



17
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA EDUCACION PREVENTIVA DEL SIDA EN MEXICO

ASESOR DE TESIS:

DR. RAUL CARDIEL REYES

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

PRESENTA:

LILIA BEATRIZ COVARRUBIAS OROZCO

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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.

EL MAS PROFUNDO RECONOCIMIENTO AL
DR. RAUL CARDIEL REYES
CUYAS ORIENTACIONES Y DIRECTRICES
HICIERON POSIBLE LA REALIZACION
DE ESTE TRABAJO.

EL MAS SINCERO AGRADECIMIENTO A:

MAESTRO ENRIQUE NIETO SOTELO
DR. RAUL ROJAS SORIANO
LIC. HECTOR ZAMITIZ GAMBOA
LIC. JOSE ANTONIO IRIZAR

POR SUS INVALUABLES OBSERVACIONES,
CONSTANTE APOYO, PACIENCIA Y ESTIMULO.

AL LIC. BENJAMIN GONZALEZ ROARO
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS
EDUCATIVOS EN EL DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

AL LIC. HECTOR CARDIEL RAMIREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA EDUCATIVO
DE PREVENCION CONTRA LAS ADICCIONES
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

AL DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
COORDINADOR TECNICO DE CLINICA DE AMPAG

A BEATRIZ OROZCO Y ARMANDO COVARRUBIAS

A LAURA JOVE Y A LAURA Y ARMANDO COVARRUBIAS J.

A EUFROSINA GUTIERREZ OROZCO Y CARLOS OROZCO

A ADOLFO COVARRUBIAS CORZO

AL PROFESOR JAVIER CANO SANTANA, A NELLY

Y OLGA Y A TODOS AQUELLOS QUIENES DE ALGUNA

MANERA ME APOYARON EN LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION.

I N D I C E

INTRODUCCION

**C A P I T U L O I.- ASPECTOS TEORICO-METODOLOGICOS DE
LA INVESTIGACION**

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2	ASPECTOS TEORICOS.....	8
1.2.1	ASPECTOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS DEL SIDA.....	8
1.2.2	EDUCACION PREVENTIVA Y EDUCACION PARA LA SALUD.....	32

C A P I T U L O II.- HISTORIA SOCIAL DEL SIDA

2.1	RESPUESTAS SOCIALES E INSTITUCIONALES	51
2.2	FACTORES DEMOGRAFICOS Y SOCIALES.....	53
2.3	IMPLICACIONES ECONOMICAS.....	55
2.4	ASPECTOS POLITICOS.....	56
2.5	DERECHOS HUMANOS Y ASPECTOS LEGALES....	59

C A P I T U L O III.- RESPUESTA SOCIAL ANTE EL SIDA EN MEXICO

3.1	IMPLICACIONES.....	61
3.2	CAMPAÑAS DEL SECTOR SALUD.....	71
3.3	LOS DERECHOS HUMANOS COMO RESPUESTA ANTE LA DISCRIMINACION A LOS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA.....	74

C A P I T U L O IV.- EL SIDA EN LOS ADOLESCENTES

4.1	ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	80
4.2	EL SIDA Y LOS ADOLESCENTES.....	87
4.3	FACTORES DE RIESGO EN LOS JOVENES.....	90

**C A P I T U L O V.- RESPUESTA DEL SECTOR EDUCATIVO MEXICANO
FRENTE AL SIDA EN LOS ADOLESCENTES EN
LA EDUCACION MEDIA Y MEDIA SUPERIOR**

5.1	ENFOQUE	93
5.2	IMPLICACIONES.....	97

CONCLUSIONES.	101
ANEJOS	108
BIBLIOGRAFIA.....	117

Introducción

El presente trabajo representa un esfuerzo cuya intención es contribuir a la búsqueda de soluciones o medidas tendientes a la formación de una conciencia colectiva sobre el problema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En otras palabras, interesa contribuir a disminuir las condiciones que facilitan la discriminación existente hacia los enfermos e infectados.

Actualmente, la pandemia del SIDA ha modificado sus patrones iniciales: ha pasado de ser considerada exclusiva de los homosexuales y del medio urbano, para heterosexualizarse y desarrollarse también en el medio rural.

El tema de investigación aborda, entre otras cuestiones, el discurso médico y los aspectos subjetivos del SIDA que reflejan los prejuicios, creencias, actitudes discriminatorias y religiosas hacia la infección y sus afectados.

El núcleo del problema que se identifica en la presente

tesis es los adolescentes. Por ello, se analiza el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA) que incluye las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA. Dicho Programa se encuentra vigente y opera en el sector educativo para la educación básica y media en nuestro país.

Uno de los objetivos centrales del presente trabajo es analizar la relación existente, por una parte, entre los aspectos objetivos de la enfermedad que son las teorías y los conocimientos propios de la "ciencia médica", y por otra, los aspectos subjetivos conformados por los prejuicios, mitos y creencias que constituyen los elementos de la construcción social del riesgo; es decir, la percepción social que tienen en este caso, los adolescentes.

Cabe señalar que el interés por elaborar un trabajo de esta naturaleza consiste en la preocupación generalizada de que el problema en cuestión no es sólo de salud individual y de su prevención, sino fundamentalmente social porque inexorablemente repercute cada vez más en la organización de nuestra sociedad, particularmente en los adolescentes y en las mujeres.

Conforme a los objetivos anteriores, en el primer capítulo se plantea el problema, así como los aspectos teóricos que

incluyen el discurso médico y su "relación entre saber-poder" y realidad social; es decir, los aspectos objetivos. Asimismo, comprende la "construcción social del riesgo", es decir, los aspectos subjetivos de la enfermedad, sin pretender llegar a ser un sólido enfoque teórico social de la enfermedad, este capítulo debe ser considerado como una propuesta de marco conceptual de referencia.

El segundo capítulo aborda la historia social del SIDA. Contempla las respuestas sociales e institucionales; los factores demográficos y sociales, las implicaciones económicas y los aspectos políticos, además de los derechos humanos y otros aspectos legales.

El tercer capítulo analiza las consecuencias sociales de dicha enfermedad en nuestro país; las acciones emprendidas contra la discriminación hacia los enfermos e infectados, así como las causas y finalidades de las campañas informativas.

El cuarto capítulo, enfoca el problema del SIDA en los adolescentes, incluye la sexualidad y la adolescencia, así como los factores de riesgo en este grupo social.

El quinto capítulo trata sobre las tareas que ha emprendido

el sector educativo para contender con la problemática en los adolescentes.

Por último, se analiza sociológicamente cómo en la práctica social se entrelazan los aspectos subjetivos y objetivos de la enfermedad en los educandos y las formas en que se manifiestan las actitudes hacia la enfermedad por parte de los educadores.

Esperamos que esta investigación, pese a sus limitaciones, contribuya a los estudios sociales existentes en México sobre esta enfermedad.

FE DE ERRATAS

EN LA PAGINA 10, EN LA CITA DE PIE DE PAGINA DICE CONDICIOENS HISTORICAS, - DEBE DECIR CONDICIONES HISTORICAS.

EN LA PAGINA 106, EN EL ULTIMO PARRAFO DICE Y DESCONTEXTUALIZANDOLA, DEBE DECIR DEJANDO DE LADO EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD SOCIAL.

Capítulo I.- Aspectos teórico-metodológicos de la Investigación

1.1 Planteamiento del problema

El SIDA se ha convertido en endemia a lo largo de una década y posteriormente en pandemia, así como en un tema de estudio clínico a nivel mundial, no sólo en países industrializados, sino también en aquéllos en proceso de desarrollo, y su naturaleza modificó por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos.

Incluso en el transcurso de más de 10 años, las cifras se han multiplicado vertiginosamente.

El SIDA representa un problema grave de salud pública por la rapidez de diseminación del virus que lo causa porque hasta ahora es inevitablemente letal, ya que afecta de manera directa al sistema inmunológico; así, una de sus vías de transmisión, la más importante en relación con el número de casos es el contacto sexual porque requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se prevé de inmediato, el descubrimiento de una droga efectiva, o de una vacuna que pueda prevenirlo porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; en virtud de lo anterior, su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

Ante la problemática del SIDA, las repercusiones sociales

han sido de lo más diverso: desde el desconcierto y la incertidumbre, pasando por la renovación de mitos* y la creación de otros, hasta la preocupación por generar conocimientos y prácticas que superen el desafío que representa el - SIDA.

Efectivamente, en México han resurgido prejuicios, mitos, temores**, discriminación y rechazo hacia las personas que padecen esta enfermedad.

Por tanto, los cuestionamientos básicos que conforman la problemática -- mencionada previamente son los siguientes:

- 1.- ¿ Cuáles son los aspectos objetivos y subjetivos que involucra el - SIDA ?
- 2.- ¿Cuál ha sido el enfoque que el Sector Salud ha dado al SIDA ?
- 3.- ¿Por qué algunas personas, en particular los adolescentes consideran que no pueden contagiarse de SIDA, a pesar de las campañas emprendidas contra la enfermedad en nuestro país ?
- 4.- ¿Cuál ha sido la finalidad de las campañas sobre el SIDA en México?
- 5.- ¿Cuál es el factor de riesgo más importante en los adolescentes en México ?

Las respuestas tentativas a las interrogantes planteadas son las siguientes:

- 1.- Los **conceptos, hipótesis y teorías** son los aspectos objetivos del SIDA y los **subjetivos** se refieren a la **construcción social del riesgo (1)**, a través de **prejuicios (2)** que se han manifestado en **actitudes discrimina-**

* Según Levi-Strauss, el mito debe ser estudiado en forma literal; encierra un esquema lógico y permite integrar una construcción sistemática para resolver los problemas que se plantean en planos diferentes, lo cual hace de los mitos un conjunto significativo, ya que para este autor, el pensamiento mítico coexiste con el pensamiento racional, tal como se mantiene en las sociedades primitivas. El mito sirve, por tanto, para la consolidación del individuo en el mundo nuevo. El hombre moderno, a diferencia del primitivo, controla sus mitos por la racionalidad, para bien y para mal. Cfr. Levi-Strauss, "Mitológicas. Lo crudo y lo cocido", op. cit.

** Temores como los surgidos en Europa en algunos países. Cfr. Daniels, Victor G. "Sida",

torias (3) y religiosas (4).

2.- Tanto en el Sector Salud como en el Educativo, el enfoque ha sido básicamente informativo (5) y no de concientización (6).

3.- Los aspectos subjetivos y objetivos que han prevalecido y prevalecen actualmente hacia el Sida y sus afectados han repercutido y repercuten en la manera en como los adolescentes evitan la pandemia.

editorial el Manual Moderno, México, 1986, Véase también Korte, Rolf, "El Sida en los países del Tercer Mundo, Desarrollo Cooperativo (D.C.), 1988; Galvañ Díaz, Francisco (Coord.), "El Sida en México: los efectos sociales", ediciones de Cultura Popular, coed. UAM, México, s/f. Véase también Luhmann, Niklas, op. cit.

(1) La construcción social del riesgo se refiere a los mecanismos sociales y psicológicos que hacen que un individuo o grupo pueda percibir el riesgo de contagiarse de SIDA como una realidad social y no como una realidad distante y anónima, aún habiendo obtenido información precisa sobre esa enfermedad, y habiendo incorporado a nuestra mente un conjunto de conocimientos útiles y significativos. Cfr. Berger y Luckman, "La construcción social de la realidad", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986. Según el Sector Educativo, los "factores de riesgo son todos aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individual que están presentes en los ambientes claves en los que se desarrollan los niños y jóvenes y que aumentan la probabilidad de que individuo inicie un proceso adictivo".. Cfr. Cardiel, Héctor (Coord.). "Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones", Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Servicios Educativos, Dirección General de Planeación Programación y Presupuesto, México, 1994. Lo anterior corresponde en nuestro criterio a lo que Luhmann llama la "tradicción racionalista del riesgo". Cfr. Luhmann, Niklas, "Sociología del riesgo", Universidad Iberoamericana, coedición Universidad de Guadalajara, colección Laberinto de Cristal, México, 1992. Para Luhmann, el riesgo es un fenómeno de contingencia múltiple, es decir, algo evitable, que como tal ofrece diferentes perspectivas a diferentes observadores. Dice él que estamos hablando de riesgo únicamente cuando ha de tomarse una decisión sin la cual podría ocurrir un daño. Lo esencial es que el posible daño sea evitable, no importando si quien tome la decisión perciba el daño como consecuencia de su decisión o de que sean otros los que se lo atribuyen. Por tanto, para este autor, el riesgo es una cuestión de acuerdo, no de conocimiento.

(2) Según la Psicología Social, prejuicio se define como actitudes negativas hacia grupos definidos socialmente. Cfr. Holt, Rinehart and Winston, "Psicología Social", Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México, 1985. Según la Sociología, prejuicio es una actitud negativa frente a otros individuos o grupos, debido a una generalización, lo que afecta las relaciones sociales en una determinada sociedad. Cfr. Sills, David, "Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales", Editorial Santillana, España, 1983.

(3) Según la Psicología Social, las actitudes discriminatorias constituyen una tendencia a responder negativamente hacia miembros de un grupo socialmente definido. Cfr. Holt, Rinehart and Winston, op. cit. Según la perspectiva jurídica, discriminación es un término que califica aquel tratamiento diferencial por el cual se priva de ciertos derechos o prerrogativas a un determinado número de personas por motivos principalmente de raza, color u origen étnico. Cfr. Instituto de Investigaciones Jurídicas, "Diccionario Jurídico Mexicano", Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, México, 1989.

(4) En el caso del concepto actitudes religiosas, éstas se entienden como la posición conform-

4.- La finalidad de las campañas que ha promovido el Sector Salud ha sido "cubrir" las "necesidades de información" de los "grupos afectados" (7), además de erradicar el prejuicio de que los homosexuales habían sido los "culpables" de la propagación del Sida.

5.- La falta de Educación Preventiva* del Sida ha constituido y constituye un factor de riesgo (8), principalmente en los adolescentes.

mada por un sistema de creencias religiosas y que determinan la conducta del individuo ante sus semejantes. En el caso concreto, la religión está institucionalizada en una iglesia que impone ciertos criterios y patrones básicos de conducta, como lo son las ceremonias o ritos, la aceptación de determinados simbolismos y de objetos que se consideran sagrados. Cfr. García Maldonado, José Vitelio, "Actitudes religiosas del Magisterio", Cuadernos de Sociología, Colegio de Sociólogos de México, Fondo Nacional para Actividades Sociales, México, 1982, Según E. B. Taylor, religión es la creencia en seres espirituales, incluyendo la religión de los pueblos primitivos y el politeísmo de la Antigüedad, como las creencias del hindú y del católico, la experiencia del místico y la del espiritualista moderno. La religión aparece como un complejo de doctrinas, prácticas e instituciones. Es la afirmación de la creencia en los dioses o en un Dios único, en un mundo espiritual y en otro mundo o mundos que existen más allá del que habitamos. La religión es una actitud espiritual, algo que puede ser descrito en escala ascendente de espiritualidad, como temor pavor, veneración, admiración y amor por lo indescritiblemente "bueno", "bello" y "santo". Cfr. E. Royston, Pike. "Diccionario de Religiones", Fondo de Cultura Económica, México, 1960, pp. 349-350.

- (5) La información es vista aquí como todo aquello que orienta y torna más eficaz la práctica social en todos sus niveles y aspectos; siendo así, habrá propaganda, que "lubrica" las actividades sociales, la contra-información, que procura negar o desplazar (en un sentido casi psicoanalítico) la información mal censurada; todo dirigido a la máxima eficacia de funcionamiento de las instituciones sociales de acuerdo con la ideología dominante. Cfr. Katz, Chaim S., et. al. "Diccionario Básico de Comunicación", editorial Nueva Imagen, México, 1984.
- (6) La concientización implica un proceso que tiende hacia la conciencia crítica y transformadora de los individuos o grupos definidos socialmente. Conlleva a la percatación de las vivencias personales que pueden ser comunes a varias personas o compartidas por ellos. Cfr. Diccionario de Ciencias de la Educación, op. cit.
- (7) Entendemos a los grupos afectados como aquella parte de la población que presenta formas de comportamiento sexual en orden a la satisfacción de otros como en el caso de la prostitución, bisexualismo y homosexualismo, además de los que tienen parejas múltiples.
- (8) El riesgo se concibe aquí como la percepción social que tiene el individuo o grupo de contagiarse de Sida. Cfr. Holt, Rinehart and Winston., op.cit., para el concepto de percepción social. Entonces el riesgo es el grado de percepción que tienen los individuos y grupos de contagiarse de Sida, lo cual depende de la relación existente entre saber (conocimiento de la realidad social) y poder (el discurso médico). Según el discurso médico, la noción de riesgo "individual" y la de los grupos o población que puede ser afectada por una enfermedad
- * Según los educadores, la Educación Preventiva es el proceso de formación y capacitación a nivel grupal e individual que permita generar actitudes positivas frente a la vida y el mundo, PEPCA, op. cit., p. 29.

En este trabajo se han empleado una serie de procedimientos de investigación como la revisión bibliográfica teórica que contiene los enfoques sociológicos fundamentales sobre la problemática del Sida.

Por otra parte, interesa destacar aquí que hubo ciertas limitantes que de alguna manera obstaculizaron la investigación como son :

1.- La falta de recursos y tiempo para detectar la verdadera distribución del Sida en nuestro país, a través de encuestas a la población estudiada.

2.- La falta de información estadística confiable, por el subregistro enorme.

determinada. En otras palabras, reducen al riesgo a la categoría de ambiental o personal. Lo esencial, en este sentido, para el discurso médico es saber si se trata de una enfermedad de "grupos" o de la población total, lo cual margina y estigmatiza a la sociedad. Les interesa asimismo, determinar la forma en que la enfermedad se propaga, lo que nos conduce a los "grupos de alto riesgo". Por otra parte, según Luhmann, la negación del riesgo constituye a su vez un riesgo. El autor plantea que es posible evitar daños mediante las decisiones y verlos como un riesgo. Según él, el problema del riesgo "no parece ubicarse en la dimensión objetiva de las cosas. Más bien se localiza en la relación existente en la dimensión temporal y la dimensión social. No es posible evitar los riesgos, dice Luhmann cuando de alguna manera decidimos. No hay conductas libres de riesgo. Mientras más conocimiento hay del riesgo, más se conforma una "conciencia del riesgo". Cfr. Luhmann, Niklas, "Sociología del riesgo". Cfr. Luhmann, Niklas, "Sociología del riesgo", op. cit., pp. 72-74. Para "riesgo biológico" consultar San Martín, Hernán. "Salud y enfermedad. Ecología Humana. Epidemiología, Salud Pública. Medicina Preventiva. Sociología y Economía de la Salud", editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 1992. Según otra concepción, factores de riesgo son "las circunstancias, condiciones o características del adolescente que aumentan la probabilidad de incurrir en el uso o abuso de las drogas". Cfr. Rasso, Norma. "Como proteger a su hijo de la droga", editorial Norma, Colombia, 1990, p. 19.

* Según los Educadores, la Educación Preventiva es el proceso de formación y capacitación a nivel grupal e individual que permita generar actitudes positivas frente a la vida y el mundo. FEPCA, op. cit., p. 29.

Por tanto, la formulación del problema de investigación -
es la siguiente:

EL SIDA PRESENTA ASPECTOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS QUE ---
INFLUYEN EN LA MANERA EN COMO LOS ADOLESCENTES EVITAN ESTA
PANDEMIA, ES DECIR, EN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS UTILIZADAS
AL RESPECTO.

Como si el discurso, lejos de ser ese elemento transparente o neutro en que la sexualidad se desarma y la política se pacifica fuese más bien uno de esos lugares en que se ejercen, de manera privilegiada, algunos de sus más terribles poderes. El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse.

M. Foucault*

* Foucault, Michel. "El orden del discurso", editorial Tusquets, Barcelona, 1971, p. 12.

1.2 Aspectos teóricos

1.2.1 Aspectos objetivos y subjetivos del SIDA

El objeto es analizar el discurso médico en torno a lo que llamaremos aspectos objetivos del SIDA como son los conceptos, teorías e hipótesis. Pero el concepto de discurso que vamos a trabajar no debe ser confundido con el de lenguaje. Así, hablamos de una concepción del discurso que intenta dar cuenta del trabajo ideológico que opera en la constitución de los discursos, como producción de sentido, tiene que superar tanto las simplificaciones globalizadoras de lo lingüístico como la heterogeneidad inmediata de ese pseudoconcreto que son materias significantes.

En otros términos, no estamos hablando del discurso como un problema de contenidos significativos, ya que lo reduce a relaciones de significación, de lengua y estructura.

Considero que es necesario un replanteo del discurso en relación al problema del poder, pero no se trata tampoco del discurso que pronuncia el poder, ni de la semántica oficial de los políticos.

La problemática de lo discursivo se sitúa en el terreno de los códigos sociales, es decir, del control y la dominación

implícitos en él.

Conviene mencionar que el discurso médico contiene en sus formas comunicativas determinadas funciones ideológicas.

Para Althusser, las instituciones representan "aparatos ideológicos del Estado, los cuales sirven para reproducir la "ideología dominante", lo cual impide acceder al verdadero conocimiento sistemático.

Bajo el capitalismo existe una ideología dominante que aparece en todas las instituciones, incluyendo las médicas, las cuales no son neutrales, ya que son portadoras de las RELACIONES de poder que determinan cómo se efectúa el trabajo en su interior, por quiénes se efectúa y con qué tipo de instrumentos.

Las relaciones de poder aparecen también dentro del conocimiento científico y la dominación ideológica de los "aparatos ideológicos del Estado, lo cual surge y está siendo reproducida en la misma producción del conocimiento.

En este sentido, el discurso médico, se vislumbra como

una síntesis de la realidad. De este modo, el primero se convierte en la recién aceptada visión de la realidad del Sida, donde la "ciencia" es presentada "libre" de valores y "neutral". El discurso médico se convierte en una palabra mágica que permite la transformación del conocimiento cargado de valores en un conocimiento "libre de valores".

El proceso de dominación proviene del monopolio de la palabra, del discurso médico. En este sentido, hablamos de discurso-práctica del poder. La estrategia discursiva del discurso (médico) implica un discurso del poder, la cual consiste en la emisión de conocimientos (saber) que se correlaciona con su papel en la cultura de masas y su necesidad de preservar las relaciones de poder y dominación en una sociedad determinada.

El discurso médico (del poder) ha sido emitido mayoritariamente gracias a las intervenciones del Estado, por medio de las agencias gubernamentales y de sus Campañas Informativas. Se puede decir que esquematizan la realidad* de tal forma que los receptores obtienen una parte informativa muy magra sobre la epidemia.

Cabe recordar que el conocimiento obtenido por medio de

* En este sentido, se ha considerado aquí que la realidad y el conocimiento de la realidad social forman parte de un mismo proceso. Como dice Bagú, "la construcción de una teoría del conocimiento, depende entre otras condiciones históricas de cómo vaya progresando la investigación". Cfr. Bagú, Sergio. "Tiempo, realidad social y conocimiento. Propuesta de investigación", editorial Siglo XXI, Argentina, 1970, p. 160.

una información es subjetivizado y posteriormente utilizado en la interacción social en función de grandes proposiciones que esquematizan la realidad.

Los médicos no son ajenos al poder del discurso y al discurso del poder. Para los filósofos, poder y discurso se imbrican en el problema de la verdad, ese problema nodal que disfrazaba y traduce, desde los presocráticos, el otro, el de la relación del saber con la ciudad, con la Polis.

El discurso es enfocado como trabajo y puesta en escena del poder. Como dice Foucault:

"Quisiera mostrar que los discursos tales como pueden oírse, tales como pueden leerse en su forma de textos, no son, como podría esperarse un puro y simple entrecruzamiento de cosas y palabras, que el discurso no es una delgada superficie de contacto entre una realidad y una lengua" 9/.

9/ Foucault, Michel. "EL orden del discurso", editorial Tusquets, Barcelona, 1974.

Es importante percibir que los discursos luchan y son el lugar de una lucha específica por el poder. Esa lucha forma parte de sus condiciones de producción y circulación, de tal manera que estudiar las relaciones y las reglas del surgimiento de lo discursivo es estudiar reglas y relaciones de poder. El poder deja de ser ese exterior, o ese sujeto que utiliza el discurso, para ser esa trama de violencia y conflicto, de control y de reglas que lo constituyen como práctica en un determinado espacio social y en un tiempo histórico. "El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse" 10/.

Dado que el discurso es poder, éste último ha reclamado su control desde que los hombres empezaron a serlo: a juntarse y hablar. No hay sociedad por pequeña que sea que no reglamente la producción y distribución de los discursos. El qué, el quién, el cómo y el con qué, todo el dispositivo del hablar es objeto de una cuidadosa y constante regulación social.

Sin embargo, para los sociólogos, la problemática del discurso ha tardado bastante tiempo en adquirir el estatuto de un objeto de estudio.

10/ Foucault, Michel. "El orden del discurso", op. cit.

El discurso médico constituye un espacio social en cuya posesión se asienta, se fundamenta toda una serie de jerarquizaciones, de organización de la autoridad. No cualquiera tiene derecho a hablar, no todos pueden hablar de todo.

Foucault ha analizado los diversos y sofisticados sistemas de control del discurso 11/.

1.- El de las prohibiciones: los tabúes del objeto, del sujeto y de las circunstancias, sistema que trabaja en forma especial las regiones de la sexualidad y la política.

2.- El que establece la oposición entre razón y locura: desvaloración absoluta o valorización mágica del discurso del loco y entramado institucional de prácticas, lugares y saberes para su "tratamiento" para amordazarlo y explotarlo.

3.- El que establece la oposición entre lo verdadero y lo falso, oposición reelaborada permanentemente y sostenida por otro entramado de instituciones, que la imponen no sin coerción y sin violencia.

No se trata aquí de criticar el discurso médico, sino examinar el discurso que allí se instituye, de las operaciones de separación, de homogeneización y adecuación entre saber y poder que él realiza.

Plantear la cuestión del poder desde el discurso médico

11/ Foucault, Michel. "El orden del discurso", op. cit.

no es "politizarlo", sino descubrir cómo las prácticas discursivas atraviesan la producción y la circulación del poder. De esta manera, la cuestión del poder mina la falsa neutralidad del discurso médico sobre el Sida.

Importa mencionar que en la práctica discursiva (médica) el Sida es concebido como un fenómeno biológico individual donde la causa de la pandemia es un factor observable de manera inmediata, en lugar de ser el resultado de relaciones de poder específico. En este sentido, coincido con Durkheim, al afirmar que el positivismo reduce el fenómeno social a fenómeno natural. Así, la causalidad se explica mediante la asociación de fenómenos inmediatamente observables 12/.

Según Foucault, existen síntomas visibles e invisibles y formas visibles e invisibles.*

Al respecto, cabe recordar lo siguiente:

"Las manifestaciones se dan sin causa aparente, duran más de un mes y se presentan al principio de la enfermedad, como sigue:

12/ Foucault, Michel. "El nacimiento de la Clínica", editorial Siglo XXI, México, 1983. En la parte de signos y síntomas que corresponde al subapartado llamado "signos y casos" examina ampliamente dicha cuestión, además de la "mirada médica"; todo lo cual conlleva a los síntomas visibles e invisibles, ver pp. 135-140.

* Iden.

- Debilidad o cansancio
- Sudores nocturnos
- Diarrea, con cinco o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día, por más de un mes.
- Fiebre, principalmente nocturna de más de 39°C por más de un mes.
- Pérdida de peso del 10 al 15 por ciento del peso total en menos de un mes.
- Ganglios inflamados
- Erupciones en la piel
- Pulmonía
- Tos 13/.

Posteriormente, aparecen otros síntomas como:

- Infecciones oportunistas graves y de difícil tratamiento o recurrentes y en diferentes partes como boca, piel, vías respiratorias, digestivas y ojos; además síndromes neurológicos, físicos y de conducta. Las personas que padecen Sida pueden presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cánceres: Sarcoma de Kaposi (cáncer en la piel y mucosas) y el linfoma (cáncer en ganglios) 14/.

13/ Marchetti, Raquel, et. al. "Guía de Orientación para Informadores VIH/SIDA", Area de Capacitación, Conasida, México, 1993, p. 3; véase también Arjonilla, Elia. "Crecer en los tiempos - del Sida", Conasida, p. 17 y ss.

14/ Walton, John, et. al. "The Oxford companion to Medicine", vol. I, Oxford, New York, Oxford - University Press, 1986, pp. 4-5. Véase también Alvin E. Friedman-Kien. "Color Atlas of AIDS", W. B. Saunders Co., Harcourt Brace Jovanovich Inc., Philadelphia, 1989.

Dice Foucault que "el síntoma se convierte en significante de la enfermedad" 15/, la cual puede entonces ser vista como una colección de síntomas.

En este contexto, Foucault otorga una función significativa al síntoma, ya que remite al vínculo de fenómenos entre sí, a su totalidad.

Por tanto, en términos de Foucault, el síntoma significaría la totalidad de lo que es y por emergencia, la exclusión de lo que no es.

En este sentido, plantea el autor que el acto venido de otro lugar (el acto perceptivo), le da sentido para la mirada de otro, a través de la percepción.

Pero, ¿cuál sería la relación entre signo y síntoma ?

Según Foucault "los signos y los síntomas son y dicen lo mismo. El signo es igual al síntoma. No hay signo sin síntoma, son interdependientes. Pero todo signo no es más que un síntoma" 16/.

Según el discurso médico, los signos es todo aquello que se puede medir y observar como los signos vitales, frecuencia cardíaca, etc. En cambio, el síntoma sólo la persona lo "siente" y "lo sabe". El síntoma es la manifestación "subjetiva" (molestias).

15/ Cfr. Foucault, Michel. "El nacimiento de la clínica", op. cit.

16/ Idem.

Entonces ¿ qué se necesitaría para que el síntoma sea signo y viceversa? "Para que el signo sea signo se requiere de una actividad (interna), es decir, la conciencia. Y la soberanía de la conciencia transforma el síntoma en signo. es más, todo signo, podemos decir en términos de Foucault no es más que un síntoma, ya que la totalidad de los síntomas no llegará jamás a agotar la realidad del signo".*

"La enfermedad viene siendo la verdad inmediata del síntoma. Este último se convierte por tanto, en signo bajo una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, a la sucesión y a la frecuencia"***

En otros términos, en la historia del Sida, no se trata de dar con qué reconocer la enfermedad sino restituir a nivel de las palabras una historia que cubre su ser total.

Pero todo lo anteriormente expuesto, podemos mencionar que en el discurso médico sobre el Sida subyace la simplificación, la descontextualización y la interpretación. En el discurso médico sobre el Sida, no hay enfermedad, sino el elemento de lo visible y por tanto de lo enunciable.

Es preciso señalar los procesos de apropiación del discurso médico en torno al Sida, es decir, el derecho a hablar, competencia para responder, acceso lícito e inmediato al corpus

* Cfr. Foucault, Michel. "El nacimiento de la clínica", op. cit.

** Idem.

de los enunciados formulados, lo cual está reservado de hecho a un grupo determinado: los médicos.

Se trata de reflexionar sobre lo que se dice y lo que se excluye en el discurso médico en torno al Sida.

En efecto, las instituciones donde se localizan y concentran los poderes de una sociedad siempre han reglamentado y distribuido, sobre la base de prescripciones, reglamentos y censuras (algunas implícitas), el derecho a la palabra, determinando sus sistemas de producción, definiendo espacios compartimentados de saber y poder, estableciendo restricciones concretas sobre su circulación y consumo.

En síntesis, se trata de redimensionar la manera en que el discurso médico actúa con eficacia particular en la vida social y en la historia de los hombres. Es preciso señalar también que ha quedado demostrado los vínculos existentes entre discurso y poder, y la relación entre saber y poder.

Ahora procederemos a revisar los aspectos subjetivos que involucra el Sida, los cuales tienen que ver con la CONSTRUCCION SOCIAL DEL RIESGO.

ASPECTOS SUBJETIVOS

Hemos llamado **ASPECTOS SUBJETIVOS DEL SIDA** a la percepción social del individuo o grupo acerca del riesgo de contagiarse de Sida, lo cual tiene lugar a través de aquellos mecanismos sociales y psicológicos, es decir, a través de la **CONSTRUCCION SOCIAL DEL RIESGO**.

Los mecanismos mencionados previamente se manifiestan a través de prejuicios, actitudes discriminatorias y religiosas hacia la enfermedad y sus afectados, además de la ignorancia y desinformación existente al respecto.

Más adelante, en el capítulo II nos dedicaremos a revisar cómo han surgido los prejuicios sociales y la estigmatización al analizar el origen de las enfermedades infecciosas: como la sífilis y el Sida. Por ahora, es posible adelantar que desde la antigüedad ya habían surgido los prejuicios sociales, expresados éstos a través del miedo de contagiarse por parte de los individuos y grupos sociales. Así ha sucedido con la lepra, la viruela, la peste, la cólera, la fiebre amarilla;

en fin, enfermedades a las que se les hallamado genéricamente "pestes" por parte de la sociedad en su conjunto.

Desde esa época, se les ha adjudicado su origen a los malos espíritus o al "castigo divino", lo cual se ha revelado a través de las **ACTITUDES RELIGIOSAS**, o como resultado del "mal comportamiento", lo cual se exterioriza en **ACTITUDES DISCRIMINATORIAS** hacia los afectados que son vistos por la sociedad como "apestados".

Lo anterior explica por qué algunas personas han relacionado al Sida con un "castigo divino" dado a los individuos o "grupos" que presentan conductas no aceptadas por las normas sociales.

Asimismo, en otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis, en el siglo pasado, esta enfermedad fue romantizada por la literatura* y actualmente se le identifica con poblaciones carentes de condiciones higiénicas adecuadas. El cáncer fue considerado como enfermedad de personas de la tercera edad y se asocia cada vez más con la contaminación urbana y el consumo

* Jean Valjean, el protagonista de la novela "Los miserables" de Victor Hugo convivió con enfermos de tuberculosis en los desagües subterráneos en condiciones anti-higiénicas, en París del siglo XIX. Cfr. Hugo, Victor. "Los miserables", editorial Porrúa, colección "Sepan Cuántos", num. 20, 1993.

de productos químicos y otros que contienen agentes cancerígenos (tabaco, aditivos alimenticios, entre otros).

Importa destacar que actualmente todavía hay personas que creen que se pueden contagiar de Sida por:

- COMPARTIR ALIMENTOS
- SALUDAR DE MANO
- COMPARTIR INSTALACIONES SANITARIAS O ALBERCAS
- COMPARTIR UTENSILIOS DE COCINA (VASOS, PLATOS, CUBIERTOS, ETC.).
- COMPARTIR EL MISMO SITIO DE TRABAJO, ENTRE OTROS 17/.

Por otra parte, con relación al riesgo, es posible decir que es una construcción social de cierta complejidad. Cabe recordar que se concibe en este trabajo como el grado de percepción social que tienen los individuos o grupos de contagiarse de Sida, lo cual se relaciona con el conocimiento de la realidad y el discurso médico.

En términos de Luhmann, la construcción social del riesgo

17/ Arjonilla, C. "Creer en los tiempos del Sida", folleto, op. cit., pp. 14-15.

depende de influencias temporales, lo cual precisa de la observación de las relaciones sociales y de su transformación histórica; adicionalmente requiere de cierta sensibilidad para las decisiones. En este contexto, la construcción social del riesgo se concebiría como futuras decisiones en donde intervienen mecanismos, entendidos de acuerdo con Luhmann, como mercados y jerarquías*, que interceptan y diferencian estos conjuntos de decisión, a través de instancias de decisión** que serían representantes de la sociedad. El riesgo consistiría aquí en daños futuros que son producto de una atribución externa. Entonces podría decirse que los riesgos se atribuyan a las decisiones, mientras que los peligros son objeto de una atribución externa.

En base a lo anterior, los riesgos constituyen peligros y los peligros son riesgos, ya que se trata de un mismo contenido que se observa. Lo que es igual resulta diverso^{18/}. Se trata aquí de una relación entre la dimensión temporal y la dimensión social.

Por otra parte, las decisiones generan la condición de ser afectado. Ser afectado representa el concepto contrario

* Cfr. Luhmann, Niklass. "Sociología del riesgo", Universidad Iberoamericana, coedición con Universidad de Guadalajara, México, 1992, p. 151

**Para Luhmann, los hombres no son considerados como una instancia capaz de decidir, ya que las instancias de decisión calculan un riesgo social. Véase Luhmann, N., op. cit., p. 151. 18/Ibid., p. 154.

al de decisión. El problema de cómo se lleve a cabo la delimitación entre afectados y no afectados depende de la **CONSTRUCCION SOCIAL DEL RIESGO.**

Desde la perspectiva del afectado, éste se ve amenazado por decisiones que él mismo no puede activar ni controlar. Para él se trata de peligros y, de hecho esto ocurre igualmente cuando ve y reflexiona que se trata de algo que desde el punto de vista de la instancia de decisión (que podría ser él mismo) es un riesgo.

En consecuencia, es claro que la decisión cobra un aspecto distinto desde la perspectiva de los afectados que desde el punto de vista de la instancia de decisión. Los riesgos que corre (y debe correr) una instancia de decisión se convierten en un peligro para los afectados.

Por tanto, en el proceso de la decisión no podemos evitar la atribución de consecuencias a las decisiones; de lo contrario, la decisión no sería reconocible como tal. En la toma de decisiones es interesante mencionar que interviene la presión social, considerando que la reacción de los grupos sociales que presentan conductas de riesgo que puede ser favorable o desfavorable.

En el campo de la conciencia del riesgo, importa destacar que al hablar sobre las decisiones prescindimos completamente de los procesos de conciencia que las acompañan que implican estados de cosas distintos como la fascinación por la posibilidad de acontecimientos extremadamente improbables que sin embargo, se vuelven catastróficos.

En este sentido, no se ha negado la existencia de realidades* que un observador puede designar como conciencia. Para Luhmann, la conciencia se traduce como una condición previa indispensable de la comunicación y ésta última es contemplada como la operación con la que la sociedad como sistema social se produce y reproduce autopiéticamente.

De acuerdo con Luhmann, la experiencia práctica enseña que mientras más se sabe (conocimiento de la realidad), más se constituye una **CONCIENCIA DEL RIESGO**,

Importa recordar que hemos considerado a la realidad social y al conocimiento de la realidad social como parte del mismo proceso. En este sentido, tenemos que la realidad se presentaría en diversos niveles:

* Cfr. Luhmann, Niklas, op. cit.

1.- La realidad social de la vida cotidiana es aprehendida en un continuum de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del 'aquí ' y 'ahora'. En un polo del continuum están aquellos con quienes me trato a menudo e interactúo intensamente en situaciones 'cara a cara', mi círculo íntimo.

2.- En el otro, hay abstracciones sumamente anónimas que por su misma naturaleza nunca pueden ser accesibles en la interacción 'cara a cara'. El grado de interés y de intimidad pueden combinarse para aumentar o disminuir el anonimato de la experiencia^{19/}.

Desde esta perspectiva, la realidad del Sida entonces se percibiría como una REALIDAD DISTANTE Y ANONIMA, aún habiendo obtenido información precisa sobre esa enfermedad, y habiendo incorporado a nuestra mente un conjunto de conocimientos útiles y significativos*.

Lo anterior puede explicarse porque se han considerado los acontecimientos vinculados sólo a un momento temporal, lo

^{19/} Cfr. Berger, Peter L. y Thomas Luckmann. "La construcción social de la realidad", editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1968.

* Conocimientos significativos son aquellos que responden a problemas y necesidades reales del individuo o grupo social. "Diccionario de Ciencias de la Educación", editorial Santillana, México, 1963. Según los educadores, aprendizaje significativo es el "proceso mediante el cual se integra lo aprendido a la práctica de la vida diaria, su esencia reside en que las ideas expresadas simbólicamente están relacionadas en la estructura cognoscitiva del sujeto con una implicación de contenido afectivo", Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, Dirección General de Educación Extraescolar, "Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones", marzo de 1994, p. 29.

que además sugiere expectativas** que en su mayoría se adjudican a esta -- situación y únicamente se recuerdan con respecto a la situación 20/.

Por tanto, aquí el riesgo se concebiría como una "forma de problematización del futuro", como una forma de trato con el tiempo, el cual otorga a los acontecimientos un valor estructural, ya que aquellos se desvanecen en cuanto surgen, lo cual podría explicarnos por qué la realidad del SIDA se percibe como una realidad distante y anónima. Sin embargo, el problema del riesgo puede ubicarse en la relación existente entre la dimensión temporal y la dimensión social, porque el riesgo determina una forma de trato con el tiempo.

Una investigación norteamericana ha ilustrado los niveles de la realidad y ha demostrado que aquellas poblaciones geográficamente cercanas a una área de alta prevalencia de enfermos de SIDA cambian más rápidamente sus patrones de conducta sexual, adoptando el sexo seguro, que aquellas áreas donde, por el contrario, no hay casos de serpositivos 21/, lo cual pretende explicar por qué los individuos no modifican su conducta, habiendo incorporado aquellos conocimientos significativos sobre la enfermedad, los individuos no modifican su conducta.

20/Cfr. Luhmann, Niklass, op. cit.

21/Price, J.H. Desmond, S. y Kukulka, G. "High School Students perceptions and misperceptions of AIDS", Journal of School Health, num. 55, 1985, pp. 107-109.

** Expectativa en el sentido psicológico es una actitud psíquica caracterizada por la tensión la atención prospectivas. Actitud intelectual hacia sucesos futuros. Cfr. Warren, Howard. "Diccionario de Psicología", editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1982, p. 129. Sociológicamente expectativa se entiende como la posibilidad o probabilidad de que se origine el nacimiento de un derecho o de cualquier otro efecto jurídico al cumplirse cierta condición, acaecer un suceso previsto u ocurrir determinada eventualidad. Cfr. Pratt, Henry. "Diccionario de Sociología", editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1980, p. 117.

Sin embargo, la construcción social del riesgo conlleva otros factores adicionales. Según una investigación realizada en nuestro país, para el sexo masculino es más "arriesgado" en términos sociales -evitar los centros de prostitución cercanos que frecuentarlos y tomar precauciones^{22/}. El riesgo consistiría aquí en la eventual desacreditación de la propia virilidad frente a los demás hombres. Ante ese riesgo inmediato, personalizado y real, la posibilidad de infectarse a través de una prostituta aparece sólo como una posibilidad distante, impersonal y eventual, ya que lo más importante es no perder la imagen de virilidad frente a los otros, diluyéndose de esta manera la percepción social del riesgo.

Desde el punto de vista de las normas, la norma se puede ver confirmada por ambos lados de la forma, por una conducta conforme y una conducta desviada.

Por tanto, el riesgo en el ejemplo presentado previamente consistiría exclusivamente en la desviación de la norma, es decir, que los individuos frecuenten los centros de prostitución cercanos y no tomen precauciones. Desde el punto de vista

22 / Bronfman y Castro. "Conocimientos, prácticas y creencias relacionadas con el cuerpo y la regulación de la fertilidad en Ocuilco, Mor", investigación en proceso.

práctico, las normas son consideradas reglas de decisión que no sólo valen para un solo caso. Desde la perspectiva de la función, se trata de formas de fijación temporal*. Las operaciones de fijación pueden repetir los acontecimientos.

En otro contexto, la prevención del riesgo se entendería aquí como una preparación para daños futuros no seguros, buscando que la probabilidad de que sucedan disminuya, o que las dimensiones del daño se reduzcan. En este sentido, la prevención influye en la disposición al riesgo y, es una de las condiciones para que el daño pueda presentarse.

Al respecto, Luhmann habla de una disposición individual al riesgo, en la medida en que su atención y preocupación puedan tener efectos. Se trataría entonces de reducir las preocupaciones y los temores, la ansiedad que podrían conducir a ataques en contra de una (según se cree) razonable disposición al riesgo 23/.

En términos luhmanianos, la disposición a afrontar riesgos depende de que podamos controlar una tendencia a causar daños, estar cubiertos en el caso de que se presente un daño. A veces,

* La fijación temporal denomina un problema y un punto de partida para comparar soluciones diversas de un problema. Aquí se circunscribe el problema social de las fijaciones temporales y la actuación riesgosa cae en esta categoría. Cfr. Luhmann N., op. cit. 23/Idem., p. 159.

dice Luhmann, las disposiciones al riesgo se presentan por fuerza a los otros como algo peligroso, ya que se sobreestima la propia competencia, al tiempo de que se subestima la de los otros 24 /. Entonces podríamos hablar de riesgo sobreestimados y riesgos subestimados.

Respecto de los mecanismos psicológicos, Luhmann refiere que "una cierta disposición al riesgo podría estar psicológicamente asegurada de tal manera que no resulte modificada por cambios en las condiciones objetivas, sino que es reforzada. Quien sabe que se encuentra asegurado puede arriesgar más, bajo condiciones de una constante disposición al riesgo. Podría suponerse que la instancia decisional se considera a sí misma (más que el afectado) en posición de afrontar futuros riesgos. Puede decirse que a diferencia del afectado, la instancia de decisión tiene la posibilidad de incluir en su consideración su conocimiento de la materia, su confianza en sí mismo así como las seguridades en sus decisiones, mientras que el afectado tiene que recurrir a la creencia de que serán otros los que dominen y controlen la situación.

Podría decirse que lo único seguro sería que se trata de

24 / Luhmann, N., op. cit., p. 160.

decisiones consideradas exclusivamente medidas de prevención.

En otros términos, los riesgos pueden ser identificados también como algo que posee una dependencia decisional, por lo tanto, no existen alternativas decisionales, ni tampoco hay posibilidad alguna de comportamientos libres de riesgo. Por ello, sería posible plantear que "el riesgo se identifica con el peligro. Lo diverso resulta lo mismo" 25/, por lo cual podemos decir que el riesgo es cuestión de acuerdo.

En suma, se ha definido anteriormente al riesgo como atribución de las decisiones y se había tomado como punto de partida la circunstancia de que con la transición a la sociedad moderna y su total desarrollo, aumenta la diferencia entre pasado y futuro, y con ella la dependencia decisional del porvenir. Entonces ¿ qué es lo que sucede con la posibilidad de atribución de riesgos a las decisiones ? Según Luhmann, "la atribución a la decisión es una atribución causal, se representa en el esquema de causa y efecto. Asimismo, es posible que la instancia de decisión pueda verse a sí misma como causa de las consecuencias que ha ocasionado" 26/.

25 / Luhmann, N., op. cit., p. 170

26 / Idem., p. 166.

Por último, concluiríamos entonces en términos luhmanianos que el futuro depende de las decisiones. En nuestra sociedad moderna, el temor de que algo salga mal ha ido acrecentándose por lo que puede decirse que las ideas sobre el futuro predominan por encima de las formas esenciales.

De los factores de riesgo, Luhmann dice que consisten en la negación a aceptar los riesgos o bien en la exigencia del rechazo de éstos en sí mismos.

1.2.2 La Educación Preventiva Escolar y la Educación para la Salud

En términos generales, la **prevención** ha sido considerada como la capacidad que posee el ser humano y su grupo social para anticipar la posible presencia de hechos que les puedan ocasionar daños, permitiéndoles así crear y/o fortalecer con antelación los conocimientos, actitudes, estrategias, habilidades, valores, entre otros que les ayudarán a impedir o a minimizar el daño previsto.

Para la comunidad escolar, **prevenir** se traduce como un proceso de desarrollo humano que facilite que maestros, directivos, alumnos y padres de familia, formen una comunidad integrada y que trabajen juntos en un programa de **Educación Preventiva Integral** 27/.

Importa recordar que la antigua concepción de prevención consistía en la prestación de servicios a la comunidad, dar poder a las agencias sociales, fragmentar los servicios, el

27/ Cfr. Castro, María Elena. "Marco Estructural y Contenidos educativos para la Educación Preventiva Integral en las Áreas de Educación en el uso de alcohol, Educación Sexual y Educación Ambiental", Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., mimeo, p. 2.

liderazgo externo basado en autoridad, cargo y título; con relaciones limitadas a la coordinación, proceso de toma de decisiones cerrado. La responsabilidad se centraba en la atención social que los financiaba 28/.

Para la "ciencia médica", la prevención es el conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad 29/.

Para los pedagogos, hacer Prevención en Educación, implica organizar, sistematizar, consolidar todas aquellas acciones de desarrollo educativo, con la intención de preparar al niño, la familia y la población para enfrentar los problemas sociales. Esas acciones educativas deben encaminarse a reforzar comportamientos o conductas íntimamente ligadas con los valores, las actitudes, las habilidades, las conductas personales y sociales como: la seguridad, el poder de decisión, la autoestima, la solidaridad, la cooperación, la creatividad, la crítica, el análisis de situaciones, el trabajo valorado como dignificación del ser humano, la producción vinculada a la Educación, todo este conjunto de necesidades como una forma de

28/ Castro, Ma. Elena. "Marco estructural, op. cit..

29/ Avalos, César. "Glosario de términos" del Programa de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME) DIF., mimeo, s/l.

prepararnos a todos para la vida con sus retos y oportunidades.

La **prevención** dentro del ámbito de la higiene escolar se centra fundamentalmente en las medidas tendientes a la inmunización frente a enfermedades epidémicas infantiles y en los calendarios de vacunaciones, educación sanitaria en temas relativos a la alimentación, deportes, vida al aire libre, utilización de fármacos, etc.; programas dirigidos a la prevención de accidentes infantiles, programas de detección precoz de anomalías o deficiencias, etc. 30/.

Ahora bien, la nueva concepción de **prevención** plantea que la responsabilidad es compartida por los profesores y la comunidad*. Lo importante es hacer algo en la **comunidad**; el poder reside en la **comunidad**. La comunidad es experta, se planea e instrumenta de acuerdo con las necesidades de la comunidad, los servicios son integrados e interdependientes, el liderazgo proviene de la comunidad y se basa en la habilidad de compartir metas y visiones sobre el programa, se pone énfasis en la colaboración y cooperación en todos los niveles; la toma de decisiones se hace en grupo, la responsabilidad es ante la comunidad 31/.

Se considera que la nueva corriente en **Educación Preventiva**

30/ "Diccionario de Ciencias de la Educación" Vol. II, Santillana, S.A., ediciones Nuevas Técnicas Educativas, S.A., México, 1983, p. 1158.

31/ Castro, María Elena, op. cit., p. 4.

* El modelo médico hegemónico da cuenta de aquellas construcciones que suponen la participación de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. El modelo corporativo público que forma parte del modelo médico hegemónico contempla el enfoque de prevención como la tendencia a actuar sobre el "medio" y no sobre los individuos. Cfr. Menéndez, Eduardo, "Antropología Médica", UAM, México, 1992.

es útil en el "diseño e implementación de Programas en el área de Educación Preventiva con los jóvenes escolares..." 32/.

Cada vez es mayor la tendencia de evitar intervenciones focalizadas directamente al individuo, sino al medio ambiente y a largo plazo. Las nuevas aproximaciones trabajan a nivel grupal y de audiencias.*

Esta corriente habla de hacer **prevención**, transformando los factores de riesgo en acciones y estrategias positivas. Subiere los "factores protectores" como base de la investigación en materia de prevención, argumentando que históricamente el campo de las ciencias de la conducta ha enfocado el desarrollo social y humano desde el punto de vista patológico, lo cual se había convertido en el modelo de investigación tradicional. En otros términos, el énfasis se había puesto en los "factores de riesgo" 33/.

La nueva corriente propone el modelo transversal ecológico de desarrollo humano, en el cual la personalidad es vista como un proceso de adaptación al ambiente, lo que permite trasladarse de los factores de riesgo a los factores protectores, es decir, pretende crear el ambiente propicio y ponerlo al servicio del

32/ Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), "Un Nuevo Material Didáctico para ser usado en los Programas de Educación Preventiva, dirigidos a la población joven", serie estudios, s/f., p. 17.

* Castro, M.E., op. cit., p. 6.

desarrollo humano. La idea es desarrollar métodos y técnicas que permitan modificar el entorno de los adolescentes.

Según el enfoque educativo, "hablar de prevención o "preparación anticipada antes que algún problema o situación ocurra"...(SIC), hacer prevención implica trascender la idea de la existencia de un solo problema y aceptar que es el conjunto de problemas sociales los que tenemos que abordar,"* por lo que en este contexto, se justifica el trabajo conjunto de instituciones como la escuela y la familia.

En el sentido sociológico, la **prevención del riesgo** se entiende como una "preparación para daños futuros no seguros, buscando que la probabilidad de que disminuya, o que las dimensiones del daño se reduzcan. En este sentido, la **prevención influye en la disposición al riesgo y, es una de las condiciones para que el daño pueda presentarse".****

* Fujimoto, Gaby. "Hacia un nuevo enfoque educativo en la prevención del uso indebido de -- drogas", mimeo, s/f., p. 1.

**Cfr. Luhmann, Niklas, o. cit.

Hemos revisado previamente la vieja y la nueva corriente de **prevención**, ahora examinaremos el enfoque del término **educación**. Desde el punto de vista **etimológico** el vocablo **educar** **proviene de la voz educare** que a su vez forma parte del verbo **EDUCERE**, compuesto de **ex**, afuera y **ducere**, llevar, conducir.

Para Platón, la educación tenía como objeto dar al cuerpo y alma toda la belleza y perfección de que éstos son susceptibles. Según este filósofo, el perfeccionamiento de la naturaleza del hombre es el gran objetivo de la educación.

En la Edad Media, los pedagogos concebían la educación como una clase de entrenamiento intelectual, con propósitos básicos de poseer valores religiosos.

En el Renacimiento, diversos autores como Rabelais -- (1483-1553) y Montaigne (1533-1592) postularon que la educación tiene como ideal el preparar al joven para ser un hombre de mundo.

En el siglo XX, los pedagogos han establecido las relaciones entre la educación como la actividad sistemática que efectúa la transmisión de la herencia cultural e ideal de las generaciones adultas a sus descendientes.

Paulo Freire sostiene que **la educación es una praxis, - reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo,**

planteando la transformación del mundo por la acción del pueblo mismo, liberado a través de esa educación *.

Freire habla de la necesidad de una educación crítica y criticista, lo cual requiere de una educación que promueva el cambio de ideas, la discusión de los temas, el trabajo con el educando, ofreciéndole la posibilidad de ser auténtico y - creando las condiciones para que piense auténticamente.

Para ello, considera indispensable preparar los cuadros técnicos en todos los niveles con una clara orientación humanista.

Para Durkheim, la educación es más que un proceso de enseñanza-aprendizaje destinado a que el educando conozca la realidad. Dice Durkheim que el fin de la educación es la creación del ser social. De esta manera, son incorporadas las normas, valores y principios, al cúmulo de conocimientos nuevos que el individuo aprende a lo largo de la experiencia educativa, de la cual saldrá como un ser nuevo, socializado.

* Puga, Cristina, et. al. "Hacia la Sociología", editorial Alhambra, S.A., México, 1969.

Lo anterior puede ejemplificarse con los ritos de iniciación en las --- sociedades primitivas, mediante los cuales, al llegar a cierta - edad, los jóvenes reciben de los adultos y viejos del grupo, el conocimiento de los mitos, deberes y creencias fundamentales de la tribu. Concluida la ceremonia, el joven resurge como un hombre nuevo que en ocasiones incluso cambia de nombre. La iniciación, dice Durkheim, es considerada como un segundo nacimiento: el del ser social.

En la medida en que las normas morales, las creencias religiosas y los valores éticos son considerados fundamentales para la integración de la solidaridad social, la educación ha de constituir una actividad cuidadosa y metódica que concierna no sólo a la familia, sino al conjunto del estado y por ello, al Estado.

En este contexto, la Educación para la Salud* implica el -- desarrollo de un sentido de responsabilidad colectiva y de una concientización hacia la propia salud.

El principio rector de la Educación para la Salud se basa

(*) La Educación en el campo de la salud ha recibido distintas connotaciones como "educación higiénica" "educación sanitaria", educación para la salud", lo que indica la amplitud del campo que ésta debe comprender. La finalidad de la Educación para la Salud es capacitar al individuo para que mediante su esfuerzo y comportamiento alcance la salud; Para lograr lo, es necesario motivarlo de manera tan intensa que se manifieste en él un sentido de - responsabilidad para su persona, su familia e incluso para la colectividad. Cfr. Sandoval, Roberto, "Educación para la Salud" en Anuario de Actualización en Medicina, vol. VII, del IMSS, Sudirección General Médica, Jefatura de Enseñanza e Investigación, México, 1976, p. p. 152-153.

en la conciencia social 33/ de que la sociedad necesita satisfacer necesidades biológicas y emocionales, entre otras.

El término Educación para la Salud implica el desarrollo de un sentido de responsabilidad colectiva y de una concientización hacia la propia salud.

Diversos autores han descrito a la Educación para la Salud de la siguiente manera:

1. Como un medio para mejorar la salud individual y colectiva.
2. Como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud.
3. Como una fase de los programas e instituciones de -- salud pública y hospitalaria.

También se ha definido como el hecho de generar hábitos, actitudes y conocimientos que crearán una conducta en cada

33/ La conciencia social se entiende aquí como "el hecho de darse (o capacidad de cualquier individuo para la experiencia) que se refiere a otros miembros de la especie distintos del medio general. Cfr. Warren, Howard C. "Diccionario de Psicología", editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1982, p. 60.

individuo, destinados a que pueda cuidar su salud, mantenerla e incrementarla, y al mismo tiempo, poder identificar las desviaciones de la salud y conozca a dónde recurrir para recuperarla 34/.

Por ello, el principio rector de la Educación para la --- Salud se basa en la conciencia de que el hombre necesita satisfacer necesidades biológicas y emocionales, entre otras. En -- otros términos "la salud que debe propiciarse es la infraestructura humana necesaria para cualquier proyecto de desarrollo del país" 35/.

El concepto de Educación para la Salud ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias en el individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto de la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios, con la finalidad de lograr un nivel óptimo en ella 36/.

Como podemos advertir esta definición enfatiza la

34/ Cfr. Wit Greene de, Andrés G., et. al, "Salud y Educación", en Educación para la Salud, Secretaría de Educación Pública, segunda edición, México, 1962.

35/ Cfr. Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Higiene Escolar, "Educación -- para la Salud", num. 2, mimeo, p. 2.

36/ Cfr. Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Higiene Escolar, "Educación para la Salud", mimeo, pp. 1-2.

importancia del conocimiento y de las experiencias que vive el individuo acerca de su salud, lo que coadyuva a tener creencias, actitudes y conductas sobre su salud y asimismo, nos habla de procesos, pero no dice - cuáles procesos. No llega a la responsabilidad compartida ni a la conciencia del individuo sobre su salud.

Según el discurso del poder, la relación existente entre la Educación para la Salud y la Educación Preventiva consistiría en la responsabilidad compartida y la necesidad de crear conciencia social en pro del bienestar común de la sociedad. Por ello, la "Educación Preventiva" se entendería aquí como un proceso de concientización colectiva que comprendería acciones positivas dirigidas a comunidades en general y no a individuos, los cuales requieren de complejos y profundos procesos de movilización comunitaria y no tanto de planes y programas.

Según el discurso del poder y el poder del discurso, en la "Educación Preventiva", más que teorías y conocimientos, lo esencial y básico es la acción conjunta de la **familia*** y la **comunidad****. El diseño de programas y la tecnología son más que medios para llegar a la acción.

* **Familia** se entiende aquí como una forma fundamental de la sociedad humana. Sus múltiples - formas históricas se determinan por la ordenación económica y social y las ideas religiosas de los distintos pueblos y culturas. Cfr. Strobl, Walter. "Diccionario Roldano. Sociología", ediciones Roldano, Madrid, 1980, p. 102.

Desde el punto de vista sociológico, **comunidad se entiende como una forma elevada del grupo social, basada en la unión psíquica-espiritual de sus miembros...Strobl, Walter, op. cit. pp. 38-39.

Hemos de examinar ahora cómo se manifiesta el discurso médico (saber-poder) en la Educación Preventiva Escolar y en la Educación para la Salud.

Los conceptos y teorías surgidos en torno a la Educación Preventiva Escolar y la Educación para la Salud, forman parte del conocimiento "científico", supuestamente "libre de valores" y "neutral", que se acumula, almacena, produce y reproduce en la vida diaria de la gente, el cual a su vez, se reproduce en las instituciones científicas, incluyendo las médicas y las educativas.

Asimismo, sería necesario reconocer que los saberes han sido y son manejados también por los profesores y la comunidad.

En este contexto, el **modelo médico hegemónico** da cuenta de aquellas construcciones que suponen la participación de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.*

La naturaleza de ese conocimiento puede variar de acuerdo con las "prácticas sociales", las cuales se insertan en una "ideología dominante", a través de una visión esquematizada de la realidad, lo cual impediría llegar al conocimiento

* Para el modelo médico hegemónico, véase Menéndez, Eduardo, "Antropología Médica", UAM, México, 1992.

sistemático. Por ello, la hegemonía sostenida en las instituciones médicas, explicaría las viejas y actuales concepciones de la prevención desde la perspectiva médica y educativa. Este enfoque hegemónico se articula con el concepto de transacciones**.

En este sentido, el discurso médico en torno a la Educación Preventiva Escolar y la Educación para la Salud representaría una síntesis de la realidad social impuesta, en donde se supone se genera la producción colectiva del conocimiento. Ese conocimiento impuesto constituiría sólo parte de un conocimiento más amplio del que quiere adueñarse el discurso del poder y el poder del discurso, el cual se puede manifestar en los mecanismos de control y dominación ideológica.

Lo anterior se reflejaría a través de las relaciones de saber-poder en la Educación para la Salud y la Educación Preventiva del SIDA.

En otras palabras, las relaciones de saber-poder podrían determinar la puesta en marcha de éste tanto en la "Educación Preventiva" como en la Educación para la Salud, a través del "saber hegemónico", en donde lo instituido se enfrenta al

** Para el concepto de transacciones, véase también Menéndez, Eduardo, op. cit.

instituyente y viceversa. Ello se explicaría en base a la hegemonía mantenida en las instituciones médicas; en este contexto, los "expertos" explicarían la realidad con y para lo instituido.

Capítulo II.- Historia Social del SIDA

La elaboración de la historia social del SIDA precisa contemplar a los individuos como parte de su entorno social, ya que éstos poseen también determinados patrones socioculturales y expectativas que modelan sus actitudes, la manera de prevenirse contra el Sida, así como la concepción de la enfermedad y la manera de comportarse socialmente.

Por lo anterior, es necesario contemplar en qué circunstancias sociales surgen las respuestas sociales e institucionales, los factores demográficos y sociales, las implicaciones económicas, los aspectos políticos, los derechos humanos y aspectos legales.

Además, es importante destacar también que hemos encontrado que en la determinación del origen de las enfermedades infecciosas como el SIDA, la sífilis y gonorrea, los historiadores como Gonzalo Fernández de Oviedo, Francisco de Asís Flores y Troncoso, entre otros se han dedicado a buscar los "culpables" de la sífilis de un continente a otro, atribuyendo su paternidad a América y/o Europa.

En efecto, el análisis de la cuna de la sífilis ha despertado numerosas disputas y controversias acerca de si es europea o americana, al igual que con el origen de la infección.

En 1525, Fernández de Oviedo le atribuyó a América la cuna de la sífilis, decía que los españoles contagiados en las indias, regresaron a España con Colón y de ahí a Italia, infectando a napolitanos, franceses, etc. El historiador indica que las indias haitianas "eran castas con sus hombres pero se daban con frecuencia a los cristianos 37/.

Algunos historiadores hacen remontar el origen de la sífilis a tiempos remotísimos en el antiguo continente; otros afirman que no era conocida hasta el descubrimiento del Nuevo Mundo, es decir, hasta fines del siglo XV y que por lo mismo es originaria de América. Otros consideran que en ambos continentes es muy antigua su existencia. Según Francisco de Asís Flores y Troncoso ésta última hipótesis es inexacta; él se ha dedicado a demostrar que esta enfermedad es originaria de América. El autor ha señalado que "no existe huella de la existencia de la sífilis, casi un siglo después de la conquista 38/. En suma,

37/ Haití es el nombre indígena de la española. Cfr. Aguirre Beltrán, Gonzalo. "Antropología Médica", Centro de Investigación y estudios superiores en Antropología Social, ediciones de la Casa Chata, México, 1986, p. 59.

38/ De Asís Flores y Troncoso, Francisco. "Historia de la Medicina en México desde la Época de los Indios hasta la presente", T. I., Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, p. 174.

de Asís demuestra que es una calumnia el supuesto origen americano de la sífilis 39/.

Según el mismo historiador, la enfermedad apareció bajo la forma de epidemia en Europa, a principios del siglo XVI y en la misma España, antes de que Colón descubriera el Nuevo Mundo.

Como puede observarse, las enfermedades infecciosas como la sífilis y el Sida contienen en sí mismas aspectos subjetivos, los cuales se han manifestado en prejuicios sociales, así como en la búsqueda de culpables que es tan antigua como la peste.

La búsqueda de culpables y su estigmatización correspondiente ha sido la reacción característica de las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad.

Al respecto, Rojas Soriano menciona:

"Con la historia social del Sida en México parece repetirse nuestra historia de dominación, pero bajo otras circunstancias. Los conquistadores nos trajeron enfermedades que diezmaron a la población nativa, hoy, los países

39/ De Asís Flores y Troncoso, Francisco, op. cit., p. 276.

desarrollados, concretamente Estados Unidos, en donde también se desarrolla el Sida, nos están transmitiendo dicha enfermedad por diversos medios" 40/.

Al respecto, importa mencionar que antes de la llegada de los españoles, los mexicanos ya sufrían epidemias 41/.Existen datos de fiebre amarilla precortesiana en los códices y tradiciones indígenas de las Costas del Golfo, descubiertas por Finley, un médico cubano 42/.

Sin embargo, existe una teoría que afirma que los indígenas eran víctimas de una mortífera epidemia de viruela, enfermedad traída por los propios españoles, y que esta infección, que hacía estragos entre los aztecas y los había debilitado a tal grado que les impidió proseguir su victoria de la noche triste 43/.

Un negro que vino con Narváez transmitió "aquella epidemia de viruelas que costó la vida a miles de indígenas 44/. La enfermedad era muy conocida en Europa 45/, los indígenas la denominaron "hueyzahuatl" que significa la gran lepra. A partir

40/ Rojas Soriano, Raúl. "Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica", editorial Plaza y Valdez, México, 1990, p. 217.

41/ Instituto Nacional de Salud Pública. "Las Epidemias en México durante el siglo XVI", en Revista Salud Pública de México, vol. 30, num. 4, 1988, p. 639.

42/ Idem.

43/ Stavenhagen, Rodolfo. "Sida: un informe global", en Revista Nexos, num. 131, año XI, - vol. II, noviembre, 1988, p. 29.

44/ Ibid.,

45/ Idem.

de ahí se presentó la terrible sucesión de epidemias como el sarampión, once años después. Los indígenas denominaron esta nueva enfermedad "tepitōzahuatl", es decir, "pequeña lepra"(según el Códice Telleriano).

De lo previamente expuesto se desprende que la aparición del Sida y su posterior expansión como fenómeno epidémico ha despertado en la sociedad una diversidad de reacciones sociales que involucran la aparición de prejuicios sociales que se hallan implícitos en la construcción social de la enfermedad, es decir, en los aspectos subjetivos de ésta. El recurso de la historia y del comportamiento social en circunstancias análogas, en el caso de la sífilis arrojan luz para reconocer que la búsqueda de "culpables" es tan antigua como la peste.

2.1 Respuestas Sociales e Institucionales

Las instituciones encargadas de proteger la salud pública tardaron algunos años para comenzar a enfrentar de manera organizada las realidades de la nueva epidemia, lo cual pudo haber sido porque al inicio del SIDA, éste estuvo identificado con grupos sociales de por sí estigmatizados por la sociedad: los homosexuales y los drogadictos.

Después de 1985, las respuestas institucionales se fueron presentando relativamente rápido, variando de país en país. En Estados Unidos, después de recibir fuertes presiones y críticas de diversas fuentes, la administración Reagan acabó por dar atención prioritaria a la lucha contra la enfermedad. En Europa Occidental, los Ministros de Salud adoptaron distintas medidas institucionales según iba incrementándose la incidencia de la enfermedad.

En México, hasta 1987, la Secretaría de Salud creó un Centro de Información dedicado a promover una campaña masiva en el mismo sentido. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, ha establecido grupos especiales para todo lo relacionado con el SIDA y ha tratado de mantener una estadística mundial al respecto. En 1987, los líderes de los países más industrializados incluyeron en su agenda política, el combate al SIDA.

Se han organizado periódicamente conferencias internacionales para estudiar los avances científicos y epidemiológicos en la materia; la literatura tanto científica como de divulgación sobre el tema se ha multiplicado exponencialmente. La prensa cotidiana en todo el mundo ha incluido e

incluye ahora prácticamente casi todos los días noticias sobre el SIDA en distintos países y para las agencias noticiosas internacionales; lo que hace algunos años era un tema sin mayor interés se ha transformado en noticia prioritaria.

Es claro que las institucionales involucradas directamente en la problemática del SIDA son todas aquellas que tienen que ver con la salud: Ministerios y otras oficinas burocráticas gubernamentales vinculadas a la salud pública, Clínicas y Hospitales Públicos y Privados, Centros de Investigación Médico-Científica, Laboratorios Farmacéuticos, Asociaciones y Colegios Profesionales de las Ciencias de la Salud. Pero también se han visto involucradas cada vez más aquellas instituciones públicas que pueden ser lugares privilegiados de contagio y transmisión de la enfermedad: escuelas, cárceles y centros de detención, ejércitos, marinas mercantes, centros y clubes deportivos, por no mencionar casos de prostitución y otros lugares de comercio sexual, principalmente en puertos, centros turísticos y grandes ciudades.

La atención al problema del SIDA en las instituciones gubernamentales ha sido un proceso lento y lleno de obstáculos.

En México, con la fuerte crisis económica generalizada que actualmente vive la población mayoritaria, hacer frente a un reto como el del SIDA ha presentado difíciles decisiones para las autoridades.

Cuando el problema crezca de manera incontrolable, si no se atiende ahora puede llegar a ser una emergencia nacional y entonces las instituciones no estarán preparadas para hacerles frente. La capacidad de estas instituciones existentes se verá pronto colmada por la demanda de atención por -

parte de los enfermos.

Por otra parte, se han dado frecuentemente casos de profesionales de la Salud que no han querido tratar casos de SIDA por temor al contagio y de los hospitales y clínicas que se han negado a aceptar enfermos, sobre todo para evitarse problemas con otros pacientes y a veces con los miembros de su propio personal. Estas actitudes de rechazo agravan los ya difíciles problemas personales a los que se han tenido que enfrentar las víctimas de esta -- pandemia.

En cuanto a las **respuestas sociales** encontramos que cada vez han sido -- más frecuentes los casos en que a los enfermos reconocidos se les ha negado la posibilidad de seguir viviendo una vida normal en las instituciones de las que forman parte, aún cuando físicamente tengan capacidad de hacerlo. A los niños víctimas del mal del siglo se les puede **negar el acceso a las escuelas, ya sea por decisión administrativa, O POR PRESION SOCIAL DE LAS FAMILIAS O PROFESORES.** A otros enfermos se les puede privar de sus empleos. Pero lo mismo está sucediendo cada vez con mayor frecuencia a personas que no tienen la enfermedad pero son seropositivas.

2.2 Factores Demográficos y Sociales

El SIDA no ha atacado a la población indiscriminadamente y al azar. Hay factores demográficos, sociales y culturales que han incidido en su distribución y que se relacionan con los niveles socioeconómicos y las formas -- de vida de las personas (estilo de vida). Cuando menos en sus primeras etapas en los países industriales, y particularmente en Estados Unidos, en el cual --

el SIDA ha estado concentrado en algunos grandes centros urbanos, tales como Nueva York, Miami, Los Angeles y San Francisco. En los Estados de Nueva York y California se habían estado presentando con mayor frecuencia. Una persona que vive en una de estas ciudades, tiene más oportunidad de ser infectada por el virus del SIDA que alguien que vive en el medio rural, en la parte central - del país.

En nuestro país, la distribución del SIDA ha variado de acuerdo a regiones. Su alcance ha sido nacional. Al inicio se habían detectado casos en el - 85 por ciento de las entidades del país, con concentración determinante en el Distrito Federal y en Jalisco. Actualmente, las ciudades con mayor número de sintomáticos (portadores del SIDA) son Veracruz, Guadalajara, Cuernavaca, Distrito Federal y Puebla. Cabe señalar que también en la actualidad el SIDA se está ruralizando.

Al principio, las poblaciones más afectadas eran los estratos medios y - altos en zonas urbanas. Actualmente, los estratos bajos han sido los más afectados 46/.

Asimismo, los grupos de "alto riesgo" fueron los homosexuales y bisexuales en los inicios de la enfermedad. Actualmente, predomina en nuestro país la transmisión heterosexual de la enfermedad.

En nuestro vecino país, Estados Unidos, el grupo de "alto riesgo" fueron

46/ Cfr. Instituto de Investigaciones Antropológicas. "La dimensión social del Sida en Bronfman, Mario, et. al. Antropológicas, num. 6, abril, 1993. Véase también Leyva, José Angel. El Sida, su impacto social y demográfico" en Gaceta Conasida, mayo/junio, 1988, p. 5; asimismo, González Block, Miguel Angel, et. al. "Sida y Estratos Sociales en México: la importancia del bisexualismo" en Revista Salud Pública de México, vol. 30, num. 1, Enero-Febrero, 1990.

las personas adictas a drogas intravenosas. En México esta situación casi no se ha presentado.

Respecto de la **causa (etiología)** de la enfermedad, existen diferencias importantes en otros países y México, en donde la mayoría de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) habían tenido contactos con extranjeros (1983), especialmente con individuos de Estados Unidos de América. En nuestro país, en contraste con Estados Unidos los enfermos son diagnosticados en etapas más avanzadas.

El SIDA en nuestro país ha tenido una evolución geométrica y se ha duplicado en cada 10 u 11 meses en sus inicios, afectando principalmente a - adultos jóvenes; por cada 30 casos que se presentaban en hombres, había una mujer infectada y aún no se habían detectado casos de SIDA entre las prostitutas.

2.3 Implicaciones Económicas

Las implicaciones económicas de la pandemia han rebasado todo cálculo razonable. Si los países ricos como Estados Unidos tienen que pagar enormes cantidades de dólares, nuestro país, ¿de dónde va a sacar recursos para - enfrentar este reto, en medio de una crisis económica generalizada que actualmente vivimos?

Sin duda, la situación se ha presentado de manera variable, conforme predomine en un país la medicina privada o la socializada, pero la carga - económica total será ssimilar. Respecto de las compañías aseguradoras, re--

sulta interesante que si los pacientes están cubiertos por algún seguro, los gastos de estas compañías se incrementarán considerablemente con la propagación del SIDA, imponiéndose unos costos de primas cada vez mayores para los asegurados. Por otra parte, para prevenir esta situación, una cantidad creciente de compañías de seguros no han cubierto los gastos del tratamiento -- del SIDA en sus seguros médicos regulares.

Los problemas económicos de los pacientes de SIDA son graves. Conforme avanza la enfermedad, el paciente estará incapacitado para seguir trabajando y obtener un ingreso, mientras que los costos de su tratamiento, o simplemente su sobrevivencia en condiciones de atención médico-sanitaria mínima seguirán aumentando.

La pandemia ha llegado a afectar a sectores enteros de la economía de una sociedad, como en algunos poblados de Africa prácticamente toda la población de ambos sexos sufre de la infección y por el grado generalizado de incapacidad física ya no pueden atender ni siquiera las tareas económicas básicas para su propia sobrevivencia, descuidándose la agricultura, la artesanía y el comercio. Las sociedades han tenido un impacto económico considerable -- por la propagación de la enfermedad, porque merma en forma creciente los recursos institucionales públicos y privados destinados a los servicios médicos, modificando las tasas y costos de los programas de salud individual y colectivo.

2.4 Aspectos Políticos

La pandemia ha tenido implicaciones de política interior y exterior. Las actitudes hostiles de ciertos sectores sociales hacia la población homosexual

ha sido fortalecida a raíz de la aparición de la epidemia. La "derecha moral", que siempre ha criticado liberalización de las costumbres sexuales de las últimas décadas, ahora tiene un nuevo argumento que esgrimir al culpar a estas costumbres y a quienes las practican de la propagación del SIDA. En Estados Unidos de América estas posturas se han identificado claramente con posiciones políticas "conservadoras" y se manejan en contra de los "liberales", a quienes se ha acusado de proteger si no es que de fomentar conductas que han permitido la extensión del SIDA. En México, grupos políticos de derecha, conocidos por sus posiciones críticas al gobierno en materia de política educativa y social, también se han aprovechado de la campaña oficial de información sobre el SIDA, para fortalecer sus argumentos políticos. La Unión Nacional de Padres de Familia, organización privada conocida por sus posturas antigubernamentales en materia de educación pública, ha declarado que esta campaña ha sido "inmoral y perversa" y que el SIDA "no es un problema de salud pública, sino de moral pública" en México.* La Organización Pro-Vida se ha sumado a las críticas a la campaña oficial de información sobre los peligros del SIDA. Esta agrupación se ha caracterizado por sus ataques a la libertad de expresión artística en el país (atacando exposiciones de arte y obligando a los museos a dismantelarlas).

Han sido considerables las implicaciones del Sida en las relaciones internacionales. La cuestión se centra en que hasta ahora su mayor concentración se ha concentrado en Estados Unidos de América y que probablemente la principal vía de transmisión a otros países del globo durante los primeros años haya sido a partir de la nación estadounidense.

La opinión pública de más de un país se halla indignada. Así, la lucha del pueblo filipino para deshacerse de las bases estadounidenses instaladas en su

* Excelsior, 17 de abril de 1988.

territorio ha incluido ahora la denuncia de que los soldados estadounidenses de estas bases transmitían el SIDA a la población filipina a través de las prostitutas que frecuentaban allí. La misma acusación se hizo en Honduras para apoyar el combate contra el poyo que Estados Unidos ha proporcionado a la - contra nicaragüense. Nuestro país, cuya frontera común es de las más transi-- tadas del mundo, han estado particularmente expuestos al contagio de la infec-- ción. El problema se ha relacionado con la corriente migratoria de turistas, trabajadores indocumentados y simples ciudadanos de la zona fronteriza que - cruzan "la línea" cotidianamente. Así la cooperación bilateral para enfrentar la epidemia se hace en este caso especialmente difícil.

En otros países, se ha planteado la posibilidad de modificar radicalmente las políticas migratorias a causa del SIDA. En Japón se han desatado violen-- tas polémicas acerca de la conveniencia de excluir sistemáticamente la entra-- da de extranjeros al país. En otros países -como China- se ha planteado la posibilidad de someter a estudiantes extranjeros y otros visitantes de larga duración a pruebas sanguíneas antes de permitir su ingreso al territorio. El combate contra la proliferación de la epidemia puede afectar el sistema de - migraciones de personas. Países enteros pueden ser declarados en "cuarentena" por la comunidad internacional, mientras otros tratarán de aislarse dentro de sus fronteras infranqueables.

Sin embargo, el SIDA ha ofrecido una magnífica oportunidad de fortalecer y estrechar la cooperación multilateral, a través de organismos de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud y sus congéneres regionales, como se comprueba mediante las Conferencias efectuadas con motivo de la pro-- pagación del SIDA, a nivel mundial.

2.5 Derechos Humanos y Aspectos Legales

Es sabido por todos que los sistemas legales y jurídicos en los Estados Unidos de América y en nuestro país son diversos, de tal forma que el conflicto de que si un niño con SIDA deberá ser aceptado o no en una escuela, es dirimido ante los tribunales y las decisiones del juez pueden ser apeladas ante cortes de nivel superior. Las decisiones finales pueden hacer jurisprudencia, pero el proceso es largo, engorroso y, sobre todo, sumamente costoso para todos. En México, por lo contrario, las leyes generales o particulares son aplicadas prácticamente a discreción por funcionarios administrativos y la inconformidad ciudadana, cuando se presenta, tiende a manifestarse a través de cauces más bien políticos y no mediante los tribunales (a excepción del juicio de amparo).

Todo lo relacionado con la aplicación de las pruebas serológicas y la divulgación de sus resultados, el poder de las instituciones, tales como las escuelas, los hoteles o las compañías de seguros con respecto al tratamiento de los enfermos, las decisiones de los ~~cas~~tenientes respecto al alquiler o venta de sus casas o apartamentos a los infectados; todo ello tiene relación con el sistema legal vigente y es tratado de manera muy distinta en Estados Unidos y en México.

Es claro que la situación legal tiene estrecha relación con los derechos humanos. El principio básico de los derechos humanos individuales es la igualdad ante la ley y la no discriminación. En el caso de las víctimas del SIDA, se ha visto que estos derechos humanos fundamentales se han quebrantado. Los llamados grupos de alto riesgo, y cada vez con mayor frecuencia, las víctimas de la enfermedad, se ha visto que estos derechos humanos fundamentales se han

quebrantado. Los llamados grupos de alto riesgo, y cada vez con mayor frecuencia, las víctimas del SIDA son objeto de discriminación por parte de la sociedad, a través de sus diversas instituciones. En México, el derecho a la salud ha sido declarado de rango constitucional. Con base en este derecho constitucional, las víctimas del SIDA pueden reclamar servicios al Estado que tal vez él no esté en condiciones de proporcionar. Frente al derecho de los enfermos a no ser discriminados, a recibir toda la ayuda, el apoyo y el tratamiento que se merecen, se erigen, por otra parte, el derecho de la comunidad a asegurar su propia sobrevivencia, a protegerse de la mejor manera posible de los peligros que la acechan, a tomar medidas para asegurar la salud y el bienestar de la mayoría de sus miembros.

La lucha contra el SIDA implica que las sociedades contemporáneas tengan que modificar sus patrones de comportamiento sexual, especialmente los jóvenes en plena actividad sexual. Para lograrlo, el único camino conocido es la educación, a través de todos los medios posibles: escolar y extraescolar.

Capítulo III.- Respuesta Social ante el SIDA en México

3.1 Implicaciones

Resulta interesante rescatar aquí las actitudes discriminatorias, así como la movilización social surgida en torno al problema del SIDA en México.

En la sexta Conferencia Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), celebrado el 20 de junio de 1990, un centenar de enfermos de SIDA que se manifestaban frente a la sede de la conferencia fueron detenidos. Les amarraron las manos a la espalda, se los llevaron en camiones celulares y fueron fichados y fotografiados por los servicios judiciales 47/.

En nuestro país, la enfermedad significó el despido de un obrero de Petróleos Mexicanos, Mario Ruíz Torres quien fue cesado como soldador después de que un examen médico detectó que estaba enfermo de SIDA. Pudo probar que había contraído

47/ Bravo, Carlos. "El Sida en México. Actitud Pública y Movilización Social. Crónica del Primer Congreso Nacional sobre Sida en Galván Díaz Francisco. Efectos Sociales del Sida" ediciones de Cultura Popular, coed. UAM Azcapotzalco, 1988, p. 370. Cfr. El Nacional, 22 de Junio de 1990. La discriminación contra los sintomáticos (enfermos) - de SIDA, a quienes se les exigía un visado especial, llevó a que los gobiernos de - Canadá, Suiza y Francia boicotearan la conferencia. Cfr. El Nacional, 16 de junio de 1990.

la enfermedad a raíz de una transfusión de sangre recibida en un hospital de la misma empresa, pero debió luchar 130 días para obtener su reinstalación y el pago de salarios caídos.
48/.

Los sintomáticos y asintomáticos reciben trato deshumanizado en los hospitales."En un documento el portador del virus del Sida señala que en el pasado mes de julio acudió al hospital de Cardiología del Centro Médico, optaron por enviarlo al nosocomio de Infectología, a pesar de su estado de gravedad"
49/. En Infectología fue internado en terapia intensiva, por varios días y fue necesario colocarle un marcapaso cardíaco, porque su corazón latía lentamente, pero de pronto las autoridades médicas del nosocomio le negaron el aparato por temor de que lo contaminara⁵⁰/.

San Luis se llenó de pánico porque al pueblo había llegado un enfermo extraño, que contagiaba e "iba a ser fatal para todos los habitantes".

48/ Minello Martini, Nelson. "Discriminación y Sida" en Gaceta Conasida, año III, num. 3, 1990, p. 11. Minello es investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

49/ Excelsior, 31 agosto de 1987, p. 34.

50/ Idem.

Todo San Luis, de unos ocho mil habitantes, se llenó de pánico. Una escuela situada al lado de la casa de la víctima, la Emiliano Zapata, suspendió sus actividades por el miedo al Sida. El profesor Juventino Eugenio Rodríguez, Director de la Escuela, acepta que ante la psicosis, él, los profesores y los padres de familia, acordar cerrar la escuela los días 26 y 27 de mayo.

José Socorro Maciel falleció la madrugada del 27 de mayo. Doña Beatriz, su progenitora, su esposo y un familiar más, fueron las únicas personas que lo velaron. La caja no fue cargada en hombros, como se acostumbra; fue subida en una camioneta del ayuntamiento, que seguida por el cortejo fúnebre de sólo cinco personas, trasladó el cuerpo.

Carlos Caballero, 24 años, murió a principios de abril en un hospital de Acapulco. Nació en Xaltianguis, pueblo localizado a 50 kilómetros al norte de Acapulco. Caballero tenía fama de bisexual; también se fue a trabajar a Estados Unidos, a Los Angeles. Se enfermó de un pulmón, se lo extirparon y de Houston lo enviaron a México, supuestamente ya sano. A mediados de marzo comenzó a sentirse mal otra vez. Intensos calores

invadían su cuerpo, los que él achazó a la operación y para calmarlos se pasaba largas horas en el río cercano del pueblo. Sus familiares lo llevaron al hospital de Acapulco; en principio, los médicos pensaron que era leucemia. Se le hicieron análisis: tenía SIDA.

Entre el 15 y el 30 de marzo no faltó quien corriera la voz en Xaltianguis. Entre esas fechas, al paciente se le permitió volver a su domicilio. Fueron días de calvario para los padres del enfermo. La misma historia de pánico que vivió San Luis, San Pedro la vivía ahora, los 10 mil habitantes de Xaltianguis. La gente no quería ir al río; el agua que regalaba la pipa y que se extrae del Río Xaltianguis, nadie la quería; toda la gente estaba temerosa de que las aguas estuvieran contaminadas. El pueblo marginó a la familia Caballero y hubo momentos en que se temió que les fueran a quemar su vivienda... En los primeros días de abril, Carlos Caballero murió. El cadáver no le fue entregado a la familia; fue incinerado en Acapulco. En el pueblo no desapareció el temor. Que todo el pueblo va a quedar contagiado porque el río tiene SIDA. Que la familia nos va a contagiar a todos... Ante el pánico intervino el párroco del lugar, quien solicitó un documento que fue fijado en algunos

puntos del lugar, en el que se dictamina que el muchacho había fallecido de tuberculosis 51/.

En Veracruz, son expulsados grupos de homosexuales y travestis de dos ciudades de la entidad -San Andrés Tuxtla y Papantla -, a iniciativa de las autoridades municipales, acusados de dañar la moral pública y de pervertir a menores de edad. El delegado estatal del PRI y alcalde de la ciudad de San Andrés Tuxtla, licenciado Luis Miguel Díaz del Castillo, dispuso que la policía detuviera a los homosexuales de la ciudad y foráneos, los privara de su libertad, los rasurara a "coco" y les dieran 24 horas de plazo para abandonar la ciudad... Todo ésto, a raíz de que los socios de varios clubes sociales exigieron al presidente municipal su expulsión, argumentando que habían seducido a una parte importante de la población juvenil. En Papantla, el Grupo Independiente Papanteco realizó una huelga de hambre frente al palacio municipal para exigir al alcalde Blas Milo Squitin la expulsión de un grupo de travestis. A la cruzada se sumaron directores de escuelas secundarias y preparatorias y hasta el cura del pueblo, quienes finalmente vieron satisfecha su demanda 52'.

51/ Revista Proceso, núm. 554, junio 15, 1987.

52/ Velázquez, Luis, La Jornada, mayo 6, 1987.

Lo anterior constituye una muestra de la exclusión a la que se enfrentan los sintomáticos y asintomáticos. Para muchos, ellos llevan un estigma, una marca infamante; alguien peligroso y debe ser aislado y segregado. En una palabra: discriminado.

Es un hecho reconocido que algunos servicios del Sistema Nacional de Salud se han negado a brindar atención o a internar a los pacientes, aún en casos graves; el maltrato a los mismos; la negativa de proporcionarles medicamentos, a a limentarlos cuando estén incapacitados para hacerlo solos, a intervenirlos quirúrgicamente, a proporcionar a sus familiares información sobre el estado de salud del enfermo, entre otras muchas.

Asimismo, las discusiones públicas han reflejado la discriminación y malos tratos hacia los afectados que han sido etiquetados como "grupos de alto riesgo".

En México la sociedad civil ha visto nacer varias organizaciones de ayuda a los asintomáticos (infectados), las cuales a veces son constituidas por los mismos sintomáticos

(enfermos). Es importante señalar que estas organizaciones surgieron de manera espontánea entre 1987 y 1991 como respuesta a las casi nulas campañas de prevención contra el Sida y a la mínima atención que los asintomáticos (portadores) y sintomáticos (enfermos) tenían por parte de las autoridades gubernamentales y de salud. Estas organizaciones se caracterizan por ser de corte comunitario; es decir, están conformadas por personas de la sociedad civil que ofrecen su trabajo en forma voluntaria. Algunas ONG'ss que iniciaron su trabajo sobre SIDA fueron los grupos homosexuales, los cuales venían desarrollando acciones libertarias con anterioridad.

La concepción de la lucha contra el Sida en estas organizaciones va más allá de la visión clínico-médico de la pandemia, ya que comprende el ámbito social, sexual, económico, político, psicológico, cultural y moral.

Existen grupos que defienden los derechos humanos y civiles de personas con VIH y Sida; otras se enfocan a la prevención e información; otros, a la sexualidad. El método también varía: unos prefieren el trabajo que de resultados a corto plazo, otros

el trabajo que involucre a la sociedad, otros más, se erigen como jueces del trabajo gubernamental y no gubernamental acerca del Sida.

Por otra parte, la postura de los grupos conservadores ante la problemática de la pandemia ha sido de rechazo a las políticas y acciones emprendidas tanto por el gobierno como por los Organismos no Gubernamentales (ONG's), argumentando que, en tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento curativo, lo único efectivo contra el Sida es la Educación Preventiva del Sida.

Así pues, la enfermedad del Sida no sólo movilizó a una parte de la sociedad que es progresista y respetuosa de las preferencias sexuales de los individuos; también hay una respuesta hacia la misma de la parte más tradicional y conservadora de la sociedad. La moral de este sector, exalta los valores del individuo, la familia y la sexualidad tradicional. El Sida es visto entonces como "un castigo divino" para aquellos que se salen de los valores aprobados por esta moral social.

Los principales grupos que han tenido una participación activa en contra de las políticas públicas sobre Sida, son el Comité Nacional Pro-Vida, A.C. y la Unión Nacional de Padres de Familia.

El Comité nació como respuesta a la iniciativa de ley para -- legalizar el aborto. Los objetivos de esta agrupación son: la defensa de la vida humana, desde el momento mismo de la concepción, hasta su muerte natural; defensa de la dignidad de la persona en todas las etapas de su vida y promoción de la educación hacia una verdadera formación de la sexualidad.

Sus actividades se centran en realizar marchas en favor de la vida, congresos nacionales e internacionales, encuentros juveniles, cursos de educación, conferencias, y denuncias penales.

La Unión Nacional de Padres de Familia, A.C. es una organización a nivel nacional, independiente y representativa de los padres de familia, de afiliación totalmente voluntaria; no tiene nexos con ningún partido político ni con el poder público.

Entre sus objetivos destacan la libertad en la educación, la integración familiar y el saneamiento del entorno educativo. Mantienen una campaña permanente en contra de la pornografía.

Centra sus líneas de acción en la libertad de educación, moral pública e integridad familiar.

Las dos agrupaciones mencionadas tuvieron manifestaciones públicas sobre la enfermedad del Sida y atacaron en forma sistemática las campañas del Sector Salud.

Con respecto a la enfermedad, el grupo Pro-Vida siempre ha tenido una sola posición: el Sida es un problema de los grupos de "alto riesgo" (homosexuales, bisexuales, promiscuos). De este modo, se manifestaban porque las campañas no se dirigieran a toda la población, sino específicamente a los grupos de "alto riesgo". Así declaraban: "El Sida debe enfrentarse sin miedo y sin prejuicios; el Conasida no ha querido hablar con toda claridad a los grupos de alto riesgo de que para evitar la infección deben de modificar sus conductas homosexuales o bisexuales, o de otro modo, tarde o temprano serán afectados". Estos grupos están en contra de la difusión masiva de la prevención del Sida porque "invita a la promiscuidad sexual" y se acusa al director de Conasida de promover la infección entre la población, al estimular a los ciudadanos a las relaciones sexuales irresponsables. En diciembre de 1980, la Unión Nacional de Padres de Familia solicitó que se investigara la conducta sexual de los funcionarios y asesores de Mexfam y Profam.

Las estrategias para detener la enfermedad según estos grupos son la abstinencia sexual y la fidelidad conyugal, además de la modificación de conductas homosexuales y bisexuales. Están

en contra de las campañas del uso del condón y proponen que se conozca públicamente qué personas se están beneficiando con el millonario negocio de la venta de condones.

Destaca la denuncia presentada por el grupo Pro-Vida, en la Procuraduría General de la República contra el Director del Consejo Nacional de Control y Prevención del SIDA, Jaime Sepúlveda Amor por considerar que el programa de fomento de uso del condón está dañando a la población, no previene riesgos de contagio y porque al distribuirlo entre menores de edad se les está corrompiendo. En esta demanda, se solicita la destitución de Sepúlveda Amor y que Conasida quede en manos de personas honestas, con calidad moral, sacerdotes, maestros y médicos competentes y capaces y no en manos de quienes sólo defienden sus intereses.

3.2 Campañas del Sector Salud

Es conveniente ahora examinar la historia de las campañas contra el SIDA que ha promovido el Sector Salud, con objeto de conocer cuáles han sido las causas y finalidades de ellas para detectar qué tipo de campañas son.

En abril de 1987, las autoridades de salud lanzaron una

estrategia doble: a través de los medios masivos se promovió, por un lado, la recomendación del uso del condón *, y por otro, la alternativa de que el individuo particularizara la información a través del servicio telefónico de apoyo (hot line) o de una entrevista privada de consejería. El impacto fue doble, por un lado, se saturaron los servicios, del entonces único Centro de Información, con un promedio de 100 llamadas y 80 consultas diarias, de los que un 47 por ciento eran de grupos con prácticas de riesgo. Por otro, hubo una contra-reacción de algunos conservadores de la población que consideraron que la campaña atacaba valores morales y religiosos.

A principios de 1988 se lanzó una campaña educativa en spots de dibujos animados producidos conjuntamente entre una compañía publicitaria privada (Leo Burnett) y las autoridades de salud. En una primera fase difundieron las formas de transmisión; después se combatieron los mitos asociados y finalmente se dieron las recomendaciones de prevención.

Conasida se dedicó a promover una campaña informativa-educativa "motivacional" para el conocimiento y prevención 53/.

* La Campaña en ese año se ideó específicamente para enfocar conceptos erróneos, por lo que se informó sobre las formas de transmisión del VIH y las medidas de prevención, con el objeto de combatir mitos. Véase, Sepúlveda, Jaime. "Sida, Su Prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial", editorial El Manual Moderno, México, 1993, p. 134.

53/ Conasida: "Programa de Comunicación Social 1990", mimeo, s/p.

Destacan los siguientes objetivos:

1. Hacer saber a la población en general que el Sida es una enfermedad que puede atacar a cualquier persona.

2. Informar como etapa básica y necesaria para que el público en general conozca y realice las prácticas necesarias para prevenir la propagación del Sida.

Es claro que las campañas promovidas por el Sector Salud presentan un carácter meramente informativo y no de toma de conciencia de la población en general.

La sociedad en general tendrá que insistir que las campañas consideren lo siguiente:

- "proteger" a la población de la enfermedad.
- "proteger" a los sintomáticos y asintomáticos, y a los miembros de los que se dió en llamar "grupos de riesgo" contra la persecución y la discriminación.
- "proteger" la libertad y felicidad sexual de las personas.

3.3 Los derechos humanos como respuesta ante la discriminación a los afectados por el VIH/SIDA.

La elaboración de la "Cartilla de los Derechos de las personas que viven con el VIH o que han desarrollado el Sida es el resultado de los Organismos no Gubernamentales (ONG's) como Mexicanos contra el Sida y la Fundación Mexicana de lucha contra el Sida, entre otros quienes han adoptado una postura crítica y a veces hipercrítica frente a las medidas adoptadas por el gobierno, a través de Conasida, y la han hecho pública a través de la prensa y de otros medios de comunicación masiva. Su postura ha sido a lo largo del tiempo, de declaraciones contestatarias y de denuncia, y de crítica destructiva.

La postura de estos grupos ha incidido en colaboraciones como la elaboración de la "Cartilla de los Derechos de las personas que viven con el VIH o que han desarrollado el Sida", a saber:

1.- La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.

2.- Ningún individuo está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con el VIH o que ha desarrollado Sida.

Si de manera voluntaria una persona decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos de VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.

3.- En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar una persona por vivir con VIH o por haber desarrollado el Sida.

4.- No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional a las personas infectadas con VIH.

5.- Quien desee contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.

6.- Vivir con VIH o Sida no es un impedimento para el

ejercicio de la sexualidad.

7.- Cuando un individuo solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH.

8.- Los infectados o enfermos tienen todo el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.

9.- Se respetará el derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado Sida.

10.- Se respetará el derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y las formas de prevención.

11.- Quien viva con VIH o haya desarrollado Sida, tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus

consecuencias y los tratamientos a los que puede someterse.

12.- Quien viva con VIH o haya desarrollado Sida, tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

13.- Quien viva con VIH o haya desarrollado Sida, tiene derecho a una atención médica digna, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14.- Quien viva con VIH o haya desarrollado Sida, tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos *.

Se entiende por Derechos Humanos, el conjunto de conocimientos, vivencias, actitudes, valores y conductas que tienen relación con los derechos y dignidad de los seres humanos y de los pueblos 54.

Lo interesante aquí sería exhibir la concepción educativa de los Derechos Humanos, según la cual el conocimiento, el saber de los derechos humanos, constituye un saber histórico que se

* CONASIDA, Comisión Nacional de Derechos Humanos, mimeo. s/f., s/d, 54/Rodas, Ma. Teresa. "La Propuesta Educativa de los Derechos Humanos", Cuaderno de Educación en y para los Derechos Humanos. Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, octubre de 1992, p. 5.

reconstruye y se recontextualiza permanentemente. No puede -
quedar reducido a la Declaración Universal de los Derechos -
Humanos. Su dimensión real y su sentido surgen de la práctica
particular de individuos y sociedades.

Por tanto, educar en derechos humanos implicaría formar
actitudes de respeto a los derechos humanos, lo que signifi-
caría formar en los alumnos predisposiciones estables a actuar
por la vigencia de ellos en las relaciones sociales.

Capítulo IV.- El Sida en los adolescentes

"¿Qué comprensión de racionalidad, de decisión, de técnica, de futuro o simplemente de tiempo está presupuesta cuando se habla del riesgo ? o de manera más fundamental ¿cómo concebimos nuestra sociedad, si captamos el riesgo como un problema universal que no puede ser evitado ni eludido -sobre todo cuando en otras épocas el riesgo concernía sólo a los navegantes, a los recolectores de hongos o a cualquier otro grupo que se expusiera al peligro? ¿Qué es necesario para el actual bienestar social y qué es casualidad ?... (55).

(55) Luhmann, Niklas. "Sociología del riesgo", Universidad Iberoamericana, coedit., Guadalajara, 1981, p. 37.

Capítulo IV.- El Sida en los adolescentes

4.1 Adolescencia y Sexualidad

Nos dedicaremos ahora a examinar el manejo que hacen de la sexualidad los adolescentes y cómo influyen en ellos los aspectos biopsicosociales de la sexualidad en los jóvenes.

Etimológicamente, adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa crecer; es la condición y proceso de crecimiento que implica a su vez, un proceso de crisis (del griego *krisis*): acto o facultad de distinguir, elegir, decidir y/o resolver) a partir del cual se logrará la identidad personal.

Históricamente, la adolescencia constituye un concepto característico de la sociedad contemporánea. Es el resultado de la industrialización, del avance científico y de la necesidad de proporcionar a sus integrantes mayores instrumentos para incorporarse al mercado de trabajo.

La adolescencia tiene un principio biológico llamado pubertad ^{56/} que es el inicio de la maduración sexual en donde se dan dos tipos de cambio: en el sistema reproductivo y el sistema sexual. La pubertad se presenta, por lo general,

^{56/} Esta palabra se deriva de la voz latina "*pubertas*", la cual quiere decir *edad fértil*.

primero en las mujeres, entre los 10 y 12 años, que en los varones, alrededor de los 14 años. En este lapso, hay cambios corporales notables, denominados caracteres sexuales secundarios.

En el varón se manifiestan por:

- 1) Aumento del tamaño de los testículos.
- 2) Aparición de espermocitos de primero y segundo orden, seguidos de los espermátides y finalmente de los espermatozoides.
- 3) Crecimiento de la próstata.
- 4) Crecimiento del pene.
- 5) Aparición del vello púbico y axilar.
- 6) Cambio del timbre de voz, ocasionado por el crecimiento de la laringe, separación de las cuerdas vocales y ensanchamiento de la caja de resonancia.
- 7) Aparición del vello facial y corporal
- 8) Presencia del acné.
- 9) Eyaculaciones nocturnas o sueños húmedos.
- 10) Ensanchamiento del tórax.

En la mujer por:

- 1) Aumento del diámetro de la pelvis.
- 2) Desarrollo mamario.

- 3) Aparición del vello púbico.
- 4) Crecimiento de los genitales internos y externos
- 5) Aparición del vello axilar.
- 6) Aparición de la menarquía.
- 7) Presencia del acné.

La adolescencia constituye un periodo de transición desde su comienzo y la duración es variable, además de estar caracterizado por transformaciones interdependientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales.

Cabe destacar que la adolescencia desde el punto de vista biológico está caracterizada por la aceleración final del crecimiento y el inicio de desarrollo sexual secundario; y su desenlace está marcado por ciertos aspectos biológicos y por la terminación de la diferenciación sexual.

Aunado a los factores biológicos, en esta edad hay un desarrollo cognoscitivo, el cual se inicia alrededor de los 10 años, lo que le permite al adolescente tener una mayor capacidad de pensamiento abstracto y más concentración de atención, con lo cual logran hacer diferenciaciones, así como retener en la mente secuencias de causa y efecto y el uso de conceptos como entidades de manipulación.

Psicológicamente, en esta etapa se consolida la identidad y la capacidad de tener relaciones heterosexuales estables.

Desde el punto de vista psicológico, "para la formación de la personalidad erótica tienen importancia definitiva las primeras satisfacciones o insatisfacciones de la infancia (SIC). Es la época del primer "imprinting" erótico-afectivo, la primera grabación sexual que posteriormente, en la pubertad, se expresará en comportamientos sexuales diversos 57/.

Asimismo, desde la perspectiva sociológica, la adolescencia es el periodo de una persona durante el cual la sociedad en la que vive cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y funciones.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como un periodo durante el cual se inicia y se busca perfeccionar la madurez de la personalidad, la capacidad de abstracción y como resultado de todo ello, la adaptación armónica al medio familiar y comunitario 58 /.

Actualmente, puede decirse que la sexualidad se ejerce en un contexto -- social y cultural, en el cual las relaciones sexuales entre los jóvenes son -- ahora más frecuentes y en edades más tempranas y la sexualidad en la mujer es más abierta.

57/ San Martín, Hernán. "Salud y Enfermedad", La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 1981.

58/ Cfr. J. Suárez O. "Adolescencia y Juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos en la Salud del Adolescente y el joven en las Américas", Washington, D.C., 1985, Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica num. 489, p. 4.

Pero, ¿qué es la sexualidad ?

Para San Martín, la sexualidad va más allá de la genitalidad, es decir, "no está en un órgano sino, es una dimensión de lo humano que está presente en el perfil completo de nuestra personalidad 59/.

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es un elemento básico en la constitución de nuestra personalidad.

Para la fisiología constituye un elemento fundamental de nuestro sistema biológico.

Según los sociólogos, la sexualidad constituye una de las variables importantes en la estructuración cultural y social.

Para los educadores, la sexualidad "...no se limita a partes específicas del cuerpo, sino se expresa en nuestro estilo de vida, en la forma de ser como varones y como mujeres, en la manera de manifestar nuestro afecto y también en nuestro comportamiento erótico. La sexualidad no sólo se refiere a la reproducción a las relaciones coitales, involucra sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida " 60/.

Freud vinculó todas las funciones orgánicas y demostró que se expresa en el individuo desde el nacimiento hasta la muerte.

La relación afectiva hombre-mujer aparece como una expresión del condicionamiento socio-cultural histórico y no sólo como encuentros macho-hembra.

59/ San Martín, Hernán, op. cit.

60/ Cardiel, Héctor (Coord.), "Cuaderno de Orientación Pedagógica para docentes. Manejo responsable de la sexualidad". Secundaria, Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones, Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, Dirección General de Planeación y Programación en el Distrito Federal, Dirección de Educación para la Salud y Ambiente Escolar, agosto de 1994, p. 5.

En suma, la sexualidad se expresa en todas nuestras actividades y actitudes cotidianas, de tal forma que se transforma (socialización de la sexualidad) en un mecanismo de relación social.

La conducta sexual puramente biológica se ha ido transformando a través de un proceso histórico en conducta sexual humana o social, en el marco de una cultura y estructura social determinada, actuando bajo normas específicas de conducta sexual.

Desafortunadamente, la sexualidad está muy influida por las normas -- sociales, especialmente por la moral religiosa, de tal forma que una proporción muy alta de las parejas que pueden ser adolescentes sienten la influencia represiva y muchas veces tienen la sensación de actuar en forma "inmoral".

Es así como "nuestro comportamiento sexual tiene determinismos sociales y no responde meramente a lo que llaman "instinto" 61/.

En la sociedad hay que aprender el papel de hombre y el de mujer. Masculinidad y feminidad son conductas adquiridas tanto como lo es el comportamiento del homosexual" 62/.

Se refiere lo anterior a los papeles sexuales que son los papeles sociales asociados con un género determinado, el cual alude a la biología humana. Hay una tendencia a suponer que gran parte de la conducta normal de hombres y mujeres está conformada biológicamente, cuando en realidad está construida por la sociedad. Las grandes variantes de papeles del sexo encontradas por los antropólogos, como la de hombres pasivos y mujeres agresivas, aportan --

61/ San Martín, Hernán, op. cit., p. 595.

62/ Idem.

pruebas al respecto.

Según la moralidad victoriana, una amplia variedad de normas absolutas en la conducta sexual se toman supuestamente como morales. El individuo no debe, bajo ninguna circunstancia, participar en relaciones sexuales antes del matrimonio, ni practicar la homosexualidad, la prostitución ni, en caso de que sea mujer, hacer uso del sexo para su propia satisfacción (aunque -- los hombres y las bestias tienen permitido hacerlo), ni tampoco incurrir en adulterio, o sexualidad desordenada, etc.

Cabe recordar que el factor cultural determina que los adolescentes - tengan relaciones sexuales a edades más tempranas. En algunos países, la - edad del matrimonio se ha desplazado a edades más tardías. Por ello, encontramos un periodo más prolongado en donde los adolescentes se exponen a embarazos no deseados y al riesgo de adquirir una enfermedad infecto-contagiosa como el SIDA, entre otras.

Podemos destacar que la adolescencia constituye una etapa de transición de la vida infantil a la adulta, en la cual el ser humano trata de adaptarse a su "nuevo cuerpo" y a los requerimientos socio-culturales de su medio.

Sin embargo, no es posible generalizar el concepto de adolescencia porque mientras en países desarrollados y en áreas urbanas, los jóvenes estudian y se casan en una edad mayor; existen áreas rurales y comunidades pequeñas, - sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las mujeres deben casarse al poco tiempo de menstruar, y los varones se incorporan al trabajo, pasando con ésto a la adultez, sin que exista en esta situación determinada, la adolescencia como fenómeno.

4.2 El Sida y los adolescentes

En este apartado hemos de presentar la situación de los adolescentes* con respecto de la enfermedad.

La situación del SIDA en nuestro vecino país del Norte es la siguiente: en el caso de las mujeres adolescentes en los Estados Unidos de América, la sexual es la forma de transmisión más usual, a diferencia de las adultas: 29 de cada 100 mujeres adultas con SIDA adquieren la enfermedad mediante relaciones sexuales, mientras que en el caso de las adolescentes, esa relación es de 50 por cada 100. En la Ciudad de Nueva York, la razón es de 3/1, es - decir, por cada 3 adolescentes varones con SIDA, hay una mujer adolescente que tiene la enfermedad. Es probable que la infección por VIH se torne tan común entre los adolescentes norteamericanos como la **sifilis**, la **gonorrea**, **el herpes y otras enfermedades de transmisión sexual** 63/.

En nuestro país, los casos acumulados de adolescentes con SIDA, entre 1983 y enero de 1995 son: de 10 a 14 años, 107, de 15 a 19 años, 351. Del primer grupo de edad, el 38 % corresponde a hemofílicos en el caso de los hombres; en el segundo grupo de edad, el 62.8% a relaciones heterosexuales en ambos sexos; en el mismo grupo de edad anterior, el 29.3% a relaciones homosexuales en hombres. De 20 a 24 años, el 32.7% a relaciones homosexuales en hombres 64/. Como podemos observar, conforme avanza la edad, aumenta la -

* De acuerdo con las fases de desarrollo, la pre-adolescencia comprende de 10 a 12 años, la - adolescencia temprana, de 13 a 14 años, la adolescencia propiamente dicha de 15 a 17 años, la adolescencia tardía de 18 a 20 años, la post-adolescencia, de 20 a 25 años. Cfr. Castro, M. E. "Prevención del embarazo precoz y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el - ambiente escolar", INEPAR, s/E., p. 12.

63/ Licea, Gloria. "Adolescencia, Sexualidad y Sida", tesis profesional de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1990.

64/ Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de la Dirección General de Epidemiología, Comité de Epidemiología del CONASIDA, Boletín Mensual, SIDA/EIS. Véase también Registro Nacional de Casos de SIDA.

proporción de contagio por la vía sexual, en relación con la transmisión por la vía sanguínea.

Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la mitad de las personas infectadas por el VIH son menores de 25 años. Alrededor del 20% de las personas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) tienen entre 20 y 29 años, así que una gran proporción se ha infectado durante la adolescencia 65/.

Se estima que a nivel mundial hay entre uno y dos millones de jóvenes de menos de 20 años que están infectados. No obstante, es imposible calcular con exactitud el número de jóvenes que están infectados 66/.

Ahora bien, interesa resaltar que no se observa una diferencia entre los adolescentes sexualmente activos y los que no lo son, respecto de sus conocimientos sobre la conducta sexual y enfermedades de transmisión sexual 67/.

Por su parte, Strunin encontró que de un total de 826 adolescentes entre 16 y 19 años de edad, solamente la mitad había hablado del SIDA en su escuela y sólo el 45 por ciento había discutido sobre esta pandemia con sus padres. El 80 % de los adolescentes que había visitado al médico el año pasado, sólo el 15 por ciento le había pedido orientación sobre la enfermedad. El 8 por ciento de los adolescentes no sabían sobre la transmisión heterose-

65/ OMS, en "Los Jóvenes y el Sida", num. 7, s/E., p. 3.

66/ Thomas Ford, Michael. "¿Qué onda con el Sida?", editorial Selector, primera reimpresión, México, 1994, p. 49.

67/ Strunin, Lee y Ralph Higson. "Monitoring Adolescents Response to the AIDS Epidemic: Changes in knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors in Adolescents and a generation in Jeopardy", SAGE Publications, International and AIDS, Professional Publisher, Newbury, Park London, 1992, pp. 17-81.

xual del virus, y un número considerable de los adolescentes creían que el virus podía transmitirse por sentarse en el baño (14%), por compartir los utensilios para comer y beber (37%), y mediante la donación de sangre (60%). Asimismo, el 3 por ciento adoptó el uso del condón o de abstinencia sexual 68 /.

Respecto de los aspectos subjetivos del SIDA en los adolescentes, de acuerdo con un estudio que considera a los adolescentes con el criterio de 10 a 19 años, los cuales representan el 20 por ciento de la población, la mayoría de los jóvenes de Santa FÉ, en el Distrito Federal, reconocen al SIDA "como una enfermedad de transmisión sexual y la única dentro de las venéreas identificada por su nombre (SIC), algunas mujeres, las menos, no tienen idea de su existencia y nunca han oído mencionarlo. Al describirlo, aluden a la presencia de un "virus", aunque no se comprende claramente el mecanismo infeccioso ni el deterioro del sistema inmunológico: "que te caiga sangre en la piel"...(SIC) es cáncer en la sangre..." (SIC) se envenena la sangre" 69/.

Los varones homosexuales generalmente niegan el problema y piensan "mis deseos eróticos no sólo son censurados por el mundo, ahora yo puedo transmitir la muerte; la cultura desea que yo muera porque soy gay" *

Según un estudio de nuestro vecino país, pocos estudiantes de secundaria conocían sobre las principales formas de transmisión del VIH 70/.

68/Strumin, Lee y Ralph Higson, op. cit., pp. 17-81

69/Cfr. Rodríguez, Gabriela, et. al. "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA", en SIDA en México, migración, adolescencia y género, CONASIDA, México, 1995, p. 109.

* Según el estudio de Gabriela Rodríguez y cols., la construcción social que los jóvenes hacen del riesgo es definida como el riesgo negado: la distancia subjetiva frente al SIDA, p. 109.

70/ Di Clemente R., Zorn J. y Temochok, L. "Adolescents and Aids", American Psychiatry, num. 76, United States of America, 1986, pp. 1443-1445.

En consecuencia, podemos concluir que los adolescentes al igual que la mayoría de la población, carecen de información precisa sobre el SIDA y que la enfermedad conlleva los **aspectos subjetivos**, es decir, la **construcción social del riesgo**.

4.3 Factores de riesgo en los jóvenes

Es necesario reconocer que la prevención del **riesgo de contagiarse de SIDA, constituye en sí misma un riesgo, ya que no hay conductas libres de riesgo.**

Al respecto, investigaciones epidemiológicas del Sector Salud señalan que los jóvenes se encuentran en alto riesgo de infección, tanto por edad como por ocupación. Asimismo, se ha observado que los estudiantes que usan droga tienen mayor riesgo de contraer SIDA, debido a la aplicación intravenosa de algunas drogas, así como a la conducta sexual promiscua de algunos adolescentes drogadictos, ya sea por los efectos o bien para conseguir -- los medios de surtirse droga.

En la etapa de formación, ciertas prácticas pueden exponer al joven a riesgos innecesarios que se convierten en un asunto de salud pública y responsabilidad social para las instituciones sociales que circundan al - joven, entre ellas, la escuela y la familia.

Por su parte, en el Sector Educativo, se considera que es importante en la prevención del SIDA, las decisiones responsables y personales, teniendo en cuenta que la otra persona no piensa de la misma manera. **El riesgo - aquí consistiría en que existe la posibilidad de que no se tome las precau**

ciones necesarias para no contagiar a los demás. Consideran el enfoque riesgo-protección, en donde el riesgo equivale a peligro; según el cual los jóvenes deben estar bien informados para enfrentar el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). De ahí que contemplen que tener información oportuna y clara sobre las ETS, nos permite protegernos adecuadamente. Otros factores asociados a la actividad sexual del adolescente podrían ser:

- Aumento cuantitativo de la energía sexual por factores orgánicos y fisiológicos.
- La construcción de una escala de valores propia y distinta a la de los padres en algunos aspectos, lo que ocasiona rebeldía y autoritarismo frente a las normas familiares, la necesidad de ternura y afectos distintos a la que dan los padres.
- La falta de información y conocimientos sobre su sexualidad.
- Otros elementos de gran importancia son las actitudes y valores en la familia 71/.

En este contexto, el riesgo se relaciona más que cuanto a si se toma o no una decisión, lo cual es una cuestión de acuerdo y no de conocimiento. No es relevante que quien toma la decisión perciba el riesgo como consecuencia de su decisión o de que sean otros los que se lo atribuyen, no es algo esencial al concepto 72/.

71/ Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, SEP/CA, "Cuaderno de Orientación Pedagógica para docentes. Manejo responsable de la sexualidad". Secundaria, agosto de 1994, p. 90.

72/ Luhmann, Niklas. "Sociología del riesgo", op. cit.

En términos luhmanianos, cuando se considera que el posible riesgo de contraer SIDA es provocado externamente, es decir, se le atribuye al medio ambiente, en este caso, estaríamos hablando de peligro 73/.

Cabe recordar que en la extensa literatura existente sobre el riesgo, la distinción riesgo-peligro no juega ningún papel digno de mención.

Por ello, en el caso del binomio riesgo-peligro la toma de decisiones y por tanto, la evitabilidad (contingencia) juega un papel significativo 74/.

En este sentido, la sociedad moderna ve peligros que uno toma en serio únicamente como riesgos.

Desde esta perspectiva, la prevención se puede traducir como la preparación contra daños futuros no seguros, buscando ya sea que la probabilidad de que tengan lugar disminuya, o que las dimensiones del daño se reduzcan. La prevención entonces se puede practicar, entonces, tanto ante el peligro como ante el riesgo 75/.

Los riesgos son inevitables cuando tomamos decisiones, por ello, no existe ninguna conducta libre de riesgo, como hemos visto en los riesgos asociados a la actividad sexual del adolescente. De ahí que, mientras más se sabe, más se constituye una conciencia del riesgo. Sin embargo, omitir la prevención también es un riesgo.

Finalmente, la prevención puede influir en la disposición al riesgo y, es una de las condiciones para que el daño pueda presentarse.

73/ Luhmann, Niklas, op. cit.

74/ Idem.

75/ Idem.

**Capítulo V.- Respuesta del Sector Educativo Mexicano
frente al SIDA**

5.1 Enfoque

La escuela se ha preocupado por colaborar en el desarrollo psicosocial y psicosexual 76/ de niños y adolescentes, lo cual se vislumbra en los programas de Educación Preventiva 77/ del Sector Educativo en México.

Por otro lado, el Sector Educativo ha considerado la escuela como el ambiente 78/ ideal para impartir algunos contenidos sobre los papeles sexuales 79/, así como elementos para protegerse de los riesgos.

-
- 76/ El término "psicosexualidad" fue acuñado por Sigmund Freud, a principios de siglo, en su trabajo sobre tres ensayos para una teoría sexual y refiere que los niveles de satisfacción sexual alcanzados en cada una de las fases del desarrollo desde la infancia hasta la adultez son invariablemente acompañados por una representación psíquica y afectiva que están primero en función de la relación de la madre con el bebé, después de la relación del niño con sus padres y adultos con otras personas que les ofrecen ternura y afecto.
- 77/ La educación Preventiva consiste en un proceso de formación y capacitación a nivel grupal e individual que permita generar actitudes positivas frente a la vida y el mundo. Cfr. Cardiel, Héctor (Coord.), "Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones", Subsecretaría de Servicios Educativos -- para el Distrito Federal, Dirección General de Educación Extraescolar, México, 1994, p. 29.
- 78/ Actualmente, la escuela propone el modelo transversal ecológico de desarrollo, en el cual la personalidad es vista como un proceso de adaptación al ambiente, lo que permite trasladarse de los "factores de riesgo" a los "factores protectores", es decir, pretende crear el ambiente propicio y ponerlo al servicio del desarrollo humano. Cfr. Castro M.E., "Marco Estructural y Contenidos Educativos para la Educación Preventiva Integral en las Áreas de Educación en el uso de alcohol, Educación Sexual y Educación Ambiental", Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., México, 1993. Véase también Castro, M.E. "Prevención del embarazo precoz y del Sida en el ambiente escolar" (Versión Preliminar), Dirección General de Educación Extraescolar, Dirección de Educación para la Salud de la Secretaría de Educación Pública, mimeo, p. 5.
- 79/ Papel sexual es "un papel social asociado con un género determinado". Cfr. Phillips, B. "Sociología. Del Concepto a la Práctica", editorial McGraw-Hill, México, 1993, p. 566. Género - refiere las características inherentes o biológicas que distinguen un sexo de otro, Cfr. Phillips, op. cit., p. 563.

En la escuela, el problema del riesgo ^{80/} de contraer SIDA, u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) o bien un embarazo precoz ha sido considerado como aspectos derivados del manejo inadecuado e irresponsable de la sexualidad. Contemplan a la **sexualidad** ^{81/} como algo que está presente desde el principio de la vida.

Esta idea de que la **Educación Sexual** comienza desde el inicio de la vida, se ha encontrado con una gran cantidad de resistencias por parte de docentes y padres de familia.

Así, un adolescente que a los 18 años se expone a un manejo inadecuado e irresponsable de la sexualidad, sin métodos de protección y contracepción, corre el riesgo de contraer una ETS, un embarazo prematuro, debido lo anterior a la falta de **Educación Sexual** en su infancia y primera adolescencia. Por tanto, el enfoque del Sector Educativo se centra en un ejercicio "adecuado" de la sexualidad que implica actitudes, **valores** ^{82/}

^{80/} El problema del riesgo en el enfoque educativo se remite a los factores de riesgo que son considerados como las "condiciones, situaciones y episodios que pueden alterar el desarrollo armónico del individuo", Cfr. Cardiel, Héctor (Coord.), PEPCA, op. cit., p. 30.

^{81/} La **sexualidad** considerada aquí en el sentido amplio y no sólo en el biológico y de reproducción.

^{82/} Los valores en este enfoque son concebidos como los ideales de la humanidad y como "estructuras conceptuales afectivas y racionalmente registradas por el individuo; actúan como directrices en la organización de su conducta, hacia sí mismo y hacia los demás", Cfr. Cardiel, Héctor, PEPCA, op. cit., p. 31.

y afectos 83/. El ámbito de los valores y actitudes conlleva, -- según el enfoque hacia los factores protectores 84/. Asimismo, consideran que "la adolescencia se caracteriza por un aumento -- de la impulsividad y el deseo de gratificación inmediata, así como una tendencia a rebelarse contra la autoridad. Si el joven cuenta con las bases y la infraestructura que puede otorgar la escuela y la familia entonces estará preparado para enfrentar -- riesgos 85/ a los que se expone el adolescente, de no ser así, -- las conductas de riesgo pueden proliferar y enfrentarlo a embarras no deseados, abortos, contagios, etc. 86/.

La Institución escolar se ha preocupado por participar en la formación de los educandos, con la intención de no limitarse solamente a los aspectos cognitivos e informativos 87/ del plan curricular 88/.

83/ El desarrollo afectivo del individuo ha sido considerado particularmente preponderante en un Programa de Educación Preventiva. Al respecto, la estrategia educativa se centra en el método de **Educación Afectiva que intenta fomentar un desarrollo emocional, así como fortalecer la autoestima y destrezas intrapersonales e interpersonales. Este método ayuda a las personas a conocer sus sentimientos para poder entenderse mejor y poder comunicarse más efectivamente con otros.** Se basa en la premisa de que -- las destrezas asociadas con el dominio afectivo se pueden enseñar y ser aprendidas a nivel consciente e inconsciente. La **Educación Afectiva en las escuelas es relevante para todos los estudiantes** y no sólo para estudiantes de "alto riesgo". Según este método, no hay aprendizaje sin afecto. Cfr. "Programa de Prevención, Puerto Rico", mimeo, s/f.

84/ **Los factores protectores** son considerados como aquellas condiciones, situaciones, tratamientos y episodios que alteran o revierten las predicciones de los eventos negativos, Cfr. Cardiel, Héctor, (Coord.), op. cit., p. 30.

85/ En este caso, **riesgo** en el enfoque educativo es considerado sinónimo de inseguridad y -- peligro.

86/ Castro, M. E., op. cit., p. 42.

87/ Para los educadores, la información en sí misma no es tan importante como el tono, la actitud y la forma en que se maneja esta información.

88/ Castro, M.E., op. cit., p. 42.

El interés en materia de **Educación Sexual** se remonta desde principios de siglo (1916), especialmente en los años 70, con la Reforma Educativa, se incorporaron contenidos de sexualidad humana en los Programas de Educación Básica de todo el país.

En materia de **Educación Preventiva del SIDA**, los esfuerzos han sido rebasados por la realidad. Los datos empíricos revelan índices de personas de 25 años infectadas con SIDA, por lo que se deduce que se contagiaron durante su adolescencia.

De lo anterior se desprende que es primordial la necesidad de una comprensión más profunda y explícita sobre la **sexualidad** 89/, ya que es una cuestión de "vida o muerte".

La escuela utiliza el concepto de **riesgo** 90/ cuando es necesario que el docente decida qué temas trabajar en **Educación Preventiva** y considera que el ejercicio de la sexualidad es algo que tanto el niño como el adolescente aprenden en el curso de su desarrollo, y está en función de su estilo de vida y los valores 91/ que le son transmitidos por su familia y su grupo social.

89/ **La Educación Sexual** se contempla como un esfuerzo colectivo, un proceso de reflexión en el que todos confrontamos nuestras opiniones, creencias y sentimientos más íntimos, por eso es necesario aprender a comunicarse correcta y abiertamente acerca de este delicado tema. Cfr. Cardiel, Héctor (Coord.). "Manejo responsable de la sexualidad", Cuaderno de Orientación Pedagógica para docentes. Secundaria, Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, Dirección General de Planeación y Programación en el Distrito Federal, agosto de 1994, p. 22. En México no existe una conceptualización desde la perspectiva sociológica sobre lo que la sexualidad significa para los jóvenes.

90/ Para Luhmann, existen determinados factores sociales que guían el proceso de selección de riesgos. De ahí que sea preponderante quién o cuál instancia decide si un riesgo o no ha de tomarse en cuenta o no (y en que horizonte objetivo y temporal). Cfr. Luhmann, N., op.cit.

91/ Valor en el sentido sociológico se traduce como el "objetivo ampliamente compartido en el seno de la sociedad", Cfr. Phillips, Bernard. "Sociología. Del Concepto a la práctica", editorial McGraw-Hill, México, 1982, p. 570. Desde la perspectiva psicológica, valor es la actitud o reacción caracterizada por una conducta activa, relativamente tranquila y dueña

5.2 Implicaciones

Importa ahora examinar si se manifiestan o no los aspectos objetivos y subjetivos en el Programa Oficial del Sector Educativo Mexicano referido previamente.

En este sentido, podemos adelantar que las acciones emprendidas en materia de Educación Preventiva del SIDA por parte del Sector Educativo en nuestro país han tenido la finalidad -- común de proporcionar información y orientación sobre la pandemia a los padres de familia, docentes y estudiantes que cursan la enseñanza media.

En México, no hemos superado la etapa informativa como respuesta en muchas ocasiones a una demanda de padres de familia, -- por lo que no han faltado los programas "preventivos" insertos en la dinámica educativa escolar. La Educación Preventiva del SIDA se ha reducido a la simple transmisión de la información, aun cuando se plantee con los métodos más didácticos, lo cual puede implicar reducir la problemática de la enfermedad únicamente a los aspectos objetivos (teorías, conocimientos e hipótesis).

Interesa ahora examinar si se manifiestan los aspectos

de sí misma, ante una situación de la que el individuo sabe que debe esperar peligro, dolor u otra experiencia desagradable. Cfr. Warren, Howard. "Diccionario de Psicología", editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1982, p. 372.

subjetivos de la enfermedad, es decir, la construcción social del riesgo que tienen los jóvenes en los Programas Oficiales del Sector Educativo Mexicano respecto del SIDA.

Al respecto, podemos mencionar que el riesgo de contraer la enfermedad se ha asociado con la actividad sexual del adolescente.

En este sentido, por ejemplo, el riesgo se ha enfocado hacia la protección. Consideran que "cada quien debe tomar sus decisiones responsables y personales a fin de prevenir el SIDA..." Por ello, "los jóvenes deben estar bien informados para hacerle frente. Asimismo, el adecuado uso del condón y, en su caso, el ejercicio de una sexualidad responsable son su mejor protección" 92/. Pero este enfoque deja de lado la percepción social que los jóvenes -- tienen acerca del riesgo de contagiarse de SIDA.

La construcción social del riesgo en los jóvenes se da probablemente a través del currículum oculto 93/ en las escuelas, a través de la percepción individual del docente sobre el riesgo de contagiarse de la enfermedad, lo cual transmitiría probablemente a sus alumnos, mediante prejuicios, actitudes religiosas y discriminatorias hacia la enfermedad y sus afectados.

92/ Cardiel, Héctor (Coord.), "PEPCA, Cuaderno de Orientación Pedagógica para docentes, Secundaria. Manejo responsable de la sexualidad", Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, México, 1994, p. 96.

93/ "Un currículum oculto son" aquellas actitudes, informaciones, valores y conductas que el educador transmite a los estudiantes", lo que puede contribuir en cierta medida a conformar la percepción social del riesgo de contraer SIDA. Cfr. "Diccionario de Ciencias de la Educación" op. cit.

Lo anterior puede contribuir al desarrollo de cierto tipo de **construcción social del riesgo** en los educandos. En este sentido, es posible encontrar en las **escuelas** una falta de información o bien desinformación de los educadores sobre la problemática del **SIDA**, lo cual a su vez puede influir en la preexistencia del miedo y rechazo hacia los sintomáticos y asintomáticos, aspectos que pueden ser transmitidos a sus alumnos, lo que impediría la **conciencia del riesgo** de contagiarse de la enfermedad. De lo anterior se desprende la importancia de que los educadores estén bien informados y posean conciencia del riesgo de contraer la infección para estar en condiciones de realizar una verdadera prevención social del riesgo. De ahí también la necesidad de realizar investigaciones en torno a los **aspectos subjetivos** del **SIDA** en los jóvenes para en base a ello, constituir adecuados e impactantes Programas de **Educación Preventiva del SIDA**, lo cual redundaría probablemente en la disminución del daño y de la angustia de contraer la enfermedad.

Cabe recordar aquí que la **construcción social del riesgo**, en términos lumahnianos se concibe como futuras decisiones en donde intervienen mecanismos entendidos como mercados y

jerarquías que interceptan y diferencian estos conjuntos de decisión a través de instancias de decisión, en este caso serían los profesores los que funcionarían como representantes de la sociedad. Cabe mencionar que Luhmann no considera a los hombres una instancia capaz de decidir 94/.

Desde el punto de vista del **afectado**, cabe mencionar que el riesgo cobra una dimensión distinta. Los riesgos de una instancia de decisión se convierten en un peligro para los afectados.

En el proceso de decisión existe una atribución de consecuencias a las decisiones.

Importa considerar que en los jóvenes interviene también la presión social. Por eso dice Luhmann que el afectado se ve amenazado por decisiones que él mismo no puede controlar porque para él se trata de peligros.

En el Sector Educativo hay falta de integración de la problemática real de la enfermedad en toda su complejidad para que pueda ser posible lograr una conciencia del riesgo. Además de que los educadores de los centros educativos al parecer no tienen conciencia de todas las implicaciones de la prevención del riesgo de contraer la enfermedad.

En suma, no se contempla en el Programa Oficial del Sector Educativo Mexicano, la construcción social del riesgo de contagiarse de SIDA. En el currículo oculto probablemente se generan actitudes religiosas y discriminatorias hacia los afectados. manifestándose ésto en el miedo y estigmatización hacia ellos, lo que el profesor puede transmitir a sus alumnos, lo cual impediría una verdadera conciencia del riesgo.

94/ Cfr. Luhmann, Niklas, op. cit., p. 151.

C o n c l u s i o n e s

- El análisis de los índices actuales de prevalencia del SIDA puede sugerir que los Programas de Educación Preventiva hasta ahora experimentados no han logrado resultados satisfactorios.

- Un elemento central en esta problemática es que el Programa Oficial del Sector Educativo no incluye dentro de su marco de referencia los aspectos subjetivos del SIDA que conllevarían a la construcción social del riesgo de las personas, específicamente los jóvenes, con lo que lograríamos una verdadera prevención social del riesgo, al considerar el factor de riesgo más importante.

- Un importante factor de riesgo es la negación del riesgo, ya que los adolescentes creen que no van a contraer la infección como se ha demostrado según ciertos estudios en donde los adolescentes creían que el virus podía transmitirse por sentarse en el baño y por compartir utensilios para comer y beber.

- Lo anterior puede explicarse por la falta de conciencia del riesgo, por ello se considera urgente que en las escuelas

se faciliten las condiciones necesarias para que se genere un proceso de conciencia del riesgo, que conllevaría a la consecuente disminución del daño que pudiera presentarse en los jóvenes.

- Por tanto, se considera importante la realización de investigaciones sobre el grado de percepción social de los adolescentes de contraer la enfermedad, y no solamente campañas informativas que no contemplan la conciencia del riesgo que tienen los jóvenes. Por ello, sugerimos que además del conocimiento es necesario contemplar los aspectos subjetivos que conlleva la enfermedad.

- Otro problema ha sido que en el Sector Salud, las campañas informativas han estado dirigidas principalmente a los llamados "grupos" con "prácticas de alto riesgo" como los homosexuales, bisexuales, trabajadoras sexuales, con múltiples parejas, adictos a drogas, hombres y mujeres violados, lo que deja desatendido y a la deriva a los adolescentes, y, por supuesto al resto de la población escolar y extraescolar.

- En mi concepto, no es posible que exista una verdadera prevención del riesgo de enfermarse de Sida si no se toma en

cuenta que no hay conductas libres de riesgo porque cuando decidimos no hay posibilidad de evitar los riesgos.

- En este contexto, el enfoque del Sector Educativo en México establece en que para prevenir el Sida es necesario las decisiones responsables y personales, que los jóvenes estén bien informados para hacerle frente a la enfermedad, lo cual implicaría considerar únicamente los aspectos objetivos del Sida y del discurso médico insertado en el modelo médico hegemónico. Aunado a lo anterior, el ejercicio de una sexualidad responsable asociada con el binomio riesgo-protección, para lo cual han sugerido insertar actividades de aprendizaje significativo en el curriculum manifiesto y oculto. Esto dejado al libre arbitrio de los profesores.

- De lo anterior se derivarían las siguientes consideraciones:

1.- La enfermedad contiene en sí misma tanto aspectos objetivos y subjetivos que influyen en la prevención del riesgo y en la toma de conciencia del riesgo.

2.- El riesgo constituye una construcción social de cierta

complejidad que puede consistir en una forma de trato con el tiempo, es decir, en una problematización del futuro, lo cual podría depender de influencias temporales como la relación existente entre la dimensión temporal y social, lo que implicaría un proceso de toma de decisiones en donde la instancia capaz de decidir no serían los hombres mismos y donde se requeriría además de cierta sensibilidad para las decisiones y lograr así una verdadera prevención del riesgo de contraer Sida.

3.- Por tanto, la construcción social del riesgo podría entenderse como futuras decisiones en donde intervendrían las instancias de decisión como posibles representantes de la sociedad como podría ser la escuela, incluyendo la presión social existente del grupo de amigos o pares de iguales.

4.- El riesgo y el peligro se distinguen en que:

a) Los riesgos se atribuyen a las decisiones.

b) Los peligros son objeto de una atribución externa.

5.- En las decisiones no se incluyen los procesos de conciencia del riesgo porque cuando decidimos no es posible

evitar los riesgos.

6.- Por otra parte, mientras más conocimiento hay del riesgo, más se constituye una conciencia del riesgo, por lo que es importante promover la prevención social del riesgo en los educandos.

7.- La Prevención del riesgo de contraer Sida puede consistir solamente en la disminución de la ansiedad y preocupación por los posibles daños futuros, con lo cual controlaríamos la disposición individual y social al riesgo, ya que podría ser que la instancia decisional podría tener la sensibilidad y confianza en sí misma necesaria, así como la seguridad en sus decisiones.

8.-En este sentido, las decisiones podrían considerarse como Prevención Social del Riesgo, lo cual podría entenderse como la preparación de daños futuros no seguros, con objeto de que se reduzca el daño; de ahí que la Prevención pueda tener que ver con la disposición individual y social del riesgo, lo cual podría constituir una de las condiciones para que el daño pueda presentarse.

9.- Los prejuicios sociales existentes acerca del origen de las enfermedades infecciosas consideradas "pestes" ya habían surgido desde la antigüedad y se manifestaban a través del miedo de contagiarse por ejemplo, de lepra, viruela, peste, entre otras.

Lo anterior explicaría las actitudes discriminatorias que actualmente se presentan hacia los afectados, los cuales también han sido considerados "apestados".

10.- Algunas personas han relacionado al Sida con un "castigo divino", lo cual data desde la antigüedad, donde adjudicaban el origen de las "pestes" a los "malos espíritus".

11.- De lo mencionado previamente se derivarían las actitudes religiosas hacia los afectados por el Sida.

12.- El discurso médico en torno al Sida puede esquematizar la realidad, simplificándola y descontextualizándola, por lo que se obtendría una parte informativa muy magra como una visión de la realidad sobre la pandemia del Sida como "libre" de valores y "neutral".

13.- Los médicos no pueden ser ajenos al poder ni al discurso del poder, el cual consistiría en la emisión de conocimientos (saber). En este sentido, se puede considerar la realidad y el conocimiento de la realidad social como parte de un mismo proceso.

14.- El discurso en torno al Sida podría ubicarse en el campo de los códigos sociales, es decir, del control y la dominación implícitos en él, por lo que sería necesario reconocer que el discurso del poder y el poder del discurso puede cumplir funciones de control ideológico.

15.- En el discurso médico sobre el Sida, no puede existir enfermedad, sino el elemento de lo visible y por tanto, lo enunciable.

16.- La violación constante de los derechos humanos de los asintomáticos y sintomáticos ha evidenciado y evidencia la inminente influencia de los aspectos subjetivos del Sida, por la persistencia de las actitudes religiosas y discriminatorias hacia los afectados.

A N E X O S

La canción del "Rap del SIDA", forma parte de los aspectos subjetivos de la pandemia, es decir, de la construcción social del riesgo. Fue elaborada por alumnos de Educación Secundaria.

El anexo incluye también cuadros estadísticos sobre los enfermos (portadores o sintomáticos) en México y en el Mundo.

Por último, contiene ciertos factores que deben considerarse para poder determinar la magnitud y distribución del SIDA.

EL RAP DEL SIDA

HAY LES YA UNA ROLA QUE ESTA UN POCO ALOCADA
PERO DE ESTA MANERA A SU MENTE LLEGARA
EL SIDA ESTA PRESENTE Y ES HORA DE ATACAR
PUES SI NO LA ATACAMOS EL VIRUS NOS MATARA

ES LA VIDA DE UN CHAVO UN POCO ALOCADO
CAMINANDO POR MEAVE UNA CHAVA SE ENCONTRO
LE DIJO ¿ CUANTO CUESTAS?, LE DIJO SOY BARATA
Y ESTE EMBABUCADO A LA CAMA LA LLEVO



PASARON UNOS MESES, EL VIRUS AVANZABA
Y ESTE POBRE CHAVO PARA NADA LO NOTABA

TRISTE FUE EL DIA CUANDO EL SE ENTERO, DE
QUE EL VIH EN SU SANGRE SE MEZCLO
POBRE DE SUS MANA EL AZUCAR LE SUBIO
Y DESPUES DE LA CASA SU PADRE LO CORRIO

CORO

ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO,
POR ANDAR DE CUZCO, SE INFECTO SE INFECTO
ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO,
EL VIH SE MEZCLO, SE MEZCLO ESTA INFECTAO.

EL CHAVO ASUSTADO A CATEMACO ACUDIO
BRUJOS, CURANDEROS NI LA LIMPIA LE SIRVIO
EL BUSCO CONSUELO TOMANDO EN LAS CANTINAS
PERO SIEMPRE APARECIA TIRADO EN LAS LETRINAS.

SU PERO PROBLEMA FUE EL RECHAZO DE LA GENTE
LAS PERSONAS LO MIRABAN COMO A UN TRISTE DEMENTE.
TRISTE Y SOLO, SE ENCONTRABA EN LAS CALLES.
SE REFUGIABA CON LAS CHAVAS DE LA CUADRA A TODAS ELLAS INFECTABA.

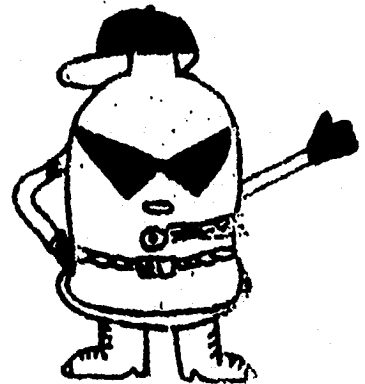
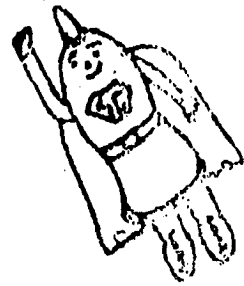
CORO

ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO,
POR ANDAR DE CUZCO, SE INFECTO, SE INFECTO
ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO,
EL VIH SE MEZCLO, SE MEZCLO ESTA INFECTAO

SU PADRE ARREPENTIDO COMO LOCO LO BUSCO
SIENDO YA MUY TARDE EN UN POZO LO ENCONTRO
EN LA AUTOPSIA LE DIJERON QUE DE GRIPA SE MURIO
PUES AL NO TENER DEFENSAS UN VIRUS LO ATACO.

EL SIDA ES UN CUENTO DE NUCA ACABAR
PUES MILES DE NECIOS COMO ESTE CAERAN
ACABEMOS CON ESTO USANDO EL CONDÓN
PARA NO CAER COMO ESTE CANJO.

Y SI UN DIA TE ENCONTRARAS A UN CHAVO INFECTADO
EXTIENDELE TU MANO COMO SI FUERA TU HERMANO
PARA QUE NO ESTE PERDIDO.



M-4

Roberto Rodriguez

CORO

ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO
 POR ANDAR DE CUZCO SE INFECTÓ, SE INFECTÓ
 ESTA INFECTAO, ESTA INFECTAO.
 EL VIH SE MEZCLÓ, SE MEZCLÓ ESTA INFECTAO.

PONTE ATENTO NO SEAS LENTO, LOS 90S ES EL MOMENTO
 ATACAR TU LO ESPERASTE, NO HAY TIEMPO PARA INFECTARSE
 HAZLO AHORA NO MAÑANA EL TIEMPO SE ACABA.

PONTE ATENTO, PONTE PONTE ATENTO YA
 LA VIDA EN UN MOMENTO SE PUEDE ACABAR
 POR ESO TE DECIMOS POTE CONDÓN YA
 LA VIDA EN UN MOMENTO SE PUEDE ACABAR
 POR ESO TE DECIMOS PONTE CONDÓN YA, CONDÓN YA.
 PONTE ATENTO YAAA.

Abraham Herrera Solís (autor)
 Fernando Lozano González. música
 Oscar Alfredo Rozos Alegría



PREVALENCIA DE INFECCION POR VIH
 ESTUDIOS SEROEPIDEMIOLOGICOS Y DE VIGILANCIA CENTINELA EN MEXICO
 1987 - 1994

Población Incluida	No. de población estudiada	Prevalencia Promedio	Tendencia en 1994
Donadores voluntarios	3,193,028	0.05	Disminución
Hombres:			
Homosexuales y Bisexuales	13,044	14.9	Estable
Heterosexuales con múltiples parejas	6,087	2.5	Incremento
Pacientes con ETS	951	21.4	Incremento
Drogadictos I.V.	253	1.6	Incremento
Reclusos	4,980	3.6	Incremento
Pacientes tuberculosos	940	3.0	Incremento
Personal de Salud	732	0.1	Disminución

FUENTE: CONASIDA

CIUDADES CON MAYOR NUMERO DE SINTOMATICOS

CON S I D A

CIUDADES	1993	1994	%
VERACRUZ	1,374	1,447	5.30
GUADALAJARA	686	927	35.13
CUERNAVACA	606	770	27.00
DISTRITO FEDERAL	622	739	18.80
PUEBLA	518	655	26.40

FUENTE: CONASIDA

ELABORACION: PROPIA

TRASCENDENCIA DEL SIDA

SINTOMATICOS*

P A I S	CASOS DE SIDA AL 30 DE SEPTIEMBRE '94	LUGAR QUE OCUPA
ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	401,789	1er. lugar a nivel mundial 1er. lugar en las Américas
AFRICA	347,713 ++	2º lugar a nivel mundial
BRASIL	55,894	3er. lugar a nivel mundial 2º lugar a nivel América
MEXICO	32,894+	3er. lugar en las Américas
ESPAÑA	27,584	2º lugar en Europa
TAILANDIA	13,246*	1er. lugar en Asia
HAITI	4,967	6º lugar en América
COLOMBIA	4,787	7º lugar en América
ITALIA	24,511	3er. lugar en Europa
CANADA	10,391	4º lugar en América
ARGENTINA	4,971	5º lugar en América
CUBA	315	25º lugar en América
RUSIA	152	21º lugar en Europa

113

OBSERVACIONES:

FUENTE: CONASIDA
ELABORACION: PROPIA

*Casos de SIDA al 25 de octubre '94
+Datos estimados acumulados hasta enero '95
++Datos estimados acumulados a partir del '91 hasta el '94.

ASINTOMATICOS Y SINTOMATICOS DEL SIDA EN MEXICO

AL 1º DE ENERO DE 1995

SINTOMATICOS **	ASINTOMATICOS*	DIFERENCIA	%
32,895 a/	87,000 b/	54,105	164

 FUENTE: CONASIDA

ELABORACION: PROPIA

OBSERVACIONES:

a/ Considera el retraso en la notificación y la subnotificación. A veces los casos sucedidos en un año determinado se notifica varios meses después y hasta tres años posteriores a su diagnóstico. Incluye número de casos estimados.

b/ En México hay 5 infectados por cada millón de habitantes según Conasida. Según la Oms, en el mundo hay 5 mil infectados al día.

* Comprende el número de personas que no han desarrollado el Sida. Tienen el virus de la inmunodeficiencia en sus células.

** Refiere las personas que ya han desarrollado el Sida, que tienen las -
 diversas infecciones oportunistas, por las que pueden morir.

* SINTOMATICOS CON SIDA EN LAS AMERICAS⁺

	1 9 9 3	1 9 9 4	% PORCENTAJE
NUMERO ACUMULADO DE CASOS NOTIFICADOS A NIVEL MUNDIAL	783,786	1,025,073	30.78
NUMERO ACUMULADO DE CASOS NOTIFICADOS EN LAS AMERICAS	248,446	526,682	111.90

FUENTE: CONASIDA

ELABORACION: PROPIA

* Alude los casos de Sida, cuando ya hay manifestaciones clínicas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

+ Incluye 36 países: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, San Cristóbal y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas, Surinam, Uruguay, Venezuela.

¿Cómo se determina la pandemia del SIDA en México?

En primer término, para poder determinar la **magnitud y distribución de cualquier enfermedad infecciosa como el SIDA**, deben considerarse los siguientes factores:

- 1) **MAGNITUD**: comprende el número de personas infectadas.
- 2) **ALCANCE**: refiere cuántas personas son capaces de transmitir la infección a otras personas (infectantes).
- 3) **TRASCENDENCIA**: habla de cuántos infectados tienen manifestaciones clínicas (casos o enfermos y las muertes por esta causa).

De acuerdo con el criterio médico, la infección por VIH, tiene la particularidad de que **las personas infectadas son al mismo tiempo infectantes**.

Sólo que la "ciencia médica" no informa a la población que muchas veces son alterados los certificados de defunción donde se registran las muertes por SIDA, con objeto de evitar problemas de rechazo y discriminación a los familiares de los fallecidos por la enfermedad, lo cual ocasiona mayor subregistro del que por sí ya existe en México.

BIBLIOGRAFIA

Alvin E. Friedman-Kien. Color Atlas of AIDS, W.B. Saunders Co., Harcourt Brace Jovanovich Inc., Philadelphia, 1989.

Bagú, Sergio. Tiempo, realidad social y conocimiento. Propuesta de Investigación, editorial Siglo XXI, Argentina, 1970.

Berger, Peter L. y Thomas Luckmann. La construcción social de la realidad, editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

Barre Simoussi, F., et. al. EL SIDA en Preguntas, edivisión, México, 1989.

Bottomore, T.B., Introducción a la Sociología, ediciones Península, colección Historia Ciencia y Sociedad, num. 12, Barcelona, 1972.

Bronfman, Mario y Víctor Ramírez. La Dimensión Social del SIDA, en Antropológicas, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, num. 6, abril, 1993.

Bronfman, Mario, et. al. SIDA en México. Migración adolescencia y género, Conasida, 1995.

Bronfman y Castro. Conocimientos, prácticas y creencias relacionadas con el cuerpo y la regulación de la fertilidad en Ocuituco, Mor., investigación en proceso.

Cirigliand, Gustavo, et. al. Dinámica de Grupos y Educación, editorial Humanista, Argentina, 1980.

Conapo. Individuo y Sexualidad en la Educación de la Sexualidad Humana, vol. II, editorial y Litografía de los Angeles, México, 1984.

Conapo. Familia y Sexualidad en la Educación de la Sexualidad Humana, vol. II, editorial y Litografía de los Angeles, México, 1982.

Conapo. Enciclopedia de la Educación de la Sexualidad Humana, Familia y Sociedad, vol. 2, México, 1982.

Conapo. Educación Sexual Básica para Promotores. México, 1980.

Conasida. Aspectos Jurídicos de la lucha contra la epidemia del SIDA, apuntes. Manual de trabajo para capacitadores, s/f.

Chinoy, Ely. Introducción a la Sociología, editorial Paidós, México, 1990.

Daniels, Víctor G. SIDA, México, El Manual Moderno, México, 1986.

De Fleur L. Malvin, et. al. Sociology: Man in Society, Scott Foresman and Company, Glenview, Illinois, London, 1971.

Diccionario de Ciencias de la Educación, editorial Santillana, México, 1983.

Diclemente, Ralph J. Adolescents and Aids. A generation in jeopardy, Sage Publications, International and Professional Publisher, Newbury, Park, London, 1992.

Educación sobre el SIDA: Lecciones de Salud Internacional. Washington, D.C., AEP, 1988.

Fitcher H. Joseph, Sociología, editorial Herder, sección de Ciencias Sociales, vol. 55, Barcelona, España, 1977.

Freud, Sigmund. Ensayos sobre sexualidad, editorial Alianza, vol. 65, España, 1977.

Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica, editorial siglo XXI, México, 1983.

Foucault, Michel. El orden del discurso, editorial Tusquets, Barcelona, 1971.

Foucault, Michel. Historia de la sexualidad, 1-la voluntad de saber, 15a. edición, México, 1987.

Foucault, Michel. La arqueología del saber, 12a. edición, editorial siglo XXI, México, 1987.

Gagnon, John. Sexualidad y Cultura, editorial Pax, México, 1980.

Galván Díaz, Francisco (Coord.). El SIDA en México: Los Efectos Sociales. ediciones de Cultura Popular, coed. UAM, s/f.

Grmek, Mirko. Historia del SIDA, siglo XXI, México, 1992.

Goffman, Erving. Estigma, editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1963.

Gomezjara, Francisco. Técnicas de Desarrollo Comunitario, tercera edición, editorial Nueva Sociología, México, 1982.

González, Beatriz. Reflexiones sobre la pureba Piloto del Programa de Prevención y Control del SIDA en el Universo de Escuelas Secundarias dependientes de la SEP, ponencia presentada en el IV Congreso Nacional sobre el SIDA, del 13 al 15 de octubre de 1993.

Hortow B. Paul y Robert L. Horton. Introducción a la Sociología, editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1973.

Katchadourian, H.A. La Sexualidad Humana. Un estudio comparativo de su evolución, editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1984.

Katchadourian, H.A. Las Bases de la Sexualidad Humana, editorial Continental, México, 1983.

Katz, Chaim, S., et. al. Diccionario básico de comunicación, editorial Nueva Imagen, México, 1984.

Korte, Rolf. El Sida en los país del Tercer Mundo, Desarrollo Cooperativo (D.C.), 1988.

Laugues, Helene. SIDA. Testimonio de la Vida y la Muerte de Martín, editorial Daimon, México, 1985.

Levi-Strauss Claude. Mitológicas. Lo crudo y lo cocido, editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

Luhmann, Niklas. Sociología del riesgo, Universidad Iberoamericana, coedición con Universidad de Guadalajara, México, 1992.

Menéndez, Eduardo. Antropología Médica, UAM, 1992.

Montagnier, Luc. 16 especialistas dan respuesta a sus preguntas sobre el SIDA, CEAC, Barcelona, 1987.

Mc Cary, James L. Sexualidad Humana, El Manual MODerno, México, 1976.

Olaiz, Gustavo. El SIDA. La Epidemia que a todos afecta, editorial Diana, México, 1988.

Ortiz Quezada, Federico, et. al. Patologías de la Ciudad de México, Cd. de México Librería y Editora, S.C., Némesis, México, 1991.

Pérez y Fariás, José Manuel. Conocimiento y Conducta de Riesgo para la transmisión del SIDA en Adolescentes de la Ciudad de México. Tesis profesional de Psicología, Universidad del Valle de México, 1990.

Phillips, Bernard. Sociología. Del concepto a la práctica, editorial McGraw-Hill, México, 1993.

Pitch, Tamar. Teoría de la desviación social, editorial Nueva Imagen, México, 1980.

Pratt, Fairchild. Diccionario de Sociología, editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1966.

Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, México, 1994.

Ramírez González, Luz del Carmen. Actitud ante la Campaña Televisiva de Prevención del Sida, en una muestra de adolescentes del Distrito Federal. Tesis profesional para obtener el grado de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología, México, 1980.

Raymond F. Shinazi, et. al. AIDS in children, adolescents and heterosexual adults and interdisciplinary approach to Prevention, Elsevier, New York, Amsterdam, London, 1988.

Reich, Wilhelm. La Revolución Sexual, editorial Origen Planeta, 1985.

Recasens Siches, Luis. Sociología, editorial Porrúa, México, 1976.

Rocha Rivero, Gloria Isabel. Las representaciones sociales de la enfermedad. Una mirada médica a la perspectiva legal. Tesis doctoral de Sociología, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 1995.

Rodas, Ma. Teresa. La Propuesta Educativa de los Derechos Humanos. Cuaderno de Educación en y para los Derechos Humanos. Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación, Ins-

tituto Interamericano de Derechos Humanos, 1992.

Rojas Soriano, Raúl. Aspectos Sociales del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), en Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica, editorial Plaza y Valdez, México, 1990.

Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad, Plaza y Valdés, editores, México, 1988.

Rozenbaum, Willy, et. al. SIDA: Realidades y Fantasías, editorial Katuh, México, 1985.

Rubinson Earl, S. Winberg. Social Problem, U.S.A., 1976.

San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C.V., México, 1981.

Secretaría de Educación Pública. Dirección General de Educación Extraescolar, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, Programa Nacional del Sector Educativo para la Prevención del SIDA, Marzo, 1990.

Sepúlveda Amor, Jaime. SIDA. Su Prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial, editorial El Manual Moderno, México, 1993.

Sepúlveda Amor, Jaime, et. al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., México, 1989.

SIDA, Asociación Colombiana de Profesionales Universitarios, Comité Nacional de la Juventud SIDA. El Desafío Contemporáneo, Editemas, Bogotá, 1987.

SIDA. Gufa del alumno, País Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo, 1989.

Sills, David. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, editorial Santillana, España, 1983.

Sontang, Susan. El SIDA y sus metáforas, Nuclnik editores, España, 1989.

Stanislavski, Estanislao. El Médico Frente al SIDA. CONASIDA, México, 1989.

Vargas, Luis Gilberto. La Humanidad y el SIDA. En Antropológicas, num. 6, abril, 1993.

Volderdning, M.D., et. al. The AIDS knowledge base a textbook on HIV disease from the University of California, San Francisco and the San Francisco General Hospital, The Medical Publishing Group, Waltham, Mass., 1990.

Walton, John, et. al. The Oxford companion to Medicine, vol. I, Oxford, New York, Oxford University Press, 1986.

Heimerografía

- 1.- Adorno, Héctor R. "Ha habido casos aislados en el Norte del País. Ninguna epidemia de SIDA está atacando a los mexicanos": IMSS, Excélsior, 24 de julio de 1985, p. 4
- 2.- Angeles, A., Reyes Gutiérrez, E. Baquera Heredia J. Cols. "Patología Post Mortem en México" en Revista de la Investigación Clínica México, Sup., 39-123-133, 1987.
- 3.- Bialik- Gilad, Rebeca. "Educación Participativa para la Prevención del SIDA", en suplemento del Nacional, Sociedad, SIDA, febrero de 1992, p. 5.
- 4.- Díaz de León, Raquel. "El SIDA puede atacarnos en forma implacable, dice el Dr. Orlando León Vélez", en Excélsior, 28 de marzo de 1992, p. 1-8.
- 5.- Excélsior. "Soy René...tengo el virus del SIDA", 9 de agosto de 1991, p. 1-30.
- 6.- Excélsior. "Cinco mil enfermos del SIDA no han sido atendidos", 29 - de septiembre de 1991.
- 7.- Excélsior. "Cobra el SIDA sus primeras 6 víctimas en México", 19 de julio de 1985, p. 4.
- 8.- El Sol de México. "Ignoran el contagio cutáneo. Aquí sabemos del -- SIDA sólo que dice la OMS", 13 de agosto de 1987, p. 4.
- 9.- Galitzime, Catherine. "Angustiosa lucha de una joven madre, una familia en las garras del SIDA, en Selecciones Reader Digest, Febrero de 1991, pp. 17-30.
- 10.- Galván Díaz, Francisco. "Consenso Público y SIDA. GIS-SIDA; Experiencia", en suplemento de El Nacional, num. 17, febrero de 1992, pp. 1-3.
- 11.- Garret, Laurie. "Males Infecciosos, los invasores oportunistas de - los cuerpos afectados por el virus del SIDA", en Excélsior, s/f.
- 12.- Gattoni, Lombarda. "¿Pena de Muerte a las Personas con SIDA que de- liberadamente contagian el virus ?" en Excélsior, 15 de septiembre - de 1991, Sección E, primera plana.
- 13.- Gómez, Consuelo. "Niños de la Calle, Víctimas del SIDA: El Mal del - Siglo no perdona", en : Impacto, México, publicaciones Llergo, S.A. de C.V., num. 2253, mayo 6 de 1993, p. 72.

- 14.- Gómez Moreno, Víctor, et. al. "Estudio Clínico de Inmunología en una población homosexual sana como grupo de alto riesgo para el SIDA", en Revista Médica del Hospital General de México, S.S., vol. 50 num. 3, México, 1987.
- 15.- González Raymundo. "El SIDA adquiere características de problema de Salud Pública: Soberón", en El Herald, dic. 5, 1986, p. 3.
- 16.- Gorab Ramírez, Alicia. "La Prevención de la Infección por el VIH en los jóvenes", Gaceta CONASIDA, num. 5, México, 1990.
- 17.- Gutiérrez S. José Luis. "Pensamiento Científico, Religión y SIDA, Suplemento de El Nacional, num. 17, febrero de 1992.
- 18.- Hernández Jacinto, Noé. "Temor al contagio de médicos y personal. Rechazan a los enfermos del SIDA en el Sector Salud, dice uno de ellos". en Excélsior, 31 de agosto, 1987, p.34.
- 19.- Hinojosa, Oscar. "Están en todas partes y prestos a defenderse, los homosexuales esperan una ola de intolerancia que creen, los fortalecerá". en Revista Proceso, num. 550, 18 de mayo de 1987.
- 20.- Licea, Gloria. "En Iztacalco, ¿ qué saben los jóvenes del SIDA?", en El Nacional, Sección Sociedad y SIDA, num. 9, junio de 1991.
- 21.- López Díaz, Pedro: "De lo cotidiano, SIDA mal del siglo", La Prensa, agosto 8 de 1985, p. 9.
- 22.- Márquez, Patricia. "Más casos de SIDA en México, Hay alarma entre médicos de diversos hospitales", Cuestión, 24 de julio de 1985.
- 23.- Maynez Puente, Samuel. "Conozca al SIDA", en Revista Proceso, num. 550, 18 de mayo de 1987.
- 23.- Osnajanski, Norma y Luis Giacosa. "SIDA: Buenas Noticias en : Siempre, Año 39, num. 2074, marzo 24 de 1993,
- 24.- Ovaciones. "Hay en México 50 adultos y 2 niños enfermos

- de SIDA", 19 de julio de 1985, p. 3.
- 25.- Peralta, Mario. "Niegan que haya casos de SIDA en nuestro país. Niegan IMSS e ISSSTE que haya casos de SIDA en México, aseguran químicos", Gráfico, 26 de julio de 1985, p. 7.
 - 26.- Prieto Barrientos, Vanessa. "Una persona cercana a tí"... Sección Metropolitana de Excélsior, 30 de noviembre de 1993, p. 1,13.
 - 27.- Ramos, María Elena. "¿Con quién me engañas?", Parte III en SIDA y Dignidad, Sección Metropolitana, Excélsior, 6 de diciembre de 1993, p. 1, 15.
 - 28.- Revista Proceso. "El Contagio del Nuevo Mal, que podría ser delictivo, no está previsto en la Ley", num. 550, 18 de mayo de 1987.
 - 29.- Revista Proceso. "El SIDA que hace tema central de órganos de Cultura e Información de Homosexuales", num. 550, 18 de mayo de 1987.
 - 30.- Ruíz Palacios G. y cols. "Características del SIDA en 93 Pacientes del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", en la Revista Investigación Clínica, num. 39, México, 1987, pp. 7-12.
 - 31.- Sánchez y Medrano Silvia. "SIDA ya en el 85% del país. Alcanza rango epidémico en todo el mundo. Ataca hasta niños y a los traga-fuego," en El Sol de México, 10 de enero de 1987, p. 4.
 - 32.- Secretaría de Salud. "Algunas preguntas y respuestas acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)", Boletín para los medios de comunicación, México, 1986.
 - 33.- Secretaría de Salud. "CONASIDA. Hechos relevantes sobre el SIDA", boletín num. 3, mimeo, s/f.
 - 34.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología. "Algunas respuestas sobre el SIDA", Boletín, México, Agosto de 1985.

- 35.- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología. "Algunas preguntas y respuestas acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", Boletín para los medios de comunicación, México, Diciembre de 1986.
- 36.- "SIDA. ¿ Mitos ? ¿ Realidades?" en: Readaptación, México, 1993.
- 37.- Singer, Leticia. "El SIDA avanza: Revelaciones sinietras en: Siempre, Presencia de México, editorial Siempre, Año 39, num. 2079, abril 18 de 1993, pp. 74-75.
- 38.- Taylor, Clark. "SIDA. Folleto sobre el uso de condones", Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, México, 1988.
- 39.- Uno más Uno. "El SIDA, tema que se ha puesto muy de moda, no es para México el principal foco de atención médica", 27 de julio de 1985, p. 21.
- 40.- Valencia Mayoral, Pedro, et. al. "Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en Niños Mexicanos", Boletín Médico del Hospital Infantil, Abril de 1988.
- 41.- Valdespino, José Luis, et. al. "Patrones y Predicciones epidemiológicas del SIDA en México", Salud Pública, vol. 30, 1988.
- 42.- Zighen, Salima. "Hay que esperar décadas para que se establezca la prevalencia mundial de infecciones por el SIDA": Organización Mundial de la Salud, 29 de septiembre de 1991.