 36% como enfermedad de homosexuales. Más del 95% identifica la transmisión sexual, sanguínea y perinatal así como las medidas preventivas, el 93% se sentiría apenado si un familiar

se infectara, el 51% tiene miedo de infectarse, el 8% rechazaría el hacerse cargo de un paciente infectado y el 57% solicitaría que otro personal lo hiciera, el 63% considera la homosexualidad como una enfermedad mental, 60% como una aberración sexual, 49% considera a la prostitución inmoral. Se encontró diferencia significativa en cuanto al nivel de conocimientos, actitudes y opiniones entre médicos y enfermeras: estas últimas tienden a tener un nivel más bajo de conocimientos, así como actitudes más negativas.

Estudiantes Universitarios.

Se encontró que el 43% de los hombres son sexualmente activos y el 11% de las mujeres, con un promedio de parejas en los últimos 6 meses es de 1.8 y 0.8, respectivamente. Aproximadamente el 50% ha utilizado el condón en alguna ocasión con fines de planificación familiar.

Hombres Homosexuales.

Los conocimientos de los mecanismos de transmisión están en un nivel alto en este grupo, saben cuáles son las prácticas sexuales de riesgo, pero presentan una baja prevalencia en la adopción de medidas preventivas, incluido el uso del condón, se observa una ligera tendencia hacia la adopción de éstas.

Prostitutas.

En mujeres dedicadas a la prostitución existen mitos más frecuentemente que en las poblaciones antes mencionadas. Las prácticas sexuales son de muy alto riesgo, se tiene, sin embargo, clara percepción de éste lo cual se refleja como temor de adquirir el SIDA ellas mismas, pero sobre, todo de que lo adquieran sus hijos, no obstante, no se encuentran muy dispuestas a tomar medidas preventiva.

Evaluación de Intervenciones Educativas.

Prostitución.

Se han realizado evaluaciones de intervenciones educativas con el propósito de identificar mensajes clave y canales de distribución en Tijuana. La evaluación se llevó a cabo en dos fases, en ambas se incluyeron cuestionario y serología. Los resultados mostraron que el uso del condón se incrementó hasta 66% después de la intervención, su uso se asoció a los mensajes recibidos a través de material educativo. La seroprevalencia encontrada en ambas encuestas fue de 1%.

Hombres homosexuales.

Se llevó a cabo en Guadalajara con base en el

perfil sociodemográfico y de necesidades educativas. Se produjeron carteles, trípticos, portacondomes y una historietta, que fueron distribuidos en julio de 1988 en centros de reunión de hombres homosexuales, se realizó un encuesta un mes después. La prevalencia del uso del condón aumentó, encontrándose que el cambio se relacionó con haber recibido el material gráfico.

Costos en Atención Hospitalario.

Se ha efectuado un estudio de costos de atención hospitalaria en el Instituto Nacional de la Nutrición, que constituye un centro de referencia de pacientes con SIDA. En promedio, los pacientes con SIDA reciben dos consultas al mes, con costos de operación de 35 USD por consulta. En caso de pacientes con complejo relacionado con el SIDA y prescripción de zidosvudina el costo aumento a 8600 USD anuales. Cada paciente es internado un promedio de 48.2 días por año a razón de 120 USD diarios, si la media sobre vida después del diagnóstico de SIDA es de un año, el promedio de costo es de 12000 USD.

Estudios Sobre factores de Riesgo.

Se han llevado a cabo diversos estudios para determinar factores de riesgo asociados a seropositividad en

diferentes poblaciones (figura 2).

Donadores Remunerados.

Se realizó un estudio de casos y controles en 112 sujetos: 54 donadores seropositivos y 58 donadores seronegativos. La frecuencia de factores de riesgo en ambos grupos (prácticas homosexuales y bisexuales, recepción de transfusiones y drogadicción intravenosa) fue similar. La seropositividad mostró asociación con la frecuencia de donación en bancos de sangre pasando de 19.6% en los que habían donado más de 10 ocasiones.

Hombres Homosexuales.

Se llevó a cabo un estudio en 573 hombres que refirieron prácticas homosexuales que acudieron en la ciudad de México a un centro de atención. Se encontró seroprevalencia de 5% en 1985, 25% en 1986 y 31% en 1987. Los factores de riesgo asociados con seropositividad fueron coito anal en un 7.49, uso de nitritos inhalados en un 2.23%, relaciones sexuales con personas conocidas en bares en un 2.29% y relaciones sexuales con extranjeros en un 1.7%.

FIGURA 2.

Estudios de Determinación de Factores de Riesgo
México (1985 - 1988)

Grupos	Fecha	Lugar	Núm de sujetos estudiados	Factores de riesgo asociados a seropositividad	P
Donadores remunerados	1987	Méx. D.F.	112	Donación en bancos de sangre	<.01
Hombres homosexuales	1985 1986 1987	Méx. D.F.	573	Coito anal Uso de nitrito inhalados Relaciones sexuales con personas conocidas en bares Relaciones sexuales con extranjeros	<.01 <.01 <.01 <.01
Hombres bisexuales	1988	Méx. D.F.	925	Coito anal Enemas rectales Antecedentes de ETS Más de 10 Parejas masculinas	<.01 <.01 <.05 <.05
Hombres heterosexuales	1988	Méx. D.F.	485	Donación Remunerada Uso de jeringas no esterilizadas Tatuajes Pareja sexual de mujer seropositiva	<.01 0.03 0.05 NS
Contactos heterosexuales	1988	Méx. D.F.	37	Coito vaginal sin uso de condón	<.05

Hombres bisexuales.

Se investigaron los factores de riesgo en 945 hombres bisexuales que acudieron a un centro de detección en la ciudad de México en 1988. La seroprevalencia fue de 28%. Se asociaron a seropositividad en forma significativa y de acuerdo con la actividad sexual los siguientes factores: coito anal receptivo detectándose un porcentaje de 1.5 a 6.1, enemas rectales de 1.7 a 6.2, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual va de 1.0 a 1.8 y más de 10 parejas masculinas.

Hombres heterosexuales.

Se estudiaron 485 hombres heterosexuales que acudieron a un centro de detección en 1988, habían sido sexualmente activos durante los 6 meses previos. La seroprevalencia fue de 7.8%. La seropositividad se asoció con donación remunerada siendo aproximadamente de 16.6%, el uso de jeringas no esterilizadas fue de 5.34%, tatuajes de 4.15% y su pareja sexual de seropositivos un 3.11%. Al estratificar a los individuos con factor de riesgo por transmisión sanguínea, la seroprevalencia disminuyó a 1.7%. En otro estudio se investigaron los factores de riesgo asociados en 23 parejas heterosexuales de donadores seropositivos. La seroprevalencia fue de 30%. La seropositividad se

asoció al coito vaginal sin uso de condón con un porcentaje de 0.05.

Estimación del número de infectados.

Para estimar el número de infectados por VIH en un área geográfica es necesario definir la población total, los grupos expuestos al riesgo y las prevalencias de infección en la población total o en los grupos con prácticas de riesgo. A continuación se presenta la estimación de infectados por grupos con prácticas de riesgo, considerando los resultados de las diversas encuestas realizadas sobre la prevalencia de infección por VIH. En México se han realizado encuestas sobre prácticas sexuales para determinar el porcentaje de homosexualidad y detectar de esta manera la cantidad de infectados de este sector de la población, efectuadas las estimaciones, se calcula que hay un alto índice de homosexualidad del cual se calcula que 10 625 hombres homosexuales estén infectados por VIH y, con base en cálculos semejantes, 21 250 hombres bisexuales. Se estima que el número de infectados por contactos heterosexuales sea de 9 270.

La estimación del número de personas hemofílicas infectadas es de 2 046. El número de receptores de sangre

durante 1985-86 fue de 1.4 millones, asumiendo que la eficacia de transmisión sea de 50% de acuerdo con los resultados de seropositividad en receptores de sangre, es posible que 14 000 personas hayan sido infectadas por este mecanismo. El número estimado de drogadictos intravenosos infectados es de 600. En donadores de sangre se estima que 4 300 personas estén infectadas. En base al tamaño de la población y a la prevalencia en población general se estima que 1 927 madres estén infectadas por VIH. Basándose en lo anterior, se estima que en 1989, existen en México 64 018 infectados por VIH-1 (figura 3) ⁽⁵⁸⁾

Sin embargo se pronosticó para 1992 una mayor diseminación del virus hacia medios urbanos, marginados y rurales, afectando estratos socioeconómicos bajos, y que la enfermedad se extenderá a todas las edades y a ambos sexos. En cuanto a transmisión homosexual, persiste una tendencia ascendente y una aceleración o transmisión en bisexuales y heterosexuales. También se estima que habrá un descenso en los casos asociados a transmisión por transfusión sanguínea como consecuencia de la reforma del art. 332 de la Ley General de Salud.

(58) Id., p.p. 11-17

A pesar de todas las medidas tomadas y difusión de información para este año de 1992 se espera una acumulación de 20 mil casos. (59)

FIGURA 3.

Estimación de VIH-1 población infectada de alto riesgo
MEXICO, 1989

	POBLACION DE ALTO RIESGO	INFECTADOS POR VIH-1
HOMBRES HOMOSEXUALES	212,500	10,625
HOMBRES BISEXUALES	425,000	21,250
CONTACTOS HETEROSEXUALES	1'227,000	9,270
RECEPTORES DE TRANSFUSION DE SANGRE (1985-1986)	1'400,000	14,000
HEMOFILICOS	6,200	2,046
USUARIOS DE DROGAS I.V.	12,000	600
DONADORES DE SANGRE PAGADOS	90,000	4,300
MADRES	115,620	1,927
TOTAL	3'488,320	64,018

(59) SIDA INFORMACION BASICA PARA EL PERSONAL DE SALUD.
Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Ed. Secretaria de Salud, México, 1990. p. 1

3.4 EL SIDA COMO EPIDEMIA.

En México, a partir de mayo de 1987 y de acuerdo a las modificaciones realizadas a la Ley General de Salud en el Diario Oficial, se ha determinado que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es objeto de vigilancia epidemiológica (art. 134) y la notificación de los casos en los que se detecte la presencia del virus de inmunodeficiencia humana o de anticuerpos a dicho virus deberá hacerse en forma obligatoria e inmediata (art. 136). La notificación deberá realizarse en los términos de dispuesto por la Ley General de Salud, siendo obligatoria la notificación o aviso inmediato de los casos de sujetos infectados comprobados por VIH a la autoridad sanitaria más cercana.

La notificación o aviso se hará en los formatos aprobados por la Secretaría de Salud independientemente de los utilizados por cada institución y de acuerdo a los procedimientos que establece la norma técnica número 25 para la información epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1986.

Notificación de infectado por VIH.

Se considerarán infectados por VIH para fines de aviso y notificación a aquellos sujetos que cumplan con

los criterios de la definición de infectado mencionada anteriormente de acuerdo a la clasificación que da la CDC, la cual deberá hacerse el formato que para tal fin deben tener los hospitales tanto del Sector Salud a nivel público como a nivel privado (anexo 1).

Actividades de aviso y notificación de casos de SIDA.

1.- Aviso. El médico que identifique a un infectado por VIH deberá dar aviso al servicio de epidemiología de la unidad médica de la Secretaría de Salud más cercana.

2.- Notificación. El epidemiólogo o en su ausencia el médico responsable, una vez comprobada la situación de infectado por VIH asintomático del sujeto, deberá llenar el formato de "Notificación de infectado por VIH".

3.- Búsqueda de contactos de VIH/SIDA. El epidemiólogo responsable deberá realizar el estudio epidemiológico del sujeto que incluirá la búsqueda de contactos, para tal fin se utilizará el formato de "Listado de contactos" de VIH/SIDA (del cual se anexa una copia). A los contactos que voluntariamente acepten se les aplicará el formato de "Notificación de Contactos de VIH/SIDA".

ANEXO I.

**SISTEMA
NACIONAL
DE SALUD**
**FORMATO DE NOTIFICACION INFECTADO
POR VIH ASINTOMATICO (SEROPOSITIVO)**
 ENVIAR AL INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS
 Promoción de Campo No. 47B Col. Santo Tomás Delegación Miguel Alemán
 C.P. 11340 México D.F. Tels. 341-1101, 341-4389. FAX 341-3264


Nombre (Hospital, Clínica, Otros)

Institución (Especificar por ejemplo SSA)

Domicilio

Localidad

Estado

Nombre del médico notificante

Teléfono

FECHA DE NOTIFICACION

 Año Mes Día
CLAVE

NOMBRE:

Apellido paterno

Materno

Nombre(s)

 SEXO M F

EDAD

 Años Meses
OCUPACION:
(Actual o Última)

RESIDENCIA HABITUAL

ESCOLARIDAD:

LUGARES DE RESIDENCIA A PARTIR DE 1980:

Ciudad

Estado

País

Ciudad

Estado

País

Ciudad

Estado

País

Ciudad

Estado

País

ESTADO CIVIL

¿TIENE HIJOS NACIDOS A PARTIR DE 1980?

 SI NO

¿CUANTOS?

¿PERTENECE O HA PERTENECIDO EL PACIENTE A ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES GRUPOS A PARTIR DE 1980?

1. HOMOSEXUAL

 SI NO OTRAS

2. BISEXUAL

 SI NO OTRAS

3. HETEROSEXUAL

 SI NO OTRAS

3. A. Alguna de sus parejas sexuales a partir de 1980 es o ha sido:

A.1 INFECTADO DE VIH/SIDA

 SI NO OTRAS
A.2 BISEXUAL, TRANSFUNDIDO A PARTIR DE 1980, HEMOFILICO, USUARIO DE DROGAS
INTRAVENOSAS, DONADOR REMUNERADO
 SI NO OTRAS

A.3 PROSTITUTA

 SI NO OTRAS

A.4 PROSTITUTO

 SI NO OTRAS

3 B. Ha practicado la prostitución

 SI NO OTRAS

3 C. Ninguno de los anteriores

 SI NO OTRAS

4. TRANSFUNDIDO

 SI NO OTRAS

5. HEMOFILICO

 SI NO OTRAS

6. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS

 SI NO OTRAS

7. DONADOR REMUNERADO

 SI NO OTRAS

8. SOSPECHA DE TRANSMISION PERINATAL (pase a la seccion 4)

 SI NO OTRAS

9. EXPOSICION OCUPACIONAL A VIH

 SI NO OTRAS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NOTIFICACION INFECTADO POR VIH ASINTOMATICO (SEROPOSITIVO)
 ENVIAR AL INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICAS
 Prolongación de Carpio No. 470 Col. Santo Tomás Delegación Miguel Hidalgo
 C.P. 11340 México D.F. Tels. 341-1101, 341-4389. FAX 341-3264



Nombre (Hospital, Clínica, Otros) _____

Institución (Especificar por ejemplo SSA) _____

Domicilio _____

Localidad _____

Estado _____

FECHA DE NOTIFICACION

Año Mes Día

Nombre del médico notificante _____

Teléfono _____

CLAVE

NOMBRE:

Apellido paterno _____

Materno _____

Nombre(s) _____

SEXO M F

EDAD

Años Meses

OCUPACION:
(Actual o Última)

RESIDENCIA HABITUAL

ESCOLARIDAD:

LUGARES DE RESIDENCIA A PARTIR DE 1980:

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

ESTADO CIVIL

¿TIENE HIJOS NACIDOS A PARTIR DE 1980? SI NO

¿CUANTOS?

¿PERTENECE O HA PERTENECIDO EL PACIENTE A ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES GRUPOS A PARTIR DE 1980?

1. HOMOSEXUAL

SI NO NO SÍ

2. BISEXUAL

3. HETEROSEXUAL

3. A. Alguna de sus parejas sexuales a partir de 1980 es o ha sido:

A.1 INFECTADO DE VIH/SIDA

A.2 BISEXUAL, TRANSFUNDIDO A PARTIR DE 1980, HEMOFILICO, USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS, DONADOR REMUNERADO

A.3 PROSTITUTA

A.4 PROSTITUTO

3 B. Ha practicado la prostitución

3 C. Ninguno de los anteriores

4. TRANSFUNDIDO

5. HEMOFILICO

6. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS

7. DONADOR REMUNERADO

8. SOSPECHA DE TRANSMISION PERINATAL (pasa a la seccion 4)

9. EXPOSICION OCUPACIONAL A VIH

SOLO PARA SOSPECHOSOS DE TRANSMISION PERINATAL

¿ALGUNO DE SUS PADRES PERTENECE O HA PERTENECIDO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS?

1. INFECTADO DE VIH/SIDA

Madre: SI NO Padre: SI NO

2. BISEXUAL

SI NO

3. PAREJA SEXUAL DE INFECTADO POR VIH/SIDA O CON PRACTICAS DE RIESGO

SI NO

4. PROSTITUTA

SI NO

5. TRANSFUNDIDO DESPUES DE 1980

SI NO

6. HEMOFILICO

SI NO

7. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS

SI NO

8. DONADOR REMUNERADO

SI NO

9. EXPOSICION OCUPACIONAL A VIH

SI NO

EL PACIENTE SE ENCUENTRA (CON):

CICATRIZ DE VACUNA BCG

SI NO SABE

ASINTOMÁTICO

SI NO

INFECCION AGUDA ASOCIADA A VIH

SI NO

MANIFESTACIONES CLINICAS INSUFICIENTES PARA EL DIAGNOSTICO DE SIDA

Candidiasis oral Linfadenopatía generalizada persistente OUS

Especifique: _____

SIDA. NOTIFICAR EN FORMATO DE SIDA

SI NO

FECHA DE INICIO

Año Mes
 Año Mes

SE HA REALIZADO ANTERIORMENTE PRUEBAS PARA VIH

SI NO

Los siguientes datos se refieren a la última prueba que se realizó

QUE TIPO DE PRUEBA FUE:

PRESUNTIVA

CONFIRMATORIA

NO SABE

¿CONOCE EL RESULTADO?

POSITIVO

NEGATIVO

INDETERMINADO

NO SABE

8. DETERMINACION DE ANTICUERPOS

DETECCION INICIAL

Resultado: Pos Neg Indet

Lugar de Realizacion

Fecha

DETECCION REPETIDA

CONFIRMATORIA

ANTIGENO

OTROS (ESPECIFICAR):

CD₄ %

_____ / mm³

PPD

negativo

positivo

_____ mm de induración

Año Mes

Al momento de la muerte ¿cómo se encuentra el paciente?

VIVO MUERTO SE IGNORA

FECHA DE SEGUIMIENTO:

Año Mes
 Año Mes

SI SIDA CON SIDA MUERTO SE IGNORA

FECHA DE SEGUIMIENTO:

Año Mes
 Año Mes

SI SIDA CON SIDA MUERTO SE IGNORA

CAUSA DE DEFUNCION _____

FECHA DE DEFUNCION

Año Mes
 Año Mes

OBSERVACIONES:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA D.G.E.

CAPTURA

REVISION

ACTUALIZACION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DE NOTIFICACION DE INFECTADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

INSTRUCCIONES GENERALES

- Anote con tinta y letra de molde la información que se le pide.
- Escriba con números arábigos en la casilla correspondiente.
- Marque con "X" en el círculo que corresponda a su respuesta.

1. DATOS DE LA INSTITUCION NOTIFICANTE

Anote con letra de molde el nombre de la clínica, hospital o la razón social de quien notifica, así como la institución, el domicilio, la localidad y estado, anote dentro de las casillas y sólo con números arábigos el año, el mes y el día de la entrevista, así como el responsable de la notificación, número telefónico y el número de extensión telefónica en caso de tenerla y la clave lada.

2. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

- Anote el número de clave del sujeto
- Anote el nombre y apellidos del sujeto (opcional)
- Marque con una X el círculo que corresponda al sexo del paciente.
- Anote la edad del paciente en años cumplidos. En caso de ser menor de 1 año, anote los meses cumplidos, en las casillas correspondientes.
- Anote la ocupación actual o última, tratando de ser lo más específico posible.
- Registre la escolaridad del sujeto y anote el número correspondiente de acuerdo con las opciones siguientes:
1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria incompleta 4) Primaria completa 5) Secundaria incompleta
6) Secundaria completa 7) Carrera técnica 8) Bachillerato 9) Profesional 10) Posgrado.
- Anote la residencia habitual del paciente, tal como se pide.
- Anote los lugares de residencia a partir de 1980, tal como se pide.
- Registre el estado civil del sujeto y anote el número correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:
1) soltero 2) casado 3) separado 4) unión libre 5) divorciado 6) viudo
- Marque con X el círculo que corresponda a la respuesta de si existen hijos nacidos después de 1980 y anote el número de ellos dentro de las casillas.

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

- Marque con X en el círculo que corresponda a cada una de las respuestas que dió el sujeto a cada una de las siguientes variables.
1. Homosexual masculino.- Hombre con el antecedente de haber tenido uno o más contactos sexuales con hombres a partir de 1980.
 2. Biseual masculino.- Hombre con el antecedente de haber tenido uno o más contactos sexuales con hombres y con mujeres a partir de 1980.
 3. Heterosexual.- Hombre o mujer que hay a tenido contacto sexual solamente con personas del sexo opuesto a partir de 1980.
- Marque con una X el círculo que corresponda a la respuesta que se aplique de A a C.

3.A.1.- Pareja de Infectado por VIH/SIDA: Son aquellas personas que han tenido contacto heterosexual con personas que han resultado seropositivas en pruebas presuntivas y confirmatorias de VIH o son casos de SIDA.

3.A.2.- Pareja de personas con prácticas de riesgo.- Son aquellos sujetos cuya (s) pareja (s) heterosexual (es) tiene(n) antecedente de prácticas bisexuales o fueron transfundidos a partir de 1980 o son hemofílicos o drogadictos intravenosos o donadores remunerados.

3.A.3.- Pareja de Prostitutas.- Es la persona que ha tenido relaciones heterosexuales con prostitutas a partir de 1980. (Se considera prostituto o prostituta a la persona que ha recibido pago en efectivo o en especie por tener relaciones sexuales después de 1980).

3.A.4.- Pareja de prostitutos.- Es la persona que ha tenido relaciones heterosexuales con prostitutos a partir de 1980.

3.B.- Sujetos que han practicado la prostitución.- Son aquellos sujetos que declararon haber ejercido la prostitución a partir de 1980.

3.C.- Ninguno de las anteriores.- Persona que refiere haber tenido contacto sexual exclusivamente con personas del sexo opuesto a partir de 1980. (Este apartado se utilizará cuando las respuestas de los apartados A y B hayan sido negativas).

4.- Transfundido.- Persona que haya recibido transfusión de sangre o alguno de los siguientes componentes (plasma, paquete globular, leucocitos o plaquetas) en una o más ocasiones después de 1980. Asimismo, es la persona que ha recibido órganos o tejidos en una o más ocasiones después de 1980.

5. Hemofílico.- Persona que haya recibido productos sanguíneos (factor VIII, IX, crioprecipitado o fibrinógeno) en una ocasión o más para el tratamiento de alguna coagulopatía a partir de 1980.

6. Usuario de drogas intravenosas.- Persona que se haya administrado drogas de uso médico o no médico por vía intravenosa sin prescripción médica, en una o más ocasiones a partir de 1980.

7. Donador remunerado.- Persona que ha donado sangre o alguno de los siguientes componentes (plasma, paquete globular, leucocitos, plaquetas) a partir de 1980, en forma remunerada.

8. Sospecha de transmisión perinatal.- Infante nacido de una madre infectada de VIH/SIDA.

9. Exposición ocupacional. Persona que por práctica profesional u ocupacional, ha sufrido en forma accidental un piquete o cortadura con algún objeto punzocortante potencialmente contaminado con VIH, o sus mucosas, piel herida o lacerada han sido expuestas a fluidos, secreciones o tejidos potencialmente infectados por VIH. Se consideran potencialmente contaminados con VIH: la sangre, fluidos, secreciones o tejidos de pacientes infectados por VIH, con SIDA o con antecedentes de prácticas de riesgo (homosexuales, bisexuales, transfundidos a partir de 1980, hemofílicos, drogadictos intravenosos o donadores remunerados).

4. SOSPECHOSO DE TRANSMISION PERINATAL

Solo se completará esta sección en caso de sospecha de transmisión perinatal. Marque con X en el círculo que corresponda para ambos padres a cada una de las variables, utilice las definiciones citadas en el apartado de Antecedentes Epidemiológicos.

5. ANTECEDENTES CLINICOS

Marque con una X en el círculo correspondiente si el paciente ha manifestado o no las características clínicas siguientes:

• Cicatriz por vacuna BCG.

• Asintomático.- Ausencia de manifestaciones clínicas.

• Infección aguda por VIH.- Cuadro clínico autolimitado similar a la mononucleosis infecciosa y caracterizado por fiebre, mialgias, aralgias, cefalea, fotofobia, diarrea, odinofagia, linfadenopatía, dermatitis maculosa papular y ocasionalmente meningoencefalitis o neuropatía periférica que se presentan 2 a 6 semanas después de la exposición al VIH, en el que se documenta seroconversión a anticuerpos a VIH.

• Manifestaciones clínicas insuficientes para diagnóstico de SIDA.- Candidiasis oral o pérdida de peso o diarrea o fiebre o linfadenopatía generalizada o alguna otra manifestación que no reuna los criterios de definición de caso de SIDA.

• SIDA.- Manifestaciones clínicas que reúnen los criterios de definición de caso de SIDA. Si la persona es caso de SIDA notifíquela en el formato de caso de SIDA en lugar de este formato.

• Se ha realizado anteriormente pruebas para VIH.- Marque con una X en la casilla correspondiente si la persona entrevistada se ha realizado pruebas de VIH. Si la respuesta es "SI", los siguientes datos se refieren a la última prueba que se realizó. Marque el tipo de pruebas: Indique el resultado que puede ser: positivo, negativo, indeterminado o no sabe.

6. LABORATORIO

Anote el resultado (positivo, negativo o indeterminado), el lugar y fecha de realización de las pruebas de detección inicial, repetición, confirmatoria y antígenos de VIH en caso de haberse realizado. Si el diagnóstico se hizo utilizando otras pruebas diagnósticas, especifíquelo. Asimismo anote el porcentaje y el número de linfocitos con receptores CD4 por mm³, si el PPD fue positivo o negativo y los mm de induración en su caso.

7. SEGUIMIENTO

Al momento de la notificación.- Marque con una X el círculo que corresponda al estado de evolución del paciente (vivo, muerto o se ignora). Si está muerto, anote la fecha de defunción y la causa de la misma.

Al momento de seguimiento.- El seguimiento deberá hacerse anualmente. Anote la fecha de seguimiento. Marque con una X el círculo que corresponda al estado de evolución del paciente (sin SIDA, con SIDA, muerto o se ignora). Si ha desarrollado SIDA anote la fecha de inicio y notifíquelo en el Formato de Caso de SIDA. Si está muerto, anote la fecha de defunción.

8. OBSERVACIONES

Utilice este apartado para especificar o ampliar alguna información que a su juicio sea inespecífica en el formulario o quiera resaltar, así como también para informar sobre aspectos epidemiológicos y clínicos que sean de importancia y que no hayan quedado asentados en la presente forma.

9. SOLO PARA USO DE LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

Los espacios para el Folio de captura, revisión, actualización y firma de responsables se dejarán en blanco para su llenado por la Dirección General de Epidemiología.

4.- Asesoría médica y psicológica. Se realizará una evaluación clínica y psicológica del paciente y de ser necesario se le referirá a una unidad especializada.

Se proporcionará al sujeto y a sus contactos orientación psicológica y asesoría sobre medidas preventivas. Esta actividad es de particular importancia y deberá llevarse a cabo teniendo en cuenta el impacto individual y social que tiene sobre el sujeto el saberse infectado por el VIH, por ello se considera la necesidad imperante tanto para el médico como para la enfermera de estar capacitados aún psicológicamente para poder ayudar a este tipo de pacientes y a los familiares para brindarles apoyo y no hacerles sentirse repudiados, de igual manera se respetarán los derechos del individuo y la garantía de la confidencialidad proporcionada.

5.- Flujo de Información. El formato de notificación deberá enviarse a las siguientes instancias según sea pertinente:

- a) El centro de salud o su equivalente.
- b) La jurisdicción sanitaria que le corresponda o su equivalente.
- c) Los servicios de epidemiología de las jefatu-

ra de Servicios Coordinados de Salud Pública estatales o las Secretarías de Salud Pública o sus equivalentes.

- d) Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos INDRE.

6.- Requisitos de los notificados. Se llevará un registro de los datos notificados en los niveles jurisdiccionales, estatal y nacional.

7.- Análisis de la Información. En los niveles jurisdiccionales, estatal y nacional se evaluará y analizará la información para desarrollar el diagnóstico situacional de SIDA y de la infección por VIH (esto es a través de encuestas).

Actividades de seguimiento. La información acerca del estado actual de los infectados por VIH asintomáticos requieren ser actualizada en forma periódica, lo cual permitirá:

- 1) programar recursos necesarios para la atención de los pacientes diversificando los niveles de complejidad,
- 2) evaluar la calidad de la atención clínica, mejorando la calidad de la misma,
- 3) desarrollar investigaciones sobre costos de atención,
- 4) desarrollar modelos de atención ambulatoria y
- 5) realizar estimaciones sobre el comportamiento de la epidemia.

La actualización del seguimiento se realiza mediante los siguientes pasos:

1.- El seguimiento de los seropositivos para VIH se realiza cada año. La notificación y el formato deberán enviarse a la misma autoridad a la que se hizo la notificación.

2.- La información sobre seguimiento de los seropositivos es recolectada en los mismos formatos de notificación. En el espacio diseñado para tal fin se actualiza la información sobre el estado actual de los pacientes al momento del seguimiento.

3.- En el caso que el sujeto seropositivo en alguno de los seguimientos llene los criterios de caso de SIDA se concluye con el formato y además se retificará en el formato correspondiente al caso de SIDA. (60)

3.5 ANTECEDENTES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA.

Las actividades de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA se iniciaron en 1985 con la realización de encuestas seroepidemiológicas en hombres homosexuales y bisexuales, a partir de tales encuestas tanto los actos como las actividades de vigilancia epidemiológica han requerido del establecimiento de un marco jurídico y de la creación de infraestructura que han permitido su funcionamiento. Las reformas y adiciones que se han hecho a la Ley General de Salud propuestas por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el poder legislativo y que fundamentalmente son relacionadas con las funciones encaminadas a la vigilancia epidemiológica incluyen los siguientes aspectos:

1.- Se adicionó el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (art. 134) (22 de mayo, 1986).

2.- Se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detecta la presencia del virus del SIDA o de anticuerpos al mismo (art. 136) (27 de mayo, 1987).

3.- Se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que la proporcionen en forma re

munerada (art. 332) 27 de mayo, 1987).

4.- Se incluyó como conducta ilícita específica el comercio de la sangre (art. 462, fracción II, y 462 bis.) (27 de mayo, 1987).

5.- La realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país (Norma técnica para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (27 de mayo, 1987).

6.- Se formuló el Decreto de Reforma al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Organos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos, en apego a las nuevas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 26 de Noviembre de 1987, en las que se determina que el escrutinio de donadores sea obligatorio para la evidencia de infección por VIH.

7.- Se llevó a cabo el análisis jurídico y publicación de la Norma Técnica número 227 relativa a la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el D.D.F. del día 29 de enero de 1988.

8.- Se llevó a cabo el análisis y publicación de la Norma Técnica número 624 relativa a la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en el D.O.F. en 1988.

9.- Se publicó el Decreto por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (24 de agosto, 1988).

10.- Se llevó a cabo el análisis del peligro de contagio contemplado en el art. 199 bis. del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en Materia de Fuero Federal y se formuló la propuesta de modificación.

11.- Se lleva a cabo el análisis de los reglamentos vigentes en materia de control de enfermedades transmitidas y formulación del programa para la elaboración de un Proyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control de Enfermedades.

La cronología de los logros principales de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA es la siguiente:

- 1983 Diagnóstico de los primeros casos de SIDA.
- 1985 Realización de las primeras encuestas seroepidemiológicas en hombres homosexuales y bisexuales. Se inicia la utilización de pruebas de detección en los bancos de sangre.
- 1986 Obligatoriedad de las pruebas para detectar infección por VIH en donadores.
- El SIDA y la infección por VIH quedan sujetos a vigilancia epidemiológica.
 - CONASIDA inicia sus actividades.
- 1987 Creación del Registro Nominal Computarizado de casos de SIDA.
- Creación de la Red Nacional de Notificación de casos.
 - Elaboración, disposición y actualización de la definición epidemiológica del caso de SIDA y del formato de notificación.
 - Realización de cursos de capacitación que abarcan 1500 trabajadores de la salud.
 - Se inicia la Edición del Boletín Mensual del SIDA.

- Se crea la Red Nacional de Laboratorios de VIH (RNC).
- Se inician encuestas de conocimientos sobre el SIDA.
- I Congreso Nacional Sobre SIDA.

1988

Se inician encuestas seroepidemiológicas de tipo transversal en 18 ciudades en: Homosexuales y bisexuales, prostitutas (as), publicaciones cautivas, contactos heterosexuales de infectados y casos de reclusos, hemofílicos, embarazadas, cadáveres de sujetos adultos, pacientes enurológicos y psiquiátricos.

- Encuestas CAP (Conocimientos, Actividades, Practicas) en homosexuales y bisexuales, población general de las ciudades.
- Detección en 500 000 donadores.
- Se inicia la utilización de pruebas rápidas en la RNL.
- Realización de la Encuesta Nacional Seroepide-miológica.

1989

Se inicia el programa de dominación de la subnotificación.

- Segunda fase de encuestas CAP.
- Estudios de Intervención en Guadalajara, Jal., y prostitutas en Tijuana, B.C.
- Elaboración de Programas a mediano plazo.
II Congreso Nacional sobre el SIDA.

1990

Se crea el Registro Computarizado de infectados de VIH.

- El boletín Mensual de SIDA ha publicado 190 artículos hasta abril de 1990 (85 epidemiológicos, 43 sociológicos, 37 clínicos, 25 diversos).

Se inician encuestas centinela en embarazadas, tuberculosos y pacientes con enfermedades de transmisión sexual y se continúan en hombres homosexuales y prostitutas (as).

Se realizan estudios cualitativos (etnográficos, de mercados y sobre intervenciones educativas) en hombres homosexuales y bisexuales.⁽⁶¹⁾

(61) Id., p.p. III-IV

3.6 ESTADÍSTICAS.

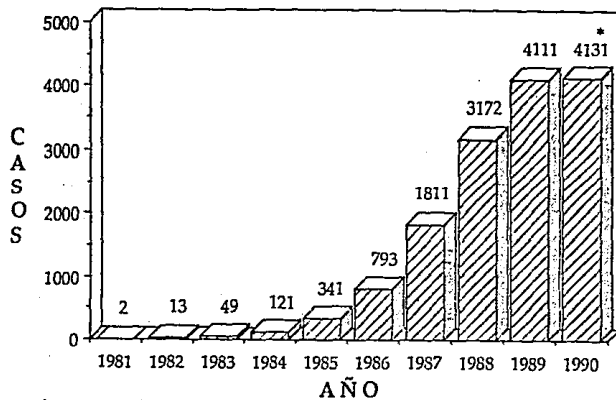
Estadísticas (1983-1990).

La notificación de los primeros casos en México ocurrió en 1983, estos habfan iniciado su padecimiento en 1981, año que se considera como de inicio de la epidemia. El crecimiento ha sido ascendente con incrementos mensuales del 4 a 6% y un tiempo de duplicación de 12 meses. El número de casos acumulados por año se muestra en la figura 4. Para marzo de 1990 se han notificado 4 131 casos. Este número coloca a México en el 11° lugar en el mundo y 3er lugar en América. La tasa de incidencia anual (de casos nuevos por año) se muestra en la figura 5. En el periodo de 1983 a 1990 ha pasado de 0.2 por millón a 17.2 por millón de habitantes. El incremento en el último año ha sido de 1.5 veces.

La distribución varfa de acuerdo a las regiones (figura 6). El Distrito Federal concentra 1 431 casos (34.6% del total), con una tasa de incidencia acumulada de 144.0 por millón de habitantes, el 64.4% restante se encuentra ubicado en provincia, y este porcentaje muestra una tendencia de crecimiento más acelerada que la del Distrito Federal. Los estados de la región norte del país concentran

FIGURA 4.

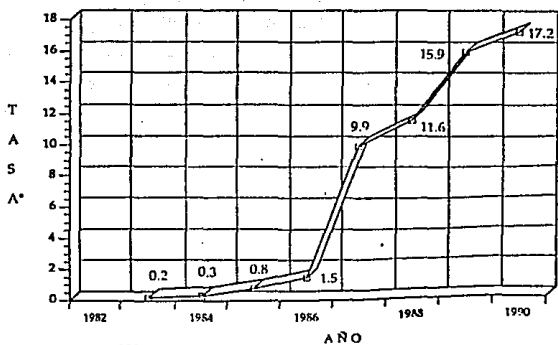
Incidencia de casos de SIDA por fecha de inicio (hasta marzo, 1990)



* casos hasta marzo de 1990

FIGURA 5.

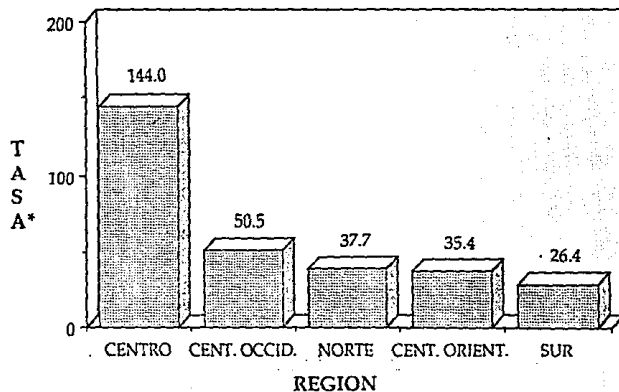
Incidencia de casos nuevos de SIDA por año de notificación (hasta marzo, 1990)



* Tasa por 1 000 000 habitantes

FIGURA 6.

Tasa de incidencia acumulada de SIDA por región geográfica (hasta marzo, 1990)



* tasa por 1 000 000 habitantes

el 11.4%, tasas que varían de 14.5 en Sonora, hasta 62.5 en Coahuila. En la región centro occidente hay 968 casos, que representan el 23.4%, su tasa es de 50.5 y sobresale Jalisco con una tasa de 114.0 cercana a la incidencia del Distrito Federal, concentrando 567 casos. La región centro oriente ha notificado 996 casos (24.1) con una tasa de 35.4. En la región sur se han registrado 220 casos (5.3%), con una tasa de 26.4. Las entidades con mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son el Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Yucatán, Coahuila, Baja California, Nayarit y Nuevo León (figuras 7 y 8).

Del total de casos de SIDA, 3 587 (86.8%) corresponde a hombres y 544 (13.1%) a mujeres, la relación es de 6 a 1. En el grupo de edad de 25 a 44 años la relación es de 7 hombres a 1 mujer (figura 9). Del total de casos, el 64.9% se concentró en el grupo de 25 a 44 años: en ambos sexos es el más afectado, el 13.5% corresponde al grupo de 45 a 64 años. En términos de porcentajes el grupo con mayor riesgo es el de los hombres de 25-44 años, con 253 casos por millón de habitantes (figura 10).

Las poblaciones más afectadas son las constituidas por los estratos medios y altos en zonas urbanas. El

FIGURA 7.

Tasa de incidencia acumulada por entidad federativa
(hasta marzo, 1990)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	%	ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	%
REGION CENTRO				REGION CENTRO OESTE			
DISTRITO FEDERAL	1431	144.0	34.6	MEXICO	474	46.5	11.4
SUBTOTAL	1431	144.0	34.6	PUEBLA	196	8.3	4.5
REGION NOROCCIDENTAL				VERACRUZ	133	24.4	3.7
CHIHUAHUA	113	62.3	2.7	MORELOS	96	82.7	2.3
B.C.	78	38.7	1.8	GUANAJUATO	44	12.9	1.0
CHHUALPILLA	46	21.0	1.1	IDAHO	18	16.3	0.4
TAMAU-LIPAS	38	17.4	0.9	TLAXCALA	13	20.5	0.3
SONORA	23	14.5	0.6	QUERETARO	12	13.5	0.2
B.C.S.	13	53.7	0.3	SUBTOTAL	996	23.4	24.1
SUBTOTAL	470	37.7	11.4	REGION SUR			
REGION CENTRO ORIENTAL				YUCATAN	101	82.1	2.4
JALISCO	367	114.0	13.7	OAXACA	39	15.0	0.4
MICHOACAN	104	32.1	2.5	CHIVAS	32	13.3	0.7
GUERRERO	88	36.3	2.1	TAMAU-LIPAS	23	19.7	0.5
SINALOA	47	31.3	1.1	CAMPECHE	14	26.2	0.3
NAYARIT	41	22.8	1.0	QUINTANA ROO	11	33.7	0.2
BAJANCO	36	27.1	0.8	SUBTOTAL	220	26.4	5.3
S.L.P.	40	20.8	0.9	EXTRANJERO	34	-	0.4
QUERETARO	17	42.6	0.4	TOTAL	4131	51.0	17.0
AGUANCALIENTES	11	17.4	0.2				
ZACATECAS	15	12.2	0.3				
SUBTOTAL	968	50.9	23.4				

* Tasa por 1 000 000 habitantes

FIGURA 8.

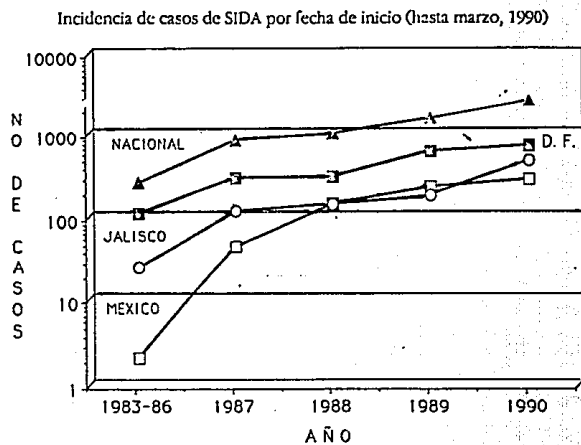


FIGURA 9.

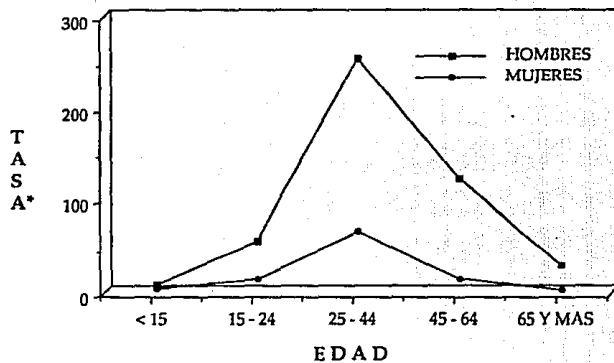
Casos de SIDA por edad y sexo. México, (hasta marzo, 1990)

EDAD	MASC		FEM		TOTAL		TASA*			RAZON H/M
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	M	F	T	
< 15	123	3.4	51	9.3	174	4.2	7.7	3.2	5.5	2/1
15 - 24	479	13.3	79	14.5	558	13.5	55.7	9.4	32.8	6/1
25 - 44	2371	66.0	314	57.7	2685	64.9	253	33.8	14.4	7/1
45 - 64	489	13.6	74	13.6	563	13.6	121	17.7	68.8	6/1
65 >	35	0.9	14	2.6	49	1.1	28.3	9.5	18.1	2/1
SE IGN.	90	2.6	12	2.2	102	2.6	-	-	-	7/1
TOTAL	3587	100	544	100	4131	100	91.6	14.0	53.0	6/1

* tasa por 1 000 000 habitantes

FIGURA 10.

Tasa por edad y sexo (hasta marzo, 1990)



* TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

análisis de ocupación muestra que si bien la mayor proporción de casos se observa en los empleados administrativos (16.7%) y trabajadores de servicios públicos y privados (15.4%), el porcentaje por millón de habitantes son mayores en empleados administrativos (247) y trabajadores de servicios públicos y personales (202. Las tasas menores se observan en estudiantes (9.6), obreros (54) y campesinos (17).

En hombres adultos la principal vía de transmisión es la sexual, que representa el 88.7% de los casos en hombres, - las categorías de homosexualidad y bisexualidad masculinas - representan el 73%. La transmisión sanguínea representa el 10.5%. El 6.9% de los casos ocurre en receptores de transfusiones (figura 11). En las mujeres la transmisión sexual representa el 29.5%. Las receptoras de transfusores constituyen el 68.8% de los casos en mujeres.

En los casos pediátricos el 64.4% se asocian a transfusión sanguínea (43.4% receptores de transfusión y 21.0% - hemofílicos). El 30.2% corresponde a transmisión perinatal. El 5.1% han ocurrido por abuso sexual (figura 12).

En cuanto a las instituciones notificantes, el 39.9% (1 647), ha sido notificado por el IMSS, 39.1% -

FIGURA II.

Categorías de transmisión en adultos (hasta marzo, 1990)

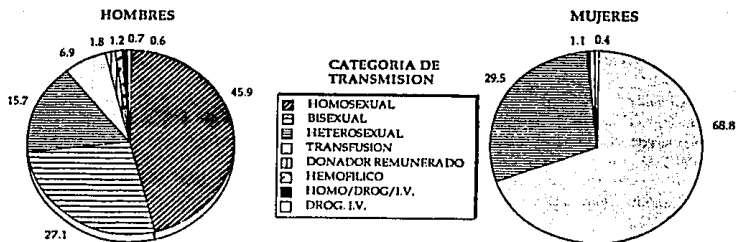
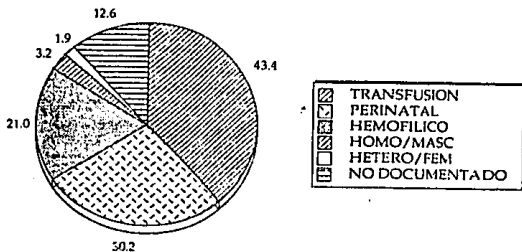


FIGURA 12.

Categorías de Transmisión en Casos Pediátricos (hasta marzo, 1990)



(1 617) por SSA, 9.4% (389) por el ISSSTE, y 11.1% (478 casos) por otras instituciones. En lo que se refiere al estado actual de los pacientes el 52.1% (2 152 casos) continua vivo hasta inicios de 1991, y 40.5% (1672 casos) ha fallecido. Se desconoce el estado actual de 307 pacientes. En 731 pacientes se cuenta con información clínica al momento de la notificación. Las entidades clínicas presentadas por estos pacientes están mayoritariamente representadas por pacientes con infecciones diferentes a neumonía por Pneumocystis carinii (82.6%) (figuras 13 y 14).

Tendencias de los casos de SIDA.

Tendencia de Transmisión Sexual.

La tendencia en el crecimiento de los casos ha sido ascendente aunque diferente de acuerdo con el grupo considerado. En hombres homosexuales ha tendido a estabilizarse, proporcionalmente, ha disminuido a expensas de los otros grupos: en diciembre de 1987 representaba el 47% de los casos, en diciembre de 1988 el 41%, y para junio de 1989 el 39% del total. En cambio, en hombres bisexuales ha pasado de 19% en diciembre de 1987 a 21% en diciembre de 1988 y 20% en junio de 1989. En heterosexuales ha pasado del 4% en diciembre de 1987 a 11% en diciembre de 1988 y 14% en junio de 1989. (figura 15).

FIGURA 13.

Distribución de los casos de SIDA por entidades clínicas*, México, 1981-1990

ENTIDADES CLINICAS	NO.	%
Otras infecciones	1 458	82.6
Síndrome de Desgaste	691	39.2
Neumonía por <i>P. carinii</i>	226	12.8
Sarcoma de Kaposi	156	8.8
Otras neoplasias	32	1.8
Anormalidades neurológicas	32	1.8

* Al momento de la notificación.

FIGURA 14.

Frecuencia de infecciones* en los casos de SIDA en México
México, 1981 - 1990

INFECCION	NO.	%
<i>C. albicans</i>	893	50.6
Tuberculosis	309	17.5
Neumonía por <i>P. carinii</i>	292	16.6
<i>H. zoster</i>	160	9.0
<i>H. simplex</i>	128	7.2
Cryptosporidium	100	5.7
Enterobacterias	75	4.3
Hepatitis viral	63	3.6
Citomegalovirus	48	2.7
Toxoplasmosis	41	2.3
Criptococo	39	2.2
Isospora	39	2.2
Amibiasis	34	1.9
<i>T. pallidum</i>	23	1.3
Histoplasmosis	17	1.0

* Al momento de la notificación

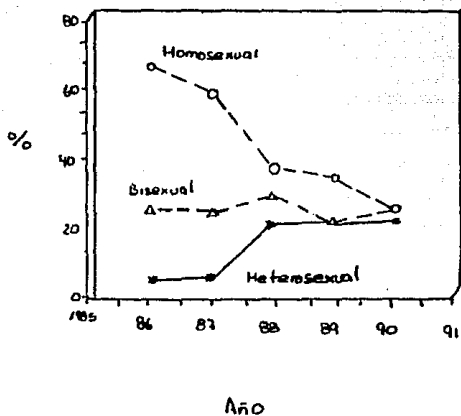


FIGURA 15.

Tendencias de la Incidencia anual acumulada de casos de SIDA por -- transmisión sexual en el D.F.

Tendencia de transmisión sanguínea.

La tendencia ha sido también ascendente principalmente en receptores de transfusiones. En este grupo en diciembre de 1987 representaba el 6% de los casos en diciembre, 1988 el 11% y en junio, 1989 el 12% del total de casos. En hemofílicos la proporción ha sido constante representando un 2% de los casos. La tendencia en drogadictos intravenosos ha permanecido también estable representando 0.3% de los casos.

Tendencia de transmisión perinatal.

La proporción de los casos perinatales ha permanecido estable: en el período de diciembre de 1987 a junio de 1989 representó el 1% del total.

Tendencia de transmisión de acuerdo a sexo.

En mujeres la tendencia de crecimiento ha sido más acelerada que en hombres. En diciembre de 1987 representaban el 5% del total de casos, en diciembre de 1988 el 9% y en junio de 1989 el 11%.

Tendencia de acuerdo con grupos de edad.

Las proporciones correspondientes han tendido a mantenerse estables. La proporción de menores de 15 años ha

representado el 4% de los casos en el periodo entre 1987 y 1989. El grupo entre los 25 y 44 años pasó de 69% en diciembre de 1987 a 67% en junio de 1989. El grupo de edad de mayores de 65 años ha permanecido sin cambios (1%).

Epidemiología de la infección por VIH.

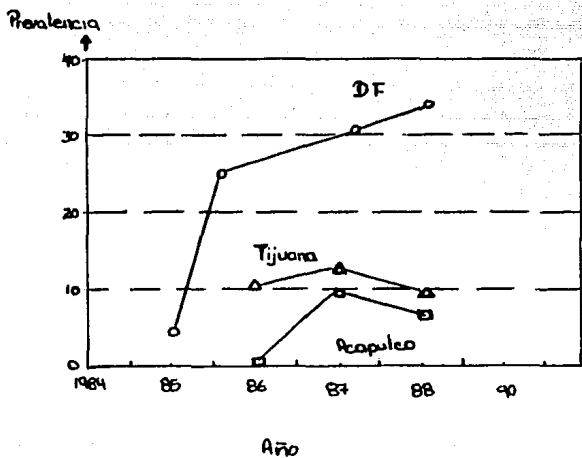
Se ha investigado la frecuencia de infección por VIH a través de encuestas seroepidemiológicas y tipo centinela en grupos específicos (figura 16).

Hombres homosexuales y bisexuales.

Se han llevado a cabo estudios en el periodo de 1985 a 1989 en 18 ciudades del país. Las prevalencias han ido en ascenso en los periodos estudiados. De esta manera, para el Distrito Federal, que tiene prevalencias mayores, han pasado de 5% en 1985 a 23% en 1986, 33% en 1987 y 38% en 1988. En otras ciudades investigadas la tendencia ha sido también ascendente, aunque la prevalencia de infección es menor que la descrita en el Distrito Federal. En Acapulco, ciudad turística, pasó de 0% en 1986 a 10% en 1988, y en Tijuana, localizada en la frontera norte, de 10% en 1986 a 15% en 1988 (figura 17).

FIGURA 17.

Prevalencia de VIH en hombres
homosexuales y bisexuales.



Prostitutas.

Se han llevado a cabo estudios en el período de 1987 a 1989 en 18 ciudades del país. Si bien la prevalencia de infección en este grupo es menor a la descrita en otros países, se ha observado un ascenso en los últimos meses en algunas zonas del Distrito Federal. Al contrario de lo que ocurre en otros países, en México la transmisión del VIH en prostitutas es principalmente por vía sexual, puesto que la frecuencia de drogadicción intravenosa es muy baja. Las prevalencias han variado de 0.2-1.0% en ciudades de la región centro occidente y sur, a 0.7-1.0% en Acapulco y Tijuana y 5.2% en el Distrito Federal (figura 18).

Heterosexuales.

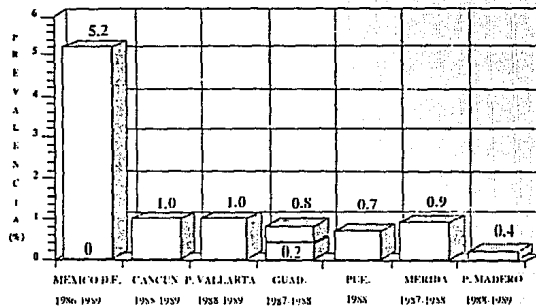
En la ciudad de México en 1988 la prevalencia fue de 7.7%. La seropositividad se asoció a donación remunerada (r.r. 16.6), uso de jeringas no esterilizadas (r.r. 5.34), tatuajes (r.r. 4.15) y ser pareja sexual de seropositivo (r.r. 3.11). En otro estudio se investigaron parejas heterosexuales de seropositividad se asoció a coito vaginal sin condón.

Prostitutas.

La prevalencia en 1988 en el Distrito Federal resultó del 16%.

FIGURA 18

Prevalencia de infección por VIH en prostitutas, México, 1986 - 1989



Niños de la calle.

En 1988 la prevalencia en el Distrito Federal resultó de 4.2%.

Reclusos y otras poblaciones cautivas.

En 1978 se estudiaron varones pertenecientes a población cautiva, encontrándose una seroprevalencia de 0.5%. En el periodo de 1987 a 1989 se estudiaron a reclusos hombres que habían tenido practicas de riesgo en el Distrito Federal. La tendencia de prevalencia ha sido ascendente: de 0.5% en practicas de riesgo en el Distrito Federal. La tendencia de prevalencia ha sido ascendente: de 0.5% en 1987 a 1.3 en 1989. En mujeres reclusas los resultados fueron en 1987 y 1988 de 0% y en 1989 de 0.4%.

Mujeres en edad reproductiva.

En 1987 se estudiaron mujeres en dos hospitales de gineco-obstetricia en la ciudad de México. No se encontraron mujeres infectadas.

Cadáveres.

En el periodo de 1988-1989 en la ciudad de México la prevalencia en sujetos fallecidos por causas violentas

fue de 1.7%, la cual se asoció a prácticas de riesgo. En otro estudio realizado en el período de 1988 en Guadalajara se encontró una prevalencia de 1%.

Hemofílicos.

En 1987 la frecuencia en sujetos hemofílicos varió de 28% en Monterrey, a 67% en Guadalajara y el Distrito Federal.

Donadores.

En 1986 la prevalencia en donadores remunerados resultó de 7.2%, a diferencia de lo que ocurría en donadores altruistas, en los que la frecuencia era menor al 0.02%. Apartir de la prohibición de la comercialización de la sangre, en el periodo de 1987 al 1989 las prevalencias han variado de 0.1% a 0.3%. Los porcentajes mayores se han relacionado con sujetos con prácticas de riesgo que acuden a donación de sangre para conocer su estado de infección. Esta frecuencia ha disminuido a partir de la promoción de la autoexclusión.

Población General.

En 1987-1988 se llevó a cabo la Encuesta Nacional

Seroepidemiológica con representatividad a nivel nacional, estudiándose sujetos del sexo masculino entre 15 y 50 años, se encontró una prevalencia de infección por VIH de 0.04%. (62)

Sin embargo a pesar de las estadísticas aportadas y los pronósticos para fines de 1990 México llega a ocupar el tercer lugar en el continente Americano (después de Estados Unidos y Brasil) y continúa ocupando el décimo primero en el Mundo (figura 19).

Durante los últimos 10 meses de 1990 se han notificado alrededor de 6.3 casos nuevos por día, acumulando 1 887 casos nuevos. El porcentaje de casos en mujeres demostró un crecimiento acelerado y se espera que en los próximos años la proporción de estos casos rebase el 20%.

En Octubre de 1990 se notificaron 286 nuevos casos de SIDA, como se observa en la figura 20 continuaba hasta esta fecha existiendo retraso en la notificación, 10 casos se iniciaron su padecimiento en el segundo semestre de 1987, 25 casos iniciaron en el primer semestre de 1988 y 17 en el segundo, 31 casos en el primer semestre de 1989 y 57 en el segundo, 116 casos iniciaron su padecimiento en el primer semestre de 1990 y 30 en el segundo semestre. El nú-

(62) Id., p.p. 1-11

FIGURA 19.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR PAIS
(HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990)
QUINCE PAISES CON MAYOR FRECUENCIA

POSICION	PAIS	NO. DE CASOS	%	TASA*
1	ESTADOS UNIDOS	149,498	50.0	631
2	UGANDA *	15,569	5.2	1027
3	ZAIRE	11,732	3.9	365
4	BRASIL	11,070	3.7	83
5	FRANCIA	9,718	3.2	177
6	KENIA	9,139	3.0	468
7	MALAWI	7,160	2.4	1047
8	TANZANIA	7,128	2.4	338
9	ITALIA	6,701	2.2	118
10	ESPAÑA	6,210	2.0	160
11	MEXICO	5,399	1.8	69
12	REP. FED. ALEMANA	5,266	1.8	86
13	CANADA	4,427	1.5	176
14	REINO UNIDO	3,798	1.3	68
15	COSTA DE MARFIL	3,647	1.2	385
	RESTO	42,452	14.2	10
	TOTAL	298,914	100.0	61

*TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

FIGURA 20.

CASOS DE SIDA POR SEMESTRE DE INICIO. MEXICO HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990

SEMESTRE DE INICIO		NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1987 A OCTUBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1988 A OCTUBRE DE 1989	NO DE CASOS ACUMULADOS EN 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS HASTA OCTUBRE DE 1990	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA OCTUBRE DE 1990
1981	1ER SEM.	0	0	0	0	0	1	2
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	1	2
1982	1ER SEM.	0	0	0	0	0	3	5
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	8	13
1983	1ER SEM.	0	0	0	0	0	18	31
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	18	49
1984	1ER SEM.	0	0	0	0	0	18	67
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	54	121
1985	1ER SEM.	0	0	0	0	0	79	200
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	141	341
1986	1ER SEM.	0	0	0	0	0	156	497
	2DO SEM.	0	0	0	0	0	296	793
1987	1ER SEM.	0	19	2	75	0	509	1302
	2DO SEM.	10	19	61	110	54	542	1844
1988	1ER SEM.	25	28	127	255	126	763	2607
	2DO SEM.	17	29	200	417	189	744	3351
1989	1ER SEM.	31	44	394	361	369	803	4154
	2DO SEM.	57	17	619	40	580	676	4830
1990	1ER SEM.	116	-	515	-	515	515	5345
	2DO SEM.	30	-	54	-	54	54	5399
TOTAL		286	156	1972	1258	1887	5399	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1990

mero de casos nuevos de SIDA notificados durante el mes de noviembre observó un incremento de 83.3 con respecto a octubre de 1989 (286 vs. 156). Se notificaron 1972 casos de SIDA en los últimos 12 meses (noviembre de 1989 a octubre de 1990).

En síntesis el número de casos notificados durante los últimos 12 meses se incrementó en un 56.7%.

Distribución Geográfica.

En el mes de octubre de 1990 en el D.F. se notificaron 114 casos nuevos, Estado de México 42, Baja California 32, Guerrero 14, Veracruz 6, Puebla 18, y 60 casos fueron notificados por 18 diferentes entidades (figura 21).

Las entidades que acumularon el mayor número de casos de SIDA son aquellos que concentran las áreas urbanas del país como D.F. (1 837), Jalisco (695), Estado de México (663), Nuevo León (189), Puebla (249) y Coahuila (121).

De octubre de 1989 a octubre de 1990 el número de casos de SIDA se había incrementado en 23 estados y en nueve entidades descendió el número de casos en comparación con 1988. Es probable que este aparente descenso de los ca-

FIGURA 21.

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

ESTADO	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1989 A OCTUBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1988 A OCTUBRE DE 1989	NO DE CASOS ACUMULADOS EN 1990	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA 31 DE OCTUBRE DE 1989	TASA*	PORCENTO DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO								
D.F.	114	123	607	434	568	1837	184.9	34.0
SUBTOTAL	114	123	607	434	568	1837	184.9	34.0
REGION NORTE								
NUEVO LEON	3	5	38	46	38	189	63.6	3.5
COAHUILA	4	2	16	29	15	121	66.9	2.2
BAJA CALIFORNIA	32	1	52	9	48	119	89.5	2.2
CHIHUAHUA	3	1	33	12	31	75	34.2	1.4
TAMAULIPAS	0	1	49	9	49	64	39.5	3.5
SONORA	0	0	4	3	4	26	15.1	0.5
B.C.S.	0	0	3	9	3	15	53.7	0.3
SUBTOTAL	50	10	195	117	188	629	50.4	11.6
REGION CENTRO OCCIDENTE								
JALISCO	4	6	251	163	242	695	139.7	12.8
MICHOACAN	5	1	64	22	62	135	42.9	2.6
GUERRERO	14	3	46	35	45	126	51.9	2.3
SINALOA	3	0	29	15	26	71	32.2	1.3
NAYARIT	1	0	17	16	19	56	68.8	1.0
DURANGO	2	0	13	12	13	48	36.1	0.9
S.L.P.	0	0	7	19	7	47	24.5	0.9
COLIMA	0	-1	0	7	0	21	52.7	0.4
AGUASCALIENTES	0	0	2	3	1	12	19.0	0.2
ZACATECAS	1	0	10	6	10	23	18.2	0.4
SUBTOTAL	30	9	439	298	425	1238	64.6	22.9
REGION CENTRO ORIENTE								
MEXICO	42	4	276	199	257	663	65.1	12.3
PUEBLA	18	4	127	60	125	249	64.2	4.6
VERACRUZ	6	2	133	15	132	205	32.7	3.8
MORELOS	7	0	38	39	36	127	109.4	2.3
GUANAJUATO	4	1	17	22	16	56	16.5	1.0
HIDALGO	0	0	3	1	2	19	10.8	0.3
TLAXCALA	1	1	6	4	4	20	31.5	0.4
QUERETARO	0	0	5	9	5	17	19.2	0.3
SUBTOTAL	78	12	605	349	577	1356	48.2	25.1
REGION SUR								
YUCATAN	7	1	47	26	43	125	101.4	2.3
OAXACA	2	1	32	10	32	67	25.8	1.2
CHIAPAS	1	0	12	7	9	40	16.2	0.7
TABASCO	1	0	11	8	11	30	21.4	0.5
CAMPECHE	0	0	7	3	7	17	31.8	0.3
QUINTANA ROO	1	0	8	1	7	15	45.3	0.3
SUBTOTAL	12	2	117	55	109	294	35.4	5.4
SUBTOTAL	284	156	1963	1253	1867	5351	68.6	92.1
EXTRANJERO	2	0	17	6	20	45	-	0.8
SE IGNORA	0	0	-8	-1	0	0	-	0.0
TOTAL	286	156	1972	1258	1887	5399	69.2	100

*TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES.

los haya obedecido al retraso en la notificación oportuna de nuevos enfermos de SIDA.

Edad y Sexo.

La relación de casos de SIDA acumulados en 1990 por sexo es de 6.1 casos en hombres por cada caso de mujeres (figura 22) al igual que en los últimos 12 meses (noviembre 89 a octubre 90) y en el período previo la relación fue de 5 a 1. La distribución porcentual de los casos por edad indica que el 66.4% se presenta en la población de 25 a 44 años, 13.2% en jóvenes 13.9% en adultos entre 45 a 64 años, 3.7% en niños y el resto en mayores de 65 años.

La tasa de incidencia acumulada hasta octubre de 1990 indicaba que en México uno de cada 2 973 hombres entre 25 a 44 años tenía SIDA o ha fallecido por esta enfermedad, uno de cada 6 250 hombres de 45 a 64 y no de cada 14 035 hombres jóvenes de 15 a 24 años había sido diagnóstico y notificado con este padecimiento.

Ocupación.

Durante el mes de octubre de 1990 se habían notificado 44 casos en obreros, 55 en empleados administrativos,

FIGURA 22.

CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO MEXICO
HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990

EDAD	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN NOVIEMBRE DE 1989 A OCTUBRE DE 1990			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1990			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA 31 DE OCTUBRE DE 1990			TASA*			RAZON MASC/FEM						
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	NO. %	NO. %	NO. %	M	F	F							
< 15	5	1	6	3	0	3	47	23	70	32	22	54	45	23	68	139	2.9	63	8.5	202	3.7	6.7	4.0	6.4	2/1
15-24	25	2	27	27	3	30	197	42	239	157	24	181	183	40	223	612	13.1	104	14.0	716	13.2	71.2	12.3	42.1	6/1
25-44	199	11	210	82	7	89	1141	192	1333	691	126	817	1009	178	1277	3149	67.6	439	59.1	3588	66.4	336.3	47.3	192.5	7/1
45-64	33	8	41	19	2	21	235	54	289	154	26	180	228	46	276	643	13.8	108	14.7	751	13.9	160.0	25.9	91.7	6/1
65 >	0	1	1	2	0	2	22	4	26	10	5	15	21	4	25	50	1.0	16	2.1	66	1.2	51.0	10.9	24.5	3/1
IGNORADOS	1	0	1	9	2	11	10	5	15	10	1	11	13	5	18	64	1.4	12	1.6	76	1.4	-	-	-	5/1
TOTAL	263	23	286	142	14	156	1652	320	1972	1054	204	1258	1589	298	1887	4657	100	742	100	5399	100	118.9	19.1	69.2	6/1

*TASA POR 1 000 000 DE HAB.

10 en trabajadores de la educación, 23 en trabajadores de servicios públicos y privados, 4 en técnicos, 24 profesionales, 22 en amas de casa y 20 en otras ocupaciones (figura 23). En forma acumulada la mayor incidencia de casos de SIDA se ha presentado en empleados administrativos, trabajadores de servicios públicos y privado, profesionales, técnicos, maestros, funcionarios públicos y privados y comerciantes. Continúa siendo baja la incidencia en choferes, obreros, desempleados, campesinos, amas de casa y estudiantes.

Categorías de transmisión en Adultos.

Durante el mes de octubre de 1990 se hablan notificado 84 casos nuevos en hombres homosexuales que corresponden al 32.1 de los casos en varones adultos, esta proporción fue de 28.7% en los meses de noviembre de 1989 a octubre de 1990 y de 36.6% en el período correspondiente a noviembre de 1988 a octubre de 1989. Como podemos observar existe un descenso en el porcentaje de casos de SIDA en esta categoría de transmisión (figura 24).

En hombres bisexuales la proporción se había mantenido estable y en los casos asociados a transmisión heterosexual la tendencia era ascendente, aunque los datos pre-

FIGURA 23.

CASOS DE SIDA POR OCUPACION EN MAYORES DE 15 AÑOS. MEXICO HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990¹

OCUPACION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990	CASOS ACUMULADOS HASTA OCTUBRE DE 1990		
		NUMERO	%	TASA *
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	55	703	17.4	371
TRAB. DE SERV. PUBLICOS Y PRIV.	23	520	12.9	243
PROFESIONALES	24	360	8.9	163
TECNICOS	4	124	3.0	242
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	10	260	6.5	154
FUNCIONARIOS PUBLICOS	0	6	0.1	83
FUNCIONARIOS PRIVADOS	2	32	0.8	94
COMERCIANTE	20	313	7.8	106
OPERADOR DE TRANSPORTE	8	95	2.4	86
ODREROS	44	489	12.1	90
DESEMPLEADOS	15	90	2.2	56
TRABAJADOR AGRICOLA O CAMPO	5	159	3.4	23
AMA DE CASA	22	369	9.1	23
ESTUDIANTE	35	148	3.7	13
OTRAS OCUPACIONES	20	371	9.2	169
SUBTOTAL	287	4019	100	73
			(77.3)	
SE DESCONOCE OCUPACION	-7	1178	22.6	-
TOTAL	280	5197	100	94

CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR CATEGORIA DE TRANSMISION Y SEXO, MEXICO, HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1989 A OCTUBRE DE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1988 A OCTUBRE DE 1989			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1990			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990					
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%			
HOMOSEXUALES MASCULINOS	84	-	84	43	-	43	463	-	463	372	-	372	435	-	435	1702	431	-	1702	37.4	
BISEXUALES MASCULINOS	58	-	58	20	-	20	422	-	422	245	-	245	405	-	405	1101	279	-	1101	24.2	
HIETEROSEXUALES	38	7	45	13	1	14	227	77	304	228	52	280	253	78	331	642	163	183	30.0	825	18.1
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SEXUAL	180	7	187	76	1	77	1112	77	1189	845	52	897	1093	78	1171	3445	874	183	30.0	3628	79.7
TRANSFUSION	9	12	21	6	6	12	139	182	321	76	108	184	130	171	301	293	74	414	67.9	707	15.3
HEMOFILICOS	4	-	4	2	-	2	24	-	24	6	-	6	22	-	22	53	13	-	-	53	1.2
DROGADICTOS INTRAVENOSOS	4	0	4	0	0	0	20	1	21	1	0	1	18	1	19	29	07	3	0.5	32	0.7
EX-DONADORES REMUNERADOS	7	0	7	-	-	-	89	8	97	-	-	-	50	3	53	89	22	8	1.3	97	2.1
EXPOSICION OCUPACIONAL	0	0	0	-	-	-	1	1	2	-	-	-	1	1	2	1	0.2	1	0.2	2	0.04
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SANGUINEA	24	12	36	8	6	14	273	192	465	83	108	191	221	176	397	465	118	426	69.9	891	19.6
HOMOSEXUALES DROGADICTOS I.V.	4	-	4	0	-	0	13	-	13	1	-	1	12	-	12	31	08	-	-	31	0.7
SUBTOTAL	208	19	227	84	7	91	1398	269	1667	929	160	1089	1326	254	1580	3941	100	609	100	4550	100
																69.2		(89.7)		(87.5)	
NO DOCUMENTADO	53	0	53	54	8	62	215	20	235	86	27	113	217	22	239	577	128	70	10.3	647	12.4
TOTAL	261	19	280	138	15	153	1613	289	1902	1015	189	1204	1543	276	1819	4518	100	679	100	5197	100

sentados en el boletín de enero de 1990 indicaban que existía una alta proporción de casos notificados como transmisión heterosexual en hombres que hacían suponer que en realidad son homosexuales o bisexuales.

En el mes de noviembre de 1990 se notificaron 9 nuevos casos de SIDA asociados a transmisión por transfusión, los que sumaban 293 casos en hombres y representaban el 7.4%. De igual manera se habían notificado 89 casos de SIDA en ex-donadores de sangre remunerados hasta octubre.

Se habían notificado 679 casos de SIDA en mujeres adultas de las cuales el 67.9% eran provocados por transfusiones, 30.0% por transmisión heterosexual, 1.3% en ex-donadoras remunerados y 0.5% en usuarias de drogas intravenosas.

Categoría de transmisión en niños.

Para el mes de octubre se habían notificado 6 casos nuevos de SIDA para dar una cifra acumulada ya se habían detectado 202 casos (figura 25), de los cuáles el 57.3% habían sido ocasionados por transmisión sanguínea (post-transfusionales y hemofílicos), 38.7% por transmisión perinatal y 3.9% por abuso sexual.

FIGURA 25.

CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS DE SIDA PEDIATRICOS
MEXICO, HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1990	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989	NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1989 A OCTUBRE DE 1990	NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE NOVIEMBRE DE 1988 A OCTUBRE DE 1989	NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1990	NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990
HEMOFILICO	1	1	2	8	3	35 19.6
TRANSFUSION	2	1	16	24	13	67 37.6
TRANSMISION SANGUINEA	3	2	18	32	16	102 57.3
HOMOSEXUALES MASCULINOS	1	0	4	0	4	6 3.4
HETEROSEXUAL FEMENINO	0	0	0	0	0	1 0.6
TRANSMISION SEXUAL	1	0	4	0	4	2 3.9
PERINATAL	3	0	20	21	31	69 38.7
SUBTOTAL	7	2	52	53	51	178 100 (88.1)
NO DOCUMENTADO	-1	1	18	1	17	24 11.2
TOTAL	6	3	70	54	68	202 100

Categoría de transmisión por Entidad Federativa.

La mayor proporción de casos de SIDA presentada fue asociada a la homosexualidad y esto se presentó principalmente en los estados de Quintana Roo, Querétaro, Coahuila, Nuevo León y Colima. La mayoría de los casos provocados por transfusión se habían presentado en Tlaxcala, Puebla, Jalisco, Hidalgo, Morelos y Nayarit (figura 26).

Instituciones Notificantes.

En cuanto a las instituciones notificantes el 39.3% (2,120), fue notificado por el IMSS, 40.7% (2,196) por la SSA, 9.3% (502) por el ISSSTE y 10.8% (581) por otras instituciones.

Situación de los Pacientes.

En cuanto al estado físico de los infectados hasta noviembre de 1990 un 46.5% (2,509) continuaba vivo y el 46.8% (2,526) había fallecido, no se disponía del seguimiento epidemiológico de 364 pacientes, es decir, un 6.7%.

FIGURA 26.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1990. CATEGORIAS DE TRANSMISION POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG. LV		DON. REM. EXP. OCUP		HOMO/DROG.IV. PERINATAL		NO DOCUM		TOTAL					
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%				
AGS	4	33.3	0	0	5	41.6	1	8.3	0	0	0	0	1	8.3	0	0	0	0	1	8.3	12	100.0		
B.C.	43	36.1	35	29.4	12	10.0	13	10.9	0	0	3	2.5	0	0	0	0	6	5.0	1	0.8	4	5.0	119	100.0
B.C.S.	5	33.3	7	44.7	2	13.3	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.7	15	100.0
CAMPECHE	6	35.3	3	17.6	1	5.9	3	17.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11.8	2	11.8	17	100.0
COAHUILA	61	50.4	23	19.0	12	9.9	7	5.7	7	5.8	0	0	0	0	0	0	1	0.8	1	0.8	9	7.4	121	100.0
COLIMA	11	52.4	1	4.8	5	23.8	3	14.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.0	21	100.0
CHIAPAS	9	22.5	8	20.0	14	35.0	6	15.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	100.0
CHIHUAHUA	32	42.7	14	18.7	15	20.0	8	10.7	0	0	1	1.3	0	0	0	0	0	0	1	1.3	4	5.3	75	100.0
DF.	681	37.1	347	18.9	225	12.2	166	9.0	20	1.1	4	0.2	10	0.5	1	0.1	13	0.7	15	0.8	265	19.9	1047	100.0
DURANGO	20	41.7	11	22.9	11	22.9	2	4.2	2	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.2	48	100.0
GUANAJUATO	12	21.4	11	19.6	18	32.1	6	10.7	2	3.6	0	0	2	3.6	0	0	0	0	2	3.6	3	5.4	56	100.0
GUERRERO	32	25.4	31	24.6	25	19.8	20	15.9	6	4.8	0	0	1	0.8	0	0	1	0.8	2	1.6	8	6.3	126	100.0
HIDALGO	4	21.1	2	10.5	6	31.6	4	21.1	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.3	19	100.0
JALISCO	188	27.1	102	14.7	95	13.7	203	29.2	12	1.7	12	1.7	15	2.2	0	0	5	0.7	14	2.0	49	7.1	695	100.0
MEXICO	148	22.3	98	14.8	129	19.4	113	17.0	12	1.8	1	0.2	31	4.7	0	0	2	0.3	11	1.7	117	17.4	643	100.0
MICHOACAN	40	28.8	34	24.5	26	18.7	22	15.8	1	0.7	2	1.4	1	0.7	0	0	2	1.4	1	0.7	10	7.2	139	100.0
MORELOS	22	77.3	28	22.0	29	22.8	31	24.4	2	1.6	1	0.8	2	1.6	0	0	1	0.8	2	1.6	5	7.1	127	100.0
NAYARIT	11	19.6	19	33.9	6	10.7	14	25.0	1	1.8	0	0	1	1.8	0	0	1	1.8	2	3.6	1	1.8	56	100.0
NUEVO LEON	85	45.0	56	29.6	26	13.7	7	3.7	4	2.1	1	0.5	0	0	0	0	0	0	1	0.5	9	4.8	189	100.0
OAXACA	20	29.9	25	37.3	10	14.9	6	9.0	1	1.5	0	0	0	0	0	0	1	1.5	1	1.5	3	4.5	67	100.0
PUEBLA	30	12.0	55	22.1	46	18.4	76	30.5	1	0.4	0	0	29	11.2	0	0	1	0.4	4	2.4	4	2.4	249	100.0
QUERETARO	9	52.9	1	5.9	3	17.6	3	17.6	0	0	1	5.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	100.0
Q. ROO	8	53.3	4	26.7	1	6.7	1	6.7	0	0	1	6.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	100.0
SAN LUIS POTOSI	14	29.8	19	40.4	7	14.9	6	12.8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1	0	0	0	0	47	100.0
SINALOA	13	18.3	27	38.0	10	14.0	9	12.7	0	0	1	1.4	1	1.4	0	0	0	0	2	2.8	2	2.8	71	100.0
SONORA	8	30.8	5	19.2	8	30.7	2	7.7	2	7.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.8	26	100.0
TABASCO	7	23.3	8	26.7	3	10.0	3	10.0	4	13.3	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0	0	0	3	10.0	30	100.0
TAMALULPAS	27	32.1	24	28.6	17	20.2	8	9.5	2	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	5	6.0	84	100.0
TLAXCALA	2	10.0	1	5.0	4	20.0	8	40.0	1	5.0	0	0	1	5.0	0	0	0	0	1	5.0	2	10.0	20	100.0
VERACRUZ	66	32.2	60	29.3	33	16.0	15	7.3	4	2.0	1	0.5	2	1.0	0	0	1	0.5	1	0.5	22	10.7	205	100.0
YUCATAN	57	51.6	30	24.0	13	10.4	3	2.4	3	2.4	1	0.8	0	0	0	0	0	0	2	1.6	5	4.0	125	100.0
ZACATECAS	4	17.4	4	17.4	5	21.7	3	13.0	0	0	1	4.3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	17.4	73	100.0
EXTRANJERO	19	42.2	8	17.8	4	8.9	2	4.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	24.4	45	100.0
SEIGNORA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0
TOTAL	1708	31.6	1101	20.4	826	15.3	774	14.3	88	1.6	32	0.6	97	1.8	2	0.0	31	0.6	69	1.3	671	12.4	5399	100.0

Estadísticas.

Segundo Semestre 1991.

México continúa ocupando el décimo primer lugar en el mundo y el tercero en el continente Americano, después de Estados Unidos y Brasil. México mantiene acumulados hasta el segundo semestre de 1991 8,564 con un porcentaje del 2.0% y una tasa de 110 por 1'000,000 de habitantes.

Tendencias.

La tasa de casos nuevos en 1991 fue 3 veces mayor que la de 1987 y dos veces más que la manejada en 1989. El porcentaje de crecimiento en relación hombre-mujer, es tres veces menor a la observada en 1987, esto se debió al rápido crecimiento de la epidemia en mujeres (figura 27).

Fecha de Inicio y de Notificación.

Hasta el segundo semestre de 1991 el número de ca sos de SIDA acumulados es de 8 564 de los cuales en el mes de septiembre fueron notificados 287 casos nuevos, la razón de aumento diario fue de 9.6 y en septiembre de 1990 habfa sido de 6.7. Se seguía observando hasta este segundo semestre de 1991 el fenómeno del retraso en la notificación ya que solamente 33 casos se iniciaron y fueron notificados en tal semestre, el resto de los casos tienen retraso que van

FIGURA 27.

CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
 MEXICO 1983 - 1991
 (HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991)

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1,000,000 habitantes)	RAZON H / M
1983	17	0.2	17.0
1984	26	0.3	25.1
1985	69	0.8	16.1
1986	133	1.6	15.1
1987	798	10.2	14.1
1988	964	11.3	6.1
1989	1499	17.2	5.1
1990	2401	30.8	5.1
1991	2657	34.0	6.1
1983-1991	8564	109.9	6.1

desde uno hasta 14 semestres. Durante el período comprendido de octubre de 1989 a septiembre de 1990 se notificaron 2 358 casos en comparación con 3 484 que se registraron en la siguiente anualidad (de octubre de 1990 a septiembre de 1991). Al comparar estos dos periodos se observa un crecimiento del 47.7% para los últimos 12 meses y de un 43.5% de septiembre de 1990 en relación a septiembre de 1991. El crecimiento de la epidemia también lo podemos observar analizando el porcentaje de casos acumulados según las notificaciones durante los últimos 9 meses de 1991 y observaremos que fue de un 31.0% (figura 28).

Distribución Geográfica.

De las notificaciones recibidas hasta el semestre de 1991 el 16.7% correspondían a Chihuahua, 17.0% al Distrito Federal, 9.0% a Jalisco, 7.3% al Estado de México, 6.3% a Nuevo León, el 43.7% restante se distribuye en 21 diferentes entidades y 6 entidades no registraron casos.

Durante los últimos 12 meses el número de casos de SIDA se ha incrementado en 25 estados y en 7 ha descendido en comparación con el año anterior. Las entidades con mayor riesgo de infección continúan siendo el Distrito Federal con una tasa de 295.1 por cada millón de habitantes, Ja

FIGURA 28.

CASOS DE SIDA POR SEMESTRE DE INICIO. MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991

SEMESTRE DE INICIO		NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991.	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1989 A SEPTIEMBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN 1989.	NO DE CASOS NOTIFICADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991.	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991.
1981	1ER SEM. 2DO SEM.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 2
1982	1ER SEM. 2DO SEM.	0 0	0 0	1 1	0 1	0 1	3 8	5 13
1983	1ER SEM. 2DO SEM.	0 0	0 0	0 3	3 3	0 2	18 18	31 49
1984	1ER SEM. 2DO SEM.	0 1	0 0	1 5	1 6	1 3	18 54	67 121
1985	1ER SEM. 2DO SEM.	0 1	0 2	3 9	3 16	3 6	- 141	200 341
1986	1ER SEM. 2DO SEM.	0 0	1 3	15 20	25 33	8 14	156 296	497 793
1987	1ER SEM. 2DO SEM.	2 5	3 7	31 56	60 102	22 31	509 611	1302 1913
1988	1ER SEM. 2DO SEM.	8 13	9 10	88 125	192 285	47 80	864 881	2777 3658
1989	1ER SEM. 2DO SEM.	8 14	26 33	189 439	542 632	130 246	993 1062	4651 5713
1990	1ER SEM. 2DO SEM.	38 59	85 21	845 1049	426 28	541 901	1231 1039	6944 7983
1991	1ER SEM. 2DO SEM.	105 33	- -	559 45	- -	576 45	536 45	8519 8564
TOTAL		287	200	3484	2358	2657	8564	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991

lisco con una tasa de 219.6, Morelos con 198.2 y Yucatán con 150.4 casos. Sin embargo, el 69.2% de la epidemia (5,929 casos) se concentra solamente en 3 entidades: Distrito Federal, México y Jalisco (figura 29).

Edad y Sexo.

La proporción de casos acumulados de SIDA por sexo que se indica que el 84.5% han presentado en hombres. Una distribución similar se conserva para las dos últimas anualidades, el 66.0% de los casos se habían presentado en el grupo de edad de 25 a 44 años, el 14.4 restante en el de 24 a 64 años, el 13.5% en el de 15 a 24 años, el 3.2% en menores de 15 años y el 1.3% en mayores de 65 años, se desconoce el grupo de edad del 1.3% de los casos.

El análisis por tasa indica que el sexo masculino es seis veces más afectado que el femenino, la tasa de incidencia para el grupo de 25 a 44 en hombres es de 524.2 casos por cada 1'000,000 de habitantes, el grupo de 45 a 64 años tiene una tasa de 259.5 y el de 15 a 24 una de 114.0 (figura 30).

FIGURA 29.

CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA.

ESTADO	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1990	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1989	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989 A SEPTIEMBRE DE 1989	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN OCTUBRE DE 1989 A SEPTIEMBRE DE 1989	NO DE CASOS ACUMULADOS EN 1991	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991	TASA*	PORCENTAJE DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO								
D.F.	49	35	1220	788	943	2931	295.1	34.2
SUBTOTAL	49	35	1220	788	943	2931	295.1	34.2
REGION NORTE								
NUEVO LEON	18	0	104	58	97	287	96.7	3.4
BAJA CALIFORNIA	8	1	151	24	78	238	121.6	2.7
COAHUILA	7	2	48	29	35	168	93.0	2.0
CHIHUAHUA	18	0	59	32	55	131	59.9	1.5
TAMAILIPAS	1	0	50	47	31	128	56.8	1.5
SONORA	1	0	29	4	4	53	32.0	0.6
R C S	2	0	12	4	12	27	96.7	0.3
SUBTOTAL:	85	3	453	198	309	1024	82.1	12.0
REGION CENTRO OCCIDENTE								
JALISCO	26	25	401	337	344	1972	219.6	12.8
MICHOACAN	2	5	105	65	75	237	21.6	0.5
GUERRERO	12	4	119	21	87	231	95.2	2.7
SINALOA	2	17	47	21	35	107	48.7	1.5
NAYARIT	6	2	35	29	22	80	109.2	1.0
S.L.P.	2	1	37	-	-	84	43.8	1.0
DURANGO	2	6	14	20	12	59	44.4	0.7
COLIMA	1	0	14	5	14	35	87.4	0.4
ZACATECAS	1	5	12	10	9	34	27.7	0.4
AGUASCALIENTES	0	0	17	-	5	29	46.1	0.3
SUBTOTAL	61	66	792	548	631	1992	104.1	23.3
REGION CENTRO ORIENTE								
MEXICO	22	5	417	347	307	1096	103.0	12.2
QUERETARO	11	8	140	124	102	368	95.6	4.3
VERACRUZ	2	15	75	147	65	273	43.6	3.2
MORELOS	16	16	103	36	83	250	158.2	2.2
GUANAJUATO	2	3	45	14	47	101	28.6	1.2
HIDALGO	1	0	19	4	19	39	22.2	0.3
QUERETARO	1	2	14	4	17	20	32.0	0.3
TLAXCALA	1	1	8	11	7	27	42.6	0.3
SUBTOTAL:	64	54	800	677	630	2130	76.0	24.9
REGION SUR								
YUCATAN	1	2	68	54	60	185	150.4	2.2
OAXACA	0	25	15	40	12	80	30.0	0.9
CHIAPAS	0	3	7	14	7	46	19.2	0.3
TABASCO	0	7	8	7	7	36	29.3	0.4
QUINTANA ROO	0	2	18	2	17	53	59.8	0.4
CAMPECHE	1	0	5	6	2	19	33.6	0.2
SUBTOTAL:	2	42	119	135	105	359	48.1	4.7
SUBTOTAL	281	200	3444	2345	2620	8482	108.8	69.0
EXTRANJERO	6	0	40	13	37	82	-	1.0
TOTAL	287	200	3484	2358	2657	8564	109.9	100.0

*TASA POR 100 000 DE HABITANTES

FIGURA 30.

CASOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN MEXICO.

EDAD	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1989 A SEPTIEMBRE DE 1990			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1991			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991						TASA*			RAZON MASC/FEM
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%	M	F	T	
<15	7	2	9	4	2	6	56	31	87	54	28	82	37	22	59	179	2.4	92	7.4	271	3.2	31.2	5.9	8.6	2/1
15-24	25	2	27	23	9	32	399	60	468	259	54	313	306	55	361	979	13.4	173	13.9	1152	13.5	114.0	20.6	67.9	6/1
25-44	157	29	186	104	17	121	1960	321	2281	1320	241	1561	1472	255	1727	4908	67.0	748	60.2	5656	66.0	524.2	80.7	303.5	7/1
45-64	30	8	38	32	3	35	425	86	511	287	56	343	328	59	387	1043	15.0	186	14.2	1229	14.4	259.5	44.7	150.2	6/1
65 >	3	0	3	2	0	2	34	13	47	24	4	28	32	8	40	84	1.1	28	2.3	112	1.3	68.1	19.2	41.6	3/1
IGNORADOS	14	0	14	3	1	4	83	7	90	26	5	31	77	6	83	129	1.8	15	1.2	144	1.7	-	-	-	9/1
TOTAL	246	41	287	168	32	200	2957	527	3484	1970	388	2358	2252	405	2657	7232	100.0	1212	100.0	8564	100.0	187.0	32.0	109.9	6/1

* TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

Ocupación.

La ocupación que acumuló la mayor parte de los casos de SIDA es la de los empleados administrativos en donde se han visto afectados por esta epidemia uno de cada 1,500 empleados según la tasa de incidencia acumulada, los trabajadores de los servicios públicos y personales de uno de cada 2,400 y los técnicos uno de cada 2,450. Las tasas más bajas se siguen registrando en amas de casa, trabajadores agrícolas y estudiantes (figura 31)

Categoría de Transmisión en Adultos.

Hombres.

De los casos notificados en el mes de octubre el 73.2% son atribuidos a transmisión sexual, en la anualidad de octubre de 1989 a septiembre de 1990 el 31.1% de los registros corresponden a hombres con prácticas homosexuales, mientras que en la anualidad siguiente esta proporción fue de 32.4% lo que indica un incremento en los casos en esta población, mientras que en los bisexuales se ha observado un decremento ya que en la anualidad de octubre de 1989 a septiembre de 1990 acumuló el 25.7% mientras que en la siguiente anualidad la proporción observada fue de 21.1%. La transmisión heterosexual no presentó cambios importantes en estas anualidades sin embargo en tanto a la proporción de

FIGURA 31

CASOS DE SIDA POR OCUPACION
MAYORES DE 15 AÑOS.

CASOS DE SIDA POR OCUPACION EN MAYORES DE 15 AÑOS. MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991

OCUPACION	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991	CASOS ACUMULADOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991		
		NÚMERO	%	TASA *
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	39	1,762	17.5	667
TRAB. DE SERV. PÚBLICOS Y PRIV.	34	890	12.3	417
TECNICOS	7	209	2.9	409
PROFESIONALES	17	575	7.9	241
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	18	395	5.5	234
COMERCIANTE	22	623	8.7	212
OBREROS	33	892	12.2	163
FUNCIONARIOS PRIVADOS	1	52	0.7	151
FUNCIONARIOS PÚBLICOS	0	10	0.1	139
OPERADOR DE TRANSPORTE	4	150	2.0	138
DESEMPLEADOS	23	217	3.0	134
AMA DE CASA	27	680	9.4	41
TRABAJADOR AGRICOLA O CAMINO	14	240	3.5	41
ESTUDIANTE	10	223	3.0	20
OTRAS OCUPACIONES	29	783	10.9	354
SUBTOTAL	277	7201	100	131
			(66.8)	
SE SIN CONEX. OCUPACION	1	961	11.8	
TOTAL	278	8292	100	151

casos notificados por esta vía de transmisión y a algunos análisis hechos al comparar algunas variables sociodemográficas con el grupo homosexual y bisexual, se ha estimado que en la mayoría de estos casos puede ser de hombres homosexuales o bisexuales.

Hasta el primero de octubre de 1991 se habían notificado 16 casos por transmisión sanguínea para dar una cifra acumulada de 750 casos. Al comparar las anualidades se observa un decremento en la tendencia de la transmisión sanguínea que va de 13.7% a 10%.

Mujeres.

Se han notificado 1150 casos de SIDA en mujeres adultas de los cuales el 62.4% corresponde a mujeres transfundidas, el 33.8% de transmisión heterosexual, 2.9% en exdonadoras remuneradas 0.7% en usuarias de drogas intravenosas (figura 32).

Categorías de Transmisión en Niños.

En el mes de septiembre se notificaron 9 casos más en niños para dar una cifra acumulada de 271. Las anualidades nos señalan un incremento en la transmisión sanguínea observando un decremento que va de 45.1% a 27.6%. De

FIGURA 32.
CASOS DE SIDA EN ADULTOS
POR CATEGORIA DE TRANSMI
SION Y SEXO.

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE 1990 A SEPTIEMBRE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE 1989 A SEPTIEMBRE 1990			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 1991			NO. DE CASOS A UNIDAD ADULTA HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991					
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%
																NO.	%	NO.	%	NO.	%
HOMOSEXUALES MASCULINOS	70	-	70	41	-	41	940	-	940	597	-	597	725	-	725	2598	41.6	-	-	2598	35.7
BISEXUALES MASCULINOS	58	-	58	58	-	58	613	-	613	493	-	493	452	-	452	1750	28.0	-	-	1750	24.0
HETEROSEXUALES	47	13	60	31	8	39	488	173	661	316	100	416	392	136	528	1087	17.4	348	33.8	1435	19.7
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SEXUAL	175	13	188	130	8	138	2041	173	2214	1406	100	1506	1569	136	1705	5135	86.9	348	33.8	5783	79.4
TRANSFUSION	11	19	30	16	20	36	153	228	381	144	214	358	121	176	297	428	6.8	642	62.4	1070	14.7
EX DONADORES REMUNERADOS	2	0	2	3	1	4	77	15	92	77	10	87	60	14	74	187	3.0	30	2.9	217	3.0
HEMOFILICOS	1	-	1	2	-	2	41	-	41	24	-	24	32	-	32	90	1.4	-	-	90	1.2
DROGADICTOS INTRAVENOSOS	2	0	2	3	0	3	21	4	25	16	1	17	13	4	17	44	0.7	7	0.7	51	0.7
EXPOSICION OCUPACIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0.01	1	0.09	2	0.03
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SANGUINEA	16	19	35	24	21	45	292	247	539	262	226	488	226	194	420	750	12.0	680	66.1	1430	19.6
HOMOSEXUALES DROGADICTOS LV.	6	-	6	1	-	1	33	-	33	13	-	13	25	-	25	66	1.0	-	-	66	0.9
SUBTOTAL	197	32	229	155	29	184	2366	420	2786	1681	326	2007	1820	330	2150	6251	100	1028	100	7279	100
																(87.5)		(89.4)		(87.8)	
NO DOCUMENTADO	42	7	49	9	1	10	536	75	611	235	34	269	396	52	448	892	12.5	122	10.6	1014	12.2
TOTAL	239	39	278	164	30	194	2902	495	3397	1916	360	2276	2216	382	2598	7133	100	1150	100	8283	100

los casos pediátricos acumulados, el 48% son por transmisión perinatal 31.3% por transfusión, 19.0% en hemofílicos, 1.6 por abuso sexual (figura 33).

Categoría de Transmisión por Entidades Federativas.

El mayor porcentaje de casos notificados de SIDA asociados a homosexualidad se han presentado en Yucatán con 49.7%, Nuevo León 42.9%, Querétaro 41.4%, Colima 37.1% y Coahuila 36.8. La más alta cantidad de casos de SIDA por transfusión sanguínea se han presentado en Tlaxcala con un 44.4%, Puebla 29.6% y Jalisco 27.1% (figura 34).

Instituciones Notificantes.

La SSA ha notificado 3 869 (45.2%), el IMSS 3 167 (37%), el ISSSTE 703 (8.2%) y 822 (9.6%) de los casos han sido notificados por otras instituciones.

Situación de los Pacientes.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 48% (4 115) había fallecido, continuaban vivos 43.3% (3 712) y no se tiene información de la evolución del

FIGURA 33.

CATEGORIA DE TRANSMISION
EN NIÑOS.

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991	NO DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991	NO DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992	NO DE CASOS ACUMULADOS EN 1991	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1991	
PERINATAL	7	2	53	35	38	121	48.0
TRANSFUSION	0	3	12	30	8	79	31.3
HEMOFILICO	1	1	12	7	7	48	19.0
SUBTOTAL TRANS. SANGUINEA	1	4	24	37	15	127	50.4
HOMOSEXUALES MASCULINOS	0	0	1	2	0	4	1.6
HETEROSEXUAL FEMENINO	0	0	0	0	0	0	0.0
SUBTOTAL TRANS. SEXUAL	0	0	1	2	0	4	1.6
SUBTOTAL	8	6	78	74	53	252	100.0 (93.0)
NO DOCUMENTADO	1	0	9	8	6	19	7.0
TOTAL	9	6	87	82	59	271	100.0

CATEGORIA DE TRANSMISION
POR ENTIDADES FEDERATIVAS.

ENTIDAD	HOMOSEXUAL				BISEXUAL				HETEROSEXUAL				TRANSFUSION				HEMOFILICO				DROG. IV		DON. REM. EXP. OCUP.		HEMOTRANSFUSION		PERINATAL		NO DOCUM.		TOTAL	
	NO.	%	NO.	% NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	
ALIS	8	27.6	4	13.8	11	37.9	3	10.3	0	0	0	0	0	0	0	1	3.4	0	0	1	3.4	0	0	0	0	0	0	1	3.4	29	100.0	
B. C.	75	32.9	43	18.9	27	11.8	25	11.0	0	0	7	3.1	2	0.9	0	0	10	4.4	5	2.2	34	14.9	0	0	0	0	0	0	276	100.0		
B. C. S.	10	37.0	11	40.7	4	14.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7.4	27	100.0		
CAMPICHE	7	34.8	3	15.8	2	10.5	2	10.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10.5	3	15.8	19	100.0		
COAHUILA	71	42.3	39	23.2	27	16.1	9	5.4	8	4.8	0	0	0	0	0	0	1	0.6	2	1.2	11	6.5	0	0	0	0	0	168	100.0			
COLEMA	13	37.1	6	17.1	9	25.7	4	11.4	0	0	0	0	0	2	5.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9	35	100.0			
CHIHUAS	9	19.6	8	17.6	16	34.8	8	17.4	2	4.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6.5	46	100.0			
CHIHUAHUA	44	35.1	29	22.1	25	19.1	11	8.4	0	0	2	1.5	0	0	0	0	2	1.5	1	0.8	15	11.5	0	0	0	0	0	115	100.0			
D.F.	1125	34.4	540	19.1	425	14.5	144	4.3	37	1.3	5	0.2	47	1.6	1	0	5	0.2	27	0.9	485	15.8	0	0	0	0	0	2091	100.0			
DURANGO	22	37.3	16	27.1	12	20.3	4	6.8	2	3.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5.1	59	100.0			
GUANAJUATO	19	18.8	20	19.8	31	30.7	14	13.8	2	2.0	0	0	2	2.0	0	0	0	0	0	0	5	5.0	6	5.9	101	100.0						
GUERRERO	42	26.8	51	32.1	54	33.4	32	13.9	4	2.6	3	1.3	3	1.3	0	0	3	1.3	3	1.3	14	8.1	0	0	0	0	1	5.1	231	100.0		
HIDALGO	10	25.6	8	20.5	10	25.4	7	17.9	1	2.6	0	0	0	0	0	0	1	2.6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1	39	100.0		
JALISCO	238	21.8	186	17.0	156	14.3	294	27.1	24	2.2	15	1.4	29	2.7	0	0	13	1.2	26	2.4	109	10.0	0	0	0	0	0	1092	100.0			
MEXICO	221	20.7	168	15.7	189	17.7	157	14.7	20	1.9	5	0.5	29	2.7	1	0.1	2	0.2	18	1.7	218	20.4	0	0	0	0	0	218	100.0			
MICHOACAN	45	28.0	56	35.0	44	28.0	36	22.5	6	3.8	2	1.3	3	1.9	0	0	7	4.4	3	1.9	9	5.6	0	0	0	0	0	39	232	100.0		
MORELOS	42	18.3	46	20.0	58	25.2	47	20.4	2	0.9	1	0.4	7	3.0	0	0	1	0.4	5	2.1	21	9.1	0	0	0	0	0	231	100.0			
NAYARIT	22	24.7	29	32.6	10	11.2	20	22.5	1	1.1	0	0	1	1.1	0	0	2	2.2	2	2.2	2	2.2	0	0	0	0	2	2.2	89	100.0		
QUEVOLEON	123	42.9	83	28.9	46	16.0	11	3.8	4	1.4	2	0.7	0	0	0	0	5	1.7	2	0.7	11	3.8	0	0	0	0	0	387	100.0			
QUERETARO	22	27.5	26	32.5	15	18.8	10	12.5	0	0	0	0	1	1.3	0	0	2	2.5	1	1.3	3	3.8	0	0	0	0	3	3.8	80	100.0		
QUEBLA	43	11.7	71	19.3	81	22.0	109	29.6	3	0.8	0	0	41	11.3	0	0	2	0.5	8	2.2	10	2.7	0	0	0	0	0	348	100.0			
QUINTANA ROO	12	41.4	4	20.7	7	24.1	3	10.3	0	0	1	3.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	100.0			
QUERO	13	39.4	11	33.3	2	6.1	3	9.1	0	0	1	3.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9.1	33	100.0		
SAN LUIS POTOSI	27	32.1	30	35.7	15	17.9	8	9.5	0	0	1	1.2	0	0	0	0	2	2.4	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	84	100.0			
SINALOA	21	19.6	32	29.9	20	18.7	15	14.0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	0	0	0	0	0	0	3	2.8	13	12.1	0	0	121	107	100.0			
SONORA	13	23.6	16	29.1	13	23.6	5	9.1	2	3.6	1	1.8	1	1.8	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5.5	55	100.0		
TABASCO	10	27.8	10	27.8	4	11.1	2	5.6	3	8.3	1	2.8	1	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13.9	36	100.0	
TAMAULIPAS	37	28.9	34	26.6	26	20.3	16	12.5	2	1.6	0	0	1	0.8	0	0	0	0	0	0	1	0.8	11	8.4	0	0	118	128	100.0			
TLAXCALA	2	7.4	1	3.7	4	22.2	12	44.4	2	7.4	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	1	3.7	2	7.4	2	7.4	27	100.0				
VERACRUZ	87	31.9	76	27.8	46	16.8	18	6.6	4	1.5	1	0.4	3	1.1	0	0	1	0.4	2	0.7	35	12.6	0	0	0	0	0	273	100.0			
YUCATAN	92	49.7	50	27.0	20	10.8	7	3.8	4	2.2	1	0.5	0	0	0	0	2	1.1	3	1.6	6	3.2	0	0	0	0	6	3.2	185	100.0		
ZACATECAS	8	23.5	5	14.7	8	23.5	7	20.6	0	0	1	2.9	0	0	0	0	2	5.9	0	0	3	8.6	0	0	0	0	3	8.6	74	100.0		
XITLAHQUI	27	32.9	14	17.1	16	19.5	5	6.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0	19	23.2	0	0	0	0	19	23.2	82	100.0		
TOTAL	2402	30.4	1744	20.4	1415	16.9	1169	13.4	136	1.4	51	0.6	217	2.5	2	0.0	44	0.8	121	1.4	1031	12.1	0	0	0	0	0	4544	100.0			

del 8.6% (737) casos. (63)

Para México, de acuerdo a distintas hipótesis en el comportamiento de la epidemia se han calculado 20 mil casos acumulados para 1991 de los cuales un considerable porcentaje no se ha notificado oportunamente. (64)

***Agradecemos la ayuda proporcionada por los Dres. Martha Beatriz Altamirano García, Federico Sandoval Olvera, Luis-Ignacio Mejía, Guillermo Ponce de León, Moisés Arenas, Antonio Alemán, Gustavo Mino, Agustín Zavala y Arturo Martínez por el material conferencias y pláticas proporcionadas para la realización de este capítulo.

(63) Boletín Mensual. SIDA/EIS, EPI-CONASIDA NO. 10 Año 5. Octubre 1991, Director Jesús Kumate Rodríguez. Edit.- José Luis Valdespino Gómez, et. al., pp. 2024-2030

(64) SIDA Información Básica para el Personal de Salud. -- Ob. Cit., p. 1.

CAPITULO IV

EL ADIESTRAMIENTO LABORAL PARA LA ATENCION DE ENFERMOS DE SIDA.

4.1 DERECHO DE LA CAPACITACION Y EL ADIESTRAMIENTO.

Como ya mencionamos en los capítulos anteriores la capacitación y el adiestramiento surgieron desde que el hombre se involucra o es parte por primera vez de una relación laboral ya que desde la actividad más simple hasta la más compleja necesitan forzosamente de un mínimo de conocimiento.

Se dice que esta obligación patronal y derecho del trabajador surgió con los gremios romanos quienes "idearon una estructura de trabajo, sobre la base de la habilidad y la destreza en los gremios". (65)

Sin duda el antecedente legal más importante es el contrato de aprendizaje, el cual es regulado por primera vez en México en el Código Civil. Pero no es sino hasta la ley de 1981 que el contrato de aprendizaje se regula por una ley laboral, dedicando el título tercero a tal contrato.

El título correspondiente establecía en primer lugar una definición del contrato, diciendo que "es aquel en el cual una persona se compromete a prestar sus servicios personales a otra recibiendo en cambio enseñanza en un arte u oficio y la retribución convenida". (66) No es hasta las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 9 de enero de 1978 que se incluye la capacitación y el adiestramiento en el artículo 123 fracción XIII, y, como consecuencia de estas reformas se incluye una regula-

(65) ALBERTO BRICEÑO RUIZ. Ob. cit. P. 274.

(66) IDEM. P. 276.

ción especial en la ley de 1970, estableciendo el capítulo III Bis, que fue publicado en el D.O.F. el día 28 de abril de 1978 entrando en vigor el 1o. de mayo.

Sin embargo el Dr. Dávalos establece en su estudio que "la capacitación implica el habilitar al trabajador, tenerlo en aptitud de desempeñar una actividad superior a la que realiza a través de la obtención de conocimientos nuevos. El adiestramiento consiste en enseñar, instruir, al trabajador en el trabajo que desempeña normalmente, buscando su perfeccionamiento". (67)

De esta forma el Dr. Dávalos nos da una conceptualización apropiada respecto de la diferencia de la capacitación y el adiestramiento, sin embargo hay otros tratadistas que no les interesa diferenciar entre la capacitación y el adiestramiento, además el Dr. Dávalos nos menciona que "mediante la aplicación de esta norma, se pretende preparar a los trabajadores para adaptarlos al ritmo tan acelerado y cambiante de la sociedad actual. Se procura difundir las modernas tecnologías para elevar la productividad y abolir de una vez por todas la dependencia tecnológica". (68)

(67) JOSE DAVALOS MORALES. Ob. Cit. pp. 280-281.

(68) IDEM. p.281.

Esto más que un concepto nosotros lo consideramos como el fin de tal capacitación y adiestramiento, como el medio necesario para la actualización ante los diferentes problemas de la sociedad como es el SIDA que enfrenta en la actualidad el personal médico.

Así vemos que tanto el personal médico como asistente debe de estar capacitado y actualizado tanto cultural, científica y tecnológicamente para enfrentar los nuevos cambios de la sociedad y los problemas que consigo traigan. En lo relativo a este problema que enfrenta la humanidad nosotros nos ubicaremos únicamente en lo respecetivo a la relación laboral en cuanto a la capacitación y adiestramiento. Debiendo constar esta instrucción de la mención sobre el material que debe de utilizar el médico para atender a estos pacientes, la forma en que se deben de tratar a personas infectadas por el VIH (tanto técnica como psicológicamente), el procedimiento a seguir cuando se detecta alguna persona infectada (como llenar los formatos de notificación y a que autoridades se le debe de dar aviso), esto con el fin de prestar una mejor y adecuada asistencia hospitalaria a los infectados por VIH así como también para evitar se siga propagando la infección y tener un control de la misma.

Lo anterior lo podemos fundamentar con el principio de atención humanitaria que establece que el médico como las enfermeras deben tener la adecuada capacitación y actualización para enfrentar las nuevas enfermedades y de esta forma difundir la conveniente información a toda la comunidad.

En cuanto al derecho que tiene el médico para recibir esta capacitación y adiestramiento lo fundamentamos en la Ley Federal del Trabajo y más aún en nuestra Carta Magna en su art. 123 fracción XIII del cual se desprende la actual regulación el capítulo tercero bis. de tal ley.

Mediante tal fundamentación legislativa podemos ver ampliamente regulado el derecho que tiene el trabajador y en este caso en especial el médico (como trabajador y sujeto integrante de una relación de trabajo). Sin embargo para comprender mejor este derecho del trabajador y obligación del patrón analizaremos cada uno de los artículos que comprende el capítulo relativo a la capacitación y adiestramiento para ver si en realidad el médico esta recibiendo este derecho para enfrentar la epidemia del SIDA conocida como la peste del siglo XX.

En el art. 153-A de la Ley Federal de Trabajo se establece la obligación del patrón de proporcionarle a todo trabajador la capacitación y el adiestramiento y ésta debe de ser en base a los programas formulados de común acuerdo entre patrón y trabajadores aprobados por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

Podemos observar que esta disposición es de carácter general, ya que cuando menciona que "es obligación del patrón proporcionar a todo trabajador la capacitación y el adiestramiento..." comprende tanto al profesionista como al no profesionista y dentro de los primeros encuadramos a los médicos quienes como trabajadores subordinados deberán disfrutar de tal derecho.

Respecto de este artículo mencionaremos también que en los contratos colectivos de diversas instituciones del sector salud se establece tal disposición sin embargo no hay ningún programa que encuadre a la capacitación del médico para atender a los pacientes infectados así como las medidas de seguridad a seguir y el material que se debe de utilizar para tal efecto, se limitan a establecer que el médico residente se encuentra en una etapa de capacitación y adiestramiento.

Sin embargo la única información que se le proporciona al médico respecto del SIDA es a través de conferencias las cuales se encarga de organizarlas el departamento de enseñanza, otra forma mediante la cual el médico recibe información, es a través de las sesiones en las cuales participan tanto médicos especialistas, generales y residentes, la organización de éstas también está a cargo del mismo departamento, en ambas el médico recibe información generalmente presenta el infectado por VIH y el medicamento que por lo general se le administra para tratar de controlar las nuevas infecciones o cánceres que presenta.

Pero en la mayoría de ellas se hace una amplia mención respecto de los métodos de protección propia que debe seguir el médico así como de la adecuada forma de utilización del instrumento clínico para evitar el contagio y de la indumentaria apropiada para la auscultación de los pacientes tanto infectados como de los que aún no se les ha detectado la infección por estar en período de ventana.

De esta forma queremos recomendar que no tan sólo al médico infectólogo se le capacite ampliamente y se le proporcionen los instrumentos necesarios para su seguridad

como lo ha venido haciendo la Secretaría de Salud a través de la dirección de epidemiología sino también al médico familiar el cual debe de contar con su amplia capacitación para poder reconocer cualquier cuadro clínico que presente el paciente y de esta forma evitar que se siga propagando la infección. También consideramos necesario que se debe de hacer extensiva esta capacitación y adiestramiento teórico como técnico a médicos cirujanos por el amplio riesgo que tienen al manejar instrumentos punzocortantes, así como también a diferentes especialistas que por los estudios que realizan a los pacientes tienen contacto directo con mucosas mediante las cuales se puede transmitir tal infección.

La única capacitación sobre el SIDA que abarca a médicos de cualquier especialidad es la que se llevó a cabo en el año de 1987 que estuvo organizada por la Secretaría de Salud la cual abarcó a 1,500 médicos generales.

Art. 153-B. La capacitación podrá ser dentro o fuera de la misma empresa, de acuerdo a lo convenido por los trabajadores, ésta será impartida ya sea por el patrón, por personal especializado contratado para tal fin, instituciones, escuelas u organismos especializados, o por Alte

sión a sistemas generales y el patrón cubrirá las cuotas respectivas.

En cuanto a lo dispuesto en este artículo tanto las conferencias como las sesiones y medios por los cuales tiene conocimiento el médico sobre el virus, son impartidas por especialistas sobre el estudio y desarrollo de éste así como del cuadro clínico que presenten los pacientes y de la forma en que se va a ir atendiendo el mismo, en cuanto al suministro de medicamento) para evitar que se desencadene una infección que provoque la muerte aún más prematura de estos pacientes.

Las sesiones son impartidas dentro de las Instituciones o de la unidad médica. Las conferencias, sin embargo, no todas son realizadas en los hospitales y las efectuadas fuera de las instituciones, los interesados en ellas deben cubrir sus costos sin que la mayoría de las ocasiones se les efectue ni un descuento, aún cuando el conocimiento que ahí adquiera el médico sea en beneficio de la institución u hospital para el cual esté laborando.

Art. 153-C. Las instituciones y personal que se imparte esta capacitación y adiestramiento debe de estar autorizado por la Secretaría de Trabajo y Previsión So-

cial.

Art. 153-D. Los cursos y programas deberán de ser de acuerdo a las necesidades de la empresa.

En este caso la capacitación no se está adecuando a cubrir todas las necesidades del hospital respecto del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana ya que al médico no se le está capacitando y adiestrando ampliamente respecto de esta enfermedad ya que en algunas unidades médicas hay médicos que desconocen desde el material que obligatoriamente se debe de utilizar para la revisión de pacientes, desde que se presente al médico por primera vez, ya que aún cuando un paciente no manifieste la infección puede causar contagios.

En muchas ocasiones el médico debido a la falta de capacitación y adiestramiento y aún más a su total ignorancia se niega a atender a estos pacientes sin recordar su ética profesional y el respeto que como humanos merecen estos enfermos.

La capacitación y adiestramiento deberá abarcar a cada una de las especialidades de la medicina y acentuar-

se en aquellas que tienen alto riesgo como es la cirugía, la infectología, proctología y aún el médico familiar (quien lo puede detectar inmediatamente), etc.

El médico además debe de ser capacitado psicológicamente para que brinde un apoyo tanto al paciente como a los familiares una vez que le detecta la infección o la enfermedad del SIDA a la persona.

Art. 153-E. La capacitación deberá observarse dentro de la jornada salvo pacto en contrario o cuando el trabajador desee capacitarse en una actividad diferente a la desempeñada.

Las sesiones y conferencias se realizan en diferentes horas del día, sin embargo en las sesiones todo el personal médico tiene la obligación de asistir a una por semana mínimo.

Art. 153-F. El objeto de la capacitación y el adiestramiento.

I.- Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador y darle información sobre la nueva tecnología.

II.- Prepararlo para ocupar una vacante o puesto de nueva creación.

III.- Prevenir riesgos de trabajo,

IV.- Incrementar la productividad y

V.- En general, mejorar aptitudes de trabajo.

En cuanto al primer punto de los objetivos en la mayoría de las unidades médicas e Instituciones se está logrando que el médico tenga más amplios conocimientos sobre la epidemia del SIDA como enfermedad y ésto es en base a los principios de la medicina pero, sin embargo, al tercer punto no se le está dando la profundización necesaria siendo que es uno de los medios para prevenir que se siga propagando la infección y claro está el riesgo de trabajo ya que en las sesiones como en las conferencias no se profundiza en las medidas de seguridad que debe de observar el médico al explorar o atender a los pacientes infectados y a los que no se les ha detectado la infección.

En lo relativo al cuarto inciso para mejorar estas actividades o complementarlas es necesario que al médi-

ce en esta capacitación se le proporcione altos conocimientos psicológicos para que brinde un apoyo tanto al paciente como a su familia y además tome las medidas necesarias para controlar las diferentes reacciones que el paciente pueda presentar mientras no es canalizado con un especialista en psicología.

153-G. Mientras un trabajador inicial recibe la capacitación prestará sus servicios de acuerdo a lo estipulado.

153-H. Los trabajadores que se sujeten a la capacitación:

-deben de ser puntuales a las sesiones y demás actividades que integren la capacitación.

-atender las instrucciones de los capacitadores y cumplir con los programas.

-presentar exámenes requeridos.

Art. 153-I. En cada empresa se constituirá Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento integrada por trabajadores y patrones los que vigilarán el buen fun

cionamiento de dicha capacitación conforme a la necesidad del establecimiento.

El Departamento de enseñanza en las unidades médicas es el que se encarga de llevar a cabo la programación, realización y revisión de las diferentes sesiones y conferencias, actividades que integran la capacitación y adiestramiento del médico y de esta manera cumplir con los objetivos.

Art. 153-J. Las autoridades laborales vigilarán el adecuado funcionamiento de las comisiones mixtas.

Art. 153-K. La Secretaría de Trabajo y Previsión Social podrá convocar a sindicatos, patrones y trabajadores libres que tengan la misma actividad o se dediquen a la misma industria para que formen Comités Nacionales de Capacitación y Adiestramiento y auxiliaran a la secretaria.

Esto se realiza a través de la Secretaría de Salud Pública, quien en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva a cabo la celebración de conferencias, simposium y coloquios respecto del VIH/SIDA para dar cumplimiento con esta disposición.

Facultades de los Comités.

1.- Participar en la determinación de los requerimientos de capacitación y adiestramiento de las ramas o actividades respectivas.

2.- Colaborar en la elaboración del Catálogo Nacional de Ocupaciones para el estudio de las características de la maquinaria.

3.- Proporcionar sistemas de capacitación y adiestramiento en la productividad respecto de la materia interesada.

4.- Formular recomendaciones específicas de planes y programas de capacitación y adiestramiento.

5.- Evaluar los programas de la capacitación y adiestramiento.

6.- Dar constancias registradas por las autoridades para el efecto de tal capacitación.

Art. 153-L. La secretaría fijará las bases para determinar quienes integran los Comités Nacionales de Capa-

citación y adiestramiento.

Art. 153-M. En el contrato colectivo se deben establecer los programas de la capacitación y adiestramiento como obligación del patrón.

Esta disposición está establecida claramente en tales fuentes del derecho del Trabajo como un beneficio para el médico trabajador.

Art. 153-N. Dentro de los 15 días de la celebración, prórroga o revisión del contrato colectivo el patrón deberá presentar el programa relativo a esta materia.

Art. 153-O. Si no hay contrato colectivo deberán presentar a la secretaría un programa dentro de los 60 días

de los años impares y las bases de las Comisiones Mixtas.

Art. 153-P. Requisitos para las instituciones y personas que imparten los cursos de capacitación y adiestramiento.

Art. 153-Q. Los programas no deben abarcar períodos mayores de 4 años, comprender todos los niveles de la empresa para la capacitación y adiestramiento.

Art. 153-R. Si la secretaría no da informes dentro de los 60 días siguientes a la presentación del programa se entenderá que está aprobado.

Art. 153-S. Si el patrón no presenta los planes correspondientes o no los acata será sancionado (15 a 315 veces el salario mínimo).

Art. 153-T. Deberán otorgar constancias acreditadas por las autoridades correspondientes a quien acredite el curso.

Art. 153-U. Cuando un trabajador se niega a recibir la capacitación y adiestramiento por creer que no los

necesita deberá acreditarlo con los exámenes correspondientes ante la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

Art. 153-V. Las constancias de habilidades es el documento que otorgan los capacitadores para acreditar que cumplieron los trabajadores y aprobaron.

Art. 153-W. Los certificados, títulos o grados de berán ser registrados en la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

Art. 153-X. Se podrá ejercitar ante las juntas de conciliación y arbitraje las acciones individuales y colectivas pertinentes derivadas de la capacitación y adiestramiento.

Después de haber analizado estos puntos concluimos que la capacitación y el adiestramiento es un derecho de todo trabajador comprendiendo dentro de esta clase a los médicos y una obligación para el patrón ya sea persona moral o física. Lo anterior lo concluimos por ser la capacitación y adiestramiento un derecho de orden público y estar a nivel constitucional.

La capacitación y adiestramiento se pueden otorgar

por diferentes medios como son las sesiones y conferencias, ya que mediante éstas se puede cumplir con los objetivos de este derecho del trabajador.

Tal enseñanza y perfeccionamiento debe cubrir las necesidades pero en este caso consideramos que no se está agrupando totalmente este requisito ya que hay médicos que desconocen ampliamente de la enfermedad que hemos venido estudiando en este trabajo así como adelantos científicos de la misma, medidas de seguridad a seguir y sobre todo del apoyo psicológico que deben proporcionar a los enfermos y familiares de estos.

Además de considerar un derecho del médico la instrucción se ve la necesidad que el médico debe de estar capacitado y adiestrado para la utilización del instrumento y equipo necesario para evitar los contagios y accidentes debido a las estadísticas de contagio por accidente que anteriormente mencionamos.

4.1.1 Naturaleza Jurídica.

La Naturaleza Jurídica.- Se concluye que la capacitación y adiestramiento es un derecho social de orden público, debido a la necesidad imperante de contar con personal

preparado y actualizado en los conocimientos de los nuevos retos que presenta la sociedad.

Así vemos que todo trabajador tiene este derecho de ser capacitado y adiestrado independientemente de la actividad que desarrolle ya sea física o intelectual o ambas como es el caso del personal médico y no médico para la atención de infectados de SIDA, uno de los nuevos problemas al cual se tiene que enfrentar el personal que labora en un hospital para el que deben estar ampliamente preparados en base a los principios de la medicina y del derecho que como trabajador tiene.

La capacitación y adiestramiento deben de ser tan amplios que cumplan con los objetivos de estas y cubran las necesidades del hospital.

4.2 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

El SIDA es considerado como "una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VHII) que afecta la capacidad del organismo para defenderse de infecciones y diversos tipos de cáncer.

El VIH se localiza principalmente en algunos fluidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales de las personas infectadas, que pueden transmitir la infección a otras personas por vía sexual, sanguínea o perinatal (de madre a hijo).

Entre el momento de la infección y la aparición de la enfermedad, puede transcurrir de 6 meses a 10 años período durante el cual la persona infectada puede no tener ninguna manifestación clínica, aunque es capaz de transmitir la infección a otras personas por cualquiera de las vías descritas". (69)

Podemos concluir que el concepto del SIDA debe quedar abierto debido a la constante evolución de tal enfermedad.

De esta manera vemos la necesidad de capacitar y actualizar al personal de un hospital para que brinden la atención adecuada a los pacientes con tal Síndrome ya que de acuerdo al artículo 123 y a la Ley Federal del Trabajo todos los trabajadores tienen este derecho y aún más tratán

dose de un mal que afecta a la sociedad tanto física como psicológicamente, es necesario que se proporcione esta capacitación debido a que es un síndrome que se contagia por fluidos corporales con los cuales muchas veces tiene contacto el personal de hospitales (médicos), además se debe de considerar dentro de la capacitación y el adiestramiento la forma en que deben tratar a los infectados y las medidas de precaución que se deben adoptar hacia dichos enfermos para no provocarles infecciones y evitar seguir propagando dicho virus así como la instrucción psicológica que hemos venido sugiriendo se de al médico para apoyar moralmente a estos pacientes. De esta manera se estaría cumpliendo con los objetivos de la capacitación y adiestramiento derecho del trabajador y obligación del patrón.

El médico también, de acuerdo a los principios de la medicina, debe de estar preparado y actualizado en este caso respecto del VIH/SIDA para poder difundir la información conveniente y necesaria a la sociedad ignorante respecto de esta infección.

4.3 EL ADIESTRAMIENTO PARA DETECTAR LA INFECCION POR VIH.

El médico además de estar ampliamente capacitado

y adiestrado tanto por su enseñanza general como por la actualización que recibe en las sesiones (medio que comprende la capacitación) para detectar el SIDA por medio de pruebas de laboratorio debe de tener un extenso conocimiento respecto de los diferentes cuadros clínicos que puede presentar el infectado de SIDA ya que en muchas ocasiones las pruebas van a resultar negativas por encontrarse en periodo de ventana, de esta manera si el médico puede detectar la infección por el cuadro clínico que presente aun cuando las pruebas sean negativas podrá evitar que se propague ésta por ignorar que se está infectado, por supuesto que este diagnóstico se corroborará a los 3 meses con la realización de la prueba para detectar la presencia de anticuerpos podemos afirmar que esta instrucción se lleva a cabo en la mayoría de las instituciones a través de las sesiones que se realizan.

Al médico en su capacitación se le debe instruir ampliamente respecto del material que debe de utilizar para poder revisar y diagnosticar a un paciente ya que podría haber un accidente y contagiarse. La enseñanza a la que hacemos mención no se lleva a cabo ya que únicamente se hace una breve mención respecto del material que se debe de utilizar.

Otra de las formas de detección del SIDA es mediante la información que proporcione el paciente, si ha tenido transfusiones sanguíneas, si usa droga por vía intravenosa, si tiene más de una pareja sexual (no importando el sexo), si tiene prácticas homosexuales, heterosexuales o bisexuales, esto aunado al cuadro clínico que presenta identificado por ser afectado por una serie de infecciones oportunistas. De esta forma podemos concluir que al médico también se le debe enseñar a cuestionar a sus pacientes para dar un diagnóstico más apropiado, sin embargo en la mayoría de las ocasiones no se realiza.

La detección del VIH/SIDA como ya mencionamos se puede realizar mediante las pruebas de laboratorio, de tal suerte que si la prueba es positiva (seropositividad) significa que la persona ha estado en contacto con el virus del SIDA y ha desarrollado anticuerpos, de esta manera este paciente puede transmitir el virus fácilmente por los medios descritos en capítulos anteriores.

El resultado negativo significa que la persona no ha estado en contacto con el virus, o se encuentra en período de ventana porque no ha desarrollado anticuerpos (el desarrollo de éstos es de 2 a 8 semanas, aunque puede variar)

recomendándosele al paciente volverse a practicar la prueba dentro de 3 meses.

4.3.1. Algunas Pruebas Para Detectar El VIH.

Con las pruebas de laboratorio se diagnostica la infección, no la enfermedad asociada a tal infección, en este caso se diagnosticará el fenómeno de la infección por VIH pero no del SIDA que es la enfermedad producida por tal virus.

Una de las pruebas más utilizadas por el Sector Salud es la serológica que detecta anticuerpos específicos contra el VIH en la sangre, ésta fue diseñada para evitar la transmisión por vía sanguínea. (70)

Prueba de Elisa (estudio inmonoenzimático)"consiste en una serie de reacciones entre un anticuerpo y su antígeno cuyo producto final proporciona una reacción en color"⁽⁷¹⁾ (es positiva cuando el color es igual o mayor a uno establecido como positivo) se efectúa en una muestra de

(70) JAIME SEPULVEDA AMOR. Ob. Cit. p. 106.

(71) Ibidem., pp. 106,107.

sangre que detecta la presencia de anticuerpos producidos por el organismo (se usa para detectar otras infecciones) esta no indica que se tenga SIDA, solo indica que el virus ha penetrado. Seropositivo es el individuo que posee anticuerpos contra el VIH.

Prueba Confirmatoria Western Blot o la inmunofluorescencia. La muestra de suero del paciente es sometida a estudio por medio de la prueba de Eliza o de otra prueba rápida a esto se le llama tamizaje. Si es positivo el resultado continua, el segundo paso sería repetir la misma prueba si el primer resultado fue positivo ya no se realiza este segundo.

Otro método utilizado para la confirmación es el ensayo de radio inmunoprecipitación o Ripa.

Otra de las pruebas más recientes según David Fischer, subjefe de cirugía del Hospital Ocular Wills, establece que el 75% de enfermos de SIDA padecen males oculares de tal forma que a través de los exámenes oftalmológicos se pueden detectar el SIDA ya que en la vista "aparece la primera señal de la enfermedad"⁽⁷²⁾ así como de otros padeci-

(72) El Herald de México. "Padecen males visuales, 75% de los enfermos de SIDA" Sección primera. 18 Sept. 1991, p. 18-A.

mientos venéreos.

El médico debe tener conocimiento sobre estas pruebas para determinar cual es la más recomendable que se le efectúe al paciente con sospecha de infección y ver si es necesario confirmar el resultado aportado y que prueba sirve para tal efecto. En cuanto al medio probatorio la capacitación del médico es deficiente ya que un porcentaje elevado de médicos solo conoce la prueba de Eliza.

4.3.2 Personas Que Se Deben Sujetar A Las Pruebas De Detección.

- Las que tengan vida sexual activa con varias personas independientemente si es homosexual, bisexual o heterosexual.
- Quienes han sufrido infecciones transmitidas sexualmente como gonorrea, sífilis, etc.
- Quienes hayan sido receptores de plasma o sus derivados.
- Los hemofílicos.

- Los que practican la prostitución (femenina o masculina).

- Quienes se relacionen con personas prostitutas.

- Personas que utilizan drogas por vía intravenosa.

- Haber tenido compañeros sexuales infectados o que practiquen actividades de alto riesgo.

- Quienes padezcan crecimiento ganglionar, demencia, pérdida de peso o fiebre no explicable.

- Quienes sufran tuberculosis, herpes, candidiasis oral ("algodoncillo") o enfermedades de transmisión sexual.

- Quienes se consideren personas con factores de riesgo.

Para que el médico considere necesario que el paciente se sujete a una prueba para la detección del VIH debe de analizar el cuadro clínico que presenta y realizarle

preguntas respecto de sus actividades sexuales, vicios y padecimientos anteriores-inmediatos.

Aquí nuevamente se puede establecer la urgencia que hay acerca de una adecuada capacitación respecto del cuestionamiento que se debe realizar a los pacientes con sospechas de infección del VIH y ésta es en base del amplio conocimiento que debe y requiere tener el médico de la infección VIH/SIDA del cual carece en la mayoría de las ocasiones ya lo debe saber y manejar.

4.4 EL ADIESTRAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS DE SIDA EN LOS HOSPITALES.

El hospital es un lugar donde el riesgo para que ocurran complicaciones de tipo infeccioso, es alto, esto es debido a que en este lugar se concentran pacientes con diferentes tipos de enfermedades infecciosas, es peligroso tanto para pacientes con SIDA que tienen alto riesgo de contraerla como para personal médico que trata con ellos cotidianamente.

Unas de las infecciones de más propagación en hospitales son la tuberculosis, la hepatitis, salmonelosis y brucelosis, éstas son contraídas en las zonas de más alto nivel de contagio como son las de transfusión sanguínea y las (unidades de hemodialisis) y en laboratorios.

Esta situación se acentúa en lugares donde se efectúan actividades de investigación que en donde se realizan actividades rutinarias. Esto es causa principalmente del mal adiestramiento.

4.4.1.- Los accidentes de trabajo de esta naturaleza ocurren principalmente por cuatro razones:

- 1.- Falta de adiestramiento.
- 2.- Deficiencia de equipo.
- 3.- Comunicación inadecuada.
- 4.- Negligencia del personal.

Cada una de estas causas se puede superar con un adecuado programa de adiestramiento para que el trabajo sea realizado lo más seguro y eficazmente.

Según estadísticas se ha encontrado que el mayor

número de contagios ha sido provocado por el manejo inadecuado de agujas utilizadas para tomar sangre o administrar medicamento, otro medio para contraer la infección es que no se proporciona los instrumentos necesarios como uniformes, cubrebocas y guantes y todo aquello que sea una barrera para contraer la infección y así proteger al trabajador ya que investigaciones han demostrado que en algunas ocasiones la exposición accidental con sangre de pacientes infectados ha causado infección en trabajadores de la salud debido a que este personal tenía pequeñas heridas en la piel, muchas de ellas provocadas por acné, estas personas no contaban con guantes ni máscara algunos porque no se les habían proporcionado y otros por negligencia.

En Africa como en muchos países de Latinoamérica se encontró que el mayor número de contagio fue provocado por la reutilización de agujas sin esterilizarlas debido a que el sector salud no tiene el presupuesto necesario.

4.5 ADIESTRAMIENTO AL MEDICO Y PERSONAL ASISTENTE PARA ADOP- TAR MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE ACCIDENTES QUE IMPLIQUEN EL CONTAGIO.

El médico y personal auxiliar debe estar adies-

trado para llevar a cabo las medidas recomendadas en caso de accidentes que impliquen el contagio del VIH ya sea por pinchaduras, cortaduras o exposición de piel o mucosa a la sangre u otros líquidos corporales, siendo las siguientes:

1.- Se deberá suspender la actividad inmediatamente.

2.- Se exprimirá la herida e inmediatamente lavar con agua y jabón abundante.

3.- Posteriormente se realiza una limpieza con alcohol al 70%.

4.- Acudirá inmediatamente al servicio de control de infecciones o con la persona responsable de la seguridad de los trabajadores.

5.- Se le tomará una muestra del trabajador infectado para ver si no ha desarrollado anticuerpos.

6.- Se le seguirá vigilando por lo menos un año para ver si no ha desarrollado anticuerpos.

Por dictamen de la Secretaría de Salud cada hospital, y un registro de estos trabajadores.

El médico no tiene conocimiento sobre los pasos a seguir en caso de accidente porque como ya lo mencionamos

no se les da la importancia necesaria en las sesiones a estos temas y en caso de accidente y el médico únicamente se lava con bastante agua, jabón y desinfectante sin cumplir con los otros puntos que en la mayoría de las ocasiones desconoce.

Para reducir la posibilidad de infecciones, como se ha señalado el hospital deberá proporcionar guantes desechables, guantes de látex, delantales, mascarillas, goggles, jabón y alcohol en cantidad suficiente a todos los servicios que lo requieran. Desde luego todo esto será insuficiente si el trabajador no asume su responsabilidad sobre el manejo cuidadoso de todos los utensilios o muestras que pudieran ocasionar infección, ya que el evitar el accidente del contagio es responsabilidad de los trabajadores y del hospital conjuntamente.

4.5.1 Precauciones Que Deberá Observar El Personal Que Tenga Contacto Directo Con Los Infectados Por VIH.

Las formas más seguras de evitar infecciones de VIH es considerando a algunos fluidos corporales como riesgosos como son sangre, semen, secreciones vaginales, líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericardiaco, peri

toneal y amniótico. Las heces, orina, sudor, lágrimas, esputo y vómito son excluidos porque el virus no existe en éstos, o es mínima su concentración. Algunas de las precauciones que se les señalan al personal médico y no médico en sus sesiones sobre el SIDA son las siguientes:

1.- Manejar con extrema precaución objetos punso-cortantes.

2.- No tapar las agujas usadas. Hacerlo es la causa más frecuente de pinchaduras.

3.- Desechar para limpieza estos objetos en contenedores que no se perforen. No deben de tirar agujas en la basura.

4.- Usar guantes, bata y máscara o lentes en situaciones que potencialmente pudieran ocasionar contacto con sangre o los líquidos señalados, este material de seguridad debiera de ser proporcionado por el hospital para la protección de su personal.

5.- Lavarse inmediatamente las manos y las superficies que tengan contacto con estos líquidos.

En el hospital deberán seguirse las instrucciones anteriormente señaladas denominadas precauciones universa-

sales debido a las dificultades que existen para identificar a los pacientes pertenecientes a algún grupo de riesgo por ésto es que todos los pacientes se deberán de atender con las mismas precauciones.

Hay servicios que por sus características, requieren recomendaciones particulares, como los laboratorios, el banco de sangre, la unidad de hemodiálisis, el servicio de patología y los quirófanos, sin embargo, la mayoría de los médicos que integran estos servicios los desconocen ya que no les son puntualizadas en las sesiones simplemente en éstas se limitan a hablarles sobre las precauciones universales en general ya que nos las consideran temas de gran importancia independientemente de esto en nuestro trabajo mencionaremos las precauciones que se deberán tomar en cuenta en cada uno de estos departamentos y las cuales deberían de ser ampliamente explicadas y ejemplificadas en las sesiones de capacitación y adiestramiento respecto del VIH/SIDA para evitar accidentes y contagios.

Laboratorios y Banco de Sangre. Las precauciones que el personal de laboratorios y banco de sangre debe observar para el manejo de las muestras son:

- 1.- Prohibido pipetear el material con la boca.

2.- Agujas y jeringas deberán ser desechables.

3.- Agujas y jeringas se desecharán en envases duros para evitarla incineración.

4.- Guantes, bata y cubrebocas deberán usarse al trabajar con material potencialmente contaminado.

5.- Todos los procedimientos deberán realizarse cuidadosamente, para minimizar la creación de gotas o aerosoles.

6.- Se usarán máscaras o lentes al realizar procedimiento que pudieran generar gotas o aerosoles.

7.- Se recomiendan cabinas de seguridad biológica y otros dispositivos de contención primaria (copas de seguridad para centrifuga en cualquier procedimiento que tenga el riesgo, aún potencial, de crear aerosoles o gotas infectantes). Estos procedimientos incluyen centrifugación, sonificación, agitación y cultivo de tejidos infectados. Los citofluorógrafos pueden generar aerosoles infectantes. Deberá usarse un escudo de plástico transparente entre el área de producción de gotas y el operador del equipo, para reducir la incierta magnitud de este riesgo.

8.- Todas las superficies de trabajo deberán ser limpiadas con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador

casero) al 5% diluido en agua, 1:10, al terminar y en caso de derrames.

9.- Todos los materiales usados en el laboratorio potencialmente contaminados deberán ser descontaminados preferiblemente en autoclave, antes de desecharlos o reusarlos.

10.- Todo el personal deberá lavarse las manos después de trabajar con el material, después de quitarse la ropa de trabajo y antes de salir del laboratorio.

El programa de vigilancia serológica incluye además de la realización de los estudios previos al inicio de la hemodiflisis un seguimiento rutinario cada 3 meses por ejemplo, en donde deberán vigilarse simultáneamente el estado serológico de hepatitis B y del virus de la inmunodeficiencia humana.

Precauciones en la unidad de Hemodiflisis.

- 1.- Vigilancia serológica de pacientes.
- 2.- El personal debe lavarse las manos antes y después de tocar al paciente.
- 3.- Deben utilizarse bata y guantes dentro de la

unidad. No comer ni tomar líquidos con la ropa de protección.

4.- Etiquetar todas las muestras sanguíneas: "POTENCIALMENTE INFECCIOSA".

5.- No pipetear sangre con la boca.

6.- El material contaminado debe ser esterilizado (autoclave o gas) o incinerado.

7.- Se debe tener mucho cuidado en el aseo y desinfección del material que no se puede esterilizar en autoclave.

8.- No se debe recolocar la cubierta de las agujas empleadas, y éstas deben ser desechadas en recipientes específicos.

9.- Evitar producir aerosoles con la sangre del paciente.

4.6 PRESTACIONES EXTRAS TANTO EN DINERO COMO EN ESPECIE A QUE QUE TIENE DERECHO EL PERSONAL MEDICO Y NO MEDICO POR ESTAR EN CONSTANTE RIESGO.

Contratos colectivos de trabajo Únicamente consideraran como áreas de alto riesgo la de Infectología y las Áreas de Emanaciones Radiactivas.

Tal fuente del Derecho del Trabajo establece que tiene obligaciones extras con el personal que laboren en estas áreas, además estos trabajadores deberán de someterse a exámenes médicos previos.

El personal no médico que labore en áreas o servicios de infectocontagiosidad mientras esté expuesto en forma constante y permanente a este tipo de riesgos, al llegar a éstos, percibirá el 20% más de su sueldo y además la ayuda para pago de renta de casa-habitación.

El personal médico percibirá en las mismas circunstancias el 1.5% sobre su sueldo normal y la misma ayuda para el pago de renta de la casa habitación.

En otros contratos colectivos se maneja el 25% para los no médicos y el 20% para los médicos.

Consideramos que no solamente en estas áreas se debe de dar una compensación o prestación extra sino en todas ellas en las que pueda haber peligro de contraer el SIDA, como es la area de laboratorio, o bancos de sangre, la unidad de hemodiálisis, el servicio de patología y los quirófanos ya que de esta manera el médico no tendrá presiones

económicas y podrá realizar con más tranquilidad y concentración su trabajo y se podrían evitar accidentes.

C O N C L U S I O N E S

1. La capacitación y el adiestramiento han sido distinguidas por la doctrina ya que no los consideran sinónimos: la capacitación es: la enseñanza, aprendizaje, aleccionamiento, sometimiento a un estudio (puramente teórico), para el correcto desempeño de la actividad para la cual fue o va a ser contratado un trabajador.
2. La capacitación y el adiestramiento son un derecho para el trabajador y una obligación para el patrón. Estoy de acuerdo con el anhelo patronal de que la Ley Federal del Trabajo obligue a los trabajadores a capacitar o adiestrarse y no solo lo contempla como un derecho.
3. El trabajador que no quiera capacitarse o adiestrarse, podría ser rescindido de su relación laboral.
4. Respecto al tema de mi tesis se ve como una necesidad predominante, el capacitar o adiestrar a los trabajadores que atienden enfermos de SIDA, ya que ellos están expuestos a contraer esa terrible enfermedad.
5. Considero que los trabajadores mejor capacitados o adiestrados tendrán menos riesgos de contraer el SIDA, al estar prestando sus servicios al cuidado de esos enfermos.
6. Propongo que a los trabajadores en especial los médicos y asistentes de éstos que tengan el peligro de contraer enfermedades en el cumplimiento de sus labores, se les pague un sobresueldo y de ser posible se les contrate seguros de vida.

7. Propongo reformas a los reglamentos respectivos, en el sentido: de que los médicos y asistentes que trabajen con enfermos contagiosos están obligados a capacitarse o adiestrarse forzosamente. Con la finalidad de que a mayor preparación menor riesgo.

8. Aún cuando en nuestro trabajo no manejemos trabajadores menores nos interesa proponer que los menores contemplados por la ley y menores de 18 años tengan estrictamente prohibido contratarse para atender enfermos de SIDA, así, como para realizar cualquier labor relacionada con este tipo de enfermos, considerándola insalubre.

9. Sugerimos que en los reglamentos respectivos se regule respecto de la materia apropiado para poder prestar sus servicios con seguridad respecto a la enfermedad de SIDA.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ALONSO GARCIA, Manuel. Introducción al Derecho del Trabajo. Ed. Urgel, Barcelona, 1958.
- 2.- BRAUNWALD, Eugene. Et al. Harrison: Principios de medicina interna. Tomo II, Undécima edición Ed. Interamericana MacGraw-Hill, México, 1989.
- 3.- BIAGI, E. Un Sol Maligno Sida. Ed. Mondadori, Madrid, 1988.
- 4.- BRICENO RUIZ, Alberto. Derecho Individual del Trabajo. Ed. Harla, México 1985.
- 5.- CADIN, Alberto et al. Sida, Malición Bíblica o Enfermedad Letal. Ed. Laertes, S.A., Barcelona, 1985.
- 6.- CARPENTER, Philip L. Inmunología y Serología, México. Ed. Prensa, México, 1983.
- 7.- CAVAZOS FLORES, Baltasar. 35 Lecciones de Derecho Laboral. Sexta edición, Ed. Trillas, México, -- 1989.
- 8.- DE BUEN LOZANO, Néstor. Derecho del Trabajo. Tomo I, Séptima edición, Ed. Porrúa, S.A., México, 1990.
- 9.- DE BUEN LOZANO, Néstor. Derecho del Trabajo. Tomo II, Séptima edición, Ed. Porrúa, S.A., México 1990.
- 10.- DE LA CUEVA, Mario. Derecho Mexicano del Trabajo. Tomo I, Sexta edición, Ed. Porrúa, S.A., México, 1961.

- 11.- DE LA CUEVA, Mario. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. Tomo I, Quinta edición, Ed. Porrúa S.A., México, 1989.
- 12.- DE LA CUEVA, Mario. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. Tomo II, Quinta edición, Ed. Porrúa S.A., México, 1989.
- 13.- DAVALOS MORALES, José. Derecho del Trabajo I. Tercera edición, Ed. Porrúa, S.A., México, 1990.
- 14.- G. H. COMERLYNCK, et al. Derecho del Trabajo. Tr. por -- Juan M. Ramírez Martínez, Ed. Aguilar Madrid, 1974.
- 15.- GONZALEZ SALDAÑA, Napoleón. Et al. Infectología Clínica. Segunda edición, Ed. Trillas, México 1986.
- 16.- KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Quinta edición, Ed. El Manual Moderno, S. A., México, 1988.
- 17.- MUÑOZ RAMON, Roberto. Derecho del Trabajo. Tomo I, Ed. - Porrúa S.A., México, 1976.
- 18.- ROSENBERT, Steve, et al. Sida, Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Ed. Salvat, México, 1987.
- 19.- ROSENBAUN, Willy, et al. Sida Realidades y Fantasmas. - Segunda edición, Ed. Cantón, México, 1985.
- 20.- SEPULVEDA AMOR, Jaime. et al. Sida, Ciencia y Sociedad en México. Ed. Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V., México, 1989.

- 21.- SERRANO, Pilar. Guía para la Prevención del Sida. Ed. -
Obelisco, S.A., Barcelona 1985.
- 22.- TRUEBA URBINA, Alberto. El Artículo 123. Ed. Porrúa, S.A.,
México, 1982.

LEGISLACION.

1. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tercera edición, Ed. Trillas, México - 1986.
2. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Comentada por Andrés Sánchez Eduardo, et al. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1985.
3. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Anotada y Concordada por el Lic. Andrade Manuel. 7a. Edición, Ed. Información Aduanera de México, México 1953.
4. LEY FEDERAL DEL TRABAJO. Comentada por el Dr. Cavazos Flores Baltasar. Vigésima cuarta Edición Ed. Trillas, México, 1989.
5. LEY FEDERAL DEL TRABAJO. Comentada por Trueba Urbina Alberto, et al, Quincuagésima octava Edición, Ed. Porrúa S.A., México, 1988.

OTRAS FUENTES.

1. BOLETIN MENSUAL SIDA. EPI-CONASIDA, Número 11, Noviembre, - 1990.
2. MANUAL DE CAPACITACION SOBRE EL SIDA. En acción con los jóvenes.
3. MANUAL DE ENCUESTAS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EL SIDAYETS. Secretaría de Salud, - CONASIDA- México, a petición de la OPS/OMS.
4. MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VIH/SIDA. Secretaría - de Salud, México 1990.
5. PROCEDIMIENTOS EN EPIDEMIOLOGIA. Ministerio de Salud y Asistencia Social, México 1991.
6. RECOMENDACIONES AL PERSONAL SANITARIO PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LA INFECCION POR VIH. Secretaría de Salud, México 1990.