



110
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES 28

**POLITICAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO
EL CASO DEL SIDA: 1983-1993**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN
ADMINISTRACION PUBLICA Y
CIENCIA POLITICA**

P R E S E N T A

HECTOR MIGUEL SALINAS HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS: LIC. CARMEN ROQUEÑI I.

MEXICO, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1995

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MI MADRE:

POR QUE LO COTIDIANO SE
VUELVE MAGICO CON EL SUAVE
TOQUE DE TUS MANOS. QUE
AMAN LA VIDA. Y LA CONSTRUYEN
CON EL TRABAJO.

A MIS HERMANOS:

ELIZABETH. ALVARO. JOSE.
ADRIANA. ROSALINDA. ANA.

CON CARINO.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO. A LA
FACULTAD DE CIENCIAS
POLITICAS Y SOCIALES Y A
MIS PROFESORES:

CON AGRADECIMIENTO

A MI ASESORA DE TESIS:

POR SUS CONSEJOS, SU PACIENCIA
Y, SOBRE TODO, POR EL FAVOR
DE SU AMISTAD.

A O.J.G.R.
IN MEMORIAM:

CUANDO PIENSO EN TI, SOY
TODO AMOR, A TU INTOCABLE
PERSONA. (Carlos Pellicer)

A G.G.S.

LO MENOS QUE YO PUEDO, PARA
AGRADECERTE QUE EXISTES, ES
CONOCER TU NOMBRE Y REPETIRLO.
(Salvador Novo)

A QUIENES VIVEN CON HIV/SIDA.
SUS FAMILIARES, AMIGOS,
PAREJAS Y A QUIENES TRABAJAN
EN LA PREVENCION DE ESTE MAL:

CON SOLIDARIDAD Y REDOBLADO
COMPROMISO POR UNIR MI MANO A
LA SUYA. EN UNA GRAN CADENA
DE TRABAJO. ESFUERZO Y AMOR A
LA VIDA.

INDICE

	pag
Prefacio.....	01
Introducción.....	03
1. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.....	10
2. La Estructuración de la Política de Salud Pública.....	18
2.1 Las Políticas Públicas y su incorporación a la agenda gubernamental.....	18
2.2 El reconocimiento del problema.....	26
2.3 La definición del SIDA como problema de salud pública.....	35
3. Incorporación del Problema a la Agenda Gubernamental.....	39
3.1 La intervención del Estado en la vida individual de sus ciudadanos.....	40
3.2 La Instrumentación de la Política. De 1986 a 1988.....	45
4. Redefinición de los instrumentos. 1986-1993.....	58
4.1 Area de Capacitación.....	62
4.2 Area de Comunicación.....	72
Conclusiones.....	76
Anexos	

PREFACIO

Al realizar este trabajo pretendo analizar el problema desde el punto de vista de las políticas públicas.

El interés por trabajar en SIDA no es nuevo en mí, data va de casi cuatro años en que he colaborado como voluntario en el área de capacitación del CONASIDA; puedo decir, por lo tanto, que conozco el problema, la política y sus repercusiones.

Debido a esto, mucho del material aquí presentado no se sustenta en citas biblio-hemerográficas, pues es producto de la experiencia personal y/o colectiva, o se desprenden de entrevistas (formales e informales) con directivos, capacitadores, voluntarios o miembros de la sociedad civil con quienes he compartido esta tarea.

Cabe mencionar, no obstante, que cada capítulo en los que ha sido dividido el trabajo, se sustenta en un marco teórico-conceptual con base en el cual se desarrolla su contenido: esta metodología la seguí con el objeto de no perder al lector en un maremagnum de conceptos que pudieran ser difíciles de asociar con el desarrollo del texto y con las propuestas finales.

Estas propuestas, desde luego, son producto de una reflexión personal y colectiva de quienes trabajamos en SIDA, por lo que son compartidas por otras personas e instituciones: a ellas

agradezco sus comentarios y asumo, desde luego, la
responsabilidad de lo aquí expuesto.

INTRODUCCION

Cuando en 1981 surgieron los primeros casos de SIDA en los Estados Unidos, nadie imaginó que pronto el problema se convertiría en urgencia continental. Los primeros reportes hablaban de una nueva enfermedad con características particulares que la hacían en extremo peligrosa.

Debido al aumento alarmante del número de casos a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo perteneciente a la Organización de Naciones Unidas (ONU), se reunió para discutir, tanto a nivel médico como sociológico, las dimensiones del SIDA. Producto de esa reunión, fueron enviadas a los países de América Latina algunas recomendaciones para que los gobiernos instalaran los organismos e instituciones pertinentes a fin de contener la propagación acelerada de la pandemia.

A partir de esas recomendaciones, basadas en el descubrimiento y comprobación de elementos importantes del problema tales como el agente causal (HIV), las vías de transmisión (sexual, sanguínea y perinatal), etc., y debido a que el aumento en el número de casos en México trajo como consecuencia la organización social de ciertos grupos, en nuestro país fue creado, por decreto presidencial, el Comité Nacional de Prevención y Control del

SIDA. CONASIDA, dependiendo jerárquicamente de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Creado en 1986, dicho Comité tuvo como objetivos principales coadyuvar a detener la transmisión de la infección por HIV mediante campañas de información a la población en general, así como impulsar la investigación científica y el seguimiento y vigilancia epidemiológicas.

A pesar de esta medida, la enfermedad creció más rápidamente que los esfuerzos para detenerla, lo que obligó a que en 1988, también por decreto presidencial, el Comité se transformara en Consejo, conservando las siglas CONASIDA y adquiriendo la calidad de órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

El CONASIDA se conformó entonces como el instrumento del gobierno federal para atender las demandas de grupos específicos de la sociedad civil y las recomendaciones hechas por organismos internacionales de salud, en el sentido de implementar una política para atender la problemática que planteaba el SIDA.

No obstante la creación del Consejo, la enfermedad en nuestro país no ha sido controlada al ritmo y alcances que se esperaba, en virtud de dos factores fundamentales: Por un lado, la complicada red de factores y facetas de la personalidad humana que afecta el problema, es decir, el SIDA no puede verse solo

como un problema médico sino también social, cultural, religioso, de educación, de costumbres, etc., lo que implica un proceso muy difícil de asimilación y entendimiento para la población; por otro, la concepción del problema por parte de las autoridades correspondientes no ha sido, de entrada, preciso, esto es, se han ponderado actividades de tipo médico por encima de las actividades de prevención, no obstante que hasta el momento esta es la única manera de evitar la transmisión de la enfermedad; a ello han contribuido de manera importante los grupos conservadores dentro y fuera del gobierno.

Los resultados de esta equivocación en la concepción del problema se han reflejado en las campañas de información en los medios masivos de comunicación, los cuales han carecido de un lenguaje adecuado e información explícita y clara, han sido proyectados y programados en horarios con poca audiencia y han recibido recursos financieros que, de aprovecharse mejor el tiempo, el espacio y el contenido, podrían tener un mayor impacto entre la población, favoreciendo el cambio de actitudes necesario para la prevención.

Asimismo se ha reflejado en el tipo de control que el Estado ha implementado: las campañas para reducir la transmisión por vía sanguínea (de acuerdo a versiones oficiales) han tenido éxito, sin embargo, la vía de transmisión sexual -poco atendida por el Estado- reporta aún tasas de crecimiento importantes.

Como es evidente, el SIDA no es un tema de moda sino un verdadero problema de salud pública que requiere la aplicación de una política pública pronta y eficiente. En tal sentido, a través de la presente investigación pretendo:

a) Conocer el proceso de incorporación del SIDA a la agenda gubernamental.

b) Conocer cuál ha sido la respuesta gubernamental y la organización social respecto al SIDA.

c) Contribuir al conocimiento del problema

d) Aportar propuestas viables para la solución del mismo.

Para lograrlo, he dividido el presente trabajo en cuatro capítulos.

En el primero menciono los aspectos básicos respecto al SIDA, tales como su definición médica, explicando el significado de sus siglas; el agente causal de la enfermedad, el HIV, así como sus características virales, su historia y evolución y los mecanismos de transmisión de una persona a otra. Asimismo menciono algunos de los mitos en torno al padecimiento y las medidas generales de prevención.

Cabe destacar que lo anterior es con la idea de proporcionar al lector un marco general de referencia respecto al padecimiento: si bien utilizo algunos términos médicos, este capítulo no pretende confundir ni desviar al lector, mucho menos ser un tratado al respecto, por el contrario, pretende contribuir al entendimiento general del problema a través de planteamientos sencillos acompañados de gráficas y figuras y con un glosario de términos ubicado en la sección de anexos.

El capítulo dos hace referencia a cómo se definen las políticas públicas y sus tres momentos: La estructuración, la definición y la instrumentación, señalando los elementos de cada uno. Asimismo, explica los diferentes factores que debe reunir una demanda social para convertirse en un problema público, así como la importancia de combinar dichos factores para que la definición que hacen los tomadores de decisiones sea la más adecuada.

En un segundo momento, el mismo capítulo hace referencia a dos cuestiones importantes en relación al reconocimiento del problema: Los factores biomédicos y el contexto social del SIDA. Con ellos se explica por qué el número de casos en aumento y la complicada red de factores psico-sociales que afecta la enfermedad, obligaron a la intervención del Estado y cómo, estos últimos factores, también contribuyeron a la parcialidad y debilidad con que fue definido el problema.

El tercer capítulo, por su parte, plantea un panorama general sobre cuál debe ser la intervención del Estado en cuestiones de tipo personal e individual, y destaca dicha intervención en tres posibles momentos: Si lo individual repercute en lo social, si la decisión individual se toma sin considerar consecuencias y para promover una vida mejor. Así, se ponderan algunos elementos que según Mark H. Moore deben ser considerados en este tipo de problemas públicos, tales como el grupo poblacional al cual se dirija la política, qué tanto se quiere influir con la misma, etc.

Igualmente, este capítulo señala la manera en que se instrumentó la política, es decir, la creación del Comité Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CONASIDA, en 1986 y las modificaciones a la Ley General de Salud en 1987; la creación del primer Centro de Información sobre SIDA y la primera campaña de difusión masiva de mensajes sobre la enfermedad, así como la instalación de la línea telefónica de información TEL-SIDA; finalmente, la manera en que estas medidas repercutieron en el desarrollo del problema.

El cuarto capítulo se refiere a la necesidad que tienen los tomadores de decisiones de replantear, basados en una permanente evaluación de la política, los instrumentos de la misma, y cómo una decisión correctamente plantada, al momento de implementarse

puede sufrir modificaciones o transformaciones debido a quien la implementa.

En este sentido, señala la manera en que el problema SIDA fue redefinido por los tomadores de decisiones al ser rebasada la política original. Como el instrumento encargado de resolver el problema tuvo que ser sustituido (o por lo menos ampliado) al transformarse el Comité en Consejo, mediante decreto presidencial, en 1988; las características administrativas de este como organismo público y las repercusiones que dicha transformación trajo para el problema y la política.

Finalmente, analiza dos de las principales áreas del Consejo (dos rasgos de la redefinición): el departamento de Capacitación y la Dirección de Comunicación, sus principales funciones y atribuciones, sus alcances y limitaciones, tanto institucionales como del contexto y cómo juegan estos en la solución u obstaculización del problema.

El último capítulo presenta las conclusiones finales del trabajo, destacando una propuesta de tipo legislativo, con base en un modelo de la Universidad de Harvard, y una propuesta de tipo administrativo para la mejor atención del problema.

1. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En el presente capítulo mencionaré los aspectos básicos respecto al SIDA, tales como su definición médica, explicando el significado de sus siglas; el agente causal de la enfermedad, el HIV, así como sus características virales, su historia y evolución y los mecanismos de transmisión de una persona a otra.

Asimismo, menciono algunos de los mitos más comunes respecto al padecimiento y las medidas generales de prevención.

Lo anterior se hace para brindar un panorama general de la enfermedad estudiada en la presente investigación, y aunque no pretende ser un estudio exhaustivo al respecto, sirve para aclarar las posibles dudas del lector respecto a la pandemia. Desde luego para profundizar al respecto, es posible consultar bibliografía especializada.

SIDA Y AGENTE CAUSAL

SIDA es el nombre que describe una condición clínica relacionada con el debilitamiento del sistema inmunológico del organismo que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; entendemos un síndrome como el conjunto de signos y de síntomas que caracterizan a una enfermedad, en este caso relacionada con la inmunodeficiencia, adquirida a causa de un agente extraño al organismo humano. (ver figura 1)

Este agente causal se llama Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH o HIV por sus siglas en ingles (Human Immunodeficiency Virus), que es uno de los agentes infecciosos más pequeños que se conocen. se constituye principalmente por proteínas, glicoproteínas, carbohidratos, ácidos, ácidos nucleicos y lípidos, pero que no cuentan con una maquinaria enzimática que por sí sola sea capaz de llevar a cabo su replicación, por lo cual utiliza las enzimas de una célula viva; esta célula le da todo aquello que requiere para replicarse. (ver figura 2)

Aunque el HIV tiene las características generales de los virus también tiene características propias: pertenece a la familia viral denominada Retroviridae, llamada así porque sus miembros manejan la información genética al revés de la mayoría de los virus y de todas las células vivas, es decir, forman ácido desoxirribonucleico (ADN) a partir del ácido ribonucleico (ARN) de allí el nombre de retrovirus.

Los virus de esta familia sólo tienen ARN como material genético y a partir de éste forman ADN lo cual pueden hacer gracias a una enzima llamada transcriptasa reversa.

ORIGEN Y EVOLUCION

Aunque los principales investigadores indican que el problema

pudo haber surgido por primera vez hace muchos años. los primeros casos de inmunodeficiencia a causa del HIV se descubrieron en estudios retrospectivos, a partir de la década de los 50's en el centro del Continente Africano.

En junio de 1981 se detectaron los primeros casos en los Estados Unidos, mismos que dieron pie a las primeras investigaciones con respecto al problema. En septiembre de 1982 se reconoce como una enfermedad nueva y en 1983, en mayo, el Doctor Luc Montagnier aísla por primera vez el HIV-1 y el Doctor Robert Gallo lo hace en 1984. En 1985 se inician las pruebas serológicas en bancos de sangre y en 1986 la Organización Mundial de la Salud propone el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana para designar al causante del SIDA, después que se le designaba de distintas maneras.

Existen varias teorías respecto al surgimiento del virus, entre ellas encontramos:

- a) Se creó en un laboratorio como parte de la guerra virológica.
- b) Se escapó de un laboratorio donde se estudiaba un tratamiento contra el paludismo.
- c) Por ser un virus muy semejante al que posee el mono verde de Africa, se cree que pasó al hombre hace 50-100 años

adaptándose a su organismos hasta poder afectarlo.

Las dos primeras teorías se desechan por falta de evidencias, aceptándose como posible la tercera por tres razones:

- La semejanza estructural entre el virus del mono y el HIV.

- Las cepas más antiguas del virus se encuentran en la misma zona en que habita el mono verde.

- Los casos más antiguos de la enfermedad se encontraron en la misma zona.

Debido a los adelantos tecnológicos en los medios de comunicación, hoy día es posible trasladarse de un punto del mundo a otro en pocas horas; de esta manera es posible explicar que el virus, ya dentro del organismo de las primeras personas infectadas, se trasladara del Continente Europeo a las Ciudades de Bélgica y Francia, al Continente Americano a Nueva York y San Francisco (llegando antes a las Antillas, principalmente a Haití) y al Continente Asiático. (ver figura 3)

A causa de los procesos de globalización mundial, a las posibilidades de comunicación casi inmediatas y a movimientos migratorios sin precedente, el HIV y con él el SIDA se diseminó de esas primeras ciudades al resto de los continentes hasta

convertirse en una pandemia, es decir, una epidemia a nivel mundial.

HISTORIA NATURAL

Una vez que el HIV entra al organismo humano podemos diferenciar cuatro fases o etapas de la enfermedad: (ver figura 4)

a) INFECCION. Es el momento en el que el virus entra al organismo, se caracteriza por una infección aguda, malestar general, fiebre, dolor articular, erupción cutánea, etc.. pueden no sufrirse ninguna de estas manifestaciones, de cualquier forma, la infección se da en el momento en que el virus entra al organismo por cualquiera de las tres vías conocidas de contagio.

b) INFECCION ASINTOMATICA. El virus se encuentra en la célula sin causar daño, no existen manifestaciones clínicas, la persona goza de aparente buena salud.

c) LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE O COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA. En esta fase comienzan a mostrarse algunas manifestaciones clínicas como Síndrome de Desgaste, fiebre, sudoraciones nocturnas, diarreas y otras.

d) SIDA. Las defensas del organismo bajan notablemente y el portador es presa fácil de enfermedades oportunistas: Se presentan manifestaciones tales como gingivitis, candidiasis,

úlceras, herpes, Sarcoma de Kaposi, Tuberculosis, Pneumonias, Citomegalovirosis, etc.

A partir del momento de la infección y hasta aproximadamente 8 ó 12 semanas no es posible saber, ni aún realizando pruebas de laboratorio, si el virus ha entrado a nuestro organismo. A este período se le conoce como "Período de ventana": que aunque no es una fase de la enfermedad, es importante destacarla para el momento del diagnóstico. Hasta hoy, el SIDA es una enfermedad mortal e incurable.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

Existen altas concentraciones de virus en cinco líquidos corporales: Sangre, semen y líquido pre-eyaculatorio, secreciones vaginales y leche materna. Ello quiere decir que sólo estos líquidos son potencialmente infectantes si se intercambian con una persona portadora del virus. También nos indica que sólo existen tres vías de transmisión: Sexual, sanguínea y perinatal. (ver figura 5)

Fuera de estos cinco líquidos corporales ningún otro es capaz de transmitir la infección por HIV, debido a que líquidos como la saliva, orina, sudor, lágrimas, etc. contienen enzimas ácidas o sales que, aunque no destruyen al virus, lo inactivan impidiendo de esta manera su transmisión.

Es importante destacar que no existe, además de las tres vías mencionadas, ninguna otra forma de transmisión de la infección por HIV.

Para que la transmisión sea efectiva se requiere que se cumplan una serie de condiciones, estas son: La presencia de un líquido potencialmente infectante proveniente de una persona con HIV o con SIDA y una vía de entrada, que puede ser una mucosa receptiva o una herida en una persona sana. (ver figura 6)

MITOS

Existen varios mitos y teorías falsas con respecto a la transmisión de la infección por HIV, por ello es importante destacar que el SIDA no se transmite por contacto casual. Contacto casual es esto:

- Compartir alimentos
- Saludar de mano
- Compartir instalaciones sanitarias o albercas
- Compartir utensilios de cocina (vasos, platos, cubiertos)
- Compartir el mismo sitio de trabajo
- Compartir el transporte
- Abrazarse

Si bien en estas actividades puede haber intercambio de algunos

fluidos corporales. éstos no son efectivos para la transmisión por sus condiciones propias (acidez, pH, enzimas) o por encontrarse fuera de una célula viva, lo que inactiva rápidamente al virus. Tampoco se transmite por donar sangre, picaduras de insectos o por besos.

FORMAS DE PREVENCIÓN

Para evitar el contagio de la infección por HIV por vía sanguínea se recomienda usar jeringas o agujas desechables o hervirlas durante 20 minutos; esterilizar correctamente cualquier objeto punzocortante que pueda haber estado en contacto con sangre; no hacer pactos de sangre; exigir en toda transfusión sanguínea que el paquete a transfundir tenga la etiqueta verde fosforescente con la leyenda "sangre segura", que garantiza que esa sangre ha sido analizada contra sífilis, hepatitis B y HIV.

En cuanto a la vía de transmisión sexual se recomienda practicar "Sexo Seguro" (relaciones sexuales sin intercambio de fluidos, es decir, no penetrativas) o el "Sexo Protegido" utilizando barreras como el condón. Para prevenir la transmisión por vía perinatal se recomienda a toda mujer que desee tener un hijo, realizarse antes las pruebas clínicas correspondientes sobre HIV.

2. LA ESTRUCTURACION DE LA POLITICA DE SALUD PUBLICA

El presente capítulo hace referencia a cómo se definen las políticas públicas y sus tres momentos: la estructuración, la definición y la instrumentación, señalando los elementos de cada uno. Asimismo explica los distintos factores que debe reunir una demanda social para convertirse en un problema público, así como la importancia de combinar dichos factores para que la definición que hacen los tomadores de decisiones sea la más adecuada.

En un segundo momento, se hace referencia a dos cuestiones importantes en relación al reconocimiento del problema: los factores biomédicos y el contexto social del SIDA. Con ellos se explica porque el número de casos en aumento y la complicada red de factores psico-sociales que afecta la enfermedad, obligaron a la intervención del Estado y cómo, estos últimos factores, también contribuyeron a la parcialidad y debilidad con que fue definido el problema.

2.1 LAS POLITICAS PUBLICAS Y SU INCORPORACION A LA AGENDA GUBERNAMENTAL

Las políticas públicas forman parte de una serie de acciones gubernamentales, es decir, de las actividades del Estado que se

integran a la Administración Pública como decisiones que se toman en condiciones específicas.

Son cauces de acción que permiten cubrir determinados objetivos y cumplir programas establecidos: en este sentido decidir significa elegir una opción preferida sobre otras, después de haber analizado todas las posibles y sus repercusiones.¹

Las políticas públicas tienen principalmente tres fases: la estructuración, la definición y la instrumentación. La estructuración contempla todos aquellos elementos que van a ser tomados en cuenta para saber si un problema será considerado como público y, por ende, atendido a través de una acción gubernamental: puede decirse que la estructuración es el momento previo a la acción pública del Estado para resolver el problema.

La definición es, en este orden de ideas, el momento de incorporación del problema al orden del día público, es decir, la forma en que el problema va a ser tratado: dicha incorporación se hará con base en el tipo de problema que se trate y en cómo se le conceptualice por parte de los tomadores de decisiones.

La instrumentación será el momento en que a la decisión de cómo enfrentar el problema se le dota de instrumentos o mecanismos

¹ Carlos Ruiz Sánchez. El Cólera (Problema de Política Pública?, pag. 16

para implementarlo: esta implementación consiste principalmente en decidir quién, cómo y con qué hechará a andar la política. Desde luego, esta fase requiere de una evaluación permanente, para saber si la decisión tomada resuelve satisfactoriamente el problema.²

Una política pública será siempre una hipótesis, en tanto requiere imaginar los resultados que se obtendrán si se ponen en práctica las distintas soluciones posibles, es decir la que se estime más indicada y someterla a una comprobación posterior.

Ahora bien, los problemas que son susceptibles de entrar a la agenda gubernamental son aquéllos que tienen que ver con la interrelación de los hombres en sociedad y cuya definición se da a partir de que afecta a determinadas estructuras gubernamentales. Por estas características la respuesta del Estado implica privilegiar a ciertos grupos o personas por encima de otros, para buscar la permanencia del estilo de gobierno y/o del status quo.³

Debido a que en el presente capítulo hablare sobre el inicio del SIDA como problema público, a continuación destaco los elementos más importantes en el proceso de estructuración de la agenda.

² Richard Cobb y Charles Elder, Participación en Política Americana, la dinámica de la estructuración de la agenda, pag. 32.

³ Ibid. pags. 55-86

Para ello es necesario señalar que existen dos tipos de agenda: La sistemática y la Institucional.⁴

La agenda sistemática siempre será más abstracta, general y más amplia en extensión y dominio que cualquier agenda institucional dada: en contraposición, las agendas institucionales serán más particulares, menos extensas y atenderán ámbitos específicos.

Para que una demanda entre a alguna de las agendas, debe estar configurada como un sistema de conflicto, también llamado punto de disputa, considerándolo como un conflicto entre dos o más grupos identificables sobre asuntos de procedimiento o substantivos en relación con la distribución de posiciones o recursos.⁵

Un sistema de conflicto tiene tres dimensiones, a saber:

a) **AMBITO** (extensión). Es el número de personas o grupos que realmente se han alineado en el conflicto.

b) **INTENSIDAD**. Se relaciona con el grado de compromiso de las partes contendientes acerca de posiciones mutuamente incompatibles. Se vincula con la trascendencia que adjudiquen los involucrados a las partes en conflicto.

⁴ Ibid. pag. 26

⁵ Ibid. pag. 111

c) VISIBILIDAD. Llega a un conflicto con su público.

Un conflicto puede ser episódico (surge, se discute, se dispersa y después vuelve a surgir) o continuo (permanentemente discutido y atendido).⁶

Para que un punto de disputa se consolide requiere de un mecanismo de disparo, del cual existen por lo menos dos clases: internos (domésticos) y externos. Dentro de la primera categoría encontramos cinco subdivisiones a) catástrofe natural, b) acontecimiento humano inesperado, c) cambio tecnológico en el ambiente, d) desequilibrio real o tendencia en la distribución de recursos y e) cambio ecológico. Dentro de la segunda categoría encontramos cuatro subdivisiones: a) Acto de guerra o violencia militar, b) innovación de tecnología armamentista, c) conflicto internacional sin intervención directa y d) cambios de modelos de alineación mundial.

No es suficiente con que exista un mecanismo de disparo, es necesario uno o varios iniciadores para la transformación de un problema en punto de disputa.⁷

Es decir, para que una demanda se transforme en problema público, se requiere un sistema de conflicto, un mecanismo de disparo y uno o varios iniciadores, todo ello al mismo tiempo.

⁶ Ibid. pag. 61

⁷ Ibid. pags. 113-114

Los asuntos contenidos en un punto de disputa pueden ser de tipo distributivo, regulativo o redistributivo. En el caso de los asuntos de distribución, éstos se consideran a corto plazo, su respuesta es fragmentaria y no involucra grandes públicos; los regulatorios son específicos e individuales, pueden, sin embargo, indicar una dirección general de política; los asuntos de redistribución se caracterizan por involucrar a un mayor número de personas a su alrededor.⁸

Existen cinco dimensiones o características para definir la naturaleza del conflicto:

a) Grado de especificidad. Si un asunto se define en forma abstracta o concreta

b) Panorama de significado social. Si un asunto sólo involucra o es particular de los disputadores, o tiene un significado más amplio o general.

c) Relevancia temporal. Si el asunto tiene una relevancia circunstancial (de corto tiempo) o una relevancia fundamental (más duradera).

d) Grado de complejidad. Si el asunto es altamente complejo y técnico, o simple y fácilmente comprensible.

⁸ Ibid., pag. 127

e) Procedencia categóricas. Si el asunto es rutinario con precedentes más o menos claros y procedimientos para su solución o, por el contrario, es extraordinario.⁹

Un asunto se volverá relevante en la medida en que se defina como prominente para los miembros de un grupo en particular. El rasgo característico es la respuesta total del público a las características antes mencionadas y como se entretelen en el curso de la controversia.¹⁰

Existen principalmente dos tipos de públicos:

1. Públicos específicos.

a) De identificación: Grupos que se identifican con el problema.

b) De atención: Grupos que se interesan por el problema.

2. Públicos masivos.

a) Atento: Grupos que se mantienen informados respecto al problema.

⁹ Ibid. págs. 129-134

¹⁰ Ibid. pag. 135

b) General: Grupos menos interesados e informados.¹¹

Para que un conflicto se extienda se deben relacionar las características de los asuntos con sus públicos. así tenemos que:

a) Cuanto más ambiguo sea definido un asunto, mayor será la probabilidad de que alcance a un público en expansión.

b) Cuanto más se defina un asunto como socialmente significativo, mayor será la posibilidad de su expansión hacia un público más numeroso.

c) Al definir un asunto en la forma menos técnica posible, mayor será la probabilidad de expandirse a públicos más numerosos.

d) Cuanto más se defina un asunto como carente de un claro precedente, mayor será la probabilidad de que se extienda a una población más numerosa.

e) Para su expansión los conflictos deberán desarrollarse rápidamente.¹²

¹¹ Ibid. pags. 136-141

¹² Ibid. pags. 145-160

Existe un conjunto de vínculos entre el tipo de lenguaje que se utiliza para definir un asunto a los espectadores y el tamaño final del público que participará en el asunto.

La potencia y peso del símbolo esta influenciado por la situación y la gente que lo utiliza. Es posible distinguir dos tipos de símbolos:

- a) Factuales: Con base en estadísticas y datos.
- b) Con bases emotivas.¹³

2.2 EL RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

2.2.1. FACTORES BIOMEDICOS

LOS PRIMEROS CASOS.

El HIV. agente causal del SIDA tiene antecedentes que se remontan a muchos años. Algunos investigadores han declarado que el virus del SIDA tiene entre 100 y 150 años de antigüedad pero que ha tardado mucho para poder adaptarse al organismo de los seres humanos y poder afectarlo.

¹³ Ibid. pag. 169

Las cepas más antiguas del virus se han localizado en el centro de Africa (en Zaire se reportó resultado positivo al HIV con confirmación, en suero congelado desde finales de los años 60's) y antes de 1981, año del conocimiento mundial de la enfermedad, existían ya varios casos. Por ejemplo, en 1969 un adolescente de 15 años muere en San Louis Missouri con Sarcoma de Kaposi y se reportan hombres homosexuales con el mismo padecimiento desde 1978; en 1976 una familia noruega muere con cuadro compatible a SIDA, mismo que fue comprobado al realizarse pruebas ELISA y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

Como dije antes, es en 1981 cuando se reportan los primeros casos en el continente americano, en las ciudades de Nueva York y San Francisco, y con ello se da a conocer a nivel mundial la existencia de una nueva enfermedad que estaba atacando a personas jóvenes y que reportaba ya un número importante de casos. En estos momentos comenzaron a sentarse las bases de los que sería la primera interpretación del problema: "Enfermedad transmisible, mortal, que destruye el sistema de defensas y ataca principalmente a hombres homosexuales, los cuales son más vulnerables por actitudes sociales tales como la promiscuidad, drogadicción, prostitución, etc." ¹⁴

¹⁴ Hoy se sabe que la inclinación hacia una u otra preferencia sexual no es condicionante de la enfermedad. De hecho se ha cambiado la caracterización de "grupos de riesgo" por la de "prácticas de riesgo", para referirse a los factores favorecedores de la posibilidad de infectarse por HIV. Por ejemplo, un hombre heterosexual con múltiples parejas sexuales sin protección se coloca en igualdad de riesgo que un hombre

LAS PRIMERAS INVESTIGACIONES.

En el otoño de 1983, Robert C. Gallo del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, en la sesión del grupo de trabajo sobre SIDA, reunido en Cold Springs Harbor, señaló que la enfermedad podría deberse al agente infeccioso HTLV, descubierto poco antes por él.

A partir de allí se inició la cacería del microbio que era capaz de infectar los linfocitos T y provocar SIDA. En 1983 Luc Montagnier, del Instituto Luis Pasteur de Francia, descubrió el virus llamado LAV (virus asociado linfadenopatía). Al mismo tiempo un grupo de investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, descubrieron un retrovirus en los ganglios linfáticos de un paciente con SIDA.

Tanto el HTLV como el LAV y el virus de ganglios linfáticos era el mismo virus.

En 1984, en San Francisco, se le llamó virus asociado a SIDA y en mayo un comité de taxónomos recomendó unir criterios a nivel mundial para llamar de una sola manera al agente causal del SIDA; a partir de entonces se le conoce como HIV, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

.....
homosexual con múltiples parejas sin protección.

LOS PRIMEROS CASOS EN MEXICO.

En México se comenzaron a realizar investigaciones a través de estudios retrospectivos en 1984, los cuales reportaron casos desde 1981.

Estos primeros casos en México también se ubicaron en grupos de jóvenes homosexuales con padecimientos clínicos similares a los casos estadounidenses.

A partir de ese momento comenzó a realizarse la vigilancia epidemiológica, consistente en el registro y seguimiento del número de casos por zona y tiempo determinado en nuestro país. Incluso, en 1987 se adiciona el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a dicha vigilancia.

En 1985 se iniciaron en México, al igual que en los Estados Unidos las pruebas serológicas. Estas pruebas consisten en analizar un suero específico de una muestra de sangre y detectar la presencia de anticuerpos, en este caso contra HIV, producidos por el organismo humano. La prueba más común se llama ELISA que significa Enzime Linked Immuno Sorbeniassay (inmuno absorvencia líquida a enzimas).

2.2.2. EL CONTEXTO SOCIAL DEL SIDA.

En el momento en que surgieron en México los primeros casos de personas con SIDA y portadores del HIV, eran pocos los públicos atentos al problema y poca la información con que el mundo contaba sobre la enfermedad, lo que favoreció la creación de mitos y mentiras que, a fuerza de repetirse, se tomaron como verdades. Debido a las prácticas de las primeras personas enfermas se achacó a grupos de homosexuales, prostitutas y drogadictos intravenosos la "responsabilidad" de la nueva "plaga".

La distorsión de la información se logró con los rumores que se repitieron una y otra vez, y se reforzó con campañas "informativas" de medios masivos de comunicación que va fuera por amarillismo o por contar con poca información, difundían contenidos que favorecían la discriminación de estos grupos ya de por sí discriminados y etiquetados por las normas de la "moral" y las "buenas costumbres" sociales.

Paradójicamente, estas reacciones fomentaron en grupos de homosexuales la búsqueda de información veraz y propiciaron en ellos una mayor facilidad para interiorizarla y asumir un cambio de actitudes.

Así por ejemplo, en 1983 algunos grupos de homosexuales, hasta entonces organizados para defender y promover sus derechos civiles y políticos, comenzaron a discutir en torno al problema y a manifestarse públicamente al respecto.

Dos fueron sus principales preocupaciones: Una de carácter natural, pues el número de casos aumentaba entre sus filas y ellos sufrían la pérdida de sus parejas, sus amigos. Aunado a ello, el tipo de prácticas sexuales los colocaba, en efecto, como grupos vulnerables. Otra era de carácter social, pues a raíz de la enfermedad fueron, cada vez más, víctimas del estigma, la marginación y el abandono social.

Estos factores favorecieron la unidad de dichos grupos que, al cabo de poco tiempo, no sólo tuvieron una actitud contestataria, sino que lograron conformar un discurso más completo, que incluía la exigencia a las autoridades sanitarias de atención para personas ya infectadas o enfermas y campañas de prevención que incluyeran el uso del condón y otras barreras; además de que incluía acciones de información realizadas y financiadas por los propios grupos hacia otros homosexuales y hacia público en general.

Como es natural, la reacción social organizada tuvo otras manifestaciones. Grupos con tendencias conservadoras también se manifestaron en torno al problema, pero con distinto enfoque.

Para ellos, la enfermedad se debía a prácticas contra natura, a la pérdida de valores morales y a la transgresión de normas sociales y religiosas. Desde luego, se manifestaron por una respuesta moral al problema que exaltara y promoviera valores tales como la abstinencia sexual, la fidelidad, la virginidad, etc. condenando todo aquello que estuviera contra esos valores

Con esta respuesta, grupos como ciertas asociaciones de padres de familia, la Iglesia Católica y Pro-Vida (el más representativo de ellos), oponían su punto de vista al de los grupos más afectados.¹⁵

Como podemos observar, y obviamente uno con mayor premura que otro, ambos bandos se manifestaban por una respuesta, pero al ser ésta en distintos sentidos, provocaron la conformación de un sistema de conflicto; el número de personas directamente alineadas en el asunto fue mayor, ambos bandos destacaron grados de compromiso notable, como verdadera militancia, pues adjudicaban al problema la enorme trascendencia de significar la muerte física o la "muerte moral de la sociedad"; con sus discrepancias ampliaron los públicos, de grupos de identificación a grupos de atención. Así, una catástrofe natural junto con la participación de grupos claramente identificables en torno a un asunto de procedimiento, transformó al SIDA de un problema

¹⁵ Richard.Cobb y Elder, Charles. Ibid. pag. 169

exclusivamente médico y privado, a uno social y, aun más, a un problema público.

A pesar de las manifestaciones y reclamos de los grupos sociales, al principio las autoridades sanitarias de México no dieron respuesta al problema. Incluso, el Doctor Guillermo Soberón, Secretario de Salud en el sexenio de Miguel de la Madrid, declaró, por ejemplo, que el SIDA no tenía presencia significativa en nuestro país, por lo que no constituía un problema importante.¹⁶

No obstante, y debido a que al inicio la enfermedad se manifestó con un crecimiento de tipo exponencial, al poco tiempo de su conocimiento mundial el número de casos se había incrementado de manera alarmante en todo el mundo, pero particularmente en el Continente Americano.

Esto último motivó que la Organización Mundial de la Salud convocara a una serie de reuniones a partir de 1982, para analizar la problemática y recomendará en todas ellas el incremento de acciones de difusión e intercambio de experiencias entre los países miembros y el intercambio de nueva información científica e incluso, instará a los países a crear organismos

¹⁶ Guillermo Soberón Acevedo, La Jornada, 16 de mayo de 1988.

gubernamentales destinados a la prevención y control de la pandemia.¹⁷

Con el aumento del número de casos el problema comenzó a definirse de manera concreta como un conflicto de gran significación social, que si bien afectaba de manera preponderante a ciertos grupos poblacionales, podía -- y de hecho comenzaba a hacerlo-- afectar a cualquier persona, sin distinción de raza, religión o inclinación sexual; con una relevancia temporal fundamental, en tanto la enfermedad no tiene cura o vacuna y es mortal, por lo que su presencia se estima será por un largo plazo, y sin un precedente de solución claro.

Un factor que favoreció la ampliación de públicos fue la utilización de símbolos factuales, por parte de ambos grupos, tales como la multiplicación del número de casos, la juventud de los afectados, el número ascendente de casos en personas no prostitutas ni homosexuales, confrontados con el número de posibles fallas de los usos profilácticos como el condón.

Otro factor fue el uso de los símbolos con bases emotivas, como el derecho a una vida y muerte dignas de los enfermos e infectados, su condición de seres humanos, el sentimiento de pérdida ante la marginación, confrontados con la pérdida de

¹⁷ Cfr. Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud en las reuniones ordinarias y especiales sobre SIDA, durante los años 1984-86.

valores morales, la degeneración, la diferencia no entendida, etc.

2.3 LA DEFINICION DEL SIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

La definición de una enfermedad como problema de salud pública se hace, entre otros parámetros, por su frecuencia, su letalidad, su costo y su velocidad de expansión. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye, por sus características en cuanto a estos parámetros, un problema de la más alta prioridad nacional.

Son varias las razones que llevan a esta afirmación, entre ellas:

- a) El HIV se transmite por tres vías comprobadas: Sexual, Sanguínea y Perinatal.
- b) El SIDA es una enfermedad nueva, su descubrimiento data de la década de los 80.
- c) El SIDA es una enfermedad pandémica, es decir, una epidemia a nivel mundial.
- d) Por cada caso reconocido clínicamente de SIDA se ha calculado que existen entre 30 y 50 personas infectadas asintomáticas.

e) El SIDA es una enfermedad de muy alta letalidad: un paciente con SIDA tiene una sobrevivencia de 20% a los tres años.

f) El SIDA se inició con un crecimiento de tipo exponencial, es decir, el número de casos aumentaba como función multiplicativa por unidad de tiempo. (2,4,16,256, etc)

g) El SIDA es una enfermedad muy costosa. Los gastos directos son elevados por lo prolongado del padecimiento. Además el SIDA se reporta principalmente en personas en edad productiva, lo que aumenta los costos indirectos.

h) No existen, ni existirán en un futuro inmediato recursos inmunopreventivos o terapéuticos efectivos.¹⁸

Con base en lo anterior, y por los considerandos siguientes, el SIDA es considerado en México como un problema de salud pública.

- México ocupa el 9o. lugar a nivel mundial y el 3o. a nivel continental sólo después de Estados Unidos y Brasil en cuanto al número de casos.¹⁹

¹⁸ Guillermo Soberón, Características Generales de un problema de salud pública, pag. 505

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, Tiempo para actuar, pag.2

Si tomamos en cuenta que los primeros casos se reportaron hacia 1981, tenemos que en doce años la enfermedad creció de manera exorbitante, al grado de que en el último año se reportaron más casos (4693) que el número acumulado de los mismos en los primeros nueve años (3317). Durante el periodo que va de enero a junio de 1993 iniciaron y se reportaron 6,986 nuevos casos, lo que representa el 41%. (ver figura 7)

- Hasta el primero de diciembre de 1993 se habían reportado 16,985 casos acumulados, de los cuales 10,539 (81.8%) se infectaron por vías sexuales: 2,196 (17.0%) por vía sanguínea y 243 por vía perinatal (ver figura 8). La estimación del número real de casos de SIDA en México, en el mismo año, es de 16,800, al corregir la subnotificación y el retraso en la misma, ya que solo el 50.8% de los casos inició su padecimiento, fue diagnosticado y se notificó en los últimos 23 meses. Para obtener la cantidad estimada de personas seropositivas, la OMS recomienda multiplicar por 30-50 cada caso comprobado, lo cual nos da para México la proyección de 804,900 casos la mayoría de los cuales se encuentra ubicada en el rango de los 20-44 años de edad, es decir, pertenecientes a la Población Económicamente Activa. (ver figura 9)

- Los costos directos del tratamiento del SIDA en México se estiman entre 5,300 y 16,900 nuevos pesos por paciente por año, sin incluir el costo de medicamentos específicos como AZT o

algun otro antiviral, lo cual podría aumentar el costo de 9,000 a 27,000 nuevos pesos por paciente por año.²⁰

- La transmisión de la infección por HIV en México continua siendo más efectiva por vía sexual, esto quiere decir que se encuentran involucrados factores íntimos de la población, los cuales son muy difíciles de modificar o restringir.

- Al igual que en el resto del mundo, no existen en México vacunas preventivas o curativas: las medidas preventivas en cuanto a la transmisión sanguínea reportan disminución en el número de personas infectadas por esta vía, no obstante se reportan márgenes de error por dos factores principales: primero, la enfermedad tiene un periodo de ventana durante el cual no es posible saber, aún haciendo análisis de laboratorio exhaustivos, si la sangre tiene anticuerpos contra HIV; en caso de emergencia, ignorancia o descuido, la sangre se transfunde en estas condiciones. Segundo, la negligencia, descuido y sobre todo poca capacitación del personal encargado de laboratorio, clínica o unidad hospitalaria, etc., sobre todo del interior del país. El SIDA fue declarado, por estas y otras razones, como un problema de salud pública el 30 de noviembre de 1987 por el Dr. Guillermo Soberón, Secretario de Salud, durante el Primer Congreso Nacional sobre SIDA, en Morelos, México.

²⁰ según datos de Carlos Del Río Chiriboga, Director Ejecutivo de CONASIDA, publicado en la Jornada el 12 de Noviembre de 1994.

3. INCORPORACION DEL PROBLEMA A LA AGENDA GUBERNAMENTAL

El presente capítulo plantea un panorama general sobre cuál debe ser la intervención del Estado en cuestiones de tipo personal e individual, y destaca dicha intervención en tres posibles momentos: Si lo individual repercute en lo social, si la decisión individual se toma sin considerar consecuencias y para promover una vida mejor. Así, se ponderan algunos elementos que según Mark H. Moore deben ser considerados en este tipo de problemas públicos, tales como el grupo social al cual se dirige la política, qué tanto se quiere influir con la misma etc.

Con estas consideraciones teóricas, señala la manera en que se instrumentó la política, es decir, la creación del Comité Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CONASIDA, en 1986 y las modificaciones a la Ley General de Salud en 1987; la creación del primer Centro de Información sobre SIDA y la primera campaña de difusión masiva de mensajes sobre la enfermedad, así como la instalación de la línea telefónica de información TEL-SIDA; finalmente, la manera en que estas medidas repercutieron en el desarrollo del problema.

3.1 LA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA VIDA INDIVIDUAL DE SUS CIUDADANOS

De acuerdo a Mark H. Moore en su artículo "Anatomía del problema de la Heroína. un ejercicio de definición de problemas", existen tres puntos de vista respecto a la intervención del Estado en asuntos de orden personal.

La primera visión señala que el gobierno debe preocuparse por los efectos externos, pues no hay efectos personales que justifiquen la intervención del gobierno. Otra postura, indica que el gobierno debe intervenir cuando las decisiones privadas tienen consecuencias significativas que el decisor no puede determinar o es incapaz de evaluar, y una tercera postura señala que debe intervenir siempre, pero para buscar las mejoras de sus ciudadanos.²¹

Así tenemos que la intervención puede darse:

- a) Si la decisión personal repercute en asuntos sociales o colectivos.
- b) Si la decisión personal es tomada sin evaluar las consecuencias para el propio individuo (el caso de los niños)

²¹ Marck H. Moore. Anatomía del problema de la Heroína. un ejercicio de definición de problemas. págs. 196-198

c) Para promover una vida digna entre sus ciudadanos.

Para asumir un problema de la naturaleza del SIDA, es necesario definir el ámbito de una posible política pública, la cual puede darse en términos de:

- Rango de conducta que el diseño de la política busca influir
- El grupo poblacional influido por la política.

En tal sentido el diseño de la política puede atacar:

- Los síntomas (reducir el número de infectados)
- Los casos (ámbitos más amplios en población y en grado de conducta.²²

Es conveniente no buscar sólo programas de tipo preventivo, pues es difícil ubicar a quienes son vulnerables y no dispersar el programa entre la población: "es difícil distinguir al vulnerable del inmune, por ello se cometen errores en el momento de decidir cuándo y dónde empezar el programa. Aunque se quiera dirigir sólo a los vulnerables, los programas están dirigidos a una población general relativamente indiferenciada".

²² Ibid. pag. 200

Las políticas estrechas (curativas), por su parte, atacan sólo a determinados grupos y descuidan las otras variables del problema, como pudieran ser los grupos vulnerables a infectarse con el HIV.

Existe una mayor complementareidad en los programas con ambitos más amplios pues las combinaciones probablemente tengan más efectividad que una sola clase de política.

Ahora bien, de la clasificación (definición) que se haga de un programa dependerá su éxito, pues una clasificación apurada, nos puede llevar a suponer la presencia de características que el programa no tiene en realidad, o puede llevarnos a confiar demasiado en otras suposiciones. Por ello es pertinente tomar en cuenta los siguientes aspectos para definir un modelo de atención al problema.

- El número de objetivos del programa, y

- La Diversidad de instrumentos de políticas.²³

Así las cosas, es importante considerar, para el diseño de una política, los siguientes aspectos:

²³ Ibid. pags. 198-200

- Efectos Sociales
- 1. Competencia del Gobierno (público/privado)
 - Tutela a incapacitados
 - Garantía de dignidad humana
 - Salud
 - Individuales
 - Dignidad y Auto-estima
- 2. Naturaleza del problema (atributos)
 - Social
 - Seguridad Social.
 - Contagio
 - Recursos

3. Instrumentos de
políticas

-Orientación

-Causas

-Síntomas

-Rango de
conduc -
tas

-Ámbito

-Rango de
 pobla-
ción

3.2 LA INSTRUMENTACION DE LA POLITICA. 1986-1988.

3.2.1 Creación de CONASIDA.

En 1986 se creó por Decreto Presidencial, el Comité Nacional de Prevención y control del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por HIV, y establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de la enfermedad.

La ubicación inicial del Comité estuvo en la Dirección General de Epidemiología, (DGE) cuyo titular por aquellos entonces era el Dr. Jaime Sepúlveda. Su característica administrativa era la de ser un órgano desconcentrado.

Los recursos humanos con que contaba eran los propios funcionarios de la Dirección General de Epidemiología, aunque ninguno de ellos trabajaba de tiempo completo en asuntos relacionados a la infección por HIV o al Comité: todos ellos tenían actividades y responsabilidades desvinculadas del problema emergente.

Respecto a los recursos financieros, el Comité dependía directamente de la DGE, aunque sus requerimientos económicos eran prácticamente nulos debido a la manera poco organizada y no sistematizada con que el comité funcionaba.

Las principales tareas del CONASIDA fueron establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la transmisión del HIV, así como dar a conocer y poner en práctica las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O M S) al interior del Sistema Nacional de Salud. Una importantísima tarea fue la de conseguir apoyo financiero.

El primer apoyo financiero fue de tipo internacional, provino de la O M S y fue canalizado a la contratación de tiempo completo de un grupo multidisciplinario que abordara los principales aspectos sobre los que incide la epidemia. Asimismo se rentaron oficinas propias y comenzaron a realizarse trabajos de investigación en coordinación con otras dependencias del Sistema Nacional de Salud.

Podemos ubicar dentro de este período del Comité, las siguientes acciones y hechos:

- La instalación formal del CONASIDA en mayo de 1986 (oficinas, personal y trabajo propio)

- Las modificaciones a la Ley General de Salud (1987), tendientes a:

+ La instalación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

+ La obligatoriedad de las pruebas de detección en los bancos de sangre del país

+ La reglamentación de las donaciones de sangre, etc.

- La creación del primer centro de información en la Ciudad de México, en abril de 1987.

- La primera campaña de información masiva, julio de 1987-febrero de 1988.

- La creación del Centro Regional de Intercambio de Documentación e Información sobre SIDA

3.2.1.1 Modificaciones a la Ley General de Salud

A partir de la creación del Comité Nacional de Prevención y Control del SIDA, se realizaron varias modificaciones a la Ley General de Salud, que incluyen los aspectos siguientes:

El 22 de mayo de 1986 se modificó el artículo 134, por medio del cual se adicionó el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Dicho artículo dice:

"Artículo 134. -La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia

realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

I. (...)

II. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA)..."

Se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detectara la presencia del virus del SIDA o anticuerpos del mismo (27 de mayo de 1987).

"Artículo 136. --Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o las autoridades sanitarias más cercanas, de las siguientes enfermedades en los términos que a continuación se especifican:

I. Inmediatamente, en los casos individuales de enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional: fiebre, peste y cólera.

II. Inmediatamente, en los casos de cualquier enfermedad que se presente en forma de brote o epidemia.

III. En un plazo no mayor a veinticuatro horas, en los casos individuales de enfermedades objeto de vigilancia internacional..."

Se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que la proporcionaran en forma remunerada (27 de mayo de 1987).

"Artículo 332. -La sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio."

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

"Artículo 462. - Se impondrá de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate:

I. (...)

II. Al que comercie con órganos, tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes..."

Igualmente se instituyó la realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por HIV en todo el país a través de la "Norma Técnica para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", también del 27 de mayo de 1987.

Asimismo se formuló el Decreto de Reformas al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de noviembre de 1987. Además se llevó a cabo el análisis jurídico y la publicación de la Norma Técnica relativa a la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes, en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 1988.

Como podemos observar la política gubernamental incluyó varias formas de atacar al problema: Por un lado se creó un organismo dependiente de la Secretaría de Salud, es decir, el problema se institucionalizó; por otro, se crearon los mecanismos jurídico-administrativos para controlar la enfermedad, esto es, el problema se reglamentó.

3.2.1.2 Primer Centro de Información.

El primer centro de información de CONASIDA se creó el 22 de abril de 1987 en la zona centro de la Ciudad de México; fue

concebido como un espacio comunitario accesible a la población en general y a personas con prácticas de riesgo.

Los principales objetivos del centro fueron:

- Brindar orientación e información a la población con prácticas de riesgo.
- Ser un espacio para que las personas que viven con HIV o con SIDA puedan acudir en busca de apoyo médico y psicológico.
- Sensibilizar a la población con prácticas de riesgo respecto a la importancia de realizarse la prueba de detección del HIV.
- Generar y evaluar modelos de atención y asesoría para las personas con HIV o con SIDA que puedan ser fácilmente replicadas en el manejo de esta problemática.
- Ofrecer pruebas de detección del HIV con asesoría profesional, confidencial y gratuita o por lo menos a bajo costo.

Los servicios que se ofrecen son:

- Información
- Orientación

- Apoyo psicológico

- Apoyo médico de primer nivel

- Realización de pruebas serológicas de detección del HIV

- Canalizaciones a clínicas, hospitales, instituciones de apoyo social y legal etc.

Jerárquicamente el Centro Nacional de Información sobre SIDA es un área que depende del Comité Nacional de Prevención y Control del SIDA, junto con su Comité Técnico.

El centro está en relación permanente con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, a donde envía las muestras de sangre de las pruebas de detección para su análisis, y con el Instituto Nacional de la Nutrición, el Centro Médico la Raza y demás Instituciones del Sector Salud, a donde deriva los pacientes para su tratamiento en caso de ser necesario.

Se compone de dos coordinaciones: una médica y otra psicológica.

La coordinación médica se encarga de dar la consulta médica, pláticas a la población y el seguimiento en laboratorio.

La coordinación psicológica da asesoría y orientación, así como psicoterapia individual y de grupo.

3.2.1.3 Primera Campaña de Información sobre SIDA en medios masivos de comunicación.

La primera campaña de información sobre SIDA en medios masivos de comunicación tuvo por nombre "Mitos y Precauciones", fue planeada durante el segundo semestre de 1987 y el primer bimestre de 1988 y transmitida por radio, T.V. y apoyos gráficos (folletos y carteles) durante el segundo y tercer trimestre de 1988, con una duración total de tres meses.

Mediante la técnica de animación, la campaña tuvo una cobertura geográfica a nivel nacional: 31 estados y Distrito Federal, a través de 1073 estaciones radiofónicas del país y 77 de televisión, incluyendo repetidoras estatales y locales.

El objetivo general de la campaña fue didáctico, es decir, enseñar a conocer las características básicas del SIDA y las formas de prevención, así como eliminar los mitos generados en torno al padecimiento.

Bajo la frase "Disfruta del amor, hazlo con responsabilidad", y con dos spots producidos, los públicos meta fueron los de zonas urbanas, de todos los niveles socioeconómicos.

La campaña abarcó los siguientes tópicos:

- Mitos. - Eliminación de mitos y rumores generados en torno a la problemática del SIDA por diversos sectores de la sociedad, tales como: Que el SIDA se transmite por picadura de mosquitos, por tocar a alguien infectado por el HIV/SIDA, por compartir sus objetos en el baño. Que el SIDA se transmite por sudor o saliva.

- Precauciones. -Presentación breve de las formas de prevenir el HIV y el SIDA.

Las instituciones patrocinadoras fueron la Secretaría de Salud y el CONASIDA.

3.2.1.4 Creación de TELSIDA

La línea de información telefónica sobre SIDA comenzó a funcionar al mismo tiempo que el primer centro de atención en el Distrito Federal, como parte del mismo centro. Sólo hasta 1989 se convierte en una línea de información copiando los modelos de atención de las hot-lines norteamericanas.

Al inicio de su operación TELSIDA reportaba apenas unas cuantas llamadas, mismas que se fueron ampliando de 1600 en el primer semestre de 1989, a 11600 en el segundo semestre del mismo año; actualmente recibe aproximadamente 300 llamadas al día.

Los principales objetivos que motivaron la creación de la línea son:

- Informar al público en general
- Cubrir las necesidades de la población en cuanto a información, asesoría, etc.
- Sensibilizar a la población en general en cuanto al riesgo de adquirir la infección por HIV.
- Educar en las medidas de prevención de la infección por HIV

De esta manera la línea telefónica repercute en otras áreas del Consejo, a través de las siguientes actividades:

- Monitoreo de las campañas informativas
- Promoción de los cursos de capacitación
- Promoción de las pruebas de detección de anticuerpos contra HIV
- Apoyo a las investigaciones del Consejo mediante el sondeo de las necesidades de la población y repercusiones del SIDA en la misma.

Esta línea de información está compuesta principalmente por voluntarios (70-90 aprox.) y personal de base conformados por un director, 5 supervisores, un capturista, una secretaria y un mensajero. Jerárquicamente se encuentra subordinada a la Dirección de Atención a la Comunidad del CONASIDA.

3.2.2 ALGUNAS REPERCUSIONES DE LAS MEDIDAS INSTRUMENTADAS.

El Comité se conformó como un instrumento de respuesta a la problemática emergente de salud que representaba el SIDA. Por ello, la estructura administrativa, como hemos visto era precaria y los recursos casi inexistentes. Si bien el Comité tenía la característica administrativa de órgano desconcentrado dependiente de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, sus funciones no fueron definidas a través de ningún instrumento legal. De hecho, fue la propia evolución de la enfermedad, el aumento del número de casos y el trabajo desarrollado por los primeros responsables del Comité, lo que "provocó" que se fueran definiendo, con el tiempo y la práctica, las funciones, atribuciones y características administrativas del Comité.

Debido a que las funciones y atribuciones del Comité no fueron correctamente definidas con su creación, el gobierno federal no asignó presupuesto propio y definido para el desarrollo de sus

labores; de ahí que los primeros recursos fueran asignados por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, etc.

Podemos observar, de esta manera, que la forma en que se instrumentó el problema, a partir de su definición, fue de manera parcial y distractora; no hay que olvidar que ya para 1983-84 varios grupos de personas afectadas habían reclamado una respuesta al gobierno mexicano y que la CMS había lanzado ya un grito de alerta a los países miembros, en el sentido de la magnitud de la enfermedad.

Si bien es entendible que la respuesta al principio fuera parcial, pues apenas comenzaba a conocerse el desarrollo de la enfermedad y sus características, es muy significativo el hecho de que el órgano creado para dar respuesta al problema no contara con oficinas, ni personal ni presupuesto propio y que el primer apoyo financiero proviniera de organismos internacionales.

4. REDEFINICION DE LOS INSTRUMENTOS: 1988-1994.

El Comité evolucionó hasta convertirse en un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud: El Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, creado por acuerdo presidencial en agosto de 1985, preservando las siglas de CONASIDA.

El Consejo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado, ya que busca promover la interacción de los tres tipos de instituciones participantes, para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adoptan frente al padecimiento.

El Consejo está presidido por el Secretario de Salud. Cuenta con un patronato. A un nivel jerárquico inferior está el Coordinador General, que es el subsecretario de Coordinación y Desarrollo. En forma asociada se integran organismos no gubernamentales y el Comité de Organismos Donantes.

Internamente el Consejo se divide en dos ámbitos:

Comités Técnicos.

Las acciones técnicas del Consejo se distribuyen en cinco rubros, representado cada uno en un comité.

a) Comité de educación para la salud.

Coordina: Dirección General de Fomento para la Salud.

Actividades: Elaboración y ejecución de estrategias de educación.

b) Comité de investigación y vigilancia epidemiológica.

Coordina: Dirección General de Epidemiología

Actividades: Encuestas seroepidemiológicas centinelas, encuestas y estudios de intervención en la comunidad.

c) Comité de bancos de sangre.

Coordina: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Actividades: Normas para y supervisión de bancos de sangre.

d) Comité clínico-terapéutico.

Coordina: Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran"

Actividades: Proyectos de investigación y clínicos, aspectos terapéuticos y normas para manejo de pacientes.

e) Comité de Aspectos Jurídicos.

Coordina: Dirección General de Aspectos Jurídicos de la Secretaría de Salud

Actividades: Analiza cuestiones jurídicas y estudia reformas y adiciones a la Ley General de Salud.

Comités Académicos.

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

a) Comité de Patología.

Actividades: Sintetiza la experiencia de mexicanos en hallazgos anatomopatológicos de pacientes de SIDA.

b) Comité de Perinatología.

Actividades: Determina medidas preventivo terapéuticas para binomio madre hijo con evidencias o factores de riesgo de infección por HIV.

c) Comité de Ciencias Sociales.

Actividades: Realiza estudios de comportamiento social en relación con HIV/SIDA.

d) Comité de Modelos Epidemiológicos.

Actividades: Diseña, promueve y aplica el uso de modelos matemáticos del comportamiento de la epidemia.

a) Comité de Aspectos Psicológicos.

Actividades: Norma y supervisa aspectos psicológicos de casos de SIDA y personas seropositivas.

Asimismo, el Consejo cuenta con un Director Ejecutivo y tres Direcciones de Área, a saber:

- a) Dirección de Documentación y Comunicación
- b) Dirección de Servicios a la Comunidad
- c) Dirección de Investigación.

En forma paralela existen los Comités Estatales de Prevención y Control del SIDA (COESIDAS), que funcionan a nivel de las entidades federativas y son los responsables estatales del programa de prevención y control del SIDA.

Las actividades de CONASIDA se coordinan con otras instituciones:

a) Del Sector Salud: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Sistema D.I.F. etc.

b) Gubernamentales fuera del sector salud, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Turismo, Secretaría del Trabajo, Departamento del Distrito Federal.

c) Educativas: Universidad Nacional Autónoma de México.
Instituto Politécnico Nacional

d) No Gubernamentales: Academia Nacional de Medicina, Cámara Nacional de Radio y Televisión, Consejo Nacional de la Publicidad, Fundación Mexicana de Lucha Contra el SIDA, Fundación Mexicana para la Salud.

4.1 AREA DE CAPACITACION.

El Área de Capacitación del CONASIDA fue creada en octubre de 1990. Durante ese año se evaluó el trabajo previo y se sistematizó y diseñó una estrategia educativa para grupos específicos de población. Jerárquicamente depende de la Dirección de Servicios a la Comunidad y tiene la categoría Administrativa de Departamento.

Se compone de un Jefe de Departamento y cinco capacitadores: dos médicos, dos psicólogos, una trabajadora social, y una secretaria.

El principal objetivo del área es el de fomentar la educación y comunicación como herramientas indispensables en la prevención del HIV/SIDA.

A partir de este objetivo se han elaborado distintos modelos de cursos para cubrir las necesidades de capacitación a distintos públicos. Así, por ejemplo, se imparten cursos específicos destinados a:

- Médicos de primer, segundo y tercer nivel, pertenecientes a todo el Sistema Nacional de Salud e instituciones privadas.
- Enfermeras, laboratoristas y socorristas de instituciones de gobierno y particulares.
- Psicólogos y trabajadores sociales de instituciones de gobierno y particulares.
- Odontólogos de instituciones de gobierno y particulares.
- Aquellos sectores con los cuales el Consejo firma convenios como por ejemplo: SECOFI, UNAM, DEGETI, etc.

Además:

- Pláticas de información general a distintos grupos solicitantes entre los que destacan: Escuelas, empresas, sindicatos, etc.

Alcances y Limitaciones Institucionales.

Para entender cómo y de qué manera se realiza esta labor, es necesario mencionar tres puntos fundamentales que son:

- a) Los elementos que intervienen en el hecho educativo .
- b) En que contexto interinstitucional se desarrolla la labor educativa del CONASIDA
- c) Límites y alcances de la educación en la prevención de la infección por HIV.

a) Los elementos del hecho educativo.

Los elementos que intervienen en el hecho educativo son:

- El educando: Sujeto en situación de adquirir un nuevo conocimiento o perfeccionar un conocimiento que no domina por completo.
- Los contenidos: Temas desconocidos o no dominados por el educando
- Los objetivos: Finalidad que se persigue en el proceso educativo.
- La didáctica: Medio particular que facilita la adquisición del conocimiento.

- El educador. Sujeto que acompaña orienta y facilita el proceso educativo.

El aprendizaje es la resultante de la interrelación de estos cinco elementos, de ahí la necesidad de tomar en cuenta todos y cada uno de ellos.

b) Contexto interinstitucional.

Como en el resto de los países, en México se asume la necesidad de controlar la enfermedad en el marco de la educación. Pero paradójicamente, esta labor no se realiza desde el sistema de educación en todos los niveles, sino desde instituciones creadas para que desempeñen específicamente una labor educativa-preventiva (como es el caso de CONASIDA), con todas las limitantes que ello conlleva, pues en lugar de aprovecharse la estructura educativa existente, se tienen que abrir canales, programas, modelos y apoyos para estas nuevas instituciones.

Lo anterior es correcto cuando se trata de capacitar a personal de salud que debe ejercer su profesión y debe hacerlo de la manera más adecuada, pero no se justifica con aquellos ciudadanos que sólo deben incorporar a sus modos de vida, las medidas que le permitan proteger su vida y la del semejante por el humano derecho a la vida.

A doce años de saber que existe esta enfermedad y sus vías de transmisión, seguimos en el dilema de si la escuela debe o no informar, cuando estudios realizados nos hablan de que nuestros jóvenes inician su vida sexual activa alrededor de los 16 años; cuando tenemos jóvenes de 24 años con SIDA, lo cual implica que se contagiaron entre los 15 y 17 años, etc. Probablemente esto se deba a que la comprensión de la enfermedad impuesta por moral social pase por la abstinencia y las normas sanas y no por el cuidado y el respeto por uno mismo y por el otro.

El CONASIDA no tiene la función normativa que debería tener, sino que tiene como función el brindar capacitación y educación preventiva a personal médico y paramédico y a población en general. Desde la aparición del problema y hasta hace muy poco tiempo, la Secretaría de Educación Pública tuvo una participación nula en la difusión de campañas de educación preventiva, no obstante que, al ser el SIDA una enfermedad mortal e incurable, la educación y la prevención son las únicas armas con que se cuenta para atacar el problema. Así, la educación sobre SIDA se ofrece como educación alternativa y no formal.

De esta forma se ha dejado al Consejo la responsabilidad de "atacar" el problema sin contar con un margen de cooperación interinstitucional, al grado que ni siquiera organismos como el IMSS, ISSSTE, Servicios de Salud del DDF, etc., se ajustan del todo a los programas y lineamientos del Consejo de manera formal.

reduciendo al CONASIDA a ser un órgano propositivo y no normativo.

c) Límites y Alcances de la Educación en la Prevención de la Infección por HIV.

Como todo proceso educativo, la educación para prevenir la infección por HIV atraviesa por varios momentos:

- Sentimiento de vulnerabilidad.
- Búsqueda de información.
- Sensibilidad respecto al problema.
- Asimilación de la información e interiorización de la misma.
- Cambio de actitudes que favorezca la prevención.

En la medida que un individuo se siente vulnerable a la enfermedad es posible que busque información. Un gran problema al inicio de la pandemia fue que la información achacaba la responsabilidad a grupos específicos, por lo que la lógica en el común de la población era "si yo no soy homosexual, ni drogadicto, ni prostituta, no estoy en riesgo y no tengo que cuidarme".

Otro momento del proceso es aquel en el que, sabiendo que todos estamos en riesgo, se busca información, la cual indudablemente

causa un gran impacto, pues gira en torno a temas tabu como la sexualidad y la muerte y obliga a un cuestionamiento de las actitudes personales. "Sentirse aludido" es importante no sólo para conflictuarse momentáneamente, sino además interiorizar la información. Sólo después de pensarlo un tiempo y realmente reconocer el problema y reconocerse en él, es posible cambiar actitudes.

De esta manera podemos entender que educar en la prevención de un problema tan complicado y que toca asuntos tan personales de los que, como sociedad, no estamos acostumbrados a hablar, no sea tarea sencilla.

Para lograrlo se requiere conformar varios modelos educativos para poblaciones específicas: implica acompañar un proceso de asimilación de conocimientos nuevos de tal manera que el impacto nueva hacia la prevención y no inmovilice y conduzca a la negación y a la pasividad; conlleva buscar personal con un perfil específico que acompañe el proceso con respeto y apertura, no con imposición de opiniones, con disposición al diálogo, no con cerrazón; implica, en pocas palabras, un perfil difícil de encontrar.

No obstante ello, y vale la pena el énfasis, sólo la educación es, hasta el momento, la forma de cuidarnos y cuidar a los demás.

Límites y Alcances del Contexto.

La sociedad mexicana ha vivido tradicionalmente una cultura de doble moral en la que por un lado se le inculcan al niño una serie de valores morales, culturales, religiosos, etc., con base en los cuales forma una escala de valores con los que se desempeñará por el resto de su vida de manera formal.

No obstante, y casi al mismo tiempo, recibe una cultura de simulación, donde se permiten valores no aceptados de frente pero si tolerados, donde todo mundo sabe lo que hacemos, pero simula no saberlo, como por ejemplo, la infidelidad en la pareja.

Así las cosas, la sociedad mexicana vive inmersa en una doble moral, donde se reconocen unos valores pero se practican otros, de forma que no se logra una congruencia entre lo que se piensa y siente, con lo que se dice y hace.

Durante la primera socialización (la familiar) el niño aprende los roles sociales que le corresponderá jugar: los juguetes, juegos, colores en la ropa, etc., ayudarán a determinar las características del individuo. Así tenemos que "los niños no juegan con muñecas", "los hombres no lloran", "los niños de azul y las niñas de rosa" etc. Asimismo, en esta etapa el niño inicia, por imitación, la incorporación a su personalidad de conductas que observa en su entorno, por ejemplo el machismo, reproducido

no sólo por el padre sino, de manera fundamental, por la madre que, al ser quien más convive con el niño, es pieza clave en su formación y quien reproduce los roles al educar al niño de una forma y a la niña de otra.

Durante la segunda socialización (escuela) estos primeros valores se refuerzan y se colocan en el interior del individuo quien los asume como verdades, asimilando un principio que será fundamental en la problemática del HIV/SIDA: asumir sin cuestionar.

En el período de la adolescencia, se comienzan a incorporar nuevas ideas a través de un pensamiento lógico-hipotético-deductivo-formal, en el cual el joven es capaz de razonar y tratar de trasladar situaciones para lograr conformar un conocimiento y modificar ciertas realidades.

Sin embargo, la primera y segunda socialización, es decir, la familia y la escuela, han condicionado de tal forma las cosas que el adolescente se plantea cuestionamientos respecto a, por ejemplo, por qué $2 + 2$ son cuatro, pero no cosas tan fundamentales como la sexualidad humana o cualquier otro asunto que involucre los valores establecidos previamente, ya que es a partir de ellos que se establecen las relaciones de poder-subordinación que permean a toda la sociedad.

En medio de esta problemática es que se tiene que realizar la educación para prevenir el SIDA.

Sin embargo, y a pesar de lo intrincado que resulta abordar un tema del que, como sociedad, aún no se ha podido hablar, existen espacios donde es posible no sólo informar, sino escuchar, cuestionar, preguntar, en síntesis, reflexionar juntos, comenzar a entender y buscar nuevas formas de aproximarse al tema.

La tarea consiste en provocar estos espacios de encuentro y reflexión, labor que debe realizarse con los educandos, es decir, con el adulto que, si bien está más preparado (ha desarrollado más sus mecanismos de defensa) tiene mayores conocimientos y experiencia, lo que le brinda la posibilidad de recapacitar sobre su propia vida, sobre la coherencia o no que exista entre lo que siente y piensa y si esto mismo es lo que dice y hace.

O tal vez puede darse cuenta que ha aceptado una serie de valores pre-establecidos, jamás cuestionados, y que motivaron a una serie de desajustes entre su manera de pensar y sentir para luego decir y hacer sólo lo que socialmente se espera de él. Y esta reflexión puede llevarlo a otra que frente al SIDA es de fundamental importancia: Jerarquizar su propia escala de valores para poner en primer lugar el derecho a la vida.

4.2 AREA DE COMUNICACION.

El Area de Comunicación es la encargada de planear las estrategias de comunicación del Consejo y diseñar los mensajes que, a distintos niveles, emitirá CONASIDA como parte de sus campañas de difusión de la problemática.

Se encarga de realizar estudios para determinar los "públicos blanco" a los cuales es necesario llegar, buscar la forma publicitaria más adecuada para hacerlo, así como los medios, contenidos y número de mensajes que serán transmitidos en cada campaña multimedia.

Alcances y Limitaciones Institucionales.

Para que el área de comunicación del Consejo pueda concluir una campaña y alcanzar los medios, los mensajes y sus contenidos tienen que pasar por una serie de filtros o "coladeras" institucionales, donde se desarrolla una marcada lucha entre las ideologías y valores personales de las jerarquías administrativas del Consejo.

Así tenemos que una campaña tiene que atravesar por cuando menos estos filtros.

- Subdirección de radio y televisión de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud.
- Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía de la Secretaría de Gobernación.
- Los propios medios de comunicación, a través de su comportamiento y políticas de difusión.

En el caso de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, ésta determina si un mensaje se inserta correctamente en la política definida por la Secretaría, por ejemplo, que no se utilice la palabra condon, no muestre un preservativo o mencione algún otro tema o palabra "insultante" a la sociedad.

Procura mediar entre los puntos de vista de los grupos de presión, para hablar del problema, para alertar a la población, pero sin lastimar las buenas conciencias.

R.T.C., por su parte, impone nuevas limitantes. Una de ellas es la que se establece en la Ley Federal de Radio y Televisión, según la cual 12.5% del tiempo total de emisiones de dichos medios en México debe ser cedido al Gobierno Federal, es decir a todas las Dependencias de la Administración Pública Federal.

Esto significa que dividido el tiempo, a la Secretaría de Salud le correspondería el 0.625%, sin embargo y por su importancia, absorbe el 60% del mencionado 12.5%, es decir, 7.5%.

Este tiempo se divide entre las diversas campañas de la Secretaría: cólera, vacunación antirrábica, deshidratación infantil, SIDA, etc., lo que da por resultado entre 3 y 4 impactos diarios en T.V. y 10 impactos por radio.

A pesar de estar establecida en la mencionada Ley la obligatoriedad de ceder el tiempo al Gobierno Federal, no están establecidas las pautas de programación, es decir, la fecha y los horarios, razón por la cual monopolios de medios de comunicación como Televisa, transmite los mensajes entre las 12 y las 06 de la mañana, cuando casi nadie los observa, de acuerdo a sus muy particulares formas de proteger a la "gran familia mexicana".

En cuanto a presupuesto, éste, de acuerdo a informes del propio Consejo alcanza para producir "lo necesario", lo elemental. En 1993, la partida asignada sumaba N\$ 1,787 anuales, distribuidos en materiales impresos, spots en radio, mensajes en T.V. e inserciones en prensa.

Alcances y Limitaciones del Contexto.

Como en el caso del Área de Capacitación y quizá más, el Área de Comunicación enfrenta el problema de la concepción social de la sexualidad y de la muerte. Para los mexicanos en promedio, un mensaje que habla explícitamente del uso del condón ofende los valores, tradiciones y cultura que le han sido impuestos y

propicia el rompimiento de esa cadena de transmisión de valores y buenas costumbres. Seguramente es por ello, y por el alcance que, a pesar de las limitaciones antes expuestas, tienen los medios masivos de comunicación, que dicha área enfrenta mayores filtros, está más "cuidada".

Este ha sido un factor fundamental en el hecho de que no se haya detenido de manera significativa la propagación del HIV por vía sexual.

Si bien un spot publicitario (sea por radio o por T.V.) no basta para modificar las conductas personales frente a temas como la sexualidad, este mensaje incide menos cuando se le transmite en un horario poco visto y con contenidos que simulan la información en lugar de hablar de ella de manera precisa y clara.

CONCLUSIONES

El SIDA es una enfermedad mortal e incurable que requiere la aplicación de modelos preventivos que repercutan en la disminución del número de casos, en la medida en que el desarrollo de la ciencia y la tecnología no han encontrado soluciones curativas al problema.

En sus orígenes, el SIDA, al ser una nueva enfermedad sin agentes patógenos reconocidos, propició que la búsqueda de sus "causas" se dirigiera a los pacientes y a sus actividades. Así, se centró la atención en homosexuales, drogadictos y aun Haitianos; en sus prácticas y costumbres, su vida, su procedencia, su identidad.

La ciencia buscó las causas del SIDA en los individuos y en su ambiente y no en razones bio-epidemiológicas; en consecuencia, la sociedad asimiló que la condición de homosexual y las penetraciones anales eran la causa misma del padecimiento. De esta forma la "razón" médica, propició que la enfermedad se conociera en forma excluyente, discriminatoria y angustiante.

En México, como en muchos países -por desgracia la mayoría- el SIDA fue considerado como un castigo divino, impuesto para aquellos libertinos que gozaban con la promiscuidad, del sexo No regulado, del sexo marginal, de los excesos lúdicos; apareció entonces como un problema moral.

De 1981 a 1986, año en que se creó un organismo para su atención, se negó oficialmente que la enfermedad fuera un problema de salud pública, y por lo tanto, competencia del Estado.

Los avances en la investigación biomédica, el aislamiento del virus, el conocimiento de sus formas de transmisión, etc., y una presión ejercida desde la sociedad civil organizada, propició un cambio en el "laboratorio" desde el cual se trató de comprender al SIDA, desplazándolo al campo de la salud pública y por lo tanto, al de las políticas públicas. En otras palabras, el número de casos y la investigación científica, trasladaron al SIDA de la mitología a la regulación gubernamental.

La creación del CONASIDA en 1986, significó un avance. No obstante se vio limitado por la ausencia de personal, presupuesto y oficinas propias y al depender administrativamente de una Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

En 1988, el cambio denominativo de Comité a Consejo no significó un gran avance, pues se le dota de funciones indicativas -como órgano desconcentrado- pero tampoco se le asigna presupuesto.

Por otro lado, la acción gubernamental se centro en el control de las transfusiones sanguíneas, bancos de sangre y donadores remunerados; esta actividad del Estado se acompaña de encuestas

serológicas y epidemiológicas y declaraciones de tipo publicitario, pero no para favorecer la prevención sino la buena imagen del gobierno mexicano; se quería demostrar que se hacía algo y que se hacía bien.

Sea como fuere, lo cierto es que por muchos años en la cuenta pública de la nación no aparece ningún presupuesto para el CONASIDA o el combate al SIDA; no es sino hasta 1991 que el gobierno federal asignó 8 mil millones de pesos para el trabajo en SIDA (además de los 3 mil 500 millones de pesos provenientes de financiamiento extranjero, principalmente de la OMS).²⁴ Esto es: el gobierno federal asignó presupuesto específico para prevenir el SIDA en México 10 años después de que se conoció el problema y se reportaron los primeros casos; cinco después de crear el Comité y tres después de transformarlo en Consejo. En otras palabras, el combate a la pandemia "mereció" recibir presupuesto sólo después de que 9073 personas habían desarrollado la enfermedad y aproximadamente 400 000 se habían infectado.²⁵

En este contexto y de acuerdo a sus atribuciones, CONASIDA limita sus actividades al control sanguíneo y a algunos aspectos de

²⁴Al respecto consultense el presupuesto de egresos de la federación, aprobado por la H. Cámara de Diputados para 1991 y el Programa de Mediano Plazo del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA 1990-1994.

²⁵De acuerdo a datos proporcionados por el Boletín SIDA/ETS de Diciembre de 1993, editado por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

prevención. La definición del problema fue, entonces, parcial, al asumir que el problema estriba en la regulación normativa de instituciones de salud públicas y privadas, actividades que dependen del Estado.

Se olvidó la característica de persona del paciente y la complicada red de aspectos bio-psico-sociales que se conjugan en él.

En este sentido, se descuidaron aspectos que podríamos agrupar en dos partes: Por un lado la capacitación integral al personal de salud para la correcta atención al paciente; la promoción y defensa de los Derechos Humanos del mismo; la garantía de una muerte digna como complemento a una vida con la misma categoría etc.

Por otro lado, también descuida la prevención de la infección por vía sexual, pues resulta más fácil hablar de sangre que de sexo y la política tiene mejores resultados desde la óptica de la buena imagen del gobierno, pues encuentran prácticamente nulas reacciones en contra. ¿Quién podría oponerse a que el gobierno regule el control sanguíneo?; por el contrario, la regulación de las prácticas sexuales sí encuentra discrepancias, no sólo por la intromisión o no del Estado en cuestiones de índole personal y privado, sino en la forma en que puede o debe hacerlo. En otras palabras el error fue definir el problema como de tipo solamente epidemiológico, descuidando sus aspectos sociales.

ALGUNAS PROPUESTAS DE SOLUCION

Para una mejor atención del problema, a continuación me permito expresar algunas propuestas:

Por un lado, algunas notas acerca del "Proyecto de legislación sobre SIDA", según el modelo Harvard²⁶ y algunas consideraciones sobre la posible instrumentación de la política pública sobre SIDA con base al esquema de Moore. Por otro, una propuesta administrativa para la atención del problema.

PROPUESTA LEGISLATIVA SEGUN EL MODELO HARVARD

El proyecto de legislación sobre SIDA, desarrollado por el centro de colaboración de Harvard, Organización Mundial de la Salud sobre Legislación Sanitaria, ha diseñado modelos normativo-regulativos con relación a aspectos importantes sobre el SIDA. Aun cuando no está del todo acabado, los rasgos del programa han sido apoyados por la mayoría de la comunidad médica de los Estados Unidos. A continuación destaco cuatro políticas en materia de salud pública con base en el modelo Harvard.

²⁶ El Centro de colaboración de la Universidad de Harvard, Organización Mundial de la Salud sobre Legislación Sanitaria, inició el proyecto de Legislación sobre SIDA según el modelo de Harvard. Con el apoyo de la Fundación Sloan, el Instituto de SIDA de los Estados Unidos y la Fundación Robert Morris, el proyecto formuló modelos de lineamientos legislativos sobre algunos aspectos de salud pública planteados por la pandemia del HIV.

A) Amplio programa de pruebas y orientación voluntaria.

Un aspecto importante para poder definir el crecimiento de la pandemia, es conocer el número de casos con la menor alteración posible en las cifras. Es importante contar para ello con lugares apropiados en cuanto a mobiliario, personal capacitado, tiempos de espera apropiados para la entrega de resultados y una adecuada orientación a las personas que acuden a realizarse la prueba antes y después de la entrega de resultados, debido al impacto que produce la posible presencia del virus.

Pero, si bien la realización voluntaria de la prueba de detección puede repercutir en una adecuada atención del paciente y aun una modificación de sus actitudes, no debe considerarse como la panacea; la realización obligatoria de pruebas (con orientación o no) puede resultar marginal o contraproducente, debido a que:

a) No hay pruebas (encuestas conductuales) de que la obligatoriedad conduzca a un cambio de actitudes; más aun, no hay evidencias de que la misma prueba (no obligatoria) lo haga.

b) No hay cura ni vacuna contra el SIDA.

c) La información epidemiológica se realiza de una manera muy agresiva a la intimidad y costumbres del individuo.

d) La compilación de datos crea la demanda para su uso; revelar esa información podría resultar en acrobio y discriminación.

e) El costo económico y los prejuicios personales serian desproporcionados frente al beneficio marginal a la salud pública.

B) Programa global de educación y prevención.

Este programa debe estar dotado de amplios recursos para llevarse a cabo y debe contar con subprograma explicitos destinados a por lo menos cuatro sectores poblacionales:

a) Publico en general.

b) Personas con practicas de alto riesgo.

c) Profesionales de salud.

d) Escuelas.

Desde luego, este programa debere estar apoyado por todo tipo de publicidad, impresa y electrónica, y contener mensajes explicitos destinados al sector que se trate. No es posible hablar de prevención, si no nos atrevemos a mencionar la palabra "condón", no es posible hablarle a los jóvenes sin enseñarles el uso correcto del preservativo, etc. Los mensajes explicitos sobre

prevención mediante métodos artificiales resulta fundamental cuando sabemos que muchos no se abstendrán de ejercer su sexualidad a su manera, por más que algunos se obstinen en hablar sólo de fidelidad, abstinencia y buenas costumbres, en una sociedad como la nuestra, con códigos conductuales de doble moral tan generalizada.

Con esta política seguramente algunos resultarán ofendidos, pero los funcionarios de salud pública no pueden preocuparse demasiado por la moralidad ni por la ética del comportamiento personal, la motivación fundamental de estos programas tiene que ser la de lograr cambios de actitudes conducentes a la salud.

C) Carácter confidencial de la información y discriminación.

Esta política deberá incluir regulaciones normativas en dos aspectos:

- a) Normas jurídicas para proteger la intimidad.
- b) Normas jurídicas contra la discriminación.

La intimidad y la discriminación son dos aspectos que ni la ciencia ni la ética han podido cubrir. Por ello, es necesario crear normas jurídicas para asegurar que el derecho a la intimidad sea protegido, lo mismo que el derecho del paciente a ser tratado como igual a cualquier seronegativo. Esto es, se hace necesario legislar derechos fundamentales del paciente, a)

contrario de lo sucedido con la modificación del artículo 199 del Código penal²⁷ que sanciona el delito de peligro de contagio fomentando y permitiendo la discriminación y aislamiento de las personas que viven con HIV o con SIDA.

Ahora bien, las consideraciones anteriores incorporadas al modelo planteado por Mark H. Moore, quedarían como sigue:

²⁷ Reformado en 1992, el delito de peligro de contagio quedó contenido en el 199 bis.

DEFINICION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS O ESTRATEGIAS (PROGRAMAS)
I. INFECCION POR HIV.	-REDUCIR NUMERO DE CASOS POR VIA SANGUINEA	A) CAPACITACION A PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO B) NORMAS DE CONTROL SANITARIO C) PROGRAMA DE PRUEBAS Y ORIENTACION VOLUNTARIA
II. ENFERMOS	-MEJORAR TIEMPO Y CALIDAD DE VIDA	A) TRATAMIENTO CON ACT. B) DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS C) MEJOR ATENCION HOSPITALARIA D) NORMAS JURIDICAS PARA PROTEGER LA INTIMIDAD E) NORMAS JURIDICAS CONTRA LA DISCRIMINACION
III. ACTITUDES INDIVIDUALES	-REDUCIR EL NUMERO DE CASOS POR VIA SEXUAL Y VIA PERINATAL	A) PROGRAMA GLOBAL DE EDUCACION Y PREVENCION B) DISENO DE CAMPANAS MASIVAS EDUCATIVAS C) MODELOS EDUCATIVOS INTER-INSTITUCIONALES A GRUPOS POBLACIONALES TALES COMO: -POBLACION GENERAL -PERSONAS CON PRACTICAS DE RIESGO -PROFESIONALES DE LA SALUD -ESCUELAS

UNA PROPUESTA ADMINISTRATIVA.

Una política pública de atención al problema SIDA debe contar con instituciones capaces de responder adecuadamente a los requerimientos de la población. Por eso es importante destacar la importancia de que el CONASIDA tuviera otra figura jurídico-administrativa. Es decir, para atender de una mejor manera al SIDA como problema de salud pública, es necesario transformar al CONASIDA de órgano desconcentrado a organismo descentralizado, de forma que se convierta en una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propios.

La descentralización implicaría que el organismo tuviera competencia intersecretarial con carácter normativo y no sólo indicativo: esto es, dictaría las pautas de atención al problema y cada secretaría, en el ámbito de su competencia, aplicaría la estrategia y/o programa(s).

Como organismo descentralizado, el CONASIDA podría contar con una plataforma legal que le permitiera promover demandas legales de la sociedad civil ante, por ejemplo, violación a sus derechos humanos, falta de atención médica, etc; una mayor capacidad para promover cambios legislativos y normativos; incorporar a la sociedad civil organizada en la creación y supervisión de programas específicos de atención y en la vigilancia efectiva del control del problema.

Lo anterior implicaría incorporar al Consejo en sus áreas directivas, características interdisciplinarias. Quizá una buena primera medida sea colocar un administrador público al frente del organismo, para garantizar el correcto funcionamiento político-administrativo del mismo.

A MANERA DE RECONOCIMIENTO

La atención al problema, sin embargo, ha tenido diversos contrastes. Muchos de los avances del CONASIDA, como Comité y como Consejo, a pesar de las limitantes sociales e institucionales, se deben al compromiso, trabajo y dedicación de quienes lo han integrado, desde directores, mandos medios y grupos de voluntarios.

Ejemplos al respecto son, entre otros:

- La reestructuración del Consejo en 1991, donde se eleva a jefatura de departamento al área de Capacitación y se incorpora, al mismo nivel el área de Orientación Social y Derechos Humanos.
- El informe de actividades (1991-1992) como primer ejercicio de información a la sociedad civil sobre la política preventiva del SIDA.
- La creación de la línea de información sobre SIDA, TELSIDA, su incorporación a la estructura orgánica del Consejo y su

autonomización; amén de la incorporación al proyecto del numeroso grupo de voluntarios que le dan vida.

- La producción de numerosos materiales didácticos en apoyo a la labor preventiva, creados por el área de Capacitación, entre los que destacan:

- + Video de información sobre SIDA: "Un Compromiso de Todos"
- + Guía de Orientación para el Replicador Voluntario de Información.
- + Guía para la enfermera
- + Fotonovelas de información para población específica: Homosexuales y Jóvenes
- + Esquemas de investigación sobre adolescentes y SIDA, etc.
- Impartición de cursos a replicadores de información: (sociedad civil) en horario extra y con carácter mensual.²⁸ etc.

²⁸ En 1993, estos cursos arrojaron los siguientes resultados:

De 41 cursos de capacitación impartidos, 16 fueron para replicadores voluntarios, es decir, el 39%, registrándose un incremento del 64% en relación con el año anterior. Además, estos replicadores proporcionaron durante el mismo año, 4 cursos para 30 nuevos replicadores, 137 conferencias a 7318 personas y 23 orientaciones individuales.

COMENTARIOS FINALES.

Al momento de terminar esta investigación, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA atraviesa una transformación por demás significativa. Producto de la enorme crisis económica del país, y como siempre sucede en estos casos, el gobierno federal ha comenzado a implementar una política de austeridad reduciendo el gasto social a lo indispensable; como era de esperarse, el control y prevención del SIDA forman parte de dicho programa de ajustes.

A pesar de una reiterada solicitud de ampliar y mejorar sus servicios por parte de la comunidad (tanto enfermos como no enfermos) las autoridades no sólo no han aumentado los presupuestos reales para el CONASIDA, sino que además han comenzado una reestructuración administrativa tendiente a reducir la atención y a desatender una de las obligaciones que le marca la Carta Magna, como lo es el Derecho a la Protección de la salud, contenido en el artículo 4o. Constitucional.

Entre otras cosas, dicha reestructuración tiene la intención de dar un nuevo carácter (más normativo) a la institución, quitándole funciones que ha asumido más por costumbre y por uso que con base en una disposición administrativa o jurídica.

CONASIDA tiene que asumir ahora, por ejemplo, la tarea de realizar ya no capacitación sino "intervenciones educativas". lo

que en otras palabras significa no más cursos, conferencias, asesorías, etc. y en su lugar, modelos educativos que otras instituciones deberán aplicar (p.ej. la Secretaría de Educación Pública).

Lo anterior para nada está mal tomando en cuenta que una de las demandas de grupos organizados de la sociedad civil con trabajo en SIDA es la de una descentralización del Consejo que incluya un mayor acercamiento con éstos y una mayor cooperación interinstitucional. Sin embargo la pregunta es ¿cómo puede asumir la SEP una tarea como estas, si no se han dado de una manera formal y correcta los puentes de comunicación institucional entre la dependencia y el órgano? ¿cómo pueden los profesores de la SEP aplicar modelos educativos si no han recibido capacitación para ello? ¿cómo pueden los médicos del sector salud respetar los Derechos Humanos de las personas con HIV/SIDA si no han recibido una sensibilización y capacitación al respecto? ¿quién asumirá dicha tarea? Y como estas, existen otras muchas preguntas.

Habrá que esperar los resultados de la redefinición de la política gubernamental sobre SIDA, que, según parece, no son muy prometedores. Quizá haya que esperar un cambio en el virus causal de la enfermedad, o en las manifestaciones clínicas de ésta, o incluso, en la sociedad misma para que el problema sea visto nuevamente como una urgente necesidad del gobierno mexicano. Mientras tanto, la sociedad civil seguirá jugando un papel importantísimo en la ardua tarea de la prevención y el cambio de

actitudes respecto al SIDA, cambio que deberá incluir, complicando aun más la labor, el fomento al respeto a los Derechos Humanos, por que este respeto, más que un criterio humano, es el unico criterio capaz de combatir con eficacia al SIDA.

PAGINACION VARIA

COMPLETA LA INFORMACION

ANEXOS

G L O S A R I O D E T E R M I N O S

- 1.- AGENTE INFECCIOSO. Cualquier factor capaz de provocar una enfermedad (bacteria, virus, radiación, sustancia química, etc.)
- 2.- ACIDOS NUCLEICOS. Material genético que contienen las células.
- 3.- A D N. Acido Desoxirribonucleico: sustancia que forma parte del material genético de las células vivas encargadas de elaborar su mensaje genético.
- 4.- A R N. Acido Ribonucleico: sustancia que forma parte del material genético de la célula viva y que sirve como mensajero de la información dictada por el A D N.
- 5.- CEPAS. Tipos o formas distintas de virus.
- 6.- ENZIMAS. Proteínas especializadas como catalizadores biológicos.
- 7.- GLICOPROTEINAS. Proteína conjugada con cadena estructural básica de aminoácidos.
- 8.- INMUNODEFICIENCIA. Estado en que el sistema inmunológico de un individuo es incapaz de funcionar normalmente ante la presencia de un agente infeccioso, por causas heredadas o adquiridas.

9.- LIPIDOS. Compuestos orgánicos simples; en su mayoría son grasas

10.- PRUEBA SEROLOGICA. Examen de laboratorio que se realiza en suero de la sangre.

11.- REPLICACION. Forma de "reproducción" viral.

12.- RETROVIRUS. Virus cuyo mecanismo de acción para la replicación es a partir de A D N

13.- SIGNOS. Manifestaciones objetivas de un estado orgánico normal o de enfermedad que se puede observar en un examen médico (pulso, temperatura, etc.).

14.- SINDROME. Conjunto de manifestaciones (signos, síntomas) que se presentan de manera simultánea y que se asocian a una enfermedad.

15.- SINTOMAS. Manifestaciones subjetivas de un estado orgánico normal o de enfermedad que refiere la persona, pero que no se puede observar en un examen médico (dolor, mareos, ansiedad, etc.)

16.- SISTEMA INMUNOLOGICO. Sistema del organismo encargado de reconocer sustancias y/o células extrañas y formar defensas específicas contra ellas.

17.- TRANSCRIPTASA REVERSA. Enzima encargada de activar A P N para la formación de A D N viral.

18.- VIH (HIV). Virus de Inmunodeficiencia Humana.

DEFINICION DE SIDA

S I D A

SINDROME

INMUNO

DEFICIENCIA

ADQUIRIDA

Debilitamiento del
sistema inmunológico
(Defensas del
organismo).

Contada
(No hereditaria)

Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

Manifestaciones que
el médico descubra
en la exploración
física.

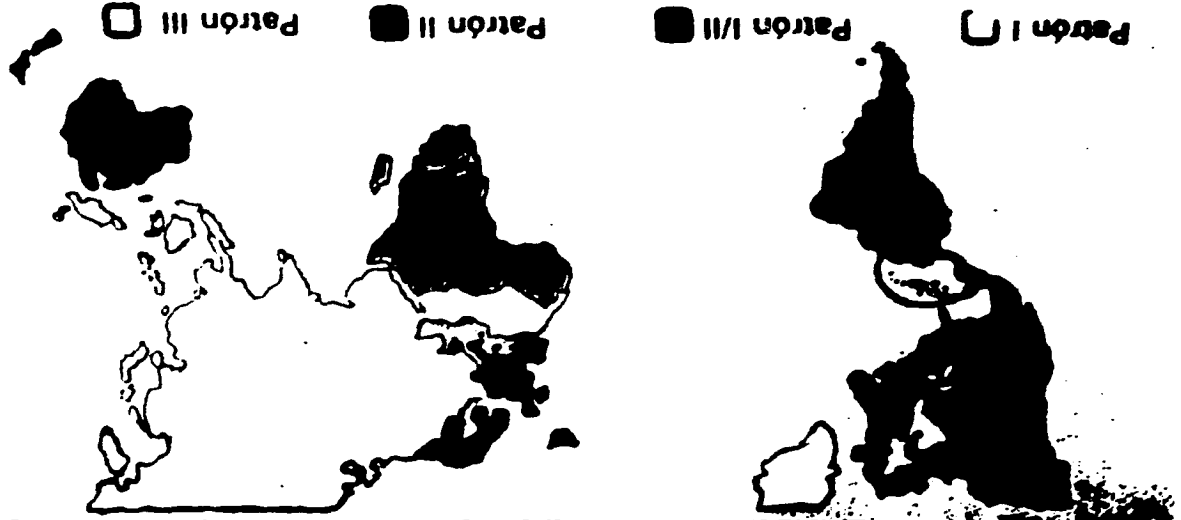
Manifestaciones
que el paciente
refiere al médico
como molestias.

ANEXO 2.

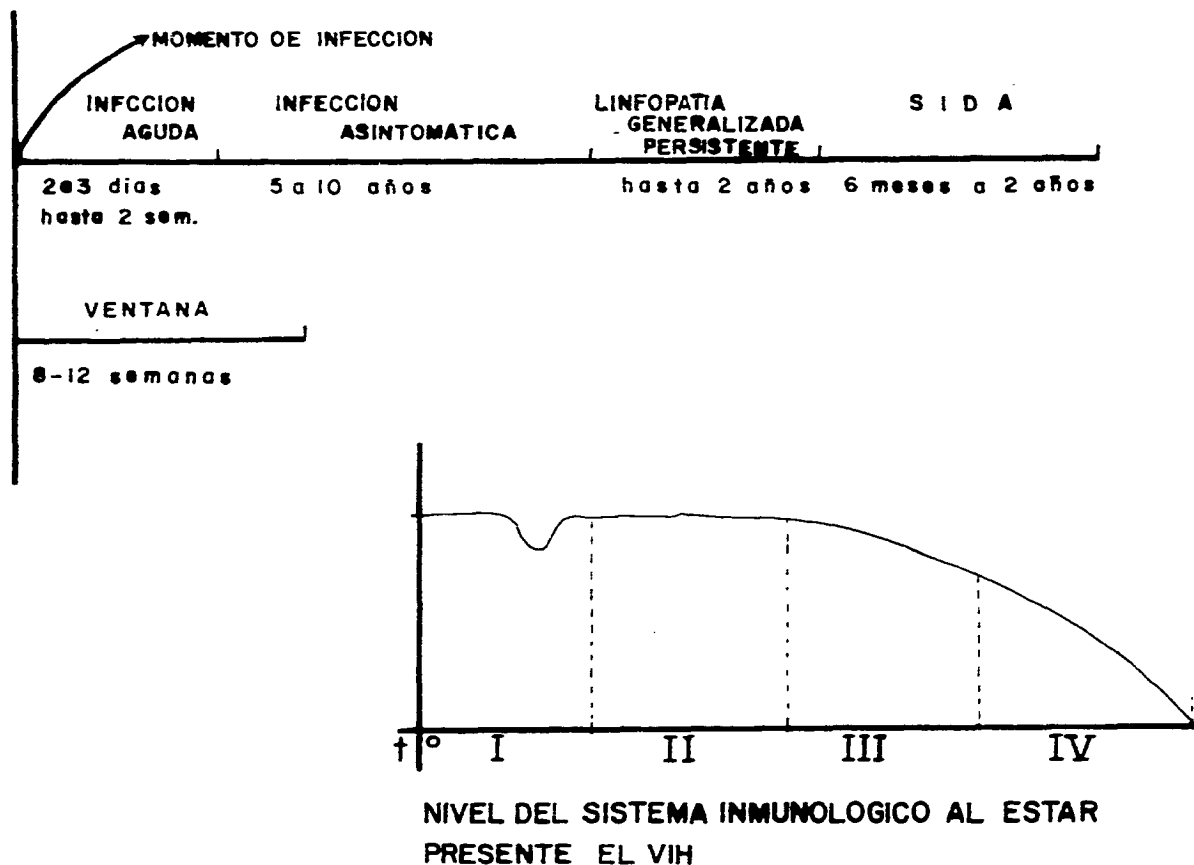


VIRUS DE INMINODEFICIENCIA HUMANA

**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
PATRONES DE TRANSMISION DEL HIV/SIDA**



HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



**Diferencia entre Portador Asintomático y Paciente con SIDA.
Historia Natural de la Infección por VIH
Fases de la Infección (Etapas)**

Fase	I	II	III	IV
Nombre	Infección aguda contagio.	Infección asintomática portador asintomático.	Linfadenopatía generalizada persistente.	SIDA
Características	El virus entra al organismo.	El virus se encuentra latente dentro de las células y sin causar daño.	Se activa el virus y las defensas comienzan a disminuir.	Las defensas bajan y el paciente es presa fácil de enfermedades oportunistas.
Manifestaciones	Cuadro gripal. Estas manifestaciones varían de un paciente a otro. Pueden no presentarse.	No hay manifestaciones; el paciente goza de una aparente buena salud.	Se inflaman los ganglios de distintas partes del cuerpo.	Se presentan las manifestaciones específicas que se detallan en el siguiente cuadro.
Duración	Semanas	Años	Meses	Meses o años
Resultado del examen de detección del VIH	- (*)	+	+	+ 0 -
	(*) En esta etapa se presenta el periodo de ventana, que en promedio tiene una duración de 6-8 semanas en las cuales no se detectan todavía los anticuerpos contra el VIH.			

NOTA: Clasificación de acuerdo CDC Atlanta.

VIAS DE TRANSMISION POR VIH/SIDA

SANGUINEA

- Transfusiones con sangre contaminada.
- Derivados de sangre.
- Trasplantes.
- Agujas y/o jeringas contaminadas.

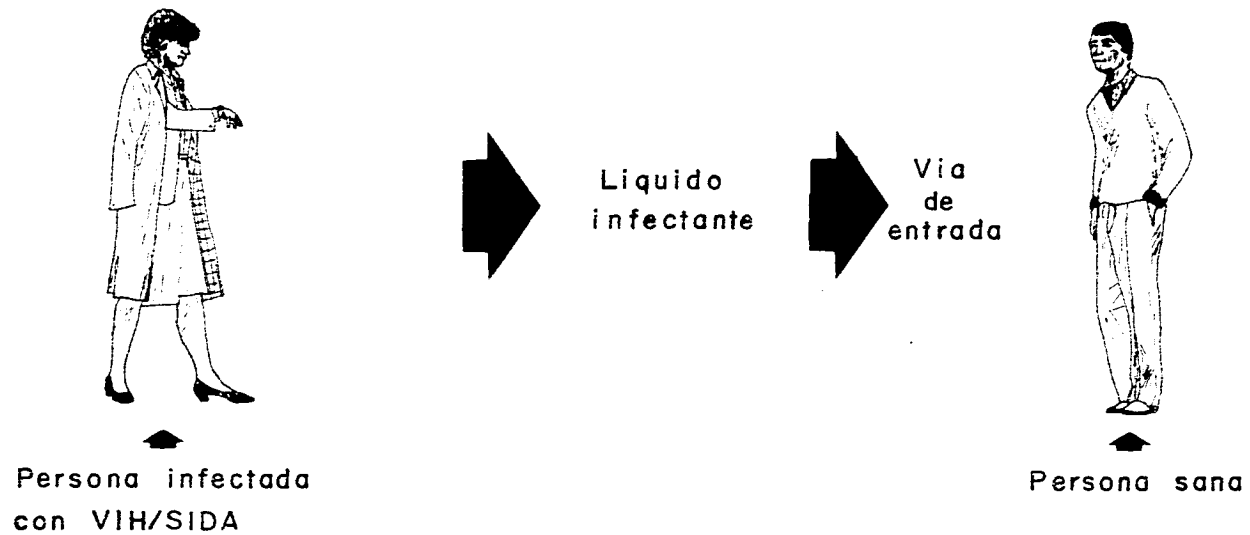
SEXUAL

- Semen.
- Liquido pre-eyaculatorio.
- Secreciones vaginales.
- Posible presencia de sangre (mestrua o de pequenas heridas).

PERINATAL

- Leche materna (post-parto).
- Sangre (embarazo y/o parto).

MECANISMO DE TRASMISION DEL VIH/SIDA



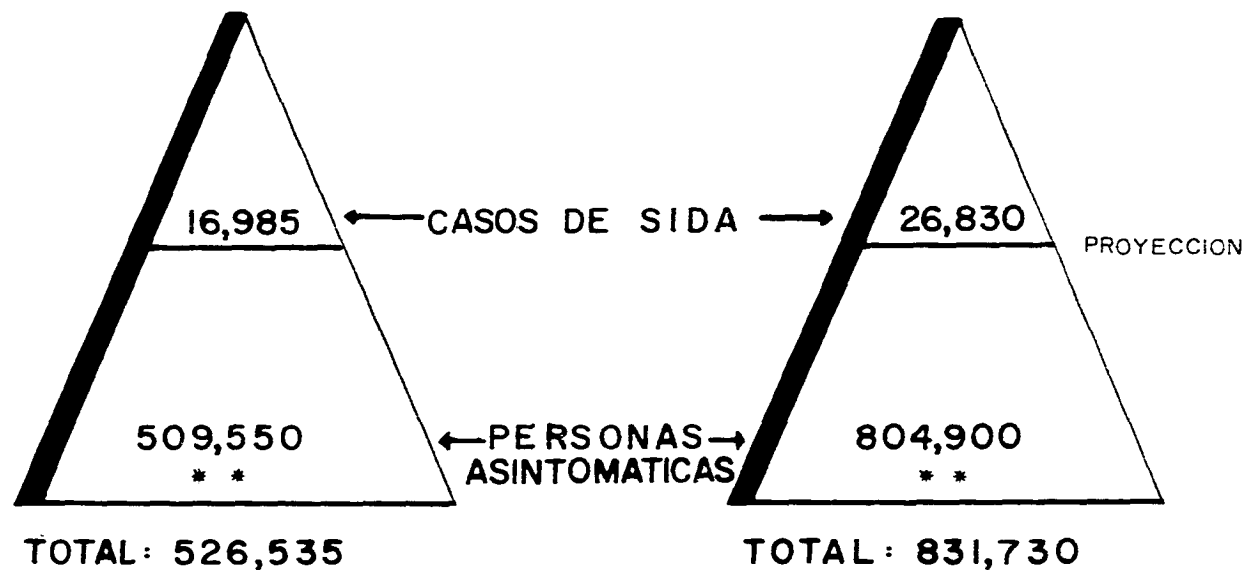
- Cualquier liquido infectado sobre piel sana (sin heridas) NO causa infecci3n.
- Si existen heridas o mucosas expuestas a liquidos potencialmente infectantes pero estos no contienen virus tampoco se logra la transmisi3n.
- Si las dos personas est1n sanas NO existe transmisi3n.

AÑO	Nº DE CASOS	RAZON H/M	CASOS ACUMULADOS
1981	1		1
1982	2		3
1983	6	6:0	6
1984	6	6:0	12
1985	29	14:1	41
1986	246	30:1	287
1987	518	12:1	805
1988	905	6:1	1,710
1989	1,607	6:1	3,317
1990	2,588	5:1	5,905
1991	3,167	5:1	9,072
1992	3,220	6:1	12,292
1993	4,693	6:1	16,985
TOTAL :			16985

CATEGORIA	N. CASOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
SEXUAL	10,539	81.8	9,732	88.2	807	43.8
SANGUINEA	2,196	17.0	1,159	10.5	1,037	56.2
HOMOSEXUAL DROGADICTO INTRAVENOSO	149	1.2	142	1.3		
TOTAL ADULTOS	12,884	100.0	10,891	100.0	1,844	100.0
PEDIATRICOS	513	1.2	337	65.7	176	34.3
PERINATAL	243					
OTROS	270					
TOTAL DOCUMENTADO		13,397	100.0%			
NO DOCUMENTADO		3,588	—			
TOTAL		16,985				

CASOS REPORTADOS AL 1º DE DIC. 1993. ▲

ESTIMACION DEL NUMERO REAL DE CASOS *



* TOMANDO EN CUENTA EL SUBREGISTRO Y EL RETRAZO EN LA INFORMACION.

** RESULTA DE MULTIPLICAR EL No. DE CASOS POR 30 , NUMERO APROXIMADO DE PERSONAS ASINTOMATICAS POR CADA CASO DE SIDA.

BIBLIO-HEMEROGRAFIA

- Aguilar Villanueva, Luis F. El Estudio de la Políticas Públicas. Miguel Angel Ferrua. México. 1992.
- -----, La Hechura de las Políticas. Miguel Angel Ferrua. México. 1992.
- Cobb, Robert v Elder, Charles. Participación en Política Americana. La Dinámica de la Estructuración de la Agenda. Noema. México. 1986.
- Federación Internacional de Planificación Familiar. Sexualidad Humana y relaciones Personales. 2a. Edición. Nueva York. 1991.
- González Ruiz, Edgar. Conservadurismo y sexualidad. Ravuela ed., México. 1994.
- Gordon, Gil y Kouda, Tony. Hablando del SIDA. Federación Internacional sobre Planificación Familiar. Nueva York. 1990.
- Lizárraga Chuchaga, Xavier (compilador). Algunos pretextos, textos y subtextos ante el SIDA. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México. 1990.
- Marchetti Lamagni, Raquel, et al. Guía de Orientación para Informadores. HIV/SIDA. secretaria de Salud. México. 1993.
- Quezada Ramirez, Emilio de, et al. SIDA. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia Humana-Historia-Definición-Etiología-inmunopatogenia-Epidemiología-Manifestaciones clínicas-diagnóstico-tratamiento. Instituto Superior de Ciencia Médica de la Habana. Ed. Científico-técnicas. La Habana. 1985.
- Rico, Blanca v Uribe, Patricia. ¿Que onda con el SIDA?. CONACULTA. México. 1993.
- Sepulveda Amor, Jaime, et al. SIDA y Derechos Humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México. 1992.

- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, Boletín Mensual de SIDA/ETS, Secretaría de Salud, México, julio y diciembre de 1993.

- Diario Oficial, Decreto de Creación del Consejo Nacional para la Prevención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, CONASIDA, agosto de 1988.

- Rico Galido, Blanca. "A diez años de Distancia". en Gaceta CONASIDA, año 3, num. 5, 1991.

- Ruiz Sánchez, Carlos. El Cólera, ¿ Problema de Policy Pública?, Estudios Políticos, cuarta época, Num. 1, oct-dic., 1993.

- Ruiz Sánchez, Carlos, et al. Manual de Elaboración de Políticas Públicas, mimeo, FCPyS, 1992

- Soberón Acevedo, Guillermo. SIDA: Características Generales de un Problema de Salud Pública, Salud Pública de México, vol. 30 No. 4, Secretaría de Salud, México, julio-agosto de 1988.