



38  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE ECONOMIA**

**EL SIDA: COSTOS E IMPACTO EN LA  
ECONOMIA MEXICANA. SU EFECTO  
EN EL SECTOR LABORAL, (1989 - 1994)**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ECONOMIA**  
P R E S E N T A N:  
**DIAZ REYES MARICELA**  
**MACIAS ESQUIVEL MONICA**

**ASESOR: MTO. FERNANDO TALAVERA ALDAMA**

MEXICO, D.F.

1996.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A mi mamá y mi papá por su gran  
amor y comprensión, motor fundamental  
para mi formación profesional.**

**A mi hermanos y en especial a Juan Rolando.**

**A Mónica , por su paciencia, tolerancia, apoyo y dedicación  
para elaborar este trabajo**

**y finalmente a mis amigos y maestros por su apoyo.**

**GRACIAS.**

**MARICELA.**

**A mi madre, por  
su fuerza, su amor y  
la fé que siempre tuvo  
en mí.**

**A mi padre (+), que  
dejó plantada la  
semilla de la superación.**

**A mi amiga y compañera  
de tesis, Maricela Díaz  
por su apoyo y constancia,  
porque es un trabajo de las dos.**

**Y a todos los amigos y  
maestros que directa  
o indirectamente colaborarán  
para que culminara mis  
estudios y concluyera este  
trabajo.**

**GRACIAS**

**MONICA**

# CONTENIDO

## INTRODUCCION

### CAPITULO I

<b>EL SIDA: UNA ENFERMEDAD EPIDEMIOLOGICA.....</b>	
1.1 ANTECEDENTES.....	7
1.2 EL IMPACTO SOCIAL.....	13
1.3 EL IMPACTO ECONOMICO.....	18
1.4 ACCIONES Y MEDIDAS.....	25
1.5 PROGRAMAS ESPECIFICOS.....	34

### CAPITULO II

<b>CAMPAÑAS.....</b>	
2.1 SU PREVISION SOCIAL.....	38
2.2 IMPACTO DE LAS CAMPAÑAS EN LA ECONOMIA.....	46
2.3 BENEFICIO DEL GOBIERNO POR ESTOS SERVICIOS.....	51

### CAPITULO III

<b>LOS COSTOS DEL SIDA.....</b>	
3.1 LOS COSTOS DEL SIDA.....	56
3.2 COSTOS POR PACIENTE.....	66
3.3 GRUPOS (PRACTICAS) DE RIESGO.....	73
3.4 ZONAS DE MAYOR INCIDENCIAGEOGRAFICA.....	80

### CAPITULO IV

<b>IMPACTO EN SECTOR LABORAL.....</b>	
4.1 EL SIDA EN EL SECTOR LABORAL.....	86
4.2 AREA DE MAYOR INCIDENCIA LABORAL.....	94
4.3 GRUPOS DE MAYOR RIESGO.....	98
4.4 COSTO POR TRABAJADOR ENFERMO DEL SIDA.....	103
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>108</b>

### ANEXO.

<b>CONFORMACION DEL SECTOR SALUD.....</b>	<b>114</b>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>126</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>129</b>

## INTRODUCCION.

Considerando a la salud como uno de los elementos indispensables e imprescindibles para medir el desarrollo de un país, es de gran importancia analizar la atención a la salud en México, encaminándose específicamente al SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): que surge como una enfermedad reciente, pero de cada vez mayor importancia. Por su evolución es considerada como una enfermedad epidémica a nivel nacional, por su magnitud a nivel mundial se le considera una pandemia<sup>1</sup> que está afectando a diversas regiones del planeta.

Los antecedentes del SIDA se empiezan a manifestar en la década de los ochenta, cuando la ciencia médica creía ya saber acerca de todas las enfermedades que podía erradicar o por lo menos controlar, los descubrimientos científicos eran muchos y en su gran mayoría beneficiaban a la humanidad, sin embargo surgió una nueva entidad clínica que había aparecido de manera inesperada en la era de los grandes avances sociales, económicos y descubrimientos científicos.

A lo largo de la historia de la humanidad las enfermedades han tenido un papel esencial en el desarrollo de las sociedades, la manera de entender y afrontar el riesgo de enfermar ha caracterizado las distintas épocas de la historia del hombre; desde sus primeras congregaciones (comunidad primitiva) hasta la compleja red de interrelaciones que caracterizan el mundo moderno. Algunas epidemias han sido superadas por el avance del conocimiento y por la disposición de técnicas para prevenirlas o combatirlas. Otras persisten después de siglos aunque son controladas, otras tantas emergen como condiciones nuevas para las que no hay respuesta y aún no se está lo suficientemente preparado.

El SIDA, se ubica dentro del último grupo y al igual que otras epidemias<sup>2</sup> como la lepra, la peste o la viruela; que siendo ya casi erradicadas, provocaron en su tiempo grandes devastaciones de poblaciones enteras que quedaron registradas dentro de los anales de la salud pública.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea.

<sup>2</sup> Este término se utiliza cuando cuando se presenta un número de casos de determinada enfermedad fuera de lo acostumbrado, en determinado tiempo y en determinada región.

<sup>3</sup> La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; ya que la salud es el estado de completo bienestar físico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La definición de una enfermedad como problema de salud pública se hace, entre otros parámetros, por su letalidad, su costo y su velocidad de expansión.

El SIDA va acompañado de una serie de prejuicios, actitudes sociales de estigmatización del enfermo, aunado a una visión cultural del mal que dificulta el tratamiento y su eventual cura<sup>4</sup>, pero a diferencia de las otras epidemias, el SIDA aparece en un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo, lo que determina una distinta manera de enfrentar el problema sanitario.

Esta situación especial de estar y no estar preparado para afrontar la nueva enfermedad, hace del SIDA una cuestión no sólo médica y de salud pública, sino también un asunto social y económico que concierne a toda la población y sobre todo al estado, responsable de conducir el desenvolvimiento de los asuntos públicos del país.

El embate del SIDA y la rapidez de su evolución, hace necesario detenerse a reflexionar y analizar las políticas implementadas por el gobierno de México en el Sector Salud ante tal contingencia, así como el presupuesto que se canaliza. Durante este estudio se ha dejado establecido que presupuesto específico para este problema de salud pública, no existe sino que se deriva de subprogramas. Es decir ni siquiera se cuenta con un programa propio diseñado para combatir el SIDA.

Esta nueva enfermedad ha sido objeto de muchas investigaciones por su proliferación de manera muy acelerada, encontrando a una población totalmente ignorante con respecto a ella. El SIDA ha sido objeto de un sinnúmero de interpretaciones sobre todo de tipo moral y religioso por la forma de contagio que supone una conducta sexual desordenada, dentro de la cual también se incluye a la drogadicción.

Por ello el gobierno como el primer implicado en tratar de detener la enfermedad, se encuentra ante el problema de contar con una población enferma si es que no toma las medidas adecuadas para diseñar los mecanismos preventivos y correctivos acordes a la realidad del país. México tiene una cultura y una formación social moralista muy peculiar, aunado a ello, el gobierno tendrá que luchar contra los intereses económicos de determinados grupos de poder, que dificultan la realización de acciones, medidas, programas y campañas objetivas, que no toquen o hieran susceptibilidades de grupos y que realmente sean efectivas.

Aunado a esto se puede observar también problemas de orden administrativo, como el presupuesto destinado a la salud pública, que cambia sexenio a sexenio, demostrando la existencia de criterios disímiles en las políticas de salud. Así como en el interior de las políticas del sector salud, donde hay un mayor apoyo a la atención curativa, existiendo un gran descuido en las políticas

---

<sup>4</sup> La cual hasta el momento es inexistente y que de acuerdo a los científicos, por lo menos tendrán que pasar 30 años para exista una vacuna disponible en el mercado.

preventivas. Asimismo la ineficiencia burocrática se vincula con la escasez de recursos destinados a los programas de salud, agudizando la ya difícil situación de la lucha contra el SIDA.

La proporción de gasto destinado a programas de atención curativa a nivel general representaba hasta 1994 poco más de cinco veces en relación con la atención preventiva general. Lo anterior hace pensar, que si dentro de los programas de curación y prevención a nivel global hay una brecha que se ha ido abriendo hasta en una proporción de poco más de siete a uno; qué no, sucederá con los subprogramas en materia de prevención dentro de los cuales se encuentra el SIDA.

Ante tal desproporción se pueden generar grandes vacíos en la atención a los enfermos del virus quienes no entran dentro de los programas de curación, ni de prevención; y que refleja la falta de equilibrio dentro de las políticas de salud en México.

El considerar a la salud como un elemento indispensable, para el desarrollo de un país, ligado íntimamente con la fuerza de trabajo que es determinante en la economía del mismo, ya que si cuenta con una población enferma, la economía empieza a sufrir las consecuencias, no produce, no crece y ella también enferma, (efecto multiplicador)<sup>5</sup>.

De ahí la relación, mediante la conservación de la salud se puede dar un desarrollo económico y social de la población. Además la salud es un elemento imprescindible dentro de la economía y no un ente aislado que no afecta las variables económicas, como algunas personas pudieran pensar.

Por otro lado si se quiere controlar el SIDA, hay que diseñar campañas acordes a la realidad del país dejando a un lado los intereses de particulares, que representan una gran traba para el desarrollo armónico de éstas. Sin llegar a tendencias amarillistas, según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>6</sup>, para el año 2000 se estima que habrá en el mundo 40 millones de personas infectadas con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), correspondiendo a los países en desarrollo el 90%, de los cuales el 25% serán niños. Ante las claras evidencias de la ausencia de una cura en corto o mediano plazo, la única medicina efectiva contra el virus es *la prevención*; porque el enfermar representa un alto costo en todos los aspectos.

El VIH daña al sistema inmune y por lo tanto condiciona la presencia de infecciones oportunistas; el SIDA es una enfermedad letal y con una alta carga de estigmatización. En México hasta 1994 se

---

<sup>5</sup> El efecto multiplicador es una medida de efecto sobre el Ingreso Nacional. Total del cambio de la demanda agregada. Se visualiza como un proceso expansivo. (Julio López, 1987)

<sup>6</sup> La OMS, se fundó en julio de 1946, es un organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud la cual depende de la cooperación entre los individuos y las naciones, además de ser un derecho fundamental del ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o constitución económica y social.



habían reportado poco más de 18 mil casos del SIDA; afectando principalmente a la población en edad productiva y reproductiva situándose entre 20 y 49 años en hombres y de 24 a 34 en mujeres. Además el contraer el virus representa un costo paliativo de N\$ 6 mi pesos aproximadamente al mes y 72 mil pesos al año, ello resulta incosteable para un trabajador que perciba en México un salario de mil 200 pesos o menos, equivalente a dos salarios mínimos en 1994. (INEGI, Censo Económico, 1994)

Ante la amenaza que representa el virus para la población y más aún para la población en edad productiva, se tratará de dar en este estudio una visión real y objetiva de los efectos del virus. Para ello se decidió realizar el análisis en cuatro capítulos: en el primero se busca exponer los antecedentes epidémicos de la enfermedad, mediante un esbozo médico general de la misma, partiendo de dos grandes problemas que han ido aumentando conforme al incremento de las cifras VIH/SIDA - el social y el económico- que contribuyen a definir el perfil del virus dentro de contexto de salud pública, lo que obliga la elaboración de acciones, medidas y programas para combatirlo, siendo la prevención una de las principales armas para la lucha de tan terrible mal.

En el segundo capítulo, una vez ubicado el problema, se analiza el riesgo que representa para la población en general la aparición del virus y como también surge la necesidad del diseño de campañas como un mecanismo preventivo tratando de contrarrestar los avances del VIH/SIDA. Por otro lado también, toda enfermedad (de salud pública) representa un costo económico para el gobierno, pero también un beneficio, y ello también será abordado en el capítulo.

En el tercer capítulo, conocidos ya los antecedentes del SIDA y los costos por campaña, se estudiarán los costos por paciente lo que llevará a conocer los grupos de riesgo así como las zonas de mayor incidencia. En el cuarto y último capítulo una vez conocidos los costos por paciente a nivel general, el estudio se remitió al análisis de los efectos del SIDA en el sector laboral, considerando que el mayor número de infectados se está dando en el grupo de edad productiva.

Finalmente se incluye un anexo con la conformación del Sector Salud en México, que señala las bases estructurales y el funcionamiento del sector, ubicándole como uno de los ejes principales del estudio realizado; además se incluye un glosario con la terminología empleada durante la realización del trabajo, para facilitar la lectura.

En cuanto a la metodología del presente trabajo, se ubica dentro de una investigación de campo, utilizando el método deductivo, procediendo de lo universal a lo particular mediante la ubicación del objeto de estudio, comenzando con el establecimiento de nuestras hipótesis para la construcción de la problemática planteada hasta llegar a la respuesta que se busca.

Nuestras hipótesis fueron el primer hilo conductor que nos permitió establecer una relación entre enfermedad-economía, partiendo de una primera aproximación: las personas infectadas con el VIH/SIDA, en su mayoría forman parte de la población económicamente activa.

Para tener una idea más real de lo que sucedía con el virus, tratamos de recopilar información recurriendo a diferentes fuentes, también recurrimos al CONASIDA, institución donde realizamos entrevistas directas con funcionarios y de forma documental solo se pudo obtener información estadística y médica básicamente, esta última muy importante pues a partir del cuadro clínico y farmacológico se pudo calcular el gasto general e individual de los pacientes con VIH/SIDA.

Al recolectar información estadística y hemerográfica, se observó que es limitado el estudio económico en torno al VIH/SIDA, lo que nos motivó a interesarnos más por el tema y encontrar que la investigación se complicaba más, principalmente en lo referente a la bibliografía. Durante el desarrollo de la investigación, se pudo conocer diferentes ámbitos del problema como un modo de aprendizaje y también el problema que representa para el mundo en general.

La recopilación bibliográfica y hemerográfica pertinente, constó de 93 publicaciones generadas en los últimos diez años: epidémico, económico y sociológico principalmente. También se recurrió a entrevistas directas y telefónicas tanto con funcionarios que trabajan en la lucha contra el virus, como enfermos y trabajadores de las ramas de ocupación más afectadas, tratando de buscar la información real. Las conferencias, programas en radio y televisión formaron también parte de la línea de investigación.

El apoyo de nuestro director de tesis, profesor: Fernando Talavera Aldana y de los profesores: Enrique Rajchemberg, Juan José Martínez Salinas, Ma. de la Luz Arriaga y Guillermo Padilla, fueron otro pilar importante, quienes con sus asesorías nos guiaron para la conclusión del presente trabajo.

**FALTA PAGINA**

**No.**

**6**

## 1.1 ANTECEDENTES.

En poco más de una década el SIDA dejó de ser una epidemia para convertirse en una pandemia. además de ser un tema de estudio a nivel mundial no sólo en países industrializados sino también en aquellos en vías de desarrollo ya que la naturaleza del virus modifica o profundiza por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos. En este mismo lapso la búsqueda de la vacuna o la droga para su curación, ha representado una importante empresa para la comunidad científica; pero al mismo tiempo lo complejo del virus hace que los científicos cada día sean más realistas, por ello hasta el momento ya no hablan de cura sino de mitigar y hacer la enfermedad más manejable. (Valasis, 1994)

Resulta difícil determinar con precisión cuales fueron los primeros casos de SIDA, ya que se trata de una enfermedad no reconocida sino hasta la década de los 80. Los primeros cinco casos se reportaron en la ciudad de los Angeles en junio de 1981, se trataba en todos ellos de varones homosexuales jóvenes con neumonía por *Pneumocytis Carinni* (NPC). Los sujetos habían presentado fiebre, fatiga y malestar general varios meses antes de la neumonía. Al momento de la hospitalización los pacientes tenían además otras enfermedades oportunistas<sup>7</sup>. Este hecho llamó la atención por su incidencia temporal y por ser un agente casual con una forma de vida oportunista poco común, un mes más tarde aparecieron más casos de neumonía y de Sarcoma de Kaposi<sup>8</sup> en jóvenes homosexuales en los estado de Nueva York y California. (Ponce de León Samuel, Macias E. Alejandro, 1988)

A partir de entonces el Centro de Control de Enfermedades<sup>9</sup> (CDC de Estados Unidos) organizó un equipo de trabajo encargado exclusivamente de la vigilancia e investigación epidemiológica de

---

<sup>7</sup> O infecciones oportunistas: como neumonía, cáncer de piel, diarrea abundante, candidiasis (hongos), entre otras enfermedades, que ante la inmunodeficiencia no se puede controlar.

<sup>8</sup> SARCOMA DE KAPOSI: Este padecimiento es un cáncer de piel; alrededor del 10% de esta proporción desarrolla un tumor con una infección oportunista y tejidos conjuntivos, y es una complicación del SIDA que ocurre en un 35% del total de casos de los enfermos del virus.

<sup>9</sup> Center for Disease Control: organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras.

este nuevo brote de Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas para mediados de septiembre de 1982 el CDC había detectado 539 casos de lo que para entonces se decidió llamar "Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida" (SIDA). (Sepúlveda Amor, 1988)

El agente etiológico del padecimiento fue descrito en mayo de 1983 en el Instituto PASTEUR de Francia y un año más tarde en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. En 1984 se desarrollaron pruebas de detección de anticuerpos y en 1985 se iniciaron las pruebas seriológicas rutinarias en los bancos de sangre. En mayo de 1986, un comité taxonómico de la OMS propuso denominar al virus del SIDA, "Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (VIH).

En el transcurso de 1987 se iniciaron las primeras pruebas de vacunación contra el SIDA en Francia y en Estados Unidos, que actualmente se encuentra en la Fase I-II de experimentación en seres humanos.

De acuerdo a datos de la OMS, a finales de 1994 se habían reportado un millón 25 mil casos acumulados de SIDA a nivel mundial, aunque se estima que el número real podría ser de alrededor de 4 millones 500 mil con el síndrome. Esto significa un aumento del 20% con respecto al número de casos a finales de 1993. A su vez el número de infectados con el VIH, hasta 1994 se calcula en 18 millones de adultos y 1.5 millones de niños. Del total de éstos, 40% son mujeres, lo que representa un aumento importante ya que en 1990 sólo era la tercera de las mismas. (Liguori, 1995)

En México los primeros casos se diagnosticaron en 1983, los pacientes habían empezado el padecimiento en 1981, año que se considera como inicio de la pandemia. En 1985 comenzó la detección de anticuerpos ANTI-VIH en muestras de suero. Los primeros casos se diagnosticaron en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) en 1983. Hasta el primero de enero de 1988 se habían atendido 127 enfermos en dicho Instituto. Se informaron los resultados clínicos y demográficos de los primeros 107 pacientes (106 hombres y 1 mujer). La edad promedio fue de 35.3 años; de los varones 94 (88%) refirieron homosexualidad y 33 (38%) se declararon bisexuales.

En mayo de 1986 se modificó la Ley General de Salud estableciendo la obligatoriedad de investigar anticuerpos específicos en todos los donadores de sangre. En noviembre de 1986 se incluyó al SIDA entre las enfermedades sujetas a control sanitario y vigilancia epidemiológica y se estableció la obligación de notificar a las autoridades sanitarias los casos de individuos asintomáticos infectados por VIH. En mayo de 1987 se adoptó la medida histórica de prohibir la comercialización de sangre. Sin embargo, a más de diez años de la llegada del SIDA a México, no se conoce el número exacto de personas infectadas.

Durante la lectura del IV Informe de Gobierno, el presidente Carlos Salinas de Gortari afirmó que en México se ha puesto especial énfasis en garantizar el abastecimiento de sangre segura, pero

aun así se deben redoblar esfuerzos para prevenir la enfermedad mediante campañas tanto educativas como informativas. (Diario Oficial, 1994)

Es cierto que tanto la necesidad de analizar cada unidad de sangre como la prohibición de su comercio, han jugado un papel determinante en la contención de la epidemia pero es erróneo confundir los casos de SIDA registrados oficialmente con el número real de personas que están infectadas y que han desarrollado la enfermedad o que han fallecido a causa del SIDA. El número de casos registrados de SIDA ha disminuido pero ello no indica que la epidemia se haya estabilizado, ya que existe un subregistro gracias a la condena que provoca la enfermedad socialmente, lo que hace que los enfermos permanezcan en el anonimato.

La epidemia no sólo se ha infiltrado de manera silenciosa en las grandes ciudades, sino también en el campo debido a la gran influencia de grupos migratorios legales e ilegales, en los cuales se ha encontrado el virus contraído en Estados Unidos que al igual que otros países desarrollados permiten que los trabajadores ilegales vivan en condiciones de marginalidad jurídica, médica y social, pese a su contribución productiva, en ese país.

La presencia de brotes de SIDA en pequeños pueblos de Michoacán, Jalisco y Zacatecas así como otras entidades donde existe flujo constante de indocumentados hacia Estados Unidos, muestra la necesidad de implementar políticas preventivas tanto a nivel nacional como internacional. (Cárdenas Elizalde, 1992)

Lo anterior refuerza una tendencia mundial claramente definida: la del crecimiento de la pandemia entre los grupos sociales más débiles económicamente, los eternos golpeados por todo el desastre económico, político, climatológico o médico.

Hasta 1994, se habían reportado oficialmente 18 mil 006 casos de SIDA a nivel nacional, aunque se calcula el doble ante la existencia de un subregistro. Por otro lado, el incremento de casos en mujeres va en aumento de acuerdo a los datos oficiales en mayo de 1992, existían solamente un número de mil 366 mujeres con SIDA en México, cifra que esta creciendo de manera alarmante: en 1984 había una mujer infectada por cada 24 hombres pero a finales de 1994 la proporción se incrementó a una mujer infectada por cada seis hombres infectados; dentro de pocos años la proporción será de uno a uno, de acuerdo a cálculos de la OMS. Con estos datos en mente es importante realizar una campaña activa, objetiva y dirigida de información y educación sexual que disminuya el riesgo, de contraer el virus.

Conocer el lugar dónde comenzó la epidemia y estudiar qué otras especies animales se encuentran infectadas por virus similares, puede dar luz sobre el mecanismo patológico de la enfermedad así como pistas para su posible control. Actualmente existe consenso en cuanto a que el SIDA es una

enfermedad tan nueva en Africa como en cualquier lugar del planeta y que epidemiológicamente hablando tiene menor importancia saber de donde viene el SIDA, que hacia dónde se dirige.

No sólo el origen del SIDA ha despertado el interés científico, sino que también ha estimulado enormemente la investigación en diversas áreas del conocimiento. Los acontecimientos de la epidemia han dado la convicción de que las cuantiosas inversiones que se están haciendo en diversas ramas científicas llegarán a traspasar fronteras en problemas que trascienden al SIDA, como lo son el cáncer o la regulación del sistema inmune.

A pesar de la desgracia que para la humanidad ha representado este terrible mal, es motivo de alivio reconocer que ocurrió en un momento histórico caracterizado por el gran adelanto tecnológico que en muy poco tiempo permitió el aislamiento del agente etiológico y el desarrollo de las pruebas de diagnóstico.

El tratar de buscar el origen del virus, ha llevado a concluir que el patrón de transmisión se dio primeramente en Africa en los inicios de los 70; en Europa y Estados Unidos a finales de los 70; en América Latina excepto en el Caribe se inició a principios de los 80 y por último en Asia y Oceanía la transmisión tiene sus primeros antecedentes, entre principios y mediados de los ochenta. Los patrones de transmisión del SIDA dependen entre otros factores de: 1) el periodo transcurrido desde la introducción del VIH en una población determinada; 2) las condiciones sociales de la población, incluyendo fenómenos migratorios; 3) los hábitos y costumbres sexuales; 4) otras costumbres; 5) la infraestructura sanitaria y educativa existentes y la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia (ejemplo: algunos países con infraestructura sanitaria adecuada han podido detectar la epidemia en forma relativamente temprana, permitiendo modificar comportamientos, especialmente al disminuir la transmisión de sangre y hemoderivados) y por último 6) ciertos factores que están asociados a la frecuencia y características de algunas enfermedades infecciosas endémicas en ciertas regiones. (Valdespino, 1988)

En torno al VIH, virus que produce el SIDA, han surgido diferentes teorías que tratan de determinar las causas específicas de su origen que hasta el momento se desconoce. Una de las hipótesis más difundidas, es aquella que señala los primeros antecedentes del virus en Africa Central,<sup>10</sup> trataba de una vieja enfermedad africana; donde los primeros análisis de antiguas muestras de sangre condujeron a la falsa conclusión de que el VIH había sido endémico<sup>11</sup> en Africa durante

---

<sup>10</sup> En Africa Central, es el lugar donde se han logrado detectar retrospectivamente sueros positivo de VIH, con mayor antigüedad (1959).

<sup>11</sup> Este término se utiliza cuando se presenta un número de casos de determinada enfermedad fuera del acostumbrado, en determinado tiempo y en determinada región.

décadas. Pero cuando los métodos de buscar en la sangre los anticuerpos del virus mejoraron, los primeros análisis de sangre quedaron desacreditados y se aceptó entonces que el SIDA era tan nuevo para Africa como para Estados Unidos y Europa.

Cabe resaltar, que sin embargo Africa sigue siendo para muchos países, principalmente los desarrollados, el principal portador del virus y esto se debe a que la transmisión del VIH se inicia en esta región desde principios de los 70, enmarcado en problemas sociopolíticos graves, con fenómenos migratorios importantes y con grandes dificultades económicas que se agudizaron con la falta de infraestructura sanitaria.

Otra teoría, señala que el VIH había evolucionado a partir de un virus predecesor, descubierto en monos verdes africanos salvajes, que pasó a los africanos y de ellos a su vez al resto del mundo: sin embargo los científicos consideraron la teoría improbable ya que en las investigaciones se ha comprobado que la teoría de la existencia del virus del mono verde africano, que había tenido mucha publicidad, resultó ser un error de identidad. (Valdespino, 1988)

De las muchas hipótesis que han surgido en torno del virus, quizás la más aceptada es la del debilitamiento del sistema inmunológico que provoca la invasión del virus, ejemplo de ello es la infección de homosexuales que son altamente susceptibles, debido a su muy particular estilo de vida sexual, que conlleva una serie de prácticas que debilitan su sistema inmune, como el uso de drogas estimulantes y relajantes de esfínteres<sup>12</sup> que tienen una acción directa en el sistema inmune, por otra parte la naturaleza del homosexual no monógama lo predispone más a la infección.

La hipótesis anterior se refuerza con los primeros casos del SIDA, donde la mayoría de los infectados son homosexuales. Originando que en los inicios de la enfermedad se lleguen a clasificar y estigmatizar a los denominados grupos de riesgo (homosexuales, prostitutas, bisexuales drogadictos, principalmente) como los causantes de la enfermedad. Sin embargo en la actualidad se considera como un error esta teoría, ya que no existen grupos de riesgo, sino más bien *prácticas de riesgo*.

Lo anterior ha quedado en evidencia, a poco más de 13 años del inicio del SIDA, que hasta hace poco era considerado un mal común de los homosexuales, pero que hoy se ha transformado en un problema social, económico y no sólo médico, que está afectando a heterosexuales en su mayoría. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel mundial la vía de transmisión del VIH se encuentra en la siguiente proporción: heterosexual, 71%; homosexual, 15%; droga intravenosa, 7%; sangre contaminada, 5% y el 2% restante se desconoce la vía de transmisión. (Lagunes, 1995)

---

<sup>12</sup> Músculo en forma de anillo que cierra y abre un orificio de cuerpo.



Por otro lado, si bien es cierto que el adelanto tecnológico ha traído grandes avances, que pueden permitir una "mejor" calidad de vida para el ser humano, también es cierto que la misma tecnología ha traído consigo grandes daños que van mermando la salud. La contaminación ambiental y los tóxicos son uno de grandes ejemplos del adelanto tecnológico, que dañan paulatinamente al organismo del ser humano, lo hace más susceptible a enfermedades de todo tipo e incluso da inicio a otras nuevas como el cáncer del pulmón y estómago. Sin embargo estos problemas son más propios de países industrializados incluso, ello permite que se pueda hacer una gran clasificación entre las enfermedades existentes ya sean del desarrollo o del subdesarrollo.

En los países industrializados se tienen altas tasas de mortalidad por cáncer y enfermedades cardiacas (causadas principalmente por la obesidad), mientras que las enfermedades que provocan más muertes en los países subdesarrollados son de tipo gastrointestinal como la desnutrición y parasitosis.

El SIDA aunque fue inicialmente diagnosticado en Estados Unidos, ya había antecedentes del virus con el mismo patrón de transmisión, lo que hace que no se pueda asociar al virus como consecuencia del desarrollo tecnológico, pero sí a una revolución en la conducta sexual insertada en una sociedad más libre de prejuicios, practicando una doble moralidad, que predisponen a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Si bien es cierto que los contaminantes debilitan el organismo también es cierto que el VIH se propaga en zonas del mundo no altamente contaminadas como Zaire, por ejemplo; con una población debilitada inmunológicamente por agudas desnutriciones provocadas por la miseria y una promiscuidad sexual causada por la falta de una educación sexual real (patrón clásico de casi todos los países en desarrollo). Mientras que en los países desarrollados, el perfil se encamina también en personas debilitadas inmunológicamente, pero con circunstancias diferentes: drogas estimulantes y una promiscuidad sexual que se da libremente con la plena conciencia y no por falta de educación.

Aunque es importante señalar la concurrencia de una época de adelantos científicos y tecnológicos, que viene aparejada con una modificación de valores, punto especialmente vulnerable por donde ataca esta enfermedad.

## 1.2 EL IMPACTO SOCIAL.

En todas las sociedades la cultura es parte determinante para su desarrollo y para fijar una actitud ante su influencia en todo tipo de fenómenos. La cultura de una sociedad también determina su tipo y nivel de educación como conocimiento de sí misma y de todo el ámbito que envuelve su formación, así la educación determina entonces su grado de desarrollo o evolución.

La educación ha marcado el desarrollo de las sociedades en todos los niveles, formando la conciencia en los individuos de poder interpretar su entorno y competir tanto por la propia supervivencia como en la coordinación para el desarrollo de su sociedad. En todas las formaciones sociales la educación sexual ha jugado un papel prioritario, la importancia del tema de la sexualidad estaba en ser una de las dimensiones de la cultura, estrechamente ligadas a la identidad, a la construcción social de normas morales y prácticas así como a la regulación del poder en las instituciones sociales.

La identidad y la definición de un tipo particular de persona no puede deslindarse de las formas simbólicas de género ser hombre o mujer, las normas de la sexualidad van más allá de la vida familiar, regulando el comportamiento de los géneros, las generaciones y las edades, vitales entre los puestos de poder y de subordinación, en el trabajo doméstico, productivo o comunitario entre los grupos sociales y los grupos étnicos.

En este momento se vive un fenómeno social íntimamente ligado a la moral, la educación y la cultura que se refleja directamente en la sexualidad, formando parte natural de todo individuo.

Los efectos sociales del SIDA tienen afectaciones diferentes en México como en Europa, Asia o Africa, ya que en las sociedades latinas como México sus efectos se perfilan como diversos y contradictorios al coexistir tendencias morales encontradas (doble moralidad), sin que hasta ahora logre aparecer una como dominante.

Por una parte la liberación sexual no sólo transformó profundamente las expectativas de las mujeres y los homosexuales, sino que, en general, contribuyó a crear un ambiente de apertura ideológica que hizo más difícil la estigmatización de las personas por sus costumbres sexuales, pertenencia a un determinado grupo étnico o religioso, su lenguaje, vestimenta o en términos globales por su distancia de la moral tradicional. Este fenómeno global se registró como un cambio

ideológico que hizo pensar que la tolerancia había recorrido al igual que la modernización un cambio corto pero irreversible.

La presente década ha mostrado la posibilidad de que esa tendencia sea revertida, cuando menos parcialmente a nivel mundial y a nivel nacional. El impulso modernizador puede también ir acompañado de un resurgimiento de los valores más tradicionales o conservadores, ambas tendencias morales ocupan un lugar importante en la ideología social y es posible que con la aparición del SIDA sea determinante para que una de ellas resulte triunfadora.

La profunda transformación de las costumbres y la ideología del mundo occidental comenzó a ser visible a partir de la década de los 50 y respondió a la conjugación de dos fenómenos principalmente: el espíritu de la posguerra que expresó la sed social de un mundo político tolerante y libertario que se presentaba como una alternativa a los horrores producidos por el autoritarismo y por otro lado el avance del proceso modernizador en todos sus aspectos.

No sólo resulta novedoso que la juventud reivindicara el tomar parte en las decisiones políticas y el ser reconocida como un sector social digno de respeto sino también las formas que utilizaron para expresar estas demandas fueron originales, tales como el lenguaje, la música, la manera de vestir, gustase o no a los sectores conservadores de la sociedad. La contribución del movimiento feminista a esta transfiguración cualitativa de los valores morales es definitiva, las feministas lograron cuestionar desde las eternas ideas sobre la inferioridad "natural" respecto al hombre hasta las repercusiones que estas mismas ideas tienen en los roles sociales que se les asignan a ambos sexos. (Rodríguez, 1993)

El mero hecho de haber logrado introducir fisuras importantes en estos esquemas conservadores da cuenta de una gran transformación en el mundo y las expectativas de la vida que tiene un creciente número de sujetos de ambos sexos. En México donde los valores tradicionales han predominado sobre los efectos de la modernización, los movimientos estudiantiles y feministas dejaron su profunda huella: desde el 68, los valores morales de la población en su mayoría, han variado considerablemente mostrando un gran distanciamiento respecto a la moral tradicional.

Dentro de este ámbito de educación y libertad sexual, es importante introducir la relación que existe entre ambos elementos y el problema de salud pública. El SIDA al ser considerado ya una pandemia que se difunde principalmente por vía sexual, está íntimamente relacionado con la educación sexual y la forma de abordarla en general se ha modificado considerablemente.

Pero aun cuando el hombre no ha inventado la peste, el tifus, el cólera si ha inventado la peste moderna; es decir la noción de un flagelo colectivo que sólo una acción colectiva puede combatir. La apelación de la población a los poderes públicos para que intervengan organizando y conduciendo la acción colectiva ha ido variando en su forma y en su contenido.

De acuerdo a testimonios existentes en algún momento de la historia, el viejo mecanismo utilizado fue la invocación a poderes sobrenaturales. Siglos después cuando la peste asolaba a Europa el mecanismo escogido fue el otorgamiento de poderes ilimitados a funcionarios estatales: se clausuraban escuelas, se suspendían juegos, se prohibían bailes y otros tipos de reuniones, además de la estigmatización, aislamiento y repudio de la gente que padecía este mal, sin embargo estos métodos, no siempre fueron los más adecuados.

Las respuestas a la epidemia actualmente, guardan una relación más estrecha con una visión racional y científica del mundo que nos rodea, comparado esto con los mecanismos antiguamente utilizados.

El vivir en una sociedad modificada, implica que las respuestas se vayan modificando no sólo en la medida que han cambiado los problemas, sino también en la medida que el avance científico ha ido reemplazando viejos prejuicios por estrategias más rigurosas y verificables. En esta línea, la respuesta al SIDA se da supuestamente en función de nuestro tiempo, de nuestra propia cultura y de nuestra propia ciencia. Sin embargo la aparición y expansión del SIDA muestra la persistencia y reiterancia de la respuesta social estereotipada, que puede ser comparada con actitudes del siglo XV ante la peste bubónica, caracterizada por un profundo temor acompañada de comportamientos irracionales y contradictorios.

La tendencia revolucionaria de la sociedad en México en la época de los 60, no ha permanecido a la sombra desde la aparición del SIDA. Por un lado ha dejado sentir su influencia en la respuesta organizada y consistente en los diversos grupos afectados, particularmente del movimiento gay y de las reacciones positivas de numerosos sectores sociales ante esta organización.

Se ha visto también fortalecida en algunos sectores a partir de que el SIDA se convirtió en un problema de salud pública, aunque la campaña dentro del país ha resultado limitada e insuficiente. Las ocasiones en que las autoridades abordan el problema se han distinguido por hacerlo con un lenguaje "claro y más abierto".

En la década de los 80 emerge una tendencia político-cultural que parece poner en entredicho algunos de los avances logrados por los movimientos sociales de la posguerra. Se ha podido presenciar un ascenso de la derecha a nivel mundial que ha tenido como contraparte el repliegue de las fuerzas progresistas y el fracaso de las políticas de izquierda. En varios países se han visto revitalizadas las posturas llamadas neoliberales que se han traducido en políticas estatales de corte privatista y en una moral social que exalta a los individuos, la familia e incluso la sexualidad tradicional, un ambiente poco favorable a los llamados grupos marginales. El descubrimiento del SIDA viene a reforzar la moral conservadora. (Pamplona Rangel, 1991)

Entre los efectos que el SIDA ha tenido a nivel político-cultural se pueden enumerar los siguientes:

1. Falsas interpretaciones de la enfermedad que pone en evidencia los prejuicios sobre la homosexualidad y en general de la sexualidad tradicional.
2. En ciertos sectores de la población se ha establecido el amarillismo en gran parte como consecuencia de la desinformación sobre la enfermedad.
3. Políticas impulsadas por el gobierno estatal que han mostrado un cierto corte discriminatorio que viola los derechos de los ciudadanos homosexuales.

Dentro de todo este ámbito es importante reconocer que la actitud individual de las personas en cuanto a sus prácticas sexuales sigue siendo irresponsable y los prejuicios, sustentados en una moralidad sexual rechazada, han creado desinformación, no superada por la tibia publicidad del sector salud.

Además de los efectos mencionados anteriormente se expresan tres fenómenos diferentes dentro del impacto social, que son determinantes en la evolución del virus. ellos son: (Dario y Velásquez, 1993)

- a) La desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado: parejas, familias, grupos o comunidades pueden desmoronarse, al paso de la epidemia. Esta desintegración de los diferentes grupos puede ser tanto funcional como estructural y ocurre como consecuencia de dos situaciones: En primer lugar la pérdida, muerte o enfermedad de personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo. La desintegración del grupo puede corresponder, por otra parte a las reacciones disfuncionales y los conflictos que surgen en su interior frente a la posibilidad o la evidencia de que uno de sus integrantes está infectado o en riesgo de estarlo.
- b) La discriminación de grupos e individuos considerados por otros grupos como de mayor "riesgo".
- c) Las crisis de estructuras ideológicas que han debido modificar sus posiciones y contenidos, presionado por el avance del SIDA, son otra manifestación de la tercera epidemia.

El SIDA ha exigido a la sociedad revisar aquello que se planteó en el seno de una realidad distinta, una nueva actitud militante diferente a la década de los 50 y 70, no se trata de modificar el comportamiento en sí, ni las preferencias sexuales y su aplicación social, sino de proteger a la sociedad de una amenaza que no es impuesta por una ideología sino por un virus.

La epidemia ha tomado a la sociedad totalmente desprevenida, pero se ha reconocido que no por este hecho se debe volver a la cultura puritana e intolerante hacia la sexualidad, ni tampoco que prevalezca una forma de comportamiento liberal que ya no reconoce límites. Lo importante es encontrar una mediación y no la combinación de una actitud puritana en público y libertina a oscuras

El miedo y la ignorancia han sido una mezcla explosiva en el desarrollo de la epidemia en México, desde la actitud asumida ante el problema, el tratamiento a los enfermos y a grupos de alto riesgo que relativamente incluye a toda la sociedad y sobre todo el comportamiento sexual no se ha modificado porque no se ha logrado la concientización de la población.

### 1.3 EL IMPACTO ECONOMICO.

La segunda guerra mundial trajo como consecuencia formas de acumulación, obedeciendo a nuevas reglas implantadas, permitiendo creer en el triunfo del bienestar social y en el papel vanguardista del Estado en su implementación.

La ciencia médica tiene ahora la hipótesis de que las condiciones de extrema pobreza de un país traen como consecuencia una población enferma. Se supuso de esta manera que la transición epidemiológica sería una realidad en amplias regiones del mundo, con el apoyo del Estado Benefactor, la ciencia médica se preparó para enfrentar los retos de la transición.

En México ambos aspectos del panorama contemporáneo: el surgimiento de un Estado Benefactor y transición epidemiológica se fusionaron al calor de las transformaciones del régimen postrevolucionario. El país contó con una visión subdesarrollada del Estado Benefactor y al inicio de la década de los 80, se hizo frente a una difícil situación acarreada por una desestabilización económica anunciada a mediados de los años 70.

Para los 80 algunos países desarrollados habían adoptado una estrategia económica para frenar los estragos que para entonces, se decía habían sido provocados por la inversión estatal. Las políticas neoliberales fueron adoptadas por México bajo presión del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), ahora se pretendía cobrar sobre cualquier consideración la deuda adquirida en los años anteriores. (Pamplona Rangel, 1991)

Las políticas neoliberales trajeron consigo la creación de más problemas con la intención de solucionar los creados por la crisis, incrementando la tasa de interés que impactaron negativamente en la inversión productiva, por ende en el empleo, el crecimiento en la inflación que deteriora los salarios reales y reduce los niveles de vida de los sectores mayoritarios, aunque existe una pequeña proporción de la población que se queda con una porción gigantesca de la riqueza producida. De esta manera los márgenes de pobreza se han incrementado, al devaluar la moneda se ha frenado el mantenimiento de la planta productiva, impidiendo las importaciones necesarias y el encarecimiento de los productos que consume la población.

Una de las políticas de ajuste más relevante es el manejo del presupuesto gubernamental en lo referente al gasto público, un factor muy importante, que en México ayudó en gran medida a configurar el perfil del país.

México como un país dependiente y subdesarrollado tiene serios problemas en materia de salud. los altos índices de enfermedades producen altas tasas de mortalidad. A esta situación se suma la gran crisis económica que vive el país desde 1982, que se ha remarcado más después de diciembre de 1994. en lo referente a salud se dio una reducción presupuestal per cápita del 48% de 1982 a 1988. teniendo como consecuencia el deterioro de las condiciones de salud de la población de menores recursos.

Aunque el gasto total sufrió un incremento. la distribución de los mismos no se dirigió a contribuir con un mayor bienestar de la población (salud, vivienda, alimentación, educación) sino que se destinaron a cumplir los compromisos de la deuda que se cubre en "otros gastos" indicando que el aumento sólo en pago de la deuda se incrementó en un 448.6% mientras que los rubros de salud, educación y vivienda tuvieron un decremento de 233% en conjunto. (Pamplona Rangel. 1991)

(CUADRO 1.3.1)  
MEXICO: GASTOS SECTORIALES. 1972-1987  
(COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL)

SECTOR	1972	1987
DEFENSA	4.2	1.4
EDUCACION	16.4	8.7
SALUD	5.1	1.3
VIVIENDA Y ESPARCIMIENTO	25.0	8.5
SEGURIDAD Y BIENESTAR SOCIAL		
SERVICIOS ECONOMICOS	34.2	12.0
OTROS GASTOS	15.2	68.2
<b>GASTO TOTAL COMO % DEL PIB</b>	<b>11.5</b>	<b>22.7</b>

FUENTE: Pamplona Rangel. 1991

De 1972 a 1987 los gastos sectoriales tuvieron un incremento casi del 100% como porcentaje del PIB, pero este incremento fue dado sólo por el aumento en el rubro de otros gastos. por lo tanto el incremento no se dio para contribuir a un mayor bienestar de la población, sino más bien es una transferencia de los recursos disponibles que se van hacia el exterior como los pagos de la deuda. enmascarados en el rubro de otros gastos. (véase cuadro 1.3.1)

El SIDA representa un problema social y económico de primera importancia que significa un costo muy elevado a futuro no sólo económico sino social. Las políticas de salud en México forman parte de una política global. Sin embargo. México al formar parte de los países en desarrollo. está supeeditado por políticas que dictan los países desarrollados, bajo el argumento de que es lo que más conviene para su economía.



En el cuadro 1.3.1, hasta 1987 se observa que los gastos destinados a el servicio de la deuda externa aumentan en gran medida, mientras que se le restan recursos a los rubros de prestación social. De esta manera se está cumpliendo con las políticas de ajuste en gasto como lo determina el Fondo Monetario Internacional (FMI) organismo que en realidad dicta y regula las políticas que rigen al país, como condición para dar recursos financieros al mismo, los que regresan al servicio de la deuda casi en un 100%. (Acosta y Chavéz, 1995)

El sector salud ha sido uno de más castigados por las políticas de ajuste del gobierno, poniendo en evidencia que la salud no es una de las prioridades básicas dentro de sus políticas económicas, pero que sin embargo se justifica con programas de corto y mediano plazo o bien dando mayor prioridad a las enfermedades de temporada, como el Cólera.

(CUADRO 1.3.2)  
MEXICO: DESTINO DEL GASTO EN SALUD  
PORCENTAJE 1994.

CONCEPTO	% 1994
<b>GASTO CORRIENTE</b>	<b>91.8</b>
SERVICIOS PERSONALES	46.4
MATERIAL Y SUMINISTROS	10.9
SERVICIOS GENERALES	34.5
<b>GASTO DE INVERSION</b>	<b>5.3</b>
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	1.3
OBRAS PUBLICAS	4.0
<b>TRANSFERENCIAS</b>	<b>2.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boletín de Información Estadística, 1994.

El destino del gasto en salud para 1994 en la mayor parte de su porcentaje se concentraba en el gasto corriente en un 91%, dónde los servicios personales absorbían el mayor porcentaje con un 46.4%; mientras que dentro del concepto de gastos de inversión se encontraba muy restringido, destinándosele sólo 5.3%. (véase cuadro 1.3.2)

El control epidemiológico tiene un alto costo económico, fundado en el seguimiento del individuo por varios años en base a un equipo de salud interdisciplinario, los planteamientos de políticas de salud deben relacionarse estrechamente con sus consecuencias económicas. No obstante la política de salud a seguirse y sus costos dependen de la dimensión del problema.

Por ello se analizaran los gastos en salud dividiéndose de la siguiente manera: a) Porcentaje del PIB en gasto de salud y b) Gasto destinado al Sector Salud en México. La comparación PIB con los gastos del Sector Salud dará la magnitud del gasto total en salud y del SIDA, que se destina de los recursos generados en toda la economía.

**(CUADRO 1.3.3)**  
**PORCENTAJE DEL PIB EN GASTO**  
**DE SALUD EN MEXICO.**

<b>AÑO</b>	<b>% DEL PIB PARA SALUD.</b>	<b>VARIACION</b>
1980	3.4	-
1981	3.4	0
1982	3.6	0.2
1983	2.8	-0.8
1984	2.5	-0.3
1985	2.5	0
1986	2.5	0
1987	2.3	-0.2
1988	2.2	-0.1
1989	2.5	0.3
1990	2.7	0.2
1991	2.7	0
1992	2.6	0.1
1993	2.5	-0.3
1994	2.6	0.3

FUENTE: Sistema de Cuentas Nacionales, 1994. Vigilancia de los Programas en Estrategia de SPT/2000, SSA, 1994.

En el cuadro 1.3.3, se puede observar el porcentaje del PIB que se destina a la salud ha caído de 3.6% en 1982 a 2.8% en 1994, comparable al porcentaje más bajo en 1988 del 2.2%. El crecimiento en los gastos en salud presentan tasas negativas de 1983 a 1988 comenzando ha crecer en menos de 1% presentando nuevamente tasas negativas en 1993.

**(CUADRO 1.3.4)**  
**GASTO DESTINADO AL SECTOR SALUD EN MEXICO.**  
**(A precios constantes de 1980 con defactor implícito de cada variable del PIB.)**

<b>AÑO</b>	<b>PIB</b>	<b>GASTO DESTINADO A SALUD</b>
1980	73.7	2.50
1981	58.9	2.00
1982	61.0	2.20
1983	90.4	2.53
1984	59.1	1.47
1985	56.7	1.41
1986	73.6	1.84
1987	139.7	3.21
1988	89.5	2.18
1989	25.8	0.64
1990	29.5	0.79
1991	21.6	0.58
1992	14.6	0.40
1993	10.0	0.25
1994	9.8	0.27

FUENTE: Sistema de Cuentas Nacionales, INEGI.

En el cuadro 1.3.4, se observa que en 1993 y 1994 se ubica el gasto más bajo destinado a la salud, en contra parte el presupuesto más alto destinado a salud se da en 1987, aunque también se destinó un porcentaje relativamente alto en 1992 y 1994, que no se daba desde 1983 (véase cuadro 1.3.3), comparado en el PIB a precios constantes resulta ser mucho más bajo sólo por encima de 1993.

Como consecuencia de la crisis económica de los 80 y parte de los 90 aunadas a las dificultades derivadas del servicio de la deuda externa, se afectó el financiamiento de los servicios de salud. La política económica nacional se ha orientado básicamente al combate de la inflación y el saneamiento financiero del sector público en busca una recuperación económica.

A partir de este momento se dio más relevancia a la decisión de priorizar el gasto dentro de la administración pública y fortalecer la vigilancia y el control de los lineamientos y normatividad de este rubro. Se determinaron ajustes considerables en el gasto público a lo largo del periodo 1985-1994, lo que conllevó a un cambio en los ajustes del Sector Público incluyendo lógicamente al desarrollo social. (Pamplona Rangel, 1991)

El valor del PIB presentó fluctuaciones en la década de los 80, registrando incrementos considerables a partir de 1990 con respecto a 1980. Las erogaciones del Sector Público registraron tasas negativas de crecimiento y como consecuencia bajo su participación con respecto al PIB. Así también se presentó el mismo comportamiento en el gasto de desarrollo social y el gasto en salud, este último disminuye su participación respecto al PIB de 3.4% a 2.8%. (véase cuadro 1.3.3).

Con el mejoramiento en los indicadores a finales de la década se dio inicio a una recuperación gradual del crecimiento de la actividad económica con estabilidad de precios hasta 1990. El PIB aumentó por primera vez en varios años, al presentar un crecimiento mayor al de la tasa de crecimiento de la población. En un marco de saneamiento y control de las finanzas públicas así como la reducción significativa de la inflación se dio una mayor atención a las demandas de bienestar social del país.

Dentro de este esquema el SIDA se ubicó desde 1983 como un gasto de emergencia que absorbió recursos de los programas de control de enfermedades transmisibles<sup>13</sup>, rubro que sólo tuvo un gasto considerable en 1987 de 32 mil 895 millones de pesos, que representaba menos de la veinteava parte del presupuesto dedicado a la atención hospitalaria<sup>14</sup>. El SIDA no compite con las enfermedades que se incluyen dentro de estos programas sólo se añade para dividir los mismos recursos entre los programas.

<sup>13</sup> Paludismo, cáncer cervico-uterino y mamario.

<sup>14</sup> Único dato presentada. Dirección de Epidemiología, SSA, 1995.

El SIDA es extremadamente complejo, como enfermedad emergente se desconoce su evolución en las variables demográficas y la eficiencia de los mecanismos de transmisión dentro del contexto socioeconómico y cultural mexicano. Sin embargo el no intentar ver hacia el futuro a pesar de las limitaciones, resultaría más costoso que hacerlo sobre algunos supuestos cuestionables, mismos que podrán corregirse conforme avance el conocimiento e información del problema. (Sepulveda y Tapia, 1992)

El control epidemiológico deja ver las múltiples limitaciones que tiene el sector salud para conseguir los recursos necesarios que le permitan implantar una política socialmente aceptable capaz de incidir en la propagación de la enfermedad. Hasta ahora el estado ha dejado implícito la tendencia a desviar sus acciones en una multiplicidad de programas y políticas con el consecuente dispendio de inequidad de recursos.

Un aspecto sobresaliente de los casos de SIDA reportados hasta la fecha ha sido su distribución entre las diferentes agencias de salud, que corresponde, casi exactamente, a la distribución de la población a nivel nacional que tiene derecho a los servicios de salud.

En 1990 las instituciones de los asegurados en el país: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) reportaron 53.0% contra 43.3% en cobertura, a diferencia de la entidad federal de la salud: Secretaría de Salud (SSA) que reportó el 39.3% contra 40.2% en cobertura. Esto deja ver dos cosas: (González, Blok, 1987)

- a) Para la población afectada no se reconoce el sector ocupacional y tampoco existe un índice claro de su nivel socioeconómico. Sin embargo se sabe que en las primeras fases de la epidemia hubo una fuerte tendencia hacia la población de clase media, que tienen un mayor peso en la distribución del ingresos y en la educación nacional.
- b) Las instituciones del sector salud están igualmente implicadas en el problema del SIDA, por lo cual deben estar igualmente relacionadas en la política para enfrentarla.

Los programas verticales han sido la respuesta tradicional, allí donde existe un alto nivel de población desprotegida de las instituciones de salud o de los mínimos servicios médicos. Además son programas aptos para implantar acciones muy específicas tendientes al control o prevención de un problema y con medios muy selectivos. Lo anterior implica un elevado costo de oportunidad de los recursos empleados dejando sin resolver el problema de salud integral, lo cual se deriva en programas muy ineficientes. Por ello el SIDA no es afín a los programas verticales por varias razones:

- Su control epidemiológico es muy complejo y delicado, ya que las personas detectadas como seropositivas deben ser sujetas a un control médico, psicológico y social.
- Están implicadas acciones de educación y prevención del contagio para la población en general así como entre categorías específicas de la misma. Dichas acciones implican el seguimiento inmunológico y prácticas rigurosas así como el suministro de profilácticos. De esta manera el SIDA plantea un programa integral de acciones intersectoriales e interdisciplinarias, que en el futuro rebasarían las posibilidades económicas de una sola agencia especializada.

Ha quedado establecido por el sector salud que, al no existir cura para esta enfermedad, el punto de ataque más efectivo es la prevención, ahorrándose de esta manera los onerosos gastos de manutención de un enfermo.

El sector salud muestra una situación paradójica producto de la larga transición a la hospitalización y relegamiento de la prevención. Se ha establecido ya el punto de ataque más efectivo contra el SIDA esto es previniendo y no corrigiendo, lo primero evita el efecto de arrastre por el tipo de crecimiento que tiene la epidemia y el segundo es utópico porque la enfermedad no tiene cura, además de los altos costos paliativos que se le dan a los enfermos.

El SIDA, no sólo abarca el marco social, médico, jurídico, psicológico, etc. sino también podría ser un elemento determinante dentro de lo económico, bajo este marco la epidemia comprende también la crisis financiera generada tanto por el elevado costo económico de los servicios que demanda un enfermo de SIDA, como por la enfermedad o la pérdida de individuos económicamente productivos; el impacto de esta crisis recae directamente sobre la familia y sobre los gobiernos.

La atención integral de un enfermo de SIDA incluye procedimientos, diagnósticos y tratamientos altamente especializados, cuyo costo varía por cada país y para cada momento de la enfermedad puede oscilar entre los 80 y 8 mil dólares en promedio por día a nivel mundial, por ello pocas familias y pocos países pueden asumir estos costos integralmente.

## 1.4 ACCIONES Y MEDIDAS.

Con la creciente evolución del SIDA, se han creado a nivel mundial acciones y medidas con un sólo fin: contrarrestar el creciente aumento de individuos con el virus del SIDA. Tomando en cuenta sus características muy particulares que son:

- Es contagiosa y por ello tiende a multiplicarse. Tiene un crecimiento de tipo exponencial. Es decir el número de casos aumenta como función multiplicativa por unidad de tiempo. Por ejemplo, si una persona infectara a dos en el curso de un año, y cada una de ellas a dos más por años, al cabo de cinco años tendríamos acumulados casi 250 personas infectadas. En México, el número de casos de SIDA se duplica aproximadamente cada siete u ocho meses. (Soberón, 1988)
- Aun no se ha encontrado cura o medicamento para aliviar a los individuos infectados.
- El virus tiene la característica de ser mutable.
- Los tratamientos paliativos de la gente contaminada con VIH, tiene costos muy elevados. Además se presenta principalmente en personas de edad productiva, lo que aumenta los costos indirectos.
- No es exclusivo de un sólo sexo, edad, posición social o económica. (afortunadamente sino tardaría más en encontrarse la curación).
- El 91% de los casos de VIH, se da principalmente por vía sexual, lo que dificulta su control.
- El SIDA es una enfermedad,<sup>15</sup> de muy alta letalidad y una vez diagnosticada, el paciente tiene una sobrevivencia de 20% a los tres años y casi nula a los 6 y 10 años o quizás un poco más si se tiene los recursos económicos para los tratamientos paliativos que se requirieren. (Soberón, 1988)
- El padecer el SIDA, representa un estigma. Esta situación determina una frecuente discriminación social.

De los diversos estudios realizados en torno a el SIDA se desprenden tres formas principales de contagio que una persona infectada pueda transmitirle a otra que no lo está. Cabe resaltar que son las tres vías principales de contagio seguras y comunes pero no las únicas, ellas son:

---

<sup>15</sup> La gente no muere del SIDA en sí mismo, porque el SIDA no es una enfermedad sino un síndrome, es decir, es una mezcla de infecciones oportunistas que atacan cuando el funcionamiento del sistema inmunológico ha sido dañado por el VIH.

- 1.- Por contacto sexual.
- 2.- Contacto con sangre contaminada (vía transfusión o jeringas infectadas).
- 3.- Transmisión perinatal.

Sin embargo, también se ha descartado que la enfermedad se transmita por contacto casual con alguna persona enferma o infectada asintomática. Es decir, no se transmite por compartir instalaciones sanitarias, lavabos o tinajas, por nadar en albercas públicas, por tomar de un mismo vaso, saludar de mano, o compartir el sitio de trabajo, escuela, hogar o transporte. Tampoco se transmite a través de un beso o saliva, estornudo, tos, expectoraciones, picaduras de insectos o la donación de sangre. (Soberón, 1988)

Bajo este marco, se impone la aplicación de una serie de medidas y acciones tendientes a frenar la rápida progresión de la infección por el VIH, tratando de no estigmatizar, discriminar o aislar al grupo portador de este virus, pero tampoco se puede poner en peligro el derecho que le corresponde a todo individuo (derecho a la salud), por no tomar las medidas pertinentes en relación a la amenaza que para ellos representan los grupos de personas infectadas.

Hasta el 6 de febrero de 1989 se habían notificado a la OMS: 132 mil 976 casos de SIDA a nivel mundial, de los cuales el (60.57%) correspondían a Estados Unidos, Uganda con (4.14%), Francia (3.67%), Brasil (3.34%), Tanzania (2.30%), Alemania (1.94%), Italia (1.92%), Malawi y Canadá con (1.64%) y México en décimo lugar con (1.51%).

**(CUADRO 1.4.1)**  
**CASOS DE SIDA A NIVEL MUNDIAL**  
**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.**

REGION	NUMERO DE CASOS
AMERICA	526 682
AFRICA	347 713
EUROPA	127 886
ASIA	17 057
OCEANIA	5 735
<b>TOTAL</b>	<b>1 025 073</b>

FUENTE: WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, N°2, 1995.

NOTA: Han fallecido casi 3 millones de personas a nivel mundial a causa del virus.

A nivel mundial, hasta 1994 se estima que más de 18 millones de personas adultas y 1.5 millones de niños ya están infectados por el VIH, además se calcula que 5 mil personas diariamente se infectan en el orbe. A finales de 1994 se habían reportado a la OMS un millón 25 mil 73 casos acumulados de SIDA en el mundo (véase cuadro 1.4.1), aunque se estima que el número es de más de 4 millones 500 mil casos. Lo que significa un aumento del 20% con respecto al número de casos a

finales de 1993. Con respecto a las regiones con mayor número de casos reportados del SIDA, se encontraba en primer lugar hasta 1994, América con 526 mil 682 caso y le seguía África con 347 mil 713 casos reportados.

En México para fines de 1994 había aproximadamente 18 mil 006 casos acumulados de personas infectadas por el SIDA y con las características del virus, las cifras se vuelven preocupantes ya que cada persona enferma del síndrome tiene una pérdida de 36 años de vida productiva, representando para el país (desde la aparición del mal), un total de 309 mil años de vida productiva y cientos de millones de pesos en pérdidas. (Suponiendo que están siendo infectados en promedio a los 24 años de edad y son productivos hasta los 60 años de edad.)

La aplicación en estrategias de lucha plantea cuestiones jurídicas, éticas, psicosociales, económicas y operativas. Las posturas adoptadas reflejan en gran medida la idiosincrasia de cada país. Las medidas y su eficacia corresponden al grado de desarrollo que han alcanzado los servicios de salud, la efectividad de los programas de regulación sanitaria, la penetración de los programas educativos y el grado de excelencia de la investigación en sus modalidades básicas, clínicas y epidemiológicas. (Soberón, 1988)

Dentro de las medidas y acciones de prevención social que se han tomado a nivel mundial, se encuentra como principio básico y universal en todas las regiones, ante la ausencia de un medicamento existente o vacuna, como la única esperanza real, "*la educación*". Pero hay algunas medidas o acciones que solamente los gobiernos o las autoridades sanitarias pueden tomar dependiendo de sus recursos y de su capacidad económica. A nivel mundial las medidas y acciones básicas son:

- Controlar los suministros de sangre para evitar contagios por esta vía.
- Facilitar a los programas de vacunación medios de esterilización mediante jeringas de un sólo uso o bien facilitar agujas esterilizadas
- Información integral a toda la población sobre el SIDA.
- Asegurar la suficiente disponibilidad de preservativos.
- Dar asesoría y realizar las pruebas del SIDA gratuitamente, ha quien lo solicite además de ser confidencial y accesible.
- Campañas permanentes para evitar la discriminación de los portadores de VIH.
- Publicitar la práctica de sexo seguro.

Estas acciones dependen del criterio moral y solvencia económica de cada gobierno, aún cuando sean miles las medias que se llevan ha cabo a nivel mundial tratando de concientizar a la población



del peligro que se corre con la llegada del SIDA; la parte más importante de la prevención depende de la conciencia que tenga cada individuo sobre sus acciones y su estilo de vida. Por sí sola la información aumenta el conocimiento de la población que realmente esté interesada en el virus, pero sin embargo no modifica de manera radical las costumbres de cada país, como por ejemplo: (Panos, 1988)

- En Gran Bretaña; después de una intensa campaña del gobierno, bajo el lema de "no mueras por ignorancia", hasta un 93% de los adolescentes sabían cómo se transmitía el SIDA.
- Rwanda. después de una encuesta a los adultos acerca de lo que sabían del SIDA y su forma de transmitirse, los coordinadores de la campaña lanzaron una gran acción publicitaria, con una serie de programas de radio y la distribución de folletos informativos en todo el país.
- Uganda; la educación sobre el SIDA está ya incluida en las asignaturas sobre salud, preparadas por el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para el Socorro a la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) para las escuelas primarias, mientras que las enseñanzas sobre la prevención del virus en las secundarias ya se imparten.
- Brasil; sus medidas y acciones están basadas principalmente, en la distribución de folletos del uso de preservativos, programas de televisión dirigidos a grupos de alto riesgo.
- Canadá: las organizaciones en la lucha contra el SIDA, dan educación, consejo y apoyo. El programa contra el mal de la Asociación Canadiense de salud pública ofrece preparación y capacitación en el lugar de trabajo, además de que el gobierno federal ha desarrollado una estrategia nacional y un programa de asistencia social.
- Estados Unidos; se dan servicios contra el virus, por ejemplo: líneas de información, asistencia alimentaria, vigilancia médica, asesoría, grupos de apoyo y asistencia a personas con SIDA.

El SIDA ha provocado, una respuesta social intensa en todo el mundo, ejemplo de ello es que hasta 1990, 143 países habían reportado casos de personas infectadas a la OMS. Además se ha mencionado como simple muestreo las acciones que han realizando diversos países y que se acaban de señalar.

Ahora bien de las medidas y acciones llevadas a cabo en México tienden a aumentar desde sus antecedentes en el país en 1983, con el objetivo de evitar que se siga propagando la enfermedad. Dentro de las medidas de previsión social a nivel nacional destacan: (Higashida, 1994)

- A nivel individual o de pareja.
- A nivel familiar.
- A nivel comunidad.

#### **A nivel individual o de pareja:**

- Tener un sólo compañero sexual.
- Asco antes y después de las relaciones sexuales.
- Evitar tener relaciones sexuales con personas de grupos de alto riesgo: homosexuales y bisexuales promiscuos, hemofílicos, prostitutas o farmacodependientes.
- Evitar tener relaciones con personas circunstanciales de las cuales se desconoce su estado de salud.
- De tener sospechas de alguna enfermedad, acudir al médico para que se haga el diagnóstico respectivo.
- Si existe la posibilidad de haber contraído SIDA, se debe evitar el embarazo.
- Evitar transfusiones innecesarias e inyecciones con jeringas no esterilizadas.
- Las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo deben evitar donar sangre, esperma y órganos. Tampoco deben compartir objetos de uso personal que pudieran estar contaminados con sangre enferma.
- Se debe utilizar adecuadamente el preservativo o condón.

#### **A nivel familiar:**

- La *educación sexual* desde la infancia es importante, ya que como no existe medicamentos ni vacunas, la única vacuna real es la prevención.
- La *comunicación* entre la familia es muy importante y ésta debe ser clara y abierta.

#### **A nivel comunidad:**

- En 1986 se creó el CONASIDA.
- En la 39ª Asamblea de la salud (mayo de 1986) se creó el Programa especial de la OMS sobre el SIDA (SPA) para apoyar a través de las oficinas regionales los esfuerzos de los países, se estableció también que los programas de prevención y control del VIH deben integrarse a la atención primaria de la salud.
- En mayo de 1986 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, algunos artículos de la ley general de salud:

Artículo 134, el SIDA debe agregarse a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

Artículo 136; se deben notificar inmediatamente los casos en los cuales se detecte la presencia del VIH o anticuerpos del virus.

Artículo 332; a partir del 25 de agosto de 1987 se estableció que la sangre humana sólo debe obtenerse de voluntarios que la proporcionen oportunamente y en ningún caso podrán ser objeto de actos de comercio. Esta modificación se llevó a cabo debido a que el 8% de las personas que vendían su sangre eran positivas a la prueba del VIH.

Artículo 462, fracción segunda, y 462 bis; se considera el comercio de sangre como conducta ilícita.

- En 1987 se llevó a cabo un seguimiento más detallado de las transfusiones de sangre.
- Se ha observado que la transmisión del SIDA en consultorios, clínicas y hospitales es muy relativa, pero sin embargo deben seguir los acuerdos de la OMS.
- En 1988 el Comité creado en 1986 se convierte en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), conservando las mismas siglas, además queda establecido por decreto presidencial en 1987, que dicho órgano deberá ser autónomo desconcentrado de la SSA. Sus objetivos primordiales son: analizar el virus, promover y coordinar programas de investigación, prevención y control del SIDA, además de establecer criterios para el diagnóstico, prevención, tratamiento y control del mismo, además de diseñar campañas y otras actividades de corte informativo, dirigidas a toda la población con el fin de ofrecer un mayor conocimiento e información de la enfermedad.

Pese a la descentralización, el CONASIDA cuenta con el apoyo de diversas instituciones del sector salud y de sectores público, social y privado. Inicialmente este Comité incorporó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Departamento del Distrito Federal (DDF), Secretaría de Salud (SSA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Marina y Ejército, cabe señalar que es una de las pocas veces que se han integrado todas las instituciones de salud conjuntamente. Además el Comité cuenta con cuatro subcomités:

1. De educación para la salud
2. De Terapéutica clínica ( a cargo del hospital de Nutrición).
3. De Investigación epidemiológica (dependiente de la dirección de Epidemiología del Hospital General).
4. De Bancos de Sangre ( que dependen del Centro Nacional de transfusión sanguínea del cual emanan las nuevas leyes que reglamentan la transmisión de sangre).

Cabe señalar que el CONASIDA como órgano descentralizado, pero con "el poder, apoyo y presupuesto destinado a ese fin", es el encargado de diseñar las medidas y acciones pertinentes con el fin de orientar e informar a la población, que son:

- I. Información al público, tratando de llegar a todos los sectores de manera "amplia, correcta y clara".
- II. Vía medios masivos de comunicación (radio, televisión, medios impresos): conferencias, etc.
- III. Orientación a quien lo requiera, a través de la creación del TELSIDA teléfono que funciona las 24 horas del día.
- IV. Creación de una norma relativa a la realización de pruebas para detectar sangre contaminada (mayo de 1986) con carácter obligatorio e inmediato.
- V. El CONASIDA a través del Subcomité de Vigilancia e Investigación Epidemiológica, ha iniciado la publicación del BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA, cuyo objetivo es proporcionar información epidemiológica oportuna y periódica.
- VI. En cuanto a difusión, el CONASIDA elabora comunicados de prensa relacionados con el SIDA y que se publican en diarios de circulación nacional.
- VII. Inserciones pagadas de promocionales del Consejo en diversas revistas.

Además, en 1988 la OMS estableció que cada 1º de diciembre se conmemorará en todos los países miembros el día mundial del SIDA. México forma parte del comité asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que coordinado por su unidad epidemiológica, elaboró un documento para su difusión nacional e internacional. También, cada tres meses, los países miembros informan a la OPS sobre el total de casos registrados en el trimestre anterior, según edad, sexo, factores de riesgo conocidos y manifestaciones clínicas. (OMS, 1989)

El SIDA se considera dentro del panorama epidemiológico como una de tantas enfermedades transmisibles, sin embargo su incidencia ha dado lugar al desarrollo de acciones y medidas específicas para su prevención y control ya que su tendencia es ascendente desde 1992. El propósito de las acciones es la prevención de la infección en los sujetos que no lo están; ya que el SIDA tiene un largo período asintomático en el que el sujeto con VIH es el infectante, de ahí la necesidad de asignar gran importancia a la vigilancia epidemiológica, a través de acciones y medidas para tratar de contrarrestar el virus además de tener un seguimiento de los seropositivos y enfermos. Durante 1989 y 1994 destacan las siguientes acciones de prevención y control del SIDA (véase cuadro 1.4.2).

(CUADRO 1.4.2)  
**ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE SIDA REALIZADAS  
 EN LOS CENTROS DE CONASIDA.  
 1989-1994 (1)**

CONCEPTO	1989	1994 e/	Acum./abs.
Casos nuevos del SIDA por año de notificación a nivel nacional.	1,607	1,830	17,507
Personas seropositivas registradas. (2)	593	773	3,898
Pruebas de detección serológicas realizadas. (2)	4,163	18,885	71,770
Número de consultas médicas otorgadas. (2)	5,361	18,014	72,057
Asesoría a familiares infectados y estudiantes. (2)	1,441	3,226	18,524
Personal de salud capacitado para atender pacientes. (2)	348	1,246	3,643
Número de acciones de educación a la población. (2)	276	1,254	2,904
Visitas domiciliarias realizadas. (2)	0	120	258

FUENTE: SSA. Informe de Ejecución. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. 1994. p.355.

1/ Para 1994 casos notificados hasta la semana 29 del 17 al 23 de julio del mismo año.

2/ Acciones realizadas en los Centros del CONASIDA del Distrito Federal.

e/ Cifras estimadas.

De las acciones de prevención y control del SIDA llevadas a cabo en los centros de información del CONASIDA en el Distrito Federal de 1988-1994 se observa una tendencia ascendente en sus rubros (véase cuadro 1.4.3, datos oficiales).

(CUADRO 1.4.3)  
**ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA  
 EN MÉXICO HASTA 1994.**

ACCIONES	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
PERSONAS SEROPOSITIVAS REGISTRADAS	64	593	616	747	812	630	773	4,235
PRUEBAS DE DETECCIÓN SEREOLÓGICAS REALIZADAS	319	4,163	10,215	11,851	12,555	14,101	18,885	72,069
NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS	333	5,361	9,648	12,670	9,297	17,067	18,014	72,390
ASESORÍA A FAMILIARES INFECTADOS Y ESTUDIANTES	120	1,441	2,141	5,990	3,037	2,689	3,226	18,644

FUENTE: Reporte mensual del centro de Información/ atención de VIH/SIDA. CONASIDA.

De las acciones específicas antes mencionadas, también el Consejo cuenta con: pruebas de detección a mujeres dedicadas a la prostitución, un teléfono informativo denominado TELSIDA, que además de orientar también puede servir como instrumento de medición público para medir el impacto de las campañas, el diseño y difusión de campañas educativas y de capacitación, el fomento de la educación sexual de los jóvenes y adolescentes.

Así mismo el CONASIDA tiene la ventaja de fomentar una pronta conjunción de esfuerzos sin las fricciones que implicaría otras formas de relación. Sin embargo el CONASIDA no es más que un mecanismo vinculador ejerciendo sus principales funciones en la educación, el control epidemiológico, la regulación y la investigación. Además tiene un presupuesto propio y una relación desconcentrada respecto al gobierno y autónomo respecto a las instituciones del sector. Goza de esta manera de las ventajas, pero también de los problemas de los programas de la organización vertical.

## 1.5 PROGRAMAS ESPECIFICOS.

En el VI Informe de gobierno de Carlos Salinas de Gortari, dentro del apartado de bienestar social se hace mención de que la prioridad básica dentro del sector salud, es el cuidado de la salud de los mexicanos (VI Informe de Gobierno, 1994); sin embargo queda de manifiesto que había y hay prioridades mayores que una atención integral para la salud de la población. De ello se desprende que las acciones y medidas llevadas a cabo por el gobierno mexicano para luchar contra el SIDA aunadas a los programas de corto y mediano plazo, no tienen una continuidad que permita tener un seguimiento real de la evolución de virus. Ni siquiera se puede contar con información y educación sexual real, que son elementos indispensables y eficaces para detener a la epidemia.

Al analizar las acciones, medidas y programas se puede observar que no se llevan a cabo medidas energéticas y reales al respecto, sino por el contrario, todas ellas se realizan limitadamente. Sin embargo, tanto a nivel nacional como a nivel mundial se tienen contemplados programas para la lucha contra el SIDA. En el marco internacional, la OMS es la encargada de diseñar y buscar soluciones a mediano plazo para curar a la gente infectada por este mal.

Dentro de los programas específicos a nivel mundial, enfocados principalmente a prevenir y contrarrestar el SIDA, de acuerdo a la política y características de cada país, se pueden señalar los siguientes: (Boletín Epidemiológico, 1987)

1. Un programa especial de la OMS sobre el SIDA en febrero de 1987, cuyos objetivos básicos son el fortalecer o apoyar los programas adicionales del control de la enfermedad a nivel mundial, además de ayudar, buscar y realizar actividades de importancia general; además la OMS está preparando una serie de publicaciones sobre promoción de la salud con el fin de orientar a la población y evitar el SIDA.
2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1990 estableció programas de prevención del VIH/ETS, teniendo como prioridad básica la educación sobre el SIDA para los niños dentro y fuera de las escuelas, mediante programas de extensión a la comunidad.
3. En 1991 la OMS dispuso un programa global para la lucha contra el SIDA, un presupuesto de 50 millones de dólares.

Los Programas de prevención del SIDA requieren información básica sobre siete campos como mínimo: (OMS y OPS, 1989)

- 1.- La epidemiología local del SIDA.
- 2.- La idea que el público tiene SIDA.
- 3.- Los comportamientos de alto riesgo.

- 4.- Los recursos institucionales y comunitarios.
- 5.- La disponibilidad de servicios y productos.
- 6.- Los medios de comunicación.
- 7.- Los obstáculos e impedimentos previstos.

A raíz de la detección del primer caso de VIH, en 1981, los gobiernos de todo el mundo han destinado pocos recursos a prevenir e investigar la enfermedad dentro de sus programas nacionales de prevención. De los 6 mil millones de dólares que se dirigen a nivel mundial al VIH/SIDA, sólo el 10% se dedica a la prevención; el resto se enfoca a gastos médicos y servicios hospitalarios. (Lagunes, 1995)

En cuanto a los programas a nivel nacional, en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1994 se señala en el apartado de política social referente a las enfermedades transmisibles dentro del cual se encuentra el SIDA, las estrategias de salud encaminadas a contrarrestar la incidencia de las enfermedades transmisibles. (Plan Nacional de Desarrollo, 1983)

Cabe resaltar que de las acciones, medidas y programas para la lucha del mortal virus, implican una inversión, donde hay una proporción que no es redituable y es aquella que va dirigida a las personas infectadas con el mal, ya que no hay contrapartida en la inversión ya que dichas personas no sanan y fallecen en un corto tiempo.

Hay Programas que pueden ser más efectivos en materia de prevención y más reales teniendo como base principal una adecuada educación sexual a cargo de gente capacitada, aunados a programas educativos y cambios de conducta sexual, para la disminución de infectados. Pero ninguna campaña de educación sanitaria tiene, ni remotamente, los grados de complejidad que tiene el SIDA.

Por un lado, existe la necesidad, desde la perspectiva de la salud pública, de hacer llegar un mensaje contundente sobre el uso de preservativos o condón a una parte importante de la población sexualmente activa y por el otro, es necesario respetar la sensibilidad de amplios grupos de la población, que se sienten molestos ante la "crudeza" de los mensajes. (Vera, 1989.)

Para el desarrollo de un programa nacional es imprescindible el establecimiento de una instancia nacional de planeación, información control, integración de fundamentos científicos y programas, coordinación entre federación, estados e instituciones del sector público, social y privado, además de la normatividad de programas y olvidarse de las tendencias moralistas que pudiera tener algunas de las partes. Sólo así, quizás, se pueda tener un control efectivo en los programas, lo que se traduciría en una disminución "real" de la epidemia. (Castro, 1989)



El primer paso necesario en los programas educativos en México, para la prevención del SIDA, fue la introducción y el manejo público de la palabra "condón"<sup>16</sup>; que causó en los inicios de los programas espanto entre los grupos conservadores, quienes criticaron e incluso llegaron a demandar jurídicamente al programa o campaña que mencionara dicha palabra, argumentando que ello iba en contra de las buenas costumbres y que además fomentaba la promiscuidad en las relaciones sexuales. Sin embargo había otros grupos que apoyaban y aplaudían las medidas sanitarias.

De los programas nacionales implementados se pueden señalar los siguientes: (Castro, 1989) En 1985 se creó una línea de emergencia o "teléfono rojo"; en 1986 se realizaron pruebas para detectar el VIH, además de orientación, tratamientos y distribución de condones. Con la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) del SIDA en México en 1987, se permitió la elaboración del Programa Nacional de prevención del SIDA a mediano plazo.

Los Organismos No Gubernamentales (ONG) en 1988 a través de un esfuerzo local y nacional implantaron seis programas de acción: Información; educación; atención; desarrollo grupal; redes; y por último administración general.

Todos los programas son desarrollados como un servicio de los ONG e incluyen la creación e implementación de nuevos proyectos, tales como la realización de programas con grupos de apoyo a personas infectadas por el VIH y a sus familias en 1988; servicios clínicos para pacientes externos con medicamentos y equipo médico gratuitos en 1989; creación de programas viables con orientación cultural para disminuir el impacto del SIDA, con el óptimo aprovechamiento de los recursos materiales y humanos en 1992.

La realización de programas de sensibilización continua a homosexuales, bisexuales, funcionarios públicos y trabajadores de la salud con respecto al SIDA, se han realizado durante 1992-1993 y en 1994 se sentaron la bases para la creación de la oficina de información del SIDA.

Una de las posibles formas de contrarrestar los efectos negativos del VIH/SIDA es que el gobierno asuma como prioridad destinar recursos para poder generar programas reales de prevención para lograr cambios de actitud. Un programa bien encaminado, podría representar un rubro esencial en la lucha contra el virus; apoyado por campañas bien diseñadas y serias. Por ello serán analizadas en el siguiente capítulo, partiendo del supuesto de que son una de las medidas más importantes que se han tomado y sobre quienes recae en gran medida el éxito o fracaso de la lucha contra el SIDA.

---

<sup>16</sup> El término "condón" se atribuye a un médico de la corte de Carlos I de Inglaterra, de apellido Condom, quien propuso al monarca que incorporara este elemento en sus prácticas sexuales, con el fin de tratar de limitar su ya numerosa descendencia. Sin embargo, existe evidencias del uso del condón entre los egipcios hacia el año 1350 a.c. (Del Río y Uribe, 1993, p.11.)

## CAPITULO II

### CAMPAÑAS.

**En el caso del SIDA, la enfermedad  
mata doblemente: por intolerancia,  
discriminación y persecución;  
pero también por negligencia,  
desinformación y desinterés.**

**Arnoldo Kraus.**

## 2.1 SU PREVISION SOCIAL.

El mejoramiento en el nivel de salud como un aspecto fundamental del bienestar social no se da necesariamente como resultado automático del crecimiento económico, sino que es preciso además, adoptar los medios necesarios que hagan gradualmente posible la prestación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad deseados, que implicaría un desarrollo económico.

Por ello la previsión social, tiene una parte fundamental en la lucha contra el SIDA, además se señala que existen realmente tres epidemias del SIDA que de hecho son las fases de la invasión a comunidad por el virus del SIDA, de acuerdo a esto, cada comunidad atacada por el virus pasa por tres fases sucesivamente:

1. La primera epidemia es la de la infección silenciosa por el virus VIH a menudo completamente inadvertida.
2. La segunda epidemia se da después de un plazo de varios años, es la epidemia del SIDA propiamente dicha, de la que más de un millón de casos acumulados se han reportado a nivel mundial hasta diciembre de 1994.
3. La tercera epidemia es la de las reacciones sociales, culturales, económicas y políticas ante el SIDA, que se da también a nivel mundial. (Panos, 1988)

Ante tales evidencias se han redoblado esfuerzos en materia de salud, para tratar de contrarrestar el virus, sin embargo no fue sino hasta 1986 con la creación del CONASIDA; que se comenzó a tomar "conciencia" del virus.

Como medida preventiva con resultados a largo plazo, los programas educativos dirigidos a la población en general, son de la mayor importancia. Pero las campañas a través de los medios masivos de comunicación deben ser específicas, directas y claras. Donde su contenido debería incluir la importancia del SIDA como problema de salud pública, vías de transmisión, prácticas de sexo seguro, en especial el uso del condón y peligros derivados del uso compartido de jeringas, como causa principales de transmisión del VIH.

De este modo 1986, es el año en que se comenzó a elaborar el Programa Nacional para la Prevención y el Control del SIDA de Mediano Plazo y con él empiezan a crearse las primeras campañas de prevención. Que cuenta con objetivos específicos: (Plan de Medios, 1994)

- Desarrollar campañas informativas que además de informar sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención del VIH, hagan hincapié que el riesgo es de todos, desestigmatizando a grupos específicos y afectados que han sido objeto de discriminación social.
- Diseñar mensajes de concientización positiva a la población para comprender a los afectados, tratando de generar una respuesta activa en la sociedad para evitar mayores contagios.
- Realizar campañas educativas y de capacitación a nivel individual y grupal, reconociendo que son estas actividades las que con el tiempo pueden conseguir modificación en las conductas, actitudes y prácticas riesgosas. Así las campañas en medios masivos se deben entender como mecanismos de presencia, apoyo y orientación hacia la población.
- Elaborar campañas segmentadas de información, educación y capacitación para grupos con características específicas evitando herir susceptibilidades.
- Descentralizar la producción de los mensajes y actividades a regiones, reconociendo la diversidad geográfica, cultural y étnica que hay en el país, además de la participación de los grupos sociales y comunitarios.
- Fomentar la educación sexual de los jóvenes y adolescentes con el fin de prevenir la infección del VIH, así como otras enfermedades transmisibles.

Con base a este Programa Nacional, comienza el diseño de campañas contra el SIDA, para 1987 conociendo el comportamiento del virus, sus mecanismos de transmisión y su reacción con el medio ambiente, nacen las primeras medidas preventivas. Las respuestas gubernamentales no se hicieron esperar y en términos de comunicación masiva se dio vía el CONASIDA como el encargado del diseño de las campañas auspiciadas por el Gobierno Federal. (Plan de Medios, 1994)

A continuación se enumerarán las principales campañas realizadas desde 1987 hasta 1994: La primera campaña de prevención del SIDA y por responder a las demandas informativas del público contó con el apoyo de la Secretaría de Salud (SSA), Dirección de Radio Televisión y Cinematografía (RTC) y los propios medios de comunicación a los que les pareció atractiva y novedosa la información:

**1.- Nombre de la campaña: MITOS Y PRECAUCIONES.**

Objetivo General: didáctico, con la intención de dar las características básicas del SIDA, su prevención y mito. Dirigido: a la población de las zonas urbanas de todos los niveles socioeconómicos. Cobertura geográfica: nivel nacional, a través de 1073 estaciones de radio del país y 77 de televisión. (incluyendo repetidoras estatales y locales). Fecha de ejecución: Planeación : 2º semestre de 1987 y 1er bimestre de 1988. Transmisión 2º y 3er bimestre de 1988. Duración: 3 meses. Medios utilizados: radio, t.v y apoyos gráficos (folletos y carteles). Su impacto no fue evaluado debido a restricciones presupuestales.

Cabe señalar que también fue en 1987, cuando se realizó el primer veto a las campañas y que algunas han sido enlatadas, lo que pone en evidencia la difícil e irregular relación del CONASIDA con los medios masivos de comunicación, además de las grandes pérdidas que deriva esta acción y lo que esto representa, mostrando que aun no se tiene la plena conciencia de la magnitud del virus, así como lo importancia de los medios de comunicación como fuente de información para la población; que sin embargo anteponen sus intereses económicos e ideas moralistas. La primera pérdida de un spot publicitario en campaña se dio a razón de 100 millones de viejos pesos.

En 1989, el patrocinador de las campañas se dio como en 1988 y como se dará hasta 1994 por el gobierno de México a través de la Secretaría de Salud (SSA) y del CONASIDA.

2.- Nombre de la Campaña: DIA MUNDIAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA.

Objetivo General: sensibilizar a la población y estimular la búsqueda y demanda de información sobre el SIDA. Dirigida: al público en general. Cobertura geográfica: nivel nacional a través de 1073 estaciones de radio y 77 de t.v, además de apoyo gráfico en andenes de del Sistema Colectivo Metro. Planeación: 2º bimestre de 1988, Transmisión abril, mayo y junio de 1988.

En los últimos meses de 1988, en México no se realizaron más campañas, ya que el país estaba concentrado en las elecciones presidenciales y en sus resultados, comenzando así el primer periodo de silencio en las campañas contra el SIDA y el final de la primera fase. (véase cuadro, 2.1.1)

3.- Nombre de la Campaña: IMPACTO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICA.

Objetivo general: a través del mensaje estadístico sensibilizar a los diversos sectores de la población para comenzar ha introducir la noción del riesgo de adquirir el VIH/SIDA. Dirigido: a segmentos específicos de la población (varones y mujeres) de niveles socioeconómicos. Cobertura geográfica: nivel nacional por medio de radio y t.v. Planeación: 4º bimestre de 1988. Transmisión 1er trimestre de 1989.

Esta campaña fue de las más económicas además de marcar un avance significativo, por vez primera se dio información a público específico y da inicio la segunda fase de campañas. (véase cuadro, 2.1.1)

4.- Nombre de la Campaña: PARTICIPACIÓN SOCIAL ¿TU QUE ESTAS HACIENDO?.

Objetivo general: sensibilizar a la población y promover la movilización y participación de diversos sectores. Dirigido: diversos sectores de la sociedad, según su ocupación y edad. Cobertura geográfica: a nivel nacional por radio, t.v. Planeación: 1er trimestre de 1989. Ejecución abril-noviembre de 1989. La producción fue de bajo costo, el promedio de impactos diarios fue de 5 por t.v, y 10 por radio.

5.- Nombre de la Campaña: LOTERIA-METRO.

Objetivo general: incidencia cultural, influencia a los diversos sectores de la población para que adquiriera los conocimientos básicos sobre VIH/SIDA, formas de transmisión y prevención. Dirigido: segmentos específicos de la población (adolescentes, padres de familia, mujeres y diversas ocupaciones). Cobertura geográfica: a nivel nacional por radio, t.v., y una fuerte propaganda de materiales gráficos colocados principalmente en el metro. Planeación: febrero-noviembre de 1989. Ejecución noviembre de 1989 a septiembre de 1990.

La campaña fue accidentada ya que una vez lanzada al poco tiempo el Coordinador General del CONASIDA fue acusado penalmente por la asociación PRO-VIDA, bajo los cargos de promover la promiscuidad y pervertir a los menores, al presentar los condones como la medida preventiva contra el SIDA. Después de un estudio de las supuestas evidencias por parte del Procurador General de la República se decidió que no había crimen que perseguir. (Rico B., 1995)

A partir de esta campaña RTC decidió, transmitir los spot en horarios de difícil acceso para la población: de las 11 de la noche hasta las 6 de la mañana, argumentando el ejercicio de la sexualidad, esta campaña tuvo fuertes recursos financieros y ha sido la única campaña para medios masivos con pre y postevaluación, realizado por la agencia externa del Gobierno.

6.- Nombre de la Campaña: MUJER Y SIDA.

Objetivo General: complementar la estrategia de la OMS para el día mundial de lucha contra el SIDA. Dirigido: a segmentos específicos de la población, las mujeres. Cobertura geográfica: nivel nacional, por medio de radio, t.v., y apoyos gráficos. Planeación: septiembre-octubre de 1990. Transmisión: noviembre-diciembre de 1990.

Después de esta campaña el CONASIDA no tuvo promocionales en los medios masivos durante un año, así que durante 1991 no hubo spot de prevención del SIDA, dañando la imagen del Consejo, que se tradujo en una disminución de los servicios que prestaba a la comunidad.

7.- Nombre de la Campaña: VENDAS.

Objetivo General: fomentar la comunicación de la familia respecto a la sexualidad y SIDA entre padres e hijos. Dirigido: a padres e hijos de todos los niveles socioeconómicos. Cobertura geográfica: nivel nacional, por medio de radio, t.v., y carteles. Planeación: 4º trimestre de 1990. Transmisión: enero-marzo de 1991.

Después de este spot nuevamente prevaleció el silencio. A lo largo de la historia del CONASIDA, el diseño y producción de estrategias para campañas de comunicación educativa no se realizó bajo un

plan sistemático y específico, sino de manera coyuntural, que fueron respondiendo a las necesidades y expectativas informativas de diversos sectores de la población. A mediados de 1991 el CONASIDA realizó un proceso de reestructuración interna que incorporó una Dirección de Documentación y Comunicación y de manera concreta una Subdirección de Comunicación en dos departamentos especializados: Diseño y Producción de materia educativa y publicaciones. (Plan de Medios, 1994)

Con ello surge el diseño de el Plan de Medios de comunicación de 1992-1994, que tiene por objetivos:

- a) Establecer un diagnóstico situacional de la relación socio-cultural y su impacto epidemiológico-social del fenómeno SIDA.
- b) Sensibilizar y promover la participación de la ciudadanía y reforzar las labores educativas llevadas por el Consejo.
- c) Establecer la políticas del CONASIDA en materia de comunicación educativa y social a nivel masivo.

Con el Plan de Medios de Comunicación se trata de dar una visión más objetiva de la lucha contra el SIDA, sustentándose en la educación como una estrategia global integral y permanente aunada a la vinculación y concertación institucional que permita realizar amplias estrategias de comunicación.

En el diseño de las primeras fases de campañas del nuevo plan de medios, la Agency for International Development (AID), apoyó al CONASIDA proporcionando asesoría técnica en mercadotecnia social y comunicación educativas, además de aportes metodológicos. En base a lo anterior se diseñaron nuevas campañas.

#### 8.- Nombre de la Campaña: PUENTE.

Objetivo General: reforzar la imagen corporativa del Consejo a través de la promoción de los servicios que presta la institución. Con ello se dio inicio por vez primera, al diseño de una estrategia global de comunicación programada, secuenciado y con metas definidas. Dirigido: a la población en general de todos los niveles socioeconómicos. Cobertura geográfica: a nivel nacional, por medio de radio, t.v.; con diez impactos diarios y tres en los canales de t.v. Planeación: marzo-mayo de 1992. Transmisión: 20 de junio al 20 de agosto de 1992.

Los recursos económicos para la producción de la campaña fueron mínimos, tratando de reducir costos. Da inicio la tercera etapa: El Plan de Medios 1992-1994.

9.- Nombre de la campaña: APERTURA SOCIAL J. CARLOS Y AMELIA.

Objetivo General: generar y fomentar climas de apertura social que permitan hablar de sexualidad y SIDA, sin tintes moralistas. Dirigido: a parejas sexualmente activas específicamente y población en general. Cobertura geográfica: a nivel nacional con 10 impactos diarios por radio y tres por t.v. Planeación: mayo-septiembre de 1992. Transmisión 20 de octubre de 1992 al 20 de enero de 1993.

10.- Nombre de la Campaña: DERECHOS HUMANOS/SEROPOSITIVOS.

Objetivo General: promover los derechos humanos de las personas infectadas y sensibilizar a la población que no lo está. Dirigido: a seropositivos, familiares y amigos. Cobertura geográfica: a nivel nacional y de manera excepcional se contó con 5.5 impactos diarios en los canales de t.v. y 10 en radio, además de apoyo gráfico. Planeación: mayo-septiembre de 1992, transmisión: 21 de enero al 20 de abril de 1993.

11.- Nombre de la Campaña: ADOLESCENTES.

Objetivo General: dar a conocer las opciones en materia de prevención sexual. Dirigido: a los adolescentes de 15 a 20 años de ambos sexos principalmente. Cobertura geográfica: a nivel nacional con 10 impactos diarios por radio y 3 por t.v., además de apoyos gráficos. Planeación: mayo-septiembre de 1992. Transmisión: 21 de abril al 20 de julio de 1993.

12.- Nombre de la Campaña: ESCUELA.

Objetivo General: fomentar la noción del riesgo de contraer SIDA y el cambio de actitudes. Dirigido: a padres de familia, maestros de secundaria y preparatoria. Cobertura geográfica, a nivel nacional. Planeación y ejecución: febrero de 1993.

13.- Nombre de la Campaña: MANOS Y OBJETOS.

Objetivo General: eliminar tabúes culturales. Su ejecución 28 de noviembre de 1993 al 30 de septiembre de 1994, sujeta a las políticas de tiempos oficiales en cobertura nacional de acuerdo con el término de la Ley Federal de Radio y Televisión<sup>17</sup>, con 3 impactos diarios en t.v. y 10 en radio acompañados de seis promocionales: escuela, mitos, sangre segura, oficina, fútbol y cafetería.

<sup>17</sup>Esta ley adiciona en su estructura, el artículo 9 del Acuerdo Presidencial publicado el 31 de diciembre de 1968, que autoriza a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para recibir pagos de impuestos con algunas modalidades. en este artículo se acuerda que los concesionarios de los medios masivos de comunicación otorguen en 12.5% del total de sus tiempos de transmisión a las diversas dependencias del gobierno en función, a manera de pago parcial y en especie, del impuesto por servicios prestados por empresas que funcionan al amparo de concesiones federales para el uso del dominio directo de la Nación. (Plan de Medios, 1992)



Finalmente, en el Plan Nacional de Medios de Comunicación 1992-1994 del CONASIDA; durante 1994, se llevó a cabo la 4ª y última fase de producción del Plan de Medios, teniendo como objetivo general actualizar las temáticas y tratamientos educativos, distribución de folletos con temas específicos, así como la realización de un taller seminario con especialistas y profesionales del tema.

En esta última fase se realizó la última campaña del sexenio de CSG, donde el título de la campaña siguió siendo MANOS Y OBJETOS II, planeando un promedio de transmisión de 3.5 impactos por t.v., y 10 por radio y sus repetidoras; tratando de responder a las nuevas necesidades de comunicación educativa que fueron rebasando al Plan de Medios. (véase cuadro 2.1.1)

(CUADRO 2.1.1)  
CAMPAÑAS CONASIDA 1987-1992

AÑOS	SLOGAN	SPOTS	RADIO (IMPACTOS)	T.V. (IMPACTOS)	SPOT X 3 MESES	DURACIO N(MESES)
<b>Primera fase 1987-1988</b>						
1987-1988	disfruta del amor... con responsabilidad.	2	0	5/día	34,650	3
	<b>SILENCIO</b>					7
1988	sigue la información.	2	5/día	3/día	20,790	3
<b>Segunda fase 1989-1992</b>						
1989	¿tú no piensas informarte?	6	0	6/día	41,580	3
1989	¿qué estás haciendo tú?	13	5/día	6/día	82,400	8
1989	lotería	2	5/día	6/día	136,600	10
	<b>SILENCIO</b>					8
1990	mujer con SIDA	3	0	3/día	13,660	2
	<b>SILENCIO</b>					
1991	quita la venda de tus ojos.	1	0	5/día	84,650	0
	<b>SILENCIO</b>					
1992	PLAN 1992-1994.					

FUENTE: CONASIDA, Dirección de Campañas y Difusión 1995.

Los supuestos que inspiraron el diseño de las campañas mencionadas se derivaron de un proceso anterior y fueron en general los siguientes: (Rico, B., 1995)

1. La "mayoría" de las personas en México tienen la información básica sobre el SIDA y cómo prevenirlo. Por ello los mensajes no deben ser repetitivos, la información contenida debe ser nueva, tratando de concientizar a la población.
2. La mayoría de las personas no se sienten en riesgo, las campañas deben incrementar la percepción de riesgo en la población en general.

3. Persiste la estigmatización y discriminación, para las personas con VIH/SIDA. Por ello los anuncios deben abordar este problema con el objeto de incrementar la solidaridad y evitar la violación a los derechos humanos.
4. Las campañas en medios masivos de comunicación no modifica en sí el comportamiento.
5. México es un país complejo, con variadas y diferentes realidades sociales, culturales y religiosas. Por lo tanto, se deberían proponer opciones para todo: desde la abstinencia hasta el uso del condón, de una manera clara y objetiva.
6. Existe una creciente tendencia a olvidar que el SIDA se ha instalado en el país y el resto del mundo, por ello la intención de las campañas es buscar presencia dentro de la población y no olvidar al virus.

Si embargo los programas de tipo educativo que se pudieran aplicar de forma masiva para combatir el SIDA, no pueden estrictamente hablando, modificar conductas. La decisión y la capacidad real de modificar una conducta depende de cada individuo. Los programas no pueden más que informar a la población (sin tendencia coercitiva), trata de inducir la modificación de su conducta, ofrecer elementos educativos para que actúe. Pero la información no necesariamente incide en cambios en las conductas de los individuos, entre la información que ofrecen los responsables de una campaña educativa y el cambio de conductas media una gran distancia.

Se vuelve necesario, profundizar sobre qué tipo de mecanismo determina la conducta, qué factores influyen más eficazmente; en otros términos, cuál es la mejor manera de orientar un programa educativo para alcanzar los resultados deseados. En el caso del SIDA, el dilema es claro: o se logra producir una campaña educativa que efectivamente predisponga a los individuos ante la urgencia de modificar sus conductas, o se verá avanzar la epidemia hasta producir estragos inimaginables. (Castro, 1989)

Las campañas suponen el "arma secreta" contra esta epidemia y aunque dentro del esquema tiene un plan, un diseño y una participación de los diferentes grupos afectados, éstas no se cumplen cabalmente, además el gobierno no aprovecha sus espacios disponibles en radio y t.v, sin olvidar que los spots casi siempre pasan a altas horas donde la audiencia es muy reducida. Ello es una evidencia de la ausencia de una respuesta adecuada en torno a la epidemia, tanto por el gobierno como por la población en general, reflejando que alrededor del virus sólo hay intereses económicos e ideas moralistas, que son realmente el problema real para combatir el SIDA. (véase cuadro 2.1.1)

## 2.2 IMPACTO DE LAS CAMPAÑAS EN LA ECONOMIA.

Todos los problemas de índole social en torno a un país están íntimamente relacionados con el aspecto económico y le afectan en concordancia. Como se ha referido anteriormente *"el hombre no genera la enfermedad pero si las condiciones para que esta surja."* De esta manera un daño social, provoca incondicionalmente un daño económico en el mismo sentido y en la misma magnitud.

Conforme se ha conocido la complejidad del problema del SIDA, la comunicación educativa se ha ubicado como una de las principales herramientas de prevención. Bajo este marco los medios de comunicación han jugado un papel importante en la estrategia de salud pública para divulgar y difundir información "objetiva" acerca de los mecanismos de transmisión y prevención del SIDA, así como promover la participación social.

No obstante, el esfuerzo pocos han sido los resultados que se han podido registrar respecto a la consientización de la percepción de riesgo por parte de la población y sobre el impacto de las campañas masivas en la modificación de actitudes y prácticas aunque algunos especialistas señalan que estos cambios son reversibles a mediano plazo, lo que implica la necesidad de sustentar las intervenciones educativas durante periodos prolongados con la consiguiente carga económica que esto implica. (Salud Pública, No 32)

La sociedad mexicana es plural y diversa, por ello el diseño del mensaje tiene matices difíciles de abordar, por lo tanto los medios de comunicación aún con su desarrollo y tecnología tienen limitaciones para persuadir a las diferentes audiencias a la adopción de hábitos preventivos

Bajo este marco, es importante conocer el impacto en la economía como un costo total desde la perspectiva de campañas, así como algunas consideraciones de lo que esto provoca en la sociedad (respuesta) y en la familia haciendo una comparación ¿Qué es más oneroso, prevenir o la manutención paliativa de los afectados?

La medicina por excelencia es la preventiva; ciertamente una campaña preventiva que cumpla con los objetivos para los que fue diseñada ahorraría costos; reduciendo el número de infectados y

poder enfrentar a una epidemia sin control. Así para poder analizar de manera más precisa los efectos del costo, se estudiarán los cambios en cuanto a la propagación del SIDA, desde su aparición en 1987 hasta 1994.

La campaña anti-SIDA supone en realidad un costo bajo de N\$ 140 mil pesos durante 1992-1994 (según datos de la Dirección de campañas de CONASIDA en 1994). (véase cuadro 2.2.1) pero sin embargo el problema no es el costo de las campañas, sino el tratamiento de la enfermedad, ya que si bien es cierto no se están destinando muchos recursos a la epidemia, ésta existe y está latente para tener una explosión hacia 1998 según estimaciones del propio CONASIDA al ser el 80% de la población joven y económicamente activa la que está infectada. Por esta razón se deberá cargar con un costo más elevado a todos los niveles y principalmente el preventivo, donde la población que pudiera estar infectada se encuentra en edad de producir, representando el motor económico del país.

(CUADRO 2.2.1).  
COSTO DE CAMPAÑAS EN MEXICO.

CAMPAÑA	COSTO
1987-1988	80,000
1989	110,000
1990	95,000
1991	100,000
1992-1994	140,000

FUENTE: CONASIDA, Dirección de Educación y Difusión, 1994.

La efectividad total en la campaña contra el SIDA en México y el resto del mundo es baja, y por ello siempre existe el riesgo de contagiarse, aunado a una proporción de la población que no tiene acceso a la información o que simplemente es inconsciente ante el problema. De 1987 a 1988 el equipo del CONASIDA comenzó a diseñar una campaña acorde a las necesidades de la población con el propósito de tocar el tema sin fricciones ante grupos conservadores.

La reacción ante la primera campaña fue inmediata y violenta acusando al gobierno de tratar de fomentar las relaciones sexuales en México, tendiente a la disipación moral; sin embargo aún con todos los ataques de grupos moralistas como PRO-VIDA<sup>18</sup> y la Iglesia Católica, las campañas continuaron aunque con algunas modificaciones sintiéndose poco a poco una apertura más clara hacia la educación sexual. (Dirección de Campañas, 1994)

El impacto económico se identifica con los fracasos y su magnitud en cuanto a prevención; las campañas preventivas realizadas objetivamente podrán reducir la multiplicación de la infección y por

<sup>18</sup> Es una entidad confederada dependiente de 140 agrupaciones parroquiales y civiles, creada en 1978 para vigilar la buena marcha de las costumbres, todas ellas bajo la mirada aprobatoria del clero mexicano. Se financia con las aportaciones económicas y en especie de sus propios integrantes y de sus organizaciones. (Vera, 1989, p.18-19).

lo tanto el número de enfermos a futuro, que se traduciría en una reducción del costo de tratamientos paliativos, para los afectados los cuales tienen que recurrir necesariamente (no siempre) a instituciones como el CONASIDA.

Tampoco se debe creer que la sola información será suficiente para que la población en riesgo modifique sus conductas o prácticas sexuales. Algunos grupos de riesgo como los homosexuales principalmente, han reducido su curva de infección, aunque aún surge la pregunta si esto ha sido provocado por las campañas o por el impacto que ha dejado en ellos la gran cantidad de muertes por la infección dentro del grupo. En la ciudad de San Francisco (E.U.), ha llegado a tal magnitud la infección en el grupo que cada individuo conoce hasta 70 amigos o conocidos que padecen o han muerto por el SIDA. (Daniels, 1986)

En las encuestas realizadas entre diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto conocimiento sobre la enfermedad y sus formas y mecanismos de transmisión por una parte, y la falta de aplicación e información de estos conocimientos por la otra. Esto indica que las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir la enfermedad, a pesar de incurrir en prácticas que ellos mismos saben tienen consigo un alto riesgo de transmisión. (Plan de medios, 1994)

En términos económicos la prevención de la epidemia tiene un bajo costo, tomando en cuenta que eso se traduce en una población sana y productiva; el esquivar el problema actual acarrea un elevado número de enfermos que necesariamente serán una carga económica y un faltante en ingreso familiar, consumo, etc.<sup>19</sup>

A partir de 1987 cuando da inicio la campaña en contra del SIDA, las tasas de crecimiento de la enfermedad empiezan a ser negativas pasando de crecimientos arriba del 100% hasta 1.6% residuo dejado por la intensa campaña de 1989, mientras 1990 y 1991 fueron campañas muy tenues. De esta manera se amortigua el crecimiento también por el número de personas que murieron durante 1983 y 1989. Se da un gran crecimiento en 1993 para pasar a una tasa negativa de variación en 1994, esta baja se dio porque la mayoría de los infectados desde 1983 ya había muerto por lo tanto se da un crecimiento más bajo ya que el límite de muertes por el SIDA va de 5 a 10 años y los casos registrados por muerte se dan hacia 1994. (véase cuadro 2.2.2)

---

<sup>19</sup> Conferencia Internacional del SIDA, Yokohama Japón (AUDIO), 1994.

(CUADRO 2.2.2)  
**CASOS DE SIDA EN MEXICO  
 HASTA MARZO DE 1995.**

AÑOS	# DE CASOS	CASOS NUEVOS	% VARIACIÓN.
1983	6	6	-
1984	6	0	-
1985	29	23	383
1986	246	217	758
1987	518	272	110
1988	905	387	74.7
1989	1,607	702	77.5
1990	2,588	981	91.9
1991	3,167	579	22.3
1992	3,220	53	1.6
1993	5,095	1,875	58.2
1994	4,049	(1,046)	(205)
<b>TOTAL HASTA 1995</b>	<b>22,055</b>	<b>18,006</b>	<b>444.7</b>

FUENTE: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Es en 1990 y en adelante cuando se da un gran salto en números de infectados, en 1993 la mayor etapa de concentración de enfermos del SIDA con respecto al número de infectados en 1994. Se puede observar que a partir de difusión de educación en campañas el número de infectados baja en gran proporción a las tasas observadas en ausencia de esta. La cifra total de infección engloba varios componentes los cuales no se han contabilizado o desglosado por lo tanto no se puede conocer con certeza el impacto real en los grupos contagiados, prácticas sexuales, tratamientos en derivados sanguíneos, drogadicción, violencia (violación por gente infectada).

Por otra parte el subregistro en un porcentaje de infectados que no se han contabilizado y el número de personas que conforman el grupo de asintomáticos: portador asintomático permanente y portador asintomático en incubación. Dentro de este grupo se considera un 30% de los datos conocidos. (FUNSALUD, 1993).

La concordancia entre el diseño de campañas y resultados obtenidos no es muy equitativa. El contar con una población heterogénea pero con tendencia al disfraz moral hace que sea muy difícil tener un resultado cercano a lo real.

México se enfrenta a nuevos retos en materia de salud y uno de ellos es el SIDA que aumenta cada vez más su costo incrementando las cifras de infección y muerte que tienden a elevarse considerablemente, lo cual anulará el poco avance que se ha alcanzado en la década pasada en

relación a la reducción de las tasas de mortalidad. Los servicios de salud son un factor contribuyente al crecimiento y desarrollo de un país, las medidas de sanidad bien ejecutadas tren consigo la disminución o la erradicación total de enfermedades y la disminución de muertes, que se podría traducir en el posible progreso de un país. (Dirección Epidemiológica, 1995)

## 2.3 BENEFICIO DEL GOBIERNO POR ESTOS SERVICIOS.

¿Cuál es el beneficio del gobierno por preservar la salud de la población?. Los servicios sociales que presta el gobierno, por definición no tienen un beneficio tangible, no se pueden recuperar económicamente. Las funciones del sector público son específicas y tiene como finalidad el buen funcionamiento de la economía y la resolución de problemas sociales que un individuo o una población no pueden o no están dispuestos a resolver.

Existe una interacción entre pobreza y enfermedad; asimismo entre salud, desarrollo económico y lo social, por ello el cuidado de la salud cubre varios aspectos entre ellos se encuentra la promoción, la prevención, la medicina curativa y alternativa aunada a la paliativa.

En el transcurso de su historia, los países transitan por distintos problemas epidemiológicos estrechamente relacionados con su momento histórico y con su desarrollo económico; y junto con ellos se muestra la inequidad en salud la cual se expresa dramáticamente a lo largo de su historia, aún no se puede comprender del todo que, una buena salud de todos significa la salud de un país.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente a lo largo de las últimas cuatro décadas que durante todo el curso de la historia de la humanidad. Siendo de 40 años de vida en los países en desarrollo en 1950 y en 1990 alcanzó los 63 de vida. En 1950, 28 de cada cien niños morían antes de los cinco años, para 1990 esta cifra había bajado a 10 defunciones. Ello se debe quizás a que se han erradicaron enfermedades que eran la principal causa del fallecimiento de miles y probablemente hasta de millones de personas cada año; además ha contribuido el avance de la ciencia médica que se ha dado la tarea de crear nuevos medicamentos capaces de combatir las enfermedades, asimismo las vacunas constituyen una parte fundamental para la protección y prevención de la población. (FUNSALUD, 1994)

Tales mejoras se tradujeron no sólo en importantes aportes directos al aumento del bienestar, también en una disminución de la carga económica que representa. Pero a pesar de estos avances los problemas en salud persisten, los niveles de insalubridad siguen siendo altos en países en desarrollo generalmente, además la falta de ella se refleja en la pobreza de un país.



El ritmo de crecimiento en salud se ha desarrollado considerablemente a nivel mundial pero que sin embargo muestra también las desigualdades entre los países desarrollados y los que no lo son. Los servicios en salud no solo benefician al gobierno, sino al país y su población que lo conforma. Para evitar tener una sociedad enferma es determinante la prevención como único instrumento capaz de amortiguar enfermedades que después se puedan convertir en epidemias y éstas a su vez en pandemias.

El SIDA entra dentro del marco de epidemia-pandemia, si se analizan las cifras de enfermos tomados en cuenta los no conocidos, se tendría un total de 32 mil casos fugaces con una tasa de incidencia de 253 por cada millón de habitantes aunado a la tasa acumulada de 52 mil 240 personas infectadas emergidas. (véase cuadro 2.3.1) La epidemia del SIDA puede no ser importante en sus cifras, que puede resultar no representativa en cuanto a números tomado en cuenta el total de la población, representando mucho menos del 1%.

Sin embargo esta epidemia se asemeja a una bola de nieve que va creciendo a paso agigantados, dado que el grupo infectado de la población aunque "pequeño" es letal y se va multiplicando, cada infectado puede contagiar en promedio entre 5 y 10 personas dependiendo de sus prácticas, las que a su vez pueden contagiar a otras tantas, cabe resaltar que un enfermo de SIDA tiende a desarrollar actitudes egoístas y puede actuar con indiferencia e imprudencia ante el virus. Ello hace que a futuro sea un costo elevado, no sólo para el Sector Salud sino para toda la población que vería reducidos los servicios que recibe.

(CUADRO 2.3.1)  
CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE  
NOTIFICACION Y SEXO EN MEXICO 1983-1994.

AÑO	CASOS	RAZON H/M	PORCENTAJE DE CASOS EN MUJERES
1983	6	6 a 0	0.0
1984	6	6 a 0	0.0
1985	29	14 a 1	6.9
1986	246	30 a 1	3.2
1987	518	12 a 1	7.9
1988	905	6 a 1	13.5
1989	1,607	6 a 1	15.2
1990	2,588	5 a 1	16.2
1991	3,167	5 a 1	15.4
1992	3,220	6 a 1	15.2
1993	8,095	6 a 1	14.8
1994	4,040	6 a 1	13.4
1983-1995 ACUMULADOS	22,055	6 a 1	14.5

FUENTE: Región Nacional de Casos de SIDA. CONASIDA, 1995.

El SIDA es considerado una seria amenaza sobre la sociedad y la capacidad del Estado para enfrentarla, aun con unas cifras 10 veces por debajo de la actual que de acuerdo al CONASIDA es "imposible", los costos económicos y sociales se consideran como insuperables toda vez que la mortalidad afectaría principalmente a la Población Económicamente Activa (PEA).

La problemática de la campaña contra el SIDA se refleja en su falta de realidad social, al tratar de quedar en concordancia con grupos conservadores que por sí mismos no resolverán el problema del síndrome, si este crece a niveles incontrolables. Por otro lado, el CONASIDA se enfrenta a varias limitaciones para diseñar la campaña adecuada, aun siendo un organismo descentralizado tiene que apegarse a políticas vigentes en salud.

Los recursos humanos y financieros con que cuenta el Consejo se ven limitados para diseñar, producir e instrumentar estrategias de comunicación que se adecue a las características culturales, educativas y códigos lingüísticos de los múltiples grupos que conforman el país. (CONASIDA. Dir. de Campañas, 1994)

Los problemas económicos del país han orillado a estas medidas que no son una solución, sobretudo a la epidemia. La creación del CONASIDA con un presupuesto constante del 0.03% como un porcentaje del gasto destinado a salud se ha visto como una panacea por parte del sector para desviar la responsabilidad a esta institución.

En realidad el costo de la epidemia del SIDA es elevado pero no se asume, se le destina un presupuesto de N\$8 millones 734 mil pesos anuales (véase cuadro 2.3.2) a la institución del cual se le asigna un alto porcentaje al pago en salarios a los profesionales y personal en general que labora en el Consejo, y sólo 1.75% a campañas del presupuesto utilizado desde el inicio de las mismas en 1987. (datos obtenidos de la entrevista con la Dra. Melva Muñoz, Directora Administrativa del CONASIDA, 1995).

(CUADRO 2.3.2)  
DESTINO DEL PRESUPUESTO DEL CONASIDA 1994.

DESTINO	N\$	PORCENTAJE
<b>SALARIOS</b>	2,188.000	26%
<b>GASTO DE OPERACION</b> materias y suministros materias y oficinas materias primas farmacia	3,387.000	38%
<b>SERVICIOS GENERALES</b> asesoria fletes mantenimiento	3,184.000	36%
<b>TOTAL</b>	<b>8,734.000*</b>	100

FUENTE: CONASIDA, 1994.

\*PRESUPUESTO PARA 1994: 15,018.400

Al analizar el impacto económico de la epidemia se han estudiado los datos obtenidos de las diferentes instituciones del sector salud las cuales no incluyen un rubro al SIDA, señalando al gasto en la epidemia como sólo un dato del gasto total ejercido pero no destinado, realizando las ponderaciones del gasto en el CONASIDA y medicamentos que "ofrecen" las instituciones, donde en la mayoría de los casos no están en existencia. Por otra parte la atención hospitalaria sólo se da para aliviar la infección oportunista en turno y la atención integral al paciente con SIDA no se ejerce.

Aun así se dice que el problema es de organización donde el propio CONASIDA destina gran parte de su presupuesto a salarios y costos de operación más de un 60%. cuando se le destina menos del 2% del presupuesto mensual a una campaña en una año, representando un 0.145% del presupuesto mensual, sabiendo que la campaña es uno de los rubros más importantes para combatir el SIDA, las diferencias derivadas al interior del Consejo son un reflejo de los muchos problemas que enfrenta el Sector Salud actualmente y ellos son:

Asignación equivocada de recursos: se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos como la cirugía de cáncer, al tiempo que sigue siendo insuficiente el financiamiento de otras medidas de importancia crítica y sumamente eficaces en función de costo como el tratamiento a tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, los hospitales absorben un 20% solo en pago a personal docente.<sup>20</sup>

Desigualdad: Los pobres carecen de acceso a los servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia a los que están en mejor situación económica en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo y subvenciones de los seguros médicos y públicos.(1)

Ineficiencia: Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de comprar medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados y las camas de hospitales están subutilizadas.(2)

Explosión de costos: En México los gastos de asistencia sanitaria aumentan más rápido que los ingresos. El número cada vez mayor de médicos, la disponibilidad de tecnología, difusión de seguros médicos; se combinan para generar una demanda de procedimientos, pagos de honorarios que alcanzan un nivel de costo muy elevado.(3)

En el siguiente capítulo se hará un análisis más detallado de los costos directo, generales e individuales generados por el VIH/SIDA; una vez ubicado los costos por paciente, se tratará de ubicar a los grupos de riesgo así como las zonas de mayor incidencia.

<sup>20</sup> (1), (2), (3), Entrevista directa con la Dra. Melva Muñiz Mantelongo, Dirección de Campañas y difusión.

## **CAPITULO III**

### **LOS COSTOS DEL SIDA**

**Toda vida sana para subsistir,  
necesita tener un fin, un móvil,  
algo que tener entre manos...**

**Hermann Hesse.**

### 3.1.- COSTOS DEL SIDA.

En México, como en otros países en desarrollo, existe de manera tradicional escasa información sobre los recursos financieros y materiales utilizados para el tratamiento de la patología del país y más aún de las consecuencias económicas de los padecimientos, independientemente de su frecuencia de aparición.

El SIDA no escapa a este hecho, sus características clínicas y sus consecuencias sociales hacen imperativo contar con información para la planeación de los servicios, con el fin de establecer esquemas de tratamientos y financiamientos alternos, que aumenten la eficiencia y efectividad de los servicios preventivos y la atención a la salud. (Sepúlveda y Tapía. 1992)

La mayoría de los estudios sobre costos de tratamiento de pacientes con SIDA se ha llevado en países desarrollados, en Estados Unidos se han realizado diversas investigaciones de esta índole, los costos oscilan entre 20 mil y 26 mil dólares anuales. (Sepúlveda y Tapía. 1992)

En este apartado se analizará el costo que genera el tratamiento del SIDA en México, en una visión general, para posteriormente hacer el análisis de costos por pacientes y los demás rubros que erogan del Sector Salud a causa del virus, como campañas, instituciones (CONASIDA), etc.

El SIDA eroga un gasto no destinado a la epidemia, es decir se incluye dentro de los programas destinados a combatir las enfermedades epidémicas y su presupuesto depende de los subprogramas que se deriven de los programas, así como todos los gastos que devengue su atención, investigación, pruebas seriológicas, instrumentos, etc.

Los gastos del Sector Salud tienen dos grandes destinos: población abierta y población asegurada. Los servicios sociales de salud en México se dan por medio de sus instituciones; que atienden a la población asegurada y a la población abierta (no asegurada). La primera parte de la población es atendida por instituciones que perciben ingresos a través de aportaciones de empresas y de sus trabajadores y otra parte del financiamiento del Gobierno Federal en este rubro. Las instituciones que atienden a la población abierta, cobran una cuota de recuperación por sus servicios a los individuos que demandan estos, de acuerdo a su situación económica, además de las aportaciones del gobierno.

La población abierta es cubierta por las instituciones de Secretaría de Salud (SSA), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Departamento del Distrito Federal (DDF), Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (IMSS-SOL); la población asegurada es cubierta por los servicios del IMSS, ISSSTE y PEMEX; el gasto general de salud esta dirigido más hacia la población asegurada que a la población abierta. (véase cuadros 3.1.1 y 3.1.2)

(CUADRO 3.1.1)  
**PORCENTAJE DE LOS GASTOS NACIONALES  
 DE SALUD EN MEXICO 1992.**

CLAVE	PROGRAMA	PRESUPUESTO TOTAL %	POBLACION ABIERTA			
			TOTAL	SSA	DDF	IMSS-SOL
		100.0	18.89	18.43	1.23	2.23
AA	ADMINISTRACION	11.33	3.97	3.93	-	0.04
BL	POLITICA Y PLANEACION DE LA SALUD	7.82	0.88	0.48	-	0.40
DJ	ATENCION PREVENTIVA	4.70	2.05	1.54	0.05	0.46
OK	ATENCION CURATIVA	58.81	8.98	8.73	1.09	1.16
ON	PRESTACIONES SOCIALES	5.35	0.14	0.14	-	-
FN	PRODUCCION DE INSUMOS MEDICOS Y MATERIAL DE C.	0.17	0.17	0.17	-	-
30	DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.	0.45	0.27	0.27	-	-
3V	FOMENTO DE PROGRAMAS DE CAPACITACION P/T.	2.12	0.56	0.55	0.01	-
	REGULACION Y FOMENTO P/S.	0.27	0.27	0.27	-	-
3X	AMPLIACION DE LA PLANTA					
5F	FISICA P/E y C.	0.03	0.02	0.02	-	-
5G	AMPLIACION DE LA PLANTA F.	0.02	0.02	0.02	-	-
5I	EDIFICIOS AL SERVICIO DE S.	4.27	1.50	1.29	0.08	0.13
5K	EDIFICIOS ADMINISTRATIVOS	1.86	0.06	0.02	-	0.04

FUENTE: Boletín de Información Estadística. Número 12, 1992.

Gran porcentaje de los recursos destinados a la salud, tanto para la población abierta como para la derechohabiente, se dirige a la administración y atención curativa (véase cuadros 3.1.1 y 3.1.2), destinándose sólo un 4.70% y 2.65% en prevención respectivamente, asimismo también se le destina un porcentaje muy bajo a desarrollo e investigación. Con esta distribución de recursos es muy probable que aumente cada vez más el porcentaje destinado a la atención curativa, ya que no hay una amortiguación de salud para prevención e investigación, aún sabiendo que la medicina preventiva es mejor por excelencia.

(CUADRO 3.1.2)  
**PORCENTAJE DE LOS GASTOS NACIONALES  
 DE SALUD EN MEXICO 1992.**

CLAVE	PROGRAMAS	PRESUPUEST O TOTAL %	POBLACION DERECHOHABIENT E			
			IMSS	ISSSTE	PEMEX 1/	DIF
		<b>78.81</b>	<b>68.16</b>	<b>10.86</b>	<b>2.80</b>	<b>2.30</b>
AA	ADMINISTRACION	6.91	3.34	3.57	ND	0.45
BL	POLITICA Y PLANEACION DE SALUD	6.77	6.73	0.04	ND	0.17
DJ	ATENCION PREVENTIVA	2.65	1.68	0.77	ND	-
DK	ATENCION CURATIVA	49.83	44.76	5.07	ND	-
DN	PRESTACIONES SOCIALES	3.71	2.77	0.94	ND	1.50
FN	PRODUCCION INSUMOS MEDICOS Y MATERIAL DE CURACION	*	*	*	ND	-
3O	DESARROLLO DE INVESTIGACION ASOCIADA Y EXPERIMENTAL CIENTIFICA Y TECNOLOGICA	1.16	0.14	0.02	ND	0.02
3V	FOMENTO Y REGULACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACION P/ TRABAJADOR	1.56	1.46	0.10	ND	-
3X	REGULACION Y FOMENTO DE LA SALUD	*	*	*	ND	-
5F	AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LA PLANTA FISICA PARA LA EDUCACION Y CAPACITACION	*	*	*	ND	0.01
5G	AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LA PLANTA FISICA	*	*	*	ND	-
5I	EDIFICIOS PARA SERVICIOS DE SALUD SEGURIDAD SOCIAL	2.69	2.35	0.34	ND	0.08
5K	EDIFICIOS ADMINISTRATIVOS	1.73	1.72	0.01	ND	0.07

FUENTE: Boletín de Información Sectorial número 12, 1992.  
 Diagnóstico de Salud en México 1988. Ed. Trillas  
 Anuario estadístico INEGI 1994.  
 3ª Vigilancia de los Progresos de Estrategia de SPT 2000.  
 1- No tiene desagregación por programa.

Bajo los esquemas de atención integral que localiza la atención preventiva y el fomento de la actividad de la salud está el financiamiento para abatir los costos en la atención, priorizando el gasto en los programas preventivos de menor complejidad y costo. En la clasificación del gasto por destino de recursos, se presenta el gasto corriente y el de inversión, en los primeros se incluyen las erogaciones efectuadas al pago de personal, así como las destinadas a la adquisición de materiales e insumos necesarios para el desarrollo normal de los servicios de salud y el uso de servicios básicos, oficiales y especiales, indispensables para el desempeño de las actividades. El gasto de inversión incluye los montos destinados a cubrir los proyectos de infraestructura. (3ª Vigilancia de los programas de Estrategia, 1993, SSA)

Los recursos humanos son un elemento fundamental en el otorgamiento de servicios de salud destinados a cubrir las remuneraciones al personal, es el más importante de los capítulos de gasto corriente. Como se puede observar en los cuadros (3.1.1 y 3.1.2), se destina un gran porcentaje de los

recursos en atención curativa 60% en población abierta y 50% en población derechohabiente y en segundo lugar de ampliación de recursos esta la administración de estos.

De lo anterior se puede deducir que la atención médica esta fundamentada en la corrección y no en prevención, y es aquí donde existe un motivo de fondo para el dispendio de recursos. El absorber un 60% y un 50% respectivamente en población no asegurada y asegurada implica un costo alarmante y refuerza la teoría planteada en un principio: es mejor prevenir que corregir. Se puede observar el mal destino de los recursos para la salud, donde creemos que estos porcentajes de gasto debería ser aplicados a la prevención y educación de la población como complemento.

La mayoría de los recursos que se destinan al Sector Salud son absorbidos por la población derechohabiente. De la población abierta que acude a los servicios de salud del sector, está conformada por personas de bajos recursos en su mayoría y que a veces al no tener los ingresos necesarios para cubrir las cuotas que aun cuando sean muy bajas no pueden pagar, los lleva a otro tipo de medicina alternativa. (por ejemplo la tradicional)

Por este hecho la población de escasos recursos está más expuesta al VIH/SIDA, debido principalmente a su escasa educación por una parte y por otra la no disponibilidad de recursos económicos hace que no se cuente con la información necesaria para protegerse del virus.

La asignación de recursos económicos para las actividades de salud pública refleja la política gubernamental en esta materia ya que representa el instrumento de manipulación. En realidad la naturaleza y amplitud de los programas de salud pública se hallan determinados por la cuantía de fondos de que se dispone para llevarlos a cabo. Aun cuando existan formas de valorar el financiamiento dos de ellas se usan con frecuencia y son:

1° Consiste en medir la proporción en relación al presupuesto nacional o en relación a la renta nacional.

2° Consiste en comparar los fondos destinados a las grandes actividades del programa de salud. La primera se refiere a la magnitud de la fuente y la segunda a las formas de inversión, pero el índice más valioso para reconocer el costo total es el costo por habitante.

En el país el gasto en salud es insuficiente y mal aplicado, ello se puede comprobar cuando se ve que hay un gran número de población desnutrida y con una salud integral de baja calidad, tanto en atención de males patológicos que se puedan presentar durante la vida de cada individuo, así como a la atención preventiva que se le pueda otorgar, dependiendo en gran medida de la educación para la salud. Sin embargo también hay que observar que la población más vulnerable en materia de salud es la población abierta con un gasto per-capita muy por debajo de la población derechohabiente. (Véase cuadro 3.1.3)



(CUADRO 3.1.3)  
**GASTO PUBLICO EN SALUD PER CAPITA  
 EN MEXICO 1988-1994 (N\$)**

AÑO	POBLACION	GASTO PER-CAPITA N\$
1988	ABIERTA	57.41
	DERECHOHABIENTE	131.09
1989	ABIERTA	59.78
	DERECHOHABIENTE	153.34
1990	ABIERTA	78.17
	DERECHOHABIENTE	254.29
1991	ABIERTA	107.72
	DERECHOHABIENTE	375.53
1992	ABIERTA	129.84
	DERECHOHABIENTE	475.64
1993	ABIERTA	132.14
	DERECHOHABIENTE	583.20
1994	ABIERTA	141.58
	DERECHOHABIENTE	619.11

FUENTE: Boletín de información estadística, 1988-1994.

México cuenta en su mayoría de población joven, con una esperanza de vida de 60 años en promedio, y en contraparte con una alta tasa de mortalidad infantil, una tasa de crecimiento de la población también elevada con un promedio de 5 hijos por matrimonio. Estas son algunas de las características de un país en vías de desarrollo, haciendo que sea más vulnerable al cultivo y desarrollo de epidemias a toda su potencialidad patológica. (FUNSALUD, 1994)

Teniendo como marco de referencia los recursos para la salud que incluyen todos los programas del sector, se analiza el costo tanto "indirecto" (Programas), como "directo" (atención médica) para poder hacer una comparación real del gasto que se destina y que se da a la atención de la epidemia.

Dentro de los costos indirectos se puede decir que sólo se ejerce en el presupuesto que se le destina a el CONASIDA, como el único encargado de aplicar el programa en turno. El Consejo no representa un costo directo para el sector ya que no brinda atención médica, sus servicios se reducen solamente a: realizar campañas, pruebas de laboratorio, asesoría en higiene, moral y legal; así como la difusión y análisis de estadísticas que son proporcionadas por las instituciones de salud pública y privadas.

(CUADRO 3.1.4)

**PRESUPUESTO DE CONASIDA.**

AÑO	PRESUPUESTO TOTAL MILES N\$	N\$ POR CASO	N\$ POR INFECTADO
1990	10,257.8	3,963.8	396.3
1991	11,283.60	3,562.8	356.2
1992	12,411.90	3,854.8	385.4
1993	13,653.10	2,879.7	287.9
1994	15,018.40	3,709.1	370.9

CONASIDA 1995.

\*Los infectados, suponiendo que cada caso infecta a 10 más.

Como se puede observar en el cuadro (3.1.4) el presupuesto para el CONASIDA aumenta año con año, mientras que el costo por caso viene en decremento, el tercer rubro significa el gasto ejercido por persona infectada que es muy bajo y está decreciendo. Lo anterior se explica porque el CONASIDA gasta el mayor porcentaje de su presupuesto en salarios y servicios de mantenimiento de instalación.

El Consejo en realidad sólo realiza las pruebas de detección a la gente que lo requiera y si resulta positiva quizás el enfermo pueda tener acceso a medicamentos, siendo administrados por unos pocos meses entrando a un protocolo restringido. Cabe resaltar que el dato aproximado de N\$ 8 millones de pesos anuales proporcionados en la entrevista directa con la Dirección de Administración difiere de los N\$ 15 mil 018.40 pesos, proporcionados por el CONASIDA en Pamplona Rangel 1991, lo cual se convierte en un dato nunca aclarado.

Los costos directos del SIDA son erogados por las instituciones del Sector Salud, lo que da pie a analizar los costos de las tres principales instituciones: Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las cuales reportan también la mayor captación de enfermos.

Para definir el costo promedio de los cuidados médicos por paciente en las diferentes instituciones de Salud Pública, se cuantificarán los recursos financieros utilizados en el manejo intrahospitalario y ambulatorio sin incluir el uso de AZT que se incluirá en el costo por paciente. La investigación incluye 3 hospitales de especialidades del D.F. (públicos) y clínicas privadas ISIS:

ISSSTE	Hospital de Especialidades 1° de octubre.
IMSS	Hospital de Especialidades de La Raza.
SSA	Instituto Nacional de Nutrición, Salvador Zubirán.
Privados	Clínicas especializadas, ISIS.

(CUADRO 3.1.5)  
**COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO DE SIDA  
 EN MEXICO 1988. (miles N\$)**

HOSPITAL	# DE PACIENTES	ESTANCIA PROMEDIO	COSTO HOSP. consulta ext.	COSTO			TOTAL PACIENTE
				LAB.	GAB.	FARM.	
IMSS	306	28	6,307	275	109	867	7,558
ISSSTE	33	12	6,339	274	46	142	6,801
SSA	110	31	6,976	291	72	855	8,194
PRIVADO	20	16	14,027	1,142	285	1,448	16,902

FUENTE: IMSS, ISSSTE, ISIS, TELSIDA, Farmacos Especializados y el CONASIDA.

El costo promedio por paciente fue de 9,863.75 N\$.

El costo promedio por consulta externa fue de 8,412.25N\$.

El costo promedio de atención ambulatoria fue de 1,415.5 N\$.

La obtención de datos es promedio por el total de pacientes al año, con ingreso hospitalario de 2 veces por año y una estancia promedio de 20 días por año. En cuanto a consultas externas se tiene un promedio de 16 consultas por año. (véase cuadro, 3.1.5)

(CUADRO 3.1.6)  
**COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO DE SIDA  
 EN MEXICO 1994.(miles N\$)**

HOSPITAL	# DE PACIENTES	ESTANCIAS PROMEDIO	COSTO HOSP. consulta ext.	COSTO			TOTAL PACIENTE
				LAB.	GAB.	FARM.	
IMSS	1,400	20	20,580	6,600	3,000	14,400	44,580
ISSSTE	470	12	20,000	6,000	1,000	5,000	32,000
SSA	1,000	20	17,540	6,000	870	3,000	27,410
PRIVADO	10	5	153,280	22,200	6,000	50,000	231,480

FUENTE: IMSS, ISSSTE, ISIS, TELSIDA, Farmacos Especializados, y el CONASIDA.

Costo promedio por paciente = 83,867.5 N\$.

Costo promedio consulta externa = 52,850 N\$.

Costo atención ambulatoria = 31,017.5 N\$.

La diferencia en costos de 1988 a 1994 se elevó casi en un 900%. El costo total no incluye AZT que eleva el costo en farmacia en un 40%. Como se puede observar el costo en hospitales privados es mucho más elevado con un promedio de 100% en 1988 y casi un 900% en 1994 (véase cuadros, 3.1.5 y 3.1.6). En cuanto a el costo total en hospitales privados que pudieran atender a pacientes con SIDA es muy elevado ya que dentro de sus servicios también se incluye el lujo además del prestigio con que pueda contar determinado hospital, sino fuera por el cobro excesivo que realizan quizás el costo se reduciría aun 50%, según datos del CONASIDA.

Las instituciones del sector salud tienen un promedio en costo de 7 mil 517.6 de nuevos pesos en 1988 y el costo 34 mil 663.33 pesos para 1994, y esto sería no dando una atención integral sin medicamento (AZT, DD1, DDC) que pocas veces se encuentra en existencia, ello hace que al

paciente enfermo con el SIDA sólo se le de medicamento paliativo en caso de infecciones recurrentes. La capacidad hospitalaria en general es insuficiente por lo tanto la máxima estancia en el hospital es de 2 días por mes, aún cuando la infección en turno sea muy aguda.

Al conocer el número de infectados y el costo promedio real en atención básica, se puede tener una idea de un costo global anual por la atención de los pacientes aunado al costo del programa del CONASIDA. Si se toma en cuenta solo el gasto ejercido, según el CONASIDA el aumento en costo se dio en promedio de 8.8% de 1990 a 1994.

(CUADRO 3.1.7)

**COSTO DE TRATAMIENTO DEL  
SIDA EN MEXICO. (DIRECTO)**  
escenario de baja incidencia. (hipótesis)

AÑO	COSTO PROMEDIO POR PACIENTE	# DE INFECTADOS	COSTO TOTAL ANUAL
1990	58 019.40	2 867	166 341 620
1991	63 617.74	5 285	336 219 760
1992	69 756.29	8 461	590 207 970
1993	76 487.16	11 035	844 035 81
1994	83 867.5	12 512	1 049 350 200

FUENTE: CONASIDA, 1995.

Variación<sup>21</sup> de 8.8% de 1990 a 1994, dato regresivo 9,863.75 N\$.

\* El número de infectados es una proyección logística, hecha con datos históricos suponiendo una baja incidencia.

El gasto total para 1994 representa el 2.6% del gasto total destinado a Seguridad Social para 1995 (\$N 39,713,801.800), que sería equivalente al porcentaje que se destina de este rubro para el total de prestaciones sociales para todo el país en un año (2.7%). (Diario Oficial de la Federación, 28 de diciembre, 1994.

Este acercamiento al costo que representa la atención a enfermos del SIDA está dado bajo un supuesto de baja infección, representando un costo demasiado elevado que implicaría restar presupuesto a prioridades sociales como: pensiones, campañas de vacunación, planificación familiar, rubros que engloba el total de prestaciones sociales.

Para poder planear con más certeza una programación de costos es necesario contar con proyecciones adecuadas, es decir un nivel suficiente de confiabilidad, pero aun cumpliendo con este requisito de nada servirá si no se asume el costo real por parte del gobierno.

<sup>21</sup> Variación proporcionada por el CONASIDA, 1994.

(CUADRO 3.1.7) —  
**CASOS DE SIDA POR AÑO EN MEXICO. 1983-1994.**  
 (escenario real)

AÑO	# DE CASOS	NUEVOS	TOTAL
1983	80	6	31
1984	188	6	67
1985	541	29	200
1986	1,290	246	497
1987	3,208	518	1,302
1988	6,878	905	2,898
1989	11,778	1,607	6,184
1990	18,806	2,588	8,350
1991	25,691	3,167	11,950
1992	33,168	3,220	15,712
1993	39,734	5,095	19,219
1994	42,302	4,049	20,678

FUENTE: CONASIDA 1995.

(CUADRO 3.1.8)  
**COSTOS DIRECTOS DEL SIDA EN MEXICO.**  
 (escenario real)

AÑO	CASOS	COSTOS DIRECTOS N\$
1990	8,350	601,200,000
1991	11,950	860,400,000
1992	15,712	1'131,264,000
1993	19,219	1'383,788,000
1994	20,612	1'557,072,000

FUENTE: CONASIDA, 1995.

Media Anual N\$ 72.000.

Como se puede apreciar en el cuadro 3.1.7, los casos de pacientes con SIDA van en aumento y en el escenario de registro de costos directos (véase cuadro 3.1.8) es muy elevado; ello hace pensar que si el gobierno tomara la iniciativa de atención básica sería un gasto muy elevado, llegando casi al 4% del gasto total del sector. Si el gasto fuese asumido se podría superar teniendo una mejor administración de los recursos del sector; el gasto destinado a la actividad de tipo social o de bienestar social es muy bajo en comparación con otros gastos como el del servicio de la deuda.

Los trabajadores de la salud, pueden también contribuir a la formulación de nuevos sistemas de salud que esté basado -más allá de su filosofía- en un verdadero enfoque sobre las necesidades reales de la población. Son ellos quienes conocen y saben de las necesidades, por ello deben estar conscientes del esfuerzo que deben realizar, para aumentar la eficiencia, la cual se observa en el desempeño de su

trabajo de cuya corrección depende la posibilidad de hacer frente al SIDA. De la población en su conjunto se requiere un alto nivel de conciencia y compromiso que sea capaz de encauzar la participación social en un sólo movimiento para combatir las enfermedades que afectan a la sociedad.

### 3.2.- COSTOS POR PACIENTE.

La falta de servicios de salud, el alto nivel en enfermedades previsibles, el bajo nivel de educación, pobreza, marginalidad y la poca información han colocado a los sectores más pobres de la sociedad como los más vulnerables para contraer el virus, de los 208 países y territorios existentes, 202 han reportado casos de SIDA. En América Latina diariamente se reportan mil nuevos casos de VIH entre personas de 15 y 25 años, sin olvidar el subregistro existente, además de las personas que tienen el virus y aún no lo saben volviéndose potencialmente un foco de infección. (Lagunes, 1995)

Una persona es considerada seropositiva, cuando se le confirma como verdadero positivo habiéndole realizado la prueba de ELISA (estudio inmunoenzimático de la sangre) y de WESTERN BLOT (Inmuno-electro-transferencia-confirmada), pruebas que se aplican después de una evaluación clínica que incluye antecedentes de prácticas sexuales, enfermedades, drogadicción, transfusiones sanguíneas, así como una sintomatología general que lleve a la más mínima sospecha de la infección por el VIH.

En 1987 de acuerdo a datos disponibles, los costos de la detección de sujetos seropositivos eran los siguientes: cada prueba de ELISA tenía un costo aproximado de \$ 3 mil 960,<sup>22</sup> considerando el reactivo, su costo de operación y la inversión en infraestructura necesaria. El CONASIDA ha calculado el costo del reactivo en 1.6 dólares. Hay que aumentar además los costos de los reactivos confirmatorios tipo WESTERN BLOT, lo cual dependerá del número de pruebas ELISA positiva. (Gonzales-Block, 1988)

Las pruebas de detección del VIH, se pueden realizar en el CONASIDA, instituciones de salud públicas y privadas bajo cierto protocolo, sin embargo el Consejo es el que tiene la mayor demanda en este servicio, ya que el acudir a otra institución representaría trámites absurdos, discriminación y costos no calculados, esto es sin conocer aún los resultados. Ahora bien una vez obtenido los resultados y si el individuo resultara positivo, se tiene que enfrentar a una serie de problemas, médicos, sociales, económicos, etc.

---

<sup>22</sup> Suponiendo una tasa de cambio de mil 500 pesos por dólar, en 1987.

El costo por paciente de SIDA, representa el costo directo o sea el costo de tratamiento a la infección. El CONASIDA generalmente solo realiza las pruebas de detección de la infección y si resulta un verdadero positivo puede dar "algunas recomendaciones" al paciente, para que este aprenda a hacer lo que no hizo antes de infectarse resultando totalmente innecesario para él, pero que sin embargo puede ayudar a evitar que gente sana no contraiga la enfermedad.

El costo directo resulta el costo más importante por su magnitud, para la atención a la infección aunque en cierta medida resulta estéril, ya que la porción de la población que está en riesgo de enfermarse resulta ser mucho mayor que aquella que ya está enferma y es precisamente la población en riesgo de adquirirlo a quien se dirigen las campañas para poder atacar por el lado preventivo.

Cuando una persona ha contraído el virus, éste puede manifestarse desde los 3 meses, hasta los 5 ó 10 años (dependiendo de su estado de salud en general y de los recursos económicos con los que se cuenta) sin que se le presente ningún tipo de síntomas (asintomático); pasado este periodo llamado de incubación donde el virus se está reproduciendo y adaptando (ya que tiene la característica de ser mutable) al organismo, da comienzo la etapa de sintomatología que es generalmente cuando el paciente comienza a presentar un malestar general no agudo.

El cuadro inicial de tratamiento para infectados en fases iniciales (aparentemente sanos) comienza cuando su recuento de linfocitos CD4<sup>23</sup> está en 500 por campo. Los costos presentados resultan de una media en costos a hospitales públicos y privados según datos actualizados (1994) del CONASIDA, TELSIDA y Epidemiología de la SSA. (véase cuadro 3.2.1)

La segunda etapa del tratamiento se continúa con el recuento de los linfocitos CD4, además al paciente se le comienza a suministrar tratamientos paliativos e inclusive puede ser hospitalizado dependiendo del cuadro clínico que presente, el costo anual puede ser ya incosteable para una persona de bajos recursos ya que en esta fase el costo anual representa N\$ 39 mil 300 pesos al año. (véase cuadro 3.2.1)

En la etapa tres el paciente tiene su sistema inmune totalmente dañado, propicio para la llegada de cualquier enfermedad oportunista, presentando ataques agudos de micosis y desnutrición hasta llegar a la muerte. La media de hospitalización en esta etapa es generalmente tres meses al año o 90 días aún si el paciente requiere de mayor periodo de hospitalización no se puede dar más por falta de capacidad hospitalaria.

(Hospitalización emergente-----N\$ 500 pesos al mes)

<sup>23</sup> Las células del Sistema Fagocítico Mononuclear (SFM) poseen la molécula receptora CD4, es un marcador biológico que se encuentra en la superficie de los linfocitos T cooperadores/efectores. El VIH tiene preferencia por el ataque a este sistema de protección inmune.



Un paciente sin asistencia de salud gratuita paga por mes alrededor de N\$ 200 por consulta, la que es requerida una vez al mes. Según datos del CONASIDA y clínica ISIS, el costo de hospitalización incrementa el costo en un 30% (atendido en hospital particular o enfermera particular en casa).

(CUADRO 3.2.1)

**CUADRO INICIAL DE TRATAMIENTO  
GENERAL EN MEXICO DE SIDA 1994.**

<b>(FASE INICIAL)</b>	
<b>1.- RECUENTO DE LINFOCITOS CD4</b>	<b>(AÑO)</b>
<b>cuenta = 500 linfocitos CD4 (aparición sana).</b>	<b>N\$ 900.00</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requiere medicamento.</li> <li>• Vigilancia clínica (gratuita en el CONASIDA u "otra institución").</li> <li>• Conteo de linfocitos CDA c/6 meses.</li> </ul>	
<b>Esta será generalmente de un año por lo tanto el costo sería:</b>	<b>N\$ 1,800</b>
<b>FASE MEDIA</b>	
<b>2.- RECUENTO DE LINFOCITOS CD4</b>	<b>(MES)</b>
<b>cuenta = 500 linfocitos CD4</b>	<b>N\$ 900</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar ZIDOVUDINA (RETROVIRUS-AZT) N\$ 300/15 días</li> <li>• Iniciar ISONIACIDA (ERBAZID-RIMIFON (DDC) N\$ 300/15 días</li> <li>• Iniciar VIDEX-DDI N\$ 300/15 días</li> <li>• Vigilar mielotoxicidad por AZT con Biometría Hemática (BH) cada 4 semanas</li> <li>• Hospitalización ambulatoria media</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N\$ 600</li> <li>N\$ 600</li> <li>N\$ 600</li> <li>N\$ 100</li> <li><u>N\$ 400</u></li> </ul>
	<b>N\$ 3,200</b>
<b>Esta etapa dura generalmente 1 año , el costo sería N\$ 38,400+900 (último rec. de CD4) =N\$ 39,300</b>	
<b>FASE AVANZADA-TERMINAL</b>	
<b>3.- RECUENTO DE LINFOCITOS CD4</b>	<b>(MES)</b>
<b>cuenta menor 200 linfocitos CD4</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento (segunda fase completo)</li> <li>• Tratamiento profiláctico:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N\$ 3,200</li> </ul>
Para neumocitis carinni (DAPSONA):	N\$ 300
Para neumocitis carinni TRIMETROPIN	N\$ 80
Para neumocitis carinni PENTAMIDINA	N\$ 750
• Profilaxis antimicótica:	
Itraconazol (SPARANOX)	N\$ 40
Fluconazol (DIFOLCAN)	<u>N\$ 60</u>
	<b>N\$ 4,430</b>
<b>Esta etapa sólo es estimada por mes ya que el paciente se encuentra en fase terminal.</b>	

FUENTE: CONASIDA, SSA, IMSS. Guía para la atención médica de pacientes con infecciones por VIH/SIDA.

Tomando el costo en las fases I y II (véase cuadro 3.2.2) que son las que incluyen la atención paliativa, en sí el promedio por mes sería de N\$ 5 mil pesos y de N\$ 60 mil pesos por un año, un

poco menos del calculado por el CONASIDA de N\$ 6 mil pesos ó mil dólares por mes incluyendo las pruebas de detección y confirmatorias ELISA y WESTERN BLOT.

(CUADRO 3.2.2)

**COSTOS POR PACIENTES EN  
SUS TRES FASES EN MEXICO 1994.**

FASE	COSTO(MES)	VARIACIÓN %
I	N\$ 1,800	-
II	N\$ 3,200	77%
III	N\$ 4,430	40%

FUENTE: CONASIDA

Un costo de N\$ 5 mil pesos al mes para el nivel económico general de la mayoría de la población en México, resulta demasiado elevado incluso en personas de clase media alta, y ello provoca que la mayoría de los enfermos abandonen el tratamiento iniciando la 2ª fase en porcentaje del 90%. (CONASIDA Tratamientos, 1994)

En cuanto a las instituciones de salud del Sector Público, presentan atención gratuita siempre en consulta externa, el medicamento es controlado, es administrado sólo si este se encuentra en la clínica en existencia, lo cual es poco probable. La hospitalización se da sólo en afecciones muy severas por pocos días, para luego mandar al paciente de vuelta a casa y que sea atendido por sus familiares. Regularmente las afecciones más agudas se dan por micosis que es cubierto por el tratamiento antimicótico y en la hospitalización sólo se administra oxígeno, que también puede ser administrado en la residencia del paciente.

Al ser abandonado el tratamiento en la segunda fase, acelera la infección ya que el virus profundiza la destrucción del sistema inmunológico sin ninguna barrera y esto conduce más rápidamente a la muerte del paciente por infecciones severas generalmente micóticas. Dentro de las infecciones que presenta el paciente con SIDA hay dos que no son incluidas y que sin embargo deben ser añadidas al costo de tratamiento adicional para su manutención, ellas son:

- La 1ª afección es de desnutrición por falta de captación de nutrientes ya que ésta se bloquea al bajar la intensidad de funcionamiento del aparato digestivo y las enzimas. De esta manera la compañía farmacéutica ROCHE diseñó un producto propio para estos enfermos a base de un alto contenido de nutrientes y azúcares incluidos a un vehículo de fácil captación digestiva, este producto debe ser consumido en una mezcla líquida a base de lácteos y su costo es de N\$ 240 pesos por caja para una semana, éste alimento especializado ayuda un poco a disminuir el cansancio pero no bloquea la pérdida de peso.

- La 2ª afección es de tipo neurológico en esta se incluyen: (véase cuadro 3.2.3)

(CUADRO 3.2.3)

CUADRO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN MEXICO 1994.	
<b>MIENINGITIS (CRUPTOCOCO):</b> Inflamación de las meninges cerebrales, este será confirmado con un examen neurológico:	
TAC (tomografía axial computarizada)	N\$ 2,000
Punción lumbar	N\$ 1,000
Tratamiento Antrotetrícina-B	N\$ 300 (semana) x 3 (semanas) = N\$ 900
	N\$ 3,900
<b>MIENINGITIS TUBERCULOSA:</b>	
Exámenes	N\$ 3,000
Tratamiento (6 meses):	
Isoniacida	N\$ 300 (15 días) x 6 (meses) = N\$ 3,600
Rifampicina	N\$ 125 (15 días) x 6 (meses) = N\$ 1,500
Pirazinamida	N\$ 178 (15 días) x 6 (meses) = N\$ 2,136
Paridosina (30mg)	N\$ 230 (15 días) x 6 (meses) = N\$ 2,760
	N\$ 12,996
<b>NEUROSIFILIS (3 semanas):</b>	
Punción lumbar	N\$ 1,000
Tratamiento: (4 mil unid. 1 al día)	
Penicilina G cristalizada	N\$ 35 (1 semana) x (10 semanas) = N\$ 350
Probenesid	N\$ 140 (1 semana) x (10 semanas) = N\$ 1,400
Examen neurológico	N\$ 1,500
	N\$ 4,350
<b>TOXOPLASMOSIS, Cerebral. (3 semanas)</b>	
Pirimetamina (25 mg)	N\$ 58 (1 semana) x (3 semanas) = N\$ 174
Sulfadiazina	N\$ 70 (1 semana) x (3 semanas) = N\$ 280
Examen neurológico	N\$ 1,500
	N\$ 1,950
<b>CRISIS CONVULSIVA (1 sola semana)</b>	
Difenilhidantoina Sódica	N\$ 88 (1 semana) = N\$ 88
Examen neurológico	N\$ 1,100
	N\$ 1,588
<b>DENIENCIA. (2 meses)</b>	
Tratamiento Psiquiátrico:	
Biperiden	N\$ 90
Haloperidol	N\$ 100
Carbamazepina	N\$ 150
Tioridazina	N\$ 230
Perfuridol	N\$ 300 = N\$ 870 (1 mes) x (2 meses) = N\$ 1,740

FUENTE: CONASIDA, TELSIDA, Farmacos Especializados, 1995.

Como se puede observar en el cuadro de atención especializada (cuadro 3.2.3), el costo de una infección oportunista incrementa el costo desde un 30% hasta un 100% en periodos recurrentes de 1 a 3 meses, dependiendo del tiempo que dure el tratamiento. Generalmente cualquiera de estas afecciones exceptuando la demencia puede provocar la muerte si no es atendida a tiempo y depende también del grado general de resistencia biológica del enfermo para precipitar la muerte en mayor o

menor tiempo. La afección neurológica es la que generalmente se da como cuadro especializado. las neoplasias, micosis o parasitosis son incluidas en el cuadro de atención general.

(CUADRO 3.2.4)  
**CUADRO DE ATENCION GENERAL ESPECIALIZADA  
 VIH EN MEXICO 1994. (AL MES).**

FASE	GENERAL	ESPECIAL PROMEDIO	COSTO AL MES	VARIACION %
I	N\$ 1,800	-	N\$ 1,800	-
II	N\$ 3,200	N\$ 4,404	N\$ 7,604	322.44%
III	N\$ 4,430	N\$ 4,404	N\$8,834	161.17%
			COSTO PROMEDIO = \$,079.33	

FUENTE: Cálculo propios.

La fase III tiene una mayor incidencia en problemas neurológicos por ser la fase más larga en tiempo y es aquí donde se presentan las infecciones más fuertes y que pueden provocar la muerte por el deterioro del sistema inmunológico. (véase cuadro 3.2.4)

Diversos estudios han demostrado de que la probabilidad de que un bebé recién nacido de madre infectada por SIDA también se encuentre infectado es del 20% al 30%. Sin embargo, al momento del nacimiento y hasta los 15 ó 18 meses de edad aproximadamente, todos los hijos de madre infectada podrán tener una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH, sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que han cruzado la placenta durante la gestación.

Entre las técnicas utilizadas aquellas que identifican directamente al virus son: cultivo viral el cual tiene la desventaja de ser complicado y no siempre positivo en todos los pacientes infectados. Western Blot (inmunotransferencia) que resulta un método muy específico e ideal para el diagnóstico antes de los 18 meses de edad. (CONASIDA Tratamientos, 1994)

Una técnica muy factible es la observación de síntomas a causa de la infección las cuales resultan ser diferentes en adultos como en menores infectados. El cuadro clínico es el mismo pero añade otras variantes infecciosas muy peculiares en menores. El tratamiento de SIDA en niños es el mismo indicado para adultos general y especializado, sin embargo el costo disminuye en un 40% aproximadamente por la concentración de la dosis que en niño resulta menor, los síntomas adicionales se tratan con el medicamento indicado en el cuadro general antimicótico y profiláctico.

Las fases de infección en niños son de menor duración ya que el organismo infantil es más débil que el adulto, el tiempo de duración en fases 1 y 2 son de 6 meses en promedio y una fase total terminal de 4 a 5 años para el fallecimiento desde la adquisición de la infección.

Por otro lado la OMS, estima que diariamente se llevan a cabo 100 millones de relaciones sexuales a nivel mundial, de las cuales 910 terminan en embarazo, 356 mil en enfermedades de

transmisión (ETS) y unas 6 mil en infecciones por el virus del SIDA (VIH). Bajo este marco se está dando un auge en la demanda de condones, de acuerdo a Carlos del Río Chiriboga director del CONASIDA, se calcula que anualmente se venden de 30 a 32 millones de condones, que sumados a los 15 millones que distribuye el Sector Público de manera gratuita, suman de 40 a 45 millones. Existen en el país de 35 a 40 millones de hombres en edad sexualmente activa, los aproximadamente 45 millones de condones servirían para que cada individuo empleara de uno a dos por año. Lo que lleva a la conclusión de que este método anticonceptivo se usa en menos del 5% del total de las relaciones sexuales que practican los mexicanos al año. (Elizalde, 1994)

Otro factor determinante para que el porcentaje del uso del condón sea bajo se debe también, a que por un lado, los que son repartidos por la Secretaría de Salud (SSA) o CONASIDA, en forma gratuita (PROFAM), son de mala calidad y tiene una alta posibilidad de fallar. Existen en el mercado diversas marcas de condones, pero en las que se encuentran la mayor calidad y seguridad de protección, sólo son dos: SICCO y TROJAN, su costo en promedio (dependiendo de el lugar donde se adquiera) es de N\$ 7 pesos. (SIDA/ETS, 1995)

Ahora bien, si las personas sexualmente activas tendrán relaciones sexuales una vez al día, utilizando condón, implicaría un 30% del salario mínimo diario (tomando en cuenta el promedio de 600 pesos de salario mínimo en 1994). En este sentido se puede señalar que la prevención individual dentro de la población sexualmente activa que utilizó condón, implicaría un costo del 30% en el salario mensual de aproximadamente de N\$ 200 pesos.

Cabe resaltar, que el estar enfermo y el tratar de atenderse "adecuadamente" cuesta al individuo, aproximadamente N\$ 6 mil 079 pesos al mes, el prevenir utilizando condones cuesta N\$ 200 pesos en promedio; aunque no da la certeza de no poder infectarse y más aun si se tiene prácticas de riesgo. (Del Río, 1995)

### 3.3 GRUPOS DE RIESGO.

En un sentido más estricto, nadie está exento de poder desarrollar el SIDA si por cualquier circunstancia tiene contacto con el virus. sin embargo la epidemia ha destacado a algunos individuos con mayor riesgo a adquirir la enfermedad tanto por prácticas y por la incidencia que tienen en estar infectados. Los grupos de mayor riesgo de acuerdo a investigaciones realizadas son:

1. Varones homosexuales y bisexuales.
2. Toxicómanos.
3. Hemofílicos.
4. Compañeros heterosexuales promiscuos.
5. Lactantes de padres con SIDA
6. Casos relacionados con Africa Central
7. Haitianos.

Probablemente la razón por la cual se han infectado estos grupos y se les ha estigmatizado, refleja el modo de transmisión de la infección y ha proporcionado algunos indicios sobre los agentes casuales relacionados.

#### 1.- VARONES HOMOSEXUALES (40%)

El riesgo de contraer el SIDA por homosexuales se relaciona con la exposición del semen y sangre durante la relación sexual y por su habitualidad de tener múltiples parejas casuales o anónimas (más de 50 por año). En una encuesta realizada en E.U., la mitad de los 100 encuestados homosexuales había tenido 10 parejas en un mes en promedio. El número total de compañeros o parejas señalados por los encuestados variaban de 1 a 100 por año.

Lo anterior indica que la infección está íntimamente relacionada con el contacto de secreción y con el grado de promiscuidad de la persona. Los homosexuales tienen otra característica que los hace presa fácil de la infección y es la de utilizar drogas ilícitas para facilitar sus relaciones las cuales tienen la propiedad intrínseca de deprimir el sistema inmunológico. (Daniels, 1986)

## 2.- TOXICOMANOS. (que utilizan drogas intravenosas)

Entre los varones o mujeres heterosexuales con SIDA en E.U., un 60% utiliza drogas intravenosas, en especial heroína y cocaína, en nuestro país la proporción es más baja siendo de menos 5% la infección por esta vía. La utilización de drogas obviamente no causa infección por sí sola, pero sí la predispone ya que con frecuencia los toxicomanos comparten las agujas utilizadas entre ellos y quienes utilizan drogas "rentan o piden prestado" estas agujas, facilitando la transmisión de enfermedades entre ellas el SIDA por falta de higiene.

El ser toxicómano incrementa la promiscuidad en las personas ya que al estar bajo los efectos de la droga... sobre todo de la potencia de los intravenosos generalmente asociados a un grado de adicción muy fuerte, así como un daño neurológico severo, hace a estas personas adquirir actitudes de promiscuidad bajo este efecto alterado de sentido común es fácil que acepten relaciones sexuales ocasionales con cualquier tipo de persona y por cualquier vía de acceso sexual.

En México la drogadicción por vía intravenosa es poco frecuente, esto está asociado a la cultura y al grado de nivel económico bajo de la mayoría de la población lo que da una incidencia mayor de alcoholismo y tabaquismo vicios no baratos pero mucho menos caros que las drogas ilícitas las cuales se llegan a cotizar hasta NS 400 pesos por gramo representando aproximadamente un salario mínimo mensual en México comparado con el de mil dólares para un trabajador no calificado en E.U. En este caso el grupo entra en riesgo al tener contacto con personas infectadas con el SIDA como lo es la exposición a sangre y promiscuidad sexual como es el caso de los homosexuales. (Salud Pública. N° 32).

## 3.- HEMOFÍLICOS.

En México para 1988 la tasa de infección en hemofílicos mayormente niños varones representaba el 1.5% del total, cifra que aumenta al 2.7 para 1994. La hemofilia es una enfermedad que la madre (asintomática) transmite a sus hijos varones. Los hemofílicos sufren un defecto hereditario en el mecanismo de coagulación de la sangre ya que faltan uno o dos de los factores esenciales para la formación de coágulos; como resultado de ello incluso una lesión pequeña puede causar una hemorragia mortal.

Para llevar una vida razonablemente normal, los hemofílicos deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que les falta por ello se requiere donaciones de plasma ~~continuas, en consecuencia una persona con hemofilia grave debe exponerse a decenas de donaciones cada año, con el riesgo que uno de los donadores pudiese tener el virus del SIDA.~~ Los hemofílicos tienen mucho mayor riesgo de contraer el virus, que los receptores de otras transfusiones que se asocian generalmente a pocos donadores. (Daniels, 1986)

El SIDA en México es la complicación más importante en el tratamiento de la hemofilia. Las pruebas de detección utilizadas actualmente no son 100% seguras por lo tanto es muy probable que aun se cuente con sangre infectada en los bancos de sangre y hospitales.

El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea no tiene una capacidad que satisfaga las demandas de las instituciones de atención gratuita del sector salud que atiendan hemofílicos, por ello un 50% de la sangre que necesita el enfermo tiene que ser aportada por amigos y familiares del mismo. Actualmente en el país la compra y venta de sangre esta prohibida lo que reduce la posibilidad que se haga mal uso de ella y ello aumenta la probabilidades de vida de un hemofílico.

#### 4.- COMPAÑEROS HETEROSEXUALES DE PACIENTES CON SIDA.

Una característica epidemiológica muy notable del SIDA es la falta de diseminación amplia en la comunidad, la propagación a contactos sexuales femeninos es muy limitada, esto es muy diferente al cuadro de las infecciones de transmisión sexual usuales. Las mujeres infectadas se relacionan a compañeros bisexuales.

El SIDA puede transmitirse de forma heterosexual si alguno de los compañeros es promiscuo, la incidencia del SIDA en mujeres va en aumento y ello se debe a la liviandad de su pareja, pero sin embargo aun así la incidencia de infección hombre-mujer es de 6 a 1 y el porcentaje de casos de mujeres en México, es de 14.5%. Del total de mujeres infectadas 3,205 (14.5%) el 33% (1,057) se infectó por contacto sexual y el 65.4% (2,096) transfusión sanguínea, el restante 1.6% (51.8%) se distribuyó en las demás categorías de transmisión. (véase cuadro 3.3.1)

(CUADRO 3.3.1)

#### CASOS ACUMULADOS DEL SIDA EN MUJERES POR CATEGORIA DE TRANSMISION Y GRUPO DE EDAD EN MEXICO HASTA 1994.

GRUPO ETARE O	HETERO.		TRASF.		DON.REM.		EXP.Ocup.		PERINATA.		DROGAS		NO. DOCUM.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	0	0.0	2	2.9	0	0.0	0	0.0	64	91.4	0	0.0	4	5.7	70	100.0
1-4	0	0.0	18	21.7	0	0.0	0	0.0	56	67.5	0	0.0	9	10.8	83	100.0
5-9	1	2.4	14	34.1	0	0.0	0	0.0	11	26.8	0	0.0	15	36.6	41	100.0
10-14	2	8.3	15	62.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	29.2	24	100.0
15-19	39	48.8	23	28.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.8	15	18.8	80	100.0
20-24	173	48.4	105	28.2	5	1.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	89	23.9	379	100.0
25-29	204	39.4	175	33.8	5	1.0	0	0.0	0	0.0	3	0.6	131	25.3	518	100.0
30-34	238	39.4	213	35.8	14	2.3	0	0.0	0	0.0	4	0.7	129	21.6	598	100.0
35-39	141	31.1	185	40.8	11	2.4	1	0.2	0	0.0	2	0.4	113	24.9	453	100.0
40-44	91	27.2	156	46.6	3	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	85	25.4	335	100.0
45-49	55	24.8	97	43.7	5	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	65	29.3	222	100.0
50-54	37	25.5	60	41.4	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	46	31.7	145	100.0
55-59	31	34.4	33	36.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	26	28.9	90	100.0
60-64	12	25.0	23	47.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	27.1	48	100.0
65-MAS	10	18.5	26	48.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	33.3	54	100.0
DESC.	22	31.0	11	15.5	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4	36	50.7	71	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>1086</b>	<b>32.9</b>	<b>1166</b>	<b>36.1</b>	<b>46</b>	<b>1.4</b>	<b>1</b>	<b>0.0</b>	<b>131</b>	<b>4.1</b>	<b>14</b>	<b>0.4</b>	<b>801</b>	<b>26.0</b>	<b>3206</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Registro Nacional de Casos de SIDA, 1995



En hombre del 18,850 (85.5%) del total de la población infectada, solo 1,074 (5.7%) se infectó por relaciones heterosexuales; 16,588 (88%) se infectó por relaciones homosexual o bisexual; el restante 6.3% (1,188) se distribuyó en las demás categorías de transmisión. (véase cuadro 3.3.2) Como se observa la tendencia al homosexualismo o bisexualismo en los varones tiene alta incidencia de infección no así en las mujeres; sin embargo el ser bisexual aumenta el riesgo de tener un compañero sexual con SIDA. (Daniels, 1986)

### **5.- LACTANTES DE PADRES CON SIDA.**

Una mujer infectada con SIDA y en embarazo tiene el 30% de probabilidad de tener un hijo con SIDA, aunque esta cifra aumentó al 50% según estadísticas de 1990-1994 en México. La alimentación de feto se da por vía sanguínea a través de la placenta, con ello al estar infectada la madre hay muchas posibilidades que contagie a su hijo.

También la infección puede ocurrir a través de la leche materna, algunas investigaciones tienen la teoría de que incluso el virus al introducirse en las células del huésped permite la transmisión de una nueva generación a otra.

La enfermedad en niño difiere a la del adulto y es que hasta la fecha, una mitad tiene SIDA mientras el resto un trastorno más leve, es raro de encontrar Sarcoma de Kaposi en los niños relacionados con el virus. La transmisión perinatal del SIDA se apoya en lo siguiente:

a) Inicio temprano de la enfermedad en algunos lactantes. b) La madre corresponde a un grupo de alto riesgo. (Daniels, 1986)

### **6.- CASOS RELACIONADOS CON AFRICA CENTRAL.**

Hay teorías que señalan que la aparición del SIDA se dio en Africa por primera vez, en la actualidad el virus aparece comúnmente en Africa Central, Zaire, Zambia, Uganda, Ruanda y otros países de esa región. Entre los casos de SIDA en Bélgica y Francia existe un grupo relativamente grande relacionado con Zaire y otros países de Africa Central.

La explicación de la presencia del SIDA en Africa es muy interesante, ya que en esta área el Sarcoma de Kaposi es endémico, la frecuencia mundial más alta corresponde precisamente a esta región donde al Sarcoma de Kaposi corresponde un 13% de los cánceres malignos. Sin embargo la falta general de instalaciones médicas y la presencia de muchas otras infecciones endémicas evita descubrir una infección por inmunodeficiencia, más aún en un ambiente con mortalidad infantil tan elevada en particular por enfermedades infecciosas, es posible que no se identifique los casos del SIDA, la desnutrición grave de la población predispone al agente de esta infección.

CUADRO 3.3.2  
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN HOMBRES POR CATEGORIAS DE TRANSMISION Y GRUPO DE EDAD EN MEXICO  
HASTA EL 1° DE MARZO DE 1995

GRUPO ETAREO	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG.I.V.		DON.REM.		EXP.OCCUP.		HOMO/DROG.IV.		PERINATAL		NO.DOCUM.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	90	84.9	12	11.3	106	100.0
1a-4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	20.2	7	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	66	55.5	22	18.5	119	100.0
5a-9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	28.2	35	41.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	11.8	16	18.8	85	100.0
10a-14	6	7.1	0	0.0	0	0.0	24	28.2	39	45.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	18.8	85	100.0
15a-19	81	29.1	49	17.6	44	15.8	16	5.8	32	11.5	3	1.1	0	0.0	0	0.0	3	1.1	0	0.0	50	18.0	278	100.0
20a-24	632	32.5	412	21.2	321	16.5	81	4.2	30	1.5	24	1.2	20	1.0	0	0.0	24	1.2	0	0.0	402	20.7	1946	100.0
25a-29	1236	31.7	817	21.0	613	15.7	122	3.1	28	0.7	43	1.1	60	1.5	0	0.0	61	1.6	0	0.0	914	23.5	3894	100.0
30a-34	1183	30.1	787	20.0	356	16.7	138	3.5	21	0.5	40	1.0	71	1.8	0	0.0	40	1.0	0	0.0	994	25.3	3930	100.0
35a-39	819	28.6	595	20.8	490	17.1	88	3.1	14	0.5	17	0.6	65	2.3	0	0.0	29	1.0	0	0.0	748	26.1	2865	100.0
40a-44	524	27.9	406	21.6	321	17.1	75	4.0	12	0.6	7	0.4	24	1.3	0	0.0	11	0.6	0	0.0	500	26.6	1880	100.0
45a-49	297	23.2	278	21.7	224	17.5	68	5.3	3	0.2	1	0.1	20	1.6	0	0.0	8	0.6	0	0.0	381	29.8	1280	100.0
50a-54	180	21.5	168	20.0	156	18.6	50	6.0	5	0.6	3	0.4	16	1.9	0	0.0	5	0.6	0	0.0	256	30.5	839	100.0
55a-59	113	20.7	97	17.8	95	17.4	43	7.9	2	0.4	1	0.2	4	0.7	1	0.2	1	0.2	0	0.0	188	34.5	545	100.0
60a-64	55	16.4	33	11.0	67	22.4	22	7.4	1	0.3	2	0.7	2	0.7	0	0.0	2	0.7	0	0.0	115	38.5	299	100.0
65 MAS	31	12.1	32	12.5	50	19.5	35	13.7	2	0.8	1	0.4	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	104	40.6	256	100.0
DESC.	113	25.5	60	13.5	73	16.5	13	2.9	7	1.6	3	0.7	3	0.7	0	0.0	7	1.6	0	0.0	164	37.0	443	100.0
TOTAL	5270	28.0	3734	19.8	3110	16.5	827	4.4	238	1.3	145	0.8	286	1.5	1	0.0	191	1.0	166	0.9	4882	25.9	18850	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA.

En esta región aunque la homosexualidad y bisexualidad son "tabú" existe alto grado de poligamia, homosexualismo y bisexualismo sin embargo pruebas recientes indican que en Africa el principal método de transmisión es el contacto heterosexual, bajo las siguientes observaciones:

- 1) La relación infectados hombre-mujeres es de 1 a 1.
- 2) Los antecedentes médicos han mostrado que la infección se da por el grado de exposición al agente del SIDA y no al tipo de relación sexual.
- 3) Los grupos contagiados sin un factor de riesgo conocido.
- 4) Las esposas de pacientes tienen anticuerpos lo que indica que se han infectado en otra época, ignorando las causas.
- 5) Un 80% de los positivos tienen anticuerpos SIDA.

Otro hecho importante es la pobreza e insalubridad en la región. Las jeringas utilizadas para vacunar son por lo general contaminadas y con ellas son inyectadas números personas. De esta manera se considera que una persona de procedencia africana en especial Africa Central con sintomatología relacionada con el VIH virus del SIDA, representa en cualquier país un foco de infección muy peligroso. (Daniels, 1986)

#### 7.- HAITIANOS.

La hipótesis de la alta frecuencia de casos del SIDA en Haití se relaciona con las frecuentes festividades homosexuales estadounidenses en este país. Aunque hasta 1979 no se había observado casos en este país, un años después apareció la epidemia y ello hace que Haití tenga un alto porcentaje de enfermos. En este país es muy frecuente la prostitución varonil que representa un ingreso familiar, la mayoría de estos tienen contacto sexual con turistas estadounidenses por lo que se piensa que estos llevaron la infección a esta Isla.

Por ser el país con mayor número de infectados en porcentaje, los haitianos han sido objeto de discriminación, provocando que la afluencia de turismo a este país disminuya considerablemente. El contacto heterosexual y homosexual entre haitianos y turistas estadounidenses es una probabilidad de la introducción del virus a este país, una vez establecida la enfermedad es posible una rápida diseminación de estas entre la pequeña población de Haití. El alto porcentaje de infección relacionada con el número de habitantes ha hecho pensar que cualquier haitiano porte el virus aunque esto no es necesariamente cierto, pero representa un grupo de riesgo.

Aunque la ciencia médica a dividido a los infectados en grupos de riesgo para fines de análisis. En realidad no existe grupos de riesgo sino *prácticas de riesgo*. Un homosexual no promiscuo y que

se protege no adquiere la enfermedad en un alto porcentaje de certeza y cualquier persona no relacionada con grupos de riesgo podría adquirirla accidentalmente (transfusión sanguínea, entre otras). La agrupación o selección de individuos en grupos se da bajo la observación de sus prácticas sexuales o actividades en general muy arraigadas que forman parte de su vida cotidiana.

En México el mayor problema lo representan los bisexuales, cuya práctica es muy difundida en el país y que a la fecha no se ha podido cambiar y que resultan ser prácticas de alto riesgo, donde se puede infectar tanto a hombres como a mujeres doblando el número de casos posibles por personas infectadas.

Si la sociedad no atiende el llamado de las campañas se debe en gran medida a la falta de realidad y objetividad que tienen éstas, evitando que causen un verdadero impacto dentro de las conductas riesgosas. El SIDA se ha estancado, la gente ya no lo recuerda como en sus inicios; lo que haría pensar que el VIH/SIDA a disminuido, pero sin embargo según datos del CONASIDA se está incubando una marca mayor de infectados que tienen el virus que aún no se les manifiesta y más aún no lo saben y que proceden en gran medida de los ahora enfermos.

(CUADRO 3.3.3)  
TIPO DE TRANSMISION EN MEXICO 1994.

TRANSMISION	HOMBRES %	MUJERES %
HOMOSEXUALES	39.3	0
HETEROSEXUALES	21	45.0
TRANSFUSION	5.8	52.2
BISEXUALISMO	27.5	0
OTROS	5.9	2.9

FUENTE: SIDA/ETS, 1994.

La idea de que el SIDA es una enfermedad de varones con prácticas homosexuales la confirman los datos, donde hay un incremento importante dentro del grupo. (39.3%) (véase cuadro 3.3.3) Sin embargo también hay una elevación con respecto a varones bisexuales (27.5%) y un mayor porcentaje en mujeres heterosexuales. (45%)

En lo que respecta a las mujeres, fue en 1985 cuando se presentaron los primeros casos de SIDA y hasta el 1º de junio de 1994, se había acumulado un total de 2 mil 767 casos de SIDA en el grupo. Los primeros se asociaron a transfusiones de sangre contaminada; sin embargo, a partir de 1986 empezaron a aparecer casos asociados a transmisión heterosexual. Actualmente, sólo el 35% de los casos nuevos del SIDA reportados en mujeres son atribuibles a transfusiones, mientras que el 64% corresponde a transmisión sexual. (Del Río, 1995)

(CUADRO 3.3.4)  
PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN MUJERES MEXICO 1994.

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1 000 000/h)	RAZON H/M	PORCENTAJE EN MUJERES
1983	6	0.07	6:0	0.0
1984	6	0.07	6:0	0.0
1985	29	0.3	14:1	6.9
1986	246	2.9	30:1	3.2
1987	518	6.6	12:1	7.9
1988	905	10.6	6:1	13.5
1989	1,607	18.6	6:1	15.2
1990	2,588	31.8	5:1	16.2
1991	3,167	37.9	5:1	15.4
1992	3,220	37.5	6:1	15.2
1993	5,095	58.5	6:1	14.8
1994	3,205	46.5	6:1	13.4

FUENTE: Registro Nacional de casos del SIDA.

Considerando únicamente los casos de mujeres adultas, entre 1986 y 1988 la relación hombre-mujer con VIH, pasó de ser de 30:1 a 6:1. Esa relación se mantuvo hasta 1989, pero llegó a ser de 5:1 durante 1990 y 1991. A partir de 1991 y hasta la fecha la relación ha sido de seis hombres por cada mujer con SIDA. (véase cuadro 3.3.4)

En las relaciones sexuales heterosexuales, las mujeres son biológicamente de dos a cuatro más vulnerables que los hombres al VIH. A esta desventaja hay que sumarle la que se da en el aspecto social: elementos culturales que se traducen en una gran vulnerabilidad, siendo el machismo la expresión más firme de las diferencias del género. (Liguori, 1995)

### 3.4 ZONAS DE MAYOR INCIDENCIA. (GEOGRAFICA).

En el contexto internacional en casos de SIDA. México ocupa el décimo segundo lugar en relación al número de casos. La tasa es 3.5 veces menor a E.U., y 14 veces menor a Uganda, países que ocupan los dos primeros lugares del SIDA a nivel mundial. En América en 1991 México ocupaba el segundo lugar en números de casos del SIDA, en 1994 ocupaba el tercer lugar, sin embargo, esto no quiere decir que los números de casos estén disminuyendo, más bien se debe a que hay un crecimiento amortiguado, que se compensa con las personas ya fallecidas.

El SIDA en México resulta del conjunto de varias epidemias, de esta manera, en algunos estados en los que la infección se introdujo por primera vez, se observa una tendencia a la estabilización, esto ocurre en entidades federativas como en el D.F., donde durante 1991 se notificaron 943 casos y en 1992 se habían notificado 486 y durante 1994, 753 casos.

En otros estados, los casos de SIDA muestran un crecimiento exponencial, debido probablemente a que la epidemia se introdujo en épocas más recientes y el número creciente de casos de SIDA refleja la transmisión más acelerada al principio de la epidemia, es el caso de Oaxaca donde en 1991 se notificaron 12 casos y en 1994, 333 casos; en Chiapas donde en 1991 se notificaron 7 casos y hasta 1994, 207 casos notificados. El incremento se observa en 10 entidades federativas del sureste del país y áreas rurales de otras entidades.

La epidemia ha afectado a las grandes metrópolis y a ciudades de afluencia turística, la ciudad de México representa el primer lugar en tasa por millones de habitantes teniendo 753 infectados conocidos por millón de habitantes hasta 1994, seguida de Jalisco con 486 por mil/hab y Morelos por 379 por mil/hab. El SIDA ha afectado principalmente a hombres que residen en áreas metropolitanas, lo cual se ha reflejado ya en las tasas de mortalidad. De acuerdo con datos del INEGI a nivel nacional el SIDA representa ya el 4º lugar como causa de muerte en hombres de 25 a 44 años. (véase cuadro 3.4.1)

Del total de casos 12,412 (56.5%) se acumulan en el D.F., Estado de México y Jalisco, la mayor tasa de incidencia por mil/hab se observa en el D.F., (753); Jalisco (486) y Morelos (370). Las

entidades con menor incidencia son: Chiapas, Zacatecas, Tabasco y Guanajuato. (véase cuadros y 3.4.1)

(CUADRO 3.4.1)  
CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA  
EN MEXICO. HASTA EL 1° DE MARZO DE 1995.

REGION	NUMERO	TASA*	PORCENTAJE
<b>CENTRO</b>			
DF.	6,649	753	30%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6,649</b>	<b>753</b>	<b>30%</b>
<b>CENTRO ORIENTE</b>			
MEXICO	3,081	293	1.4%
PUEBLA	1,188	268	5.4%
VERACRUZ	856	128	3.9%
MORELOS	486	379	2.2%
GUANAJUATO	305	71	1.4%
HIDALGO	184	91	0.8%
TLAXCALA	155	190	0.7%
QUERETARO	115	102	0.5%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6,370</b>	<b>204</b>	<b>28.9%</b>
<b>CENTRO OCCIDENTE</b>			
JALISCO	2,732	486	12.4%
GUERRERO	630	221	2.8%
MICHOACAN	583	153	2.6%
SINALOA	304	129	1.4%
NAYARIT	244	278	1.1%
SAN LUIS POTOSI	218	101	1%
DURANGO	128	88	0.6%
AGUASCALIENTES	91	118	0.4%
ZACATECAS	90	66	0.4%
COLIMA	75	163	0.3%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5,085</b>	<b>234</b>	<b>23.1%</b>
<b>NORTE</b>			
BAJA CALIFORNIA N	659	370	3%
NUEVO LEON	626	188	2.8%
COAHUILA	353	187	1.6%
TAMAULIPAS	327	136	1.5%
CHIHUAHUA	239	91	1.1%
SONORA	223	114	1%
BAJA CALIFORNIA S.	72	211	0.3%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2,499</b>	<b>172</b>	<b>11.3%</b>
<b>SUR</b>			
YUCATAN	433	296	2%
OAXACA	333	103	1.5%
CHIAPAS	207	60	0.9%
TABASCO	110	68	0.5%
QUINTANA ROO	107	202	0.5%
CAMPECHE	59	103	0.3%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1,249</b>	<b>115</b>	<b>5.7%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>21,852</b>	<b>251</b>	<b>99.1%</b>

FUENTE: CONASIDA, 1995.

\*Tasa por millón de habitantes.

El impacto demográfico tiene graves repercusiones en las economías estatales, cada estado recibe participación por parte del sector salud y se suma a la política sanitaria general de la SSA, para llevar adelante los programas en la lucha contra la epidemia del SIDA. Un aspecto relevante de la localización geográfica del SIDA en México es la migración a E.U.

Existen varios tipos de movilidad territorial; en primer lugar la población que pretende establecerse en E.U., y eventualmente trasladar a su familia; en segundo lugar la población que permanece en E.U. una fracción del año y regresan a su lugar de origen haciendo esto permanentemente y el tercer tipo de movilidad territorial es la que se da a lo largo de la frontera norte del país entre los habitantes situados a ambos lados de la misma. Se ha observado que una parte de esta población trabaja en E.U., y vive en territorio nacional por lo tanto su paso a través de la frontera resulta "cotidiano".

La migración de indocumentados a E.U., es una acción en la que participan mayormente varones cuyo lugar de origen es México generalmente de 6 estados del país, ellos son: Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, SLP y Zacatecas, siendo Guanajuato, Jalisco y Michoacán los 3 estados expulsores principales de población indocumentada.

El grupo de edad donde se concentra el 72% de los indocumentados es de 20-40, teniendo una media de 25 años, el nivel de escolaridad es de 5º año, la mitad de los migrantes están casados pero mantienen algún tipo de relación conyugal en E.U. (Cárdenas Elizalde, 1992)

Aunque la mayoría de los indocumentados, emigra con el fin de obtener mayores ingresos y mejorar su calidad de vida, tienen características psicológicas muy particulares, de acuerdo a estudios realizados; se dice que los emigrantes indocumentados a diferencia del resto de la población mexicana tiene una mayor propensión a tener riesgos de contagio de cualquier enfermedad y eso incluye al SIDA; esto se puede atribuir a patrones culturales más permisivos como los que hay en el país vecino del norte, que de alguna manera propician al indocumentado a tener relaciones sexuales ilícitas, homosexuales y bisexuales.

Al entrar en contacto con la población de E.U., con estas características existe un gran riesgo de infección lo cual provoca que con las constantes emigraciones de los indocumentados el virus emigre con ellos hacia sus comunidades de origen. (Cárdenas Elizalde, 1992)

De acuerdo a datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en 8 estados de la república donde se localiza una alta incidencia de SIDA, el costo de los servicios en atención de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fueron los siguientes: (véase cuadro 3.4.2)



(CUADRO 3.4.2).  
**COSTO PROMEDIO POR PACIENTE EN  
 MEXICO. N\$ AL MES 1994.**

ESTADO	COSTO PROMEDIO
BAJA CALIFORNIA NORTE	N\$ 3,000
ESTADO DE MEXICO	N\$ 6,570
GUERRERO	N\$ 3,800
JALISCO	N\$ 5,00
MICHOACAN	N\$ 3,000
MORELOS	N\$ 5,740
NUEVO LEÓN	N\$5,000
PUEBLA	N\$ 5,000

FUENTE: INEGI CENSO de población 1990.

Costo Promedio N\$ 4,738

El costo incluye atención ambulatoria, hospitalización pero no incluye el AZT. En algunos estados como Guerrero y Michoacán el gasto ejercido es más bajo debido a las malas condiciones de sus servicios en salud, con un promedio general en todas las ciudades muy bajo. De esta manera el costo disminuye al darse una atención de menor calidad a cada paciente. Los servicios en salud y el abastecimiento de medicamentos y equipo es mejor en el Estado de México dada la densidad de población donde se ejerce un mayor gasto (tentativo) aunque no integral.

La proporción de casos varía de unos estados a otros y está relacionado a las categorías de transmisión, esto se debe a las diferentes actividades sexuales y hábitos encontrados en las personas infectadas en las diferentes áreas geográficas. La región norte del país no representa la mayor incidencia de casos de SIDA a pesar de estar en una cercanía geográfica con E.U., uno de los países con alta tasa de infectados a nivel mundial.

La mayoría de los estados que presentan altas tasas de infección por vía sexual, exceptuando Puebla y Tlaxcala que se presentan por transfusión sanguínea (casi el 30% del total). Las más altas tasas de transmisión por vía homosexual se dan en Yucatán, Quintana Roo y Nuevo León. La infección se está estacionando en las grandes ciudades, quizás por el avance de campañas o tal vez porque se está en un periodo de mayor incubación del virus.

En los estados fronterizos del norte como Baja California es fácil encontrar un alto grado de homosexualismo y drogadicción en comparación con otros estados, aunque esto por sí sólo no es condicionante ya que en los demás estados fronterizos la infección por droga intravenosa no resulta la más alta tasa de transmisión, en este caso depende de muchos factores culturales de cada frontera; por ejemplo Tijuana resulta una conexión cada vez más grande e importante con ciudades de E.U.,

como: Los Angeles, San Diego, San Francisco, no así Coahuila que se comunica con el Paso Texas ciudad menos importante y aglomerada.

Existe un flujo comercial temporal en California donde los habitantes entran y salen de los dos países, ello hace que se este expuesto a todo tipo de vicios comunes en Los Angeles y San Francisco (tasa más alta de SIDA en E.U.) Existen muchos factores que afectan el grado de transmisión pero resulta sobresaliente el tamaño de las ciudades y el entorno cultural típico en cada uno. En el sur de México principalmente Yucatán y Campeche, la orientación homosexual es menos perseguida y por lo tanto existe al igual que en Jalisco una gran afluencia de mexicanos con este tipo de orientación sexual. (véase cuadro 3.4.3)

El grado de marginación económica no se relaciona de manera determinante con el grado de infección ya que los estados con tasas más altas de infectados no corresponden a los estados más pobres del país. No se ha establecido un patrón de distribución geográfica de la epidemia, ello se debe a que las regiones de más alta proliferación no presentan muchas características en común.

No todas las regiones son altamente pobladas, la mayoría corresponde a la zona centro y centro oriente del país que tiene una tendencia hacia el sur, además no todos los estados hacen frontera con otros países. Quizá una característica que debería tomarse en cuenta por sobresalir más, son las costumbres de la población como un elemento importante en la influencia externa, como patrones de conducta más flexibles, pero cabría descubrir también si esta sería una característica común.

**Instituciones notificantes:** De los casos que se acumulan, la mayor proporción corresponde a la Secretaría de Salud (SSA) con 11 mil 049 casos (50.1%); el IMSS ha notificado 7 mil 192 casos (32.6%); 2 mil 247 casos han sido notificados por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado mil 567 casos (7.1%).

**Evolución de los casos:** del total de casos 12 mil 716 han fallecido y corresponde al 57.7% continúan vivos 7 mil 703 (34.9%) y desconoce la evolución de 1 mil 606 (7.4%).

En el siguiente capítulo se analizará la repercusión del SIDA en la fuerza laboral, después de haber analizado los costos a nivel general e individual. Ahora el estudio se remite a el análisis de los efectos del SIDA en el sector laboral, considerándolo fundamental para la producción en la economía

## **CAPITULO IV.**

### **IMPACTO EN EL SECTOR LABORAL**

**...La mayor parte de los mejores  
son hombres felices que deben su  
felicidad primordialmente a su  
trabajo.**

**Russell Bertrand.**

(CUADRO 3.4.3)  
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE MARZO DE 1995. CATEGORIAS DE TRANSMISION POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		METEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG.IV.		DON.REM.		EXP.OCLUP.		HOMO.DROG.IV.		PERNATAL		NO.DOCUM.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AGS.	22	24.2	17	18.7	23	25.3	7	7.7	0	0.0	0	0.0	3	3.3	0	0.0	1	1.10	0	0.00	18	19.80	91	100.0
B.C.	162	24.6	113	17.1	113	17.1	49	7.4	2	0.3	31	4.7	4	0.6	0	0.0	26	3.90	16	2.40	143	21.70	659	100.0
B.C.S.	27	37.5	20	27.8	8	11.1	2	2.8	1	1.4	2	2.8	0	0.0	0	0.0	1	1.40	1	1.40	10	13.90	72	100.0
CAMPECHE	12	20.3	11	18.6	17	28.8	3	5.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.70	1	1.70	14	23.70	58	100.0
COAHUILA	115	32.6	98	27.8	68	19.3	16	4.5	12	3.4	3	0.8	0	0.0	0	0.0	3	0.80	2	0.60	36	10.20	353	100.0
COLIMA	24	32.0	11	14.7	16	21.3	5	6.7	1	1.3	0	0.0	2	2.7	0	0.0	0	0.00	0	0.00	16	21.30	75	100.0
CHAPAS	33	15.9	32	15.5	87	42.0	21	10.1	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.00	4	1.90	28	13.50	207	100.0
CHIHUAHUA	60	25.1	61	25.5	33	13.8	15	6.3	0	0.0	2	0.8	1	0.4	0	0.0	4	1.70	1	0.40	62	25.90	239	100.0
D.F.	2039	30.7	977	14.7	911	13.7	389	5.9	60	0.9	14	0.2	74	1.1	1	0.0	14	0.20	57	0.80	2113	31.80	6649	100.0
DURANGO	34	26.6	35	27.3	38	28.7	4	3.1	2	1.6	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.00	0	0.00	13	10.20	128	100.0
GUANAJUATO	53	17.4	69	22.6	77	25.2	29	9.5	5	1.6	1	0.3	2	0.7	6	1.9	2	0.70	7	2.30	60	19.70	305	100.0
GUERRERO	158	25.5	126	20.3	155	25.0	48	7.7	10	1.6	5	0.8	4	0.6	0	0.0	10	1.60	4	0.60	100	16.10	670	100.0
HIDALGO	33	17.9	28	15.2	46	25.0	15	8.2	5	2.7	3	1.0	2	1.1	0	0.0	1	0.50	1	0.50	50	27.20	184	100.0
JALISCO	476	17.4	383	14.0	424	15.5	480	17.6	36	1.3	27	1.0	42	1.5	0	0.0	40	1.50	33	1.90	771	28.20	2732	100.0
MEXICO	466	16.1	349	11.3	487	15.8	263	8.5	40	1.3	12	0.4	98	3.2	1	0.0	6	0.20	47	1.50	1281	41.60	3081	100.0
MICHOACAN	135	23.2	132	22.6	177	30.4	63	10.8	10	1.7	8	1.4	3	0.5	0	0.0	10	1.70	8	1.40	37	6.30	583	100.0
MORELOS	86	17.7	81	16.7	125	25.7	70	14.4	4	0.8	1	0.2	14	2.9	0	0.0	4	0.80	19	3.90	82	16.90	486	100.0
NAYARIT	52	21.3	66	27.0	50	28.5	44	18.0	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0	0.0	6	2.50	5	2.00	18	7.40	244	100.0
NUEVO LEON	221	35.3	154	24.6	102	16.3	18	2.6	10	1.6	3	0.5	0	0.0	0	0.0	11	1.80	4	0.60	105	16.00	626	100.0
OAXACA	67	20.1	83	24.8	93	27.9	26	7.8	2	0.6	0	0.0	1	0.3	0	0.0	3	0.90	4	1.20	54	16.20	333	100.0
PUEBLA	151	12.7	185	15.8	488	41.1	213	17.8	8	0.7	7	0.6	64	5.4	0	0.0	5	0.40	23	1.90	44	3.70	1188	100.0
QUERETARO	31	27.0	17	14.8	31	27.0	10	8.7	1	0.9	4	3.5	0	0.0	0	0.0	1	0.90	1	0.90	19	16.50	115	100.0
Q.ROO	32	29.9	26	24.3	16	15.0	7	6.5	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.00	5	4.70	28	18.70	107	100.0
S.L.P.	55	25.2	62	28.4	48	22.5	14	6.4	1	0.5	1	0.5	2	0.9	0	0.0	2	6.00	6	2.80	20	11.60	216	100.0
SINALOA	68	22.7	81	26.6	60	19.7	31	10.2	3	1.0	5	1.6	1	0.3	9	9.0	3	1.00	7	2.30	44	14.50	304	100.0
SONORA	55	24.7	56	25.1	31	13.9	18	8.5	2	0.9	12	5.4	0	0.0	0	0.0	17	7.60	0	0.00	31	13.90	223	100.0
TABASCO	23	20.9	29	26.4	22	20.0	8	7.3	4	3.6	1	0.9	1	0.9	0	0.0	9	1.90	0	0.00	21	18.10	110	100.0
TAMAULIPAS	66	20.8	61	18.7	74	22.6	17	5.2	3	0.9	0	0.0	1	0.3	0	0.0	3	0.90	2	0.60	98	30.00	327	100.0
TLAXCALA	16	10.3	15	9.7	64	41.3	23	14.8	3	1.9	1	0.6	4	2.6	0	0.0	0	0.00	2	1.30	27	17.40	155	100.0
VERACRUZ	226	26.4	178	20.8	178	20.8	37	4.3	5	0.6	1	0.1	4	0.5	9	0.0	3	0.40	10	1.20	214	25.00	856	100.0
YUCATAN	172	39.7	128	28.6	41	9.5	15	3.5	5	1.2	3	0.7	1	0.2	0	0.0	4	0.90	6	1.40	58	13.40	433	100.0
ZACATECAS	19	21.1	11	12.2	25	27.8	14	15.6	0	0.0	2	2.2	1	1.1	0	0.0	2	2.20	1	1.10	15	16.70	100	100.0
EXTRANJERO	48	23.6	39	19.2	37	18.2	10	4.0	0	0.0	6	3.0	1	0.5	0	0.0	7	3.40	0	0.00	55	27.10	203	100.0
TOTAL	5270	23.80	3734	16.9	4166	18.9	1963	9.0	238	1.1	189	6.7	332	1.5	2	0.9	191	0.90	237	1.20	3483	25.80	22055	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

## 4.1 EL SIDA EN EL SECTOR LABORAL.

Ligando al hombre y a la economía, es precisamente la actividad productiva la que dará al hombre los medios para poder cubrir sus necesidades básicas. John M. Ferguson señala que la economía es el mayor drama de los humanos; los esfuerzos del hombre para conseguir lo que necesita para satisfacer el número siempre mayor y variado de sus necesidades (Astudillo, 1993)

México al igual que muchos países de Europa y América enfrentan en la actualidad un grave problema de desempleo. La carencia de fuentes de empleo, junto a la existencia de un amplio número de trabajo mal remunerados y los bajos salarios reales pagados en la mayoría de las actividades económicas, han contribuido a aumentar el ya deteriorado nivel de vida en la gran mayoría de la población mexicana. (Astudillo, 1993)

La situación económica de los trabajadores se ve recrudecida, porque actualmente para dar cabida a las grandes y creciente masas de desempleados y población en edad de trabajar es necesario crear un millón de empleos por año. Dentro de los esquemas de ajuste actuales se ha tratado de alcanzar esta meta, en una crisis que no ha dado señales de una recuperación real desde 1982. (Economía Informa, 1993)

El problema del empleo en México es grave, la mayoría de la población aún con trabajo remunerado no supera su nivel de vida de los estándares, cubriendo relativamente sus necesidades básicas para subsistir (vivienda, alimentación, salud, vestido, entre las más prioritarias).

Bajo este marco, la enfermedad del SIDA tiene una mayor relevancia al ligarse directamente a la Población Económicamente Activa (PEA), además de representar un problema más (no el único) de Salud Pública. La salud en el lugar de trabajo se inserta dentro de este concepto que es de vital importancia tener conocimiento del estado de salud de la población trabajadora, asimismo saber de los avances científicos y técnicos que contribuyen a conservar, mejorar o restaurar la salud de los trabajadores.

Cada formación social genera su propia patología y sus condiciones generales de vida varían de acuerdo al tipo de inserción que los grupos humanos tienen en la producción. La enfermedad del SIDA no es vista en este apartado como una enfermedad de trabajo ya que no lo es, se analiza desde el ángulo de cómo afecta en el lugar de trabajo al individuo enfermo del SIDA y los problemas que se derivan en su entorno ya sean de índole social, económico o laboral por mencionar algunos; afectando su economía familiar, para después afectar a la economía y productividad del país.

El SIDA no se ubica como una enfermedad de trabajo es una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), de tratamiento paliativo muy costoso, que afecta principalmente a los individuos en edad productiva y reproductiva.

Los trabajadores también enfrentan esta problemática, así como la población en general, sin embargo la población en edad de trabajar, pero sobretodo la ocupada, representa el más alto porcentaje de infectados con el VIH en México ya que 8 de cada 10 personas enfermas del SIDA en el país se encuentran en edad de trabajar (un 80% aproximadamente) y generalmente son cabeza de familia. (SIDA/ETS, N° 1, 1995)

El SIDA para la población trabajadora representa sólo un problema más que enfrentar dentro del ámbito laboral ¿el padecerla qué significa en este sentido?, perder el trabajo o no tener acceso a él, con un gasto que se consume rápidamente en contraparte a el bajo salario percibido y aunque fuera bien remunerado no daría para atender a la enfermedad, aunado al rechazo de los compañeros de trabajos, familiares y de la sociedad en general, además de no contar actualmente con el apoyo de las instituciones del Sector Salud porque según argumentan no hay presupuesto. Lo que significa morir más rápido y perder años de vida productiva.

El crecimiento de la población en México ha creado un amortiguador contra el impacto del SIDA en la población en las edades productivas a corto plazo (se reemplazan). Este hecho por si sólo no representará una solución, dejar morir dejar nacer. En lo hombres de entre 25 y 44 años, se presenta el mayor nivel de actividad económica y el impacto del SIDA es más fuerte en el corto y mediano plazo; su actividad sexual multiplica la infección en este grupo que verá reducido en cantidad si no se toman medidas serias.

Según proyecciones del CONASIDA es posible que en año 2000 la tasa de mortalidad por todas las causas se incremente en este grupo en un 15% y se duplique el nivel de mortalidad debido a infecciones. (Christenson, 1989) En este momento el problema del SIDA no está limitado a grupos estereotipados como los trabajadores del arte o del espectáculo, sino que incluye a personas de todas las actividades económicas. Los profesionistas, los maestros, los trabajadores del arte y los trabajadores en varios servicios, están sobrerrepresentados entre las víctimas del SIDA.

En 1983 México tenía 6 casos de SIDA, todos eran hombres en edad productiva, hasta 1994 había aproximadamente 18 mil 006 casos de SIDA de los cuales el 82% se encontraban entre los 20 y los 49 años de edad, sin embargo los epidemiólogos afirman que el número de casos de SIDA representa solamente la punta del iceberg. Tanto en México como en otros países se ha llegado al consenso de que la infección por SIDA resta muchos años de vida productiva en la gente joven a quienes principalmente ataca. (Christenson, 1989)

Cabe señalar que para el análisis no se utilizará "grupos de riesgo" sino "prácticas de riesgo" (aunque se documenten en grupos) o comportamientos de riesgo que favorecen los mecanismos de transmisión.

El SIDA representa un problema que concierne a todos, que además no se resolverá en un corto o mediano plazo. Sin embargo, ante este problema se puede plantear una hipótesis de remplazo en el caso de pérdida de fuerza de trabajo, tomándolo del ejército de desempleados que no son pocos y más aún ante un panorama no muy alentador en el que se encuentra inmerso el país, donde existe una tasa muy alta de desempleo y natalidad por lo que pudiera representar un "amortiguador" en cuanto a magnitud de población.

Pero tal vez, sólo tal vez, podría esta idea ser planteada en un muy corto plazo ya que por la velocidad con que se reproduce el virus, escaparía del "control" del gobierno y más aún que en la actualidad no existen campañas, programas y medidas acordes a la realidad a nivel nacional y ello deja entre ver que, no hay una sola perspectiva de solución.

Por otro lado, en cuanto a las personas que padecen el VIH/SIDA, en etapa productiva e instalados en un empleo representa un gran problema en su trabajo (si lo tienen), sufriendo rechazo al grado de hostilizarlos, para luego despedirlos<sup>24</sup> o hacer que renuncien a éste y en caso de conservarlo tener que abandonarlo por incapacidad.

El temor al SIDA y sobre todo la desinformación ha creado una grave discriminación en los centros de trabajo que tengan casos de personas infectadas con el virus, ocasiona una lucha alterna por parte del trabajador aunada a la lucha ya penosa contra la enfermedad (económica y epidémicamente).

Las encuestas del CONASIDA indican que más del 80% de las personas saben que el SIDA es una enfermedad letal, pero entre el 40 y 50% todavía cree que es posible contraer el virus por acercamientos casuales, como los que representan el entrar en contacto con otra gente en el lugar de trabajo. La impresión equivocada está tanto en los trabajadores como en los propios directivos o dueños de centros de trabajo, lo que contribuye a crear un ambiente represivo y moralista en contra de la persona infectada a quien ciertamente no se le puede despedir por el hecho de portar el virus, pero sí se le presiona para que él mismo abandone el trabajo.

---

<sup>24</sup> Aunque no existe un registro de los casos de despido de personas infectadas con VIH/SIDA, que hayan demandado el despido injustificado ante los tribunales competente. Tampoco se cuenta con la información de casos documentados en donde se observe que la causa del despido haya sido el estar infectado con el virus, o en donde el trabajador reclame haber sido despedido por tener VIH/SIDA.

Todas las personas sin importar su nivel de educación, nivel de vida, ni ocupación guarda aún ciertos temores al convivir con personas infectadas del SIDA más aún si esta es ajena a sus vidas ( no parientes, no familiares, no amigos) y el aceptarlo bajo este criterio puede indicar el estar exponiendo la integridad física, provocando pánico en las personas que no están infectadas, al verse forzadas a convivir con una persona infectada en el área de trabajo. Lo anterior puede ser corregido si las empresas no equivocaran su camino al tratar de implementar medidas "preventivas".

Un ejemplo de esto es el caso de Banamex, empresa que gasta gran cantidad de dinero, aplicando pruebas de detección a sus trabajadores para evitar tener enfermos y según ellos prevenir cualquier eventualidad en torno a el virus ¿esto es prevenir?. Al encontrar en los empleados algún seropositivo se hará labor para que salga de la empresa por cuenta propia, considerándolo nocivo. Este ejemplo indica, que no se está educado ni siquiera básicamente para atacar al enfermedad, desde el frente que sea en este caso el lugar de trabajo.

Otra barrera al empleo que provoca el SIDA, es que en algunas empresas se pide la prueba de detección negativa para poder tener acceso al empleo. ¿Qué provoca este hecho en una persona que comienza a insertarse en el campo laboral como los jóvenes?. Se les niega años de vida productiva sin conocer que tanto tiempo estarán en condiciones de trabajar y más aún para poderse mantener una enfermedad cara donde la asistencia social (Sector Salud) es nula.

En gran parte de la población enferma sobre todo de 19 a 30 años el SIDA ha nulificado su derecho a trabajar y su necesidad. El CONASIDA cuenta actualmente con un departamento jurídico que apoya a las personas que han sido presionadas a dejar su trabajo o les han obligado a firmar su renuncia, este departamento apoya las demandas y el derecho de seguir con su empleo y castigar la prepotencia e ignorancia de quienes rechazan a sus trabajadores o compañeros de trabajo por el hecho de estar infectados de SIDA. ¿Esto qué representa para un empleado enfermo?. Ciertamente en muchos casos esto resulta una yatrogenia, el remedio dio efectos colaterales.

Los trabajadores que han demandado a patrones por haber sido despedidos a causa de padecer el SIDA, y han logrado reinstalarse trabajan bajo presión, además que ven truncadas sus oportunidades de desarrollo en su trabajo y en general son tratados mal tanto por sus compañeros como por sus patrones.

Dentro del sector laboral el SIDA tiene muchas variables que deben ser tomadas en cuenta y que en realidad provienen del mismo sitio, de la cultura y de la forma en que ha sido atacada la epidemia por el Sector Salud.



(CUADRO 4.1.1)  
**POBLACION EN MEXICO POR EDADES PRODUCTIVAS.  
 1950-2000**

AÑO	POBLACION ENTRE 15 Y 65 AÑOS	TASA DE CRECIMIENTO %
1950	14 849 497	
1960	18 906 212	0.0255
1970	25 508 366	0.0300
1980	35 913 805	0.0342
1985	42 868 320	0.0354
1990	50 876 888	0.0313
1995	59 066 988	0.0299
2000	68 329 900	0.0282

FUENTE: SIDA/ETS; AÑO 9, N.º 3. CONASIDA CRIDIS.

Demográficamente el SIDA no representaría un problema que pudiera dejar al país sin fuerza de trabajo, según datos del Consejo Nacional de la Población (CONAPO), la población en edad productiva en México se duplica por lo menos cada 26 años hasta el 2000; lo que representaría casi 70 millones para finales del milenio (véase cuadro 4.1.1); no tanto así el desarrollo de la infección que no duplica su cantidad cada año, no supera el crecimiento de la Población Económicamente Activa (PEA), observando una distribución del SIDA por edad y sexo más o menos constante. (véase cuadro 4.1.2)

(CUADRO 4.1.2)  
**CASOS NUEVOS DE SIDA.  
 DE 15 A 65 AÑOS, EN MEXICO.**

AÑOS	NUMERO	VARIACION
1986	246	-
1987	518	110%
1988	905	42.70%
1989	1,807	77.51%
1990	2,588	61.04%
1991	3,167	22.37%
1992	3,220	1.87%
1993	5,095	58.21
1994	4,094	-19.64%

FUENTE: SIDA/ETS, AÑO 9, N.º 3, 1993. AÑO 6 N.º 10 1992, CONASIDA CRIDIS. En cuanto a la problemática laboral que enfrenta la mujer en el sector laboral, estando infectada redonda en los mismos resultados que obtiene un varón infectado: rechazo de sus compañeros, pérdida del empleo en condiciones muy arbitrarias, la no asistencia sanitaria, la pérdida por ende de su ingreso y el rechazo familiar aunado a que son más sensibles a los abusos del trabajo.

Actualmente en el país, contar con un empleo es un privilegio y una ventaja mayor cuando dentro de un matrimonio ambos trabajan para poder satisfacer medianamente sus necesidades, así que en el caso de que uno de los cónyuges pudiese estar infectado del SIDA y no estuviese enterado, inequívocamente infectaría al otro, provocando una ruptura en la familia, que se vería afectada severamente y quedaría prácticamente sin ingresos. Además una mujer no sólo puede afectar a su pareja, también enfrenta el riesgo de infectar a su producto en caso de estar embarazada.

El SIDA al haberse presentado inicialmente como una enfermedad de homosexuales hizo que este grupo tomara mayor conciencia pero no fue lo mismo con demás, y entre ellos que se encuentran las mujeres que al creerse ajenas al problema descuidaron aspectos relevantes de prevención; sin olvidar que en México el rol de la mujer sigue siendo de género, manteniendo un segundo nivel además que influye la cultura machista que prevalece en el país, esto sin olvidar los conceptos que sobre ella pesan: el ser débil, conformista, etc.

Ello hace que la cantidad de mujeres infectadas esta aumentando con rapidez por falta de información principalmente, además de un aspecto que es relevante en todos los grupos de la población: "el creer que el SIDA es una enfermedad ajena en la cual no se está involucrado".

La mujer aún enfrenta las desventajas en el ámbito laboral, el SIDA aumenta mayormente estás, aunque tiene algo a su favor; regularmente a una mujer infectada se le etiqueta de víctima por el rol conocido de infección, pero esto no aleja que las personas que conviven con ella tengan miedo de ser infectadas por la misma.

Dentro de las actividades laborales, existen diferentes tipos de actividad que quizá sí pueden poner en riesgo a compañeros de trabajo, como lo puede ser el laborar en laboratorios clínicos, donde se trabaja con cristales y objetos punzantes; otra actividad podría ser el de las costureras, mecánicos, enfermeras; médicos, es decir todo tipo de trabajo donde las lesiones son frecuentes y se manejen fluidos sanguíneos.

El promedio de años entre el inicio de la infección y la muerte por el SIDA es de 6 años si se da una adecuada atención y la persona afectada es inmunológicamente fuerte, además de tener poder económico relativamente sólido que le permita seguir con tratamientos paliativos costosos, pero que pueden alargar significativamente su vida, ello en su conjunto haría aumentar su esperanza de vida hasta 10 años o tal vez más, donde lo económico es determinante para alargar al vida del individuo.

Suponiendo una adecuada condición física se podría trabajar tres cuartas partes de la duración de la enfermedad, en esta medida al detectarse la enfermedad en el trabajador, se quita a la gente infectada años de vida productiva que equivaldría a tres cuartas partes; años de vida digna y de

privarlos de un ingreso que repercutirá en el deterioro de su calidad de vida y el de su familia; precipitando una muerte precoz y totalmente inútil.

Contra el abuso en el trabajo, deberían realmente luchar todos y no rechazar a trabajadores enfermos. En realidad trabajar al lado de enfermo de VIH, jamás se ha catalogado como práctica de riesgo, pero que sin embargo el tener el virus ya es en sí una estigmatización, la mayoría de las personas lo creen así; la solución será dada si los autoridades correspondientes apoyan y legislan ha favor de los enfermos de SIDA, pero que aún esta muy lejos de lograrse cuando las políticas sociales para el desarrollo social actual tiende cada vez más ha alejarse del gasto social.

Evidentemente el SIDA no está catalogado como una enfermedad profesional, ya que no se desencadena por factores que implican el desarrollo de una actividad productiva, apeándose al concepto de enfermedades de trabajo se entendería por "las alteraciones de las capacidades físicas o intelectuales derivadas de condiciones de exposición repetida a alguna actividad productiva, las condiciones son de tipo patológico" (Barroquín, 1992)

La prostitución podría ser una exposición para provocar el SIDA en las personas que la practican, pero está no esta considerada como una actividad productiva ni formal y las personas que la practican no encabezan la lista de los más afectados.

Retomando el planteamiento inicial de no catalogar al SIDA como una enfermedad profesional, ubica a la enfermedad simplemente como una enfermedad de transmisión sexual, una epidemia que está afectando a la población trabajadora independientemente de cual sea su actividad productiva.

En México la atención a la salud de la población por parte del gobierno ha sido insuficiente, aunque las cifras indiquen lo contrario, día a día la población que acude a las instituciones del Sector Salud, se perca de la insuficiencia en la atención, que se encuentra justificado bajo el pretexto de la incapacidad de recursos, el hecho es que la salud en el país, atención e innovación tecnológica no es buena. Lo anterior se refleja en una población sensible al deterioro físico y mental de su organismo, una población que no produce ni crea, pero sobre todo una economía deteriorada que redunde en los mismos problemas como un círculo vicioso.

Hasta hace poco más de veinte años el estudio de la problemática en salud de los trabajadores era poco estudiada. Entoncec los problemas sanitarios se hablan abordado en base a al población agrupada por edad y sexo y en el mejor de los casos por región geográfica o institución prestadora de servicios. Este estudio no permitía diferenciar las condiciones de salud de los distintos grupos sociales, impidiendo establecer realmente que el trabajo es una determinante esencial en las condiciones de salud y viceversa.

La medicina de trabajo como disciplina se encontraba poco desarrollada y era limitada en todos sus aspectos: investigación, teoría y práctica; lo que generaba un retraso de la incorporación de conocimientos generados a nivel internacional, aunado a esto los sindicatos tomaban una actitud pasiva, prestando poca atención a la problemática, retrasando con ello la creación de un desarrollo integral en la medicina de trabajo, la cual era requerida urgentemente en el campo laboral.

A mitad de los años setenta esta situación comienza a cambiar, al surgir una serie de nuevas ideas y con ellas grupos teóricos dentro y fuera de las universidades que hacen planteamientos nuevos sobre la relación trabajo-salud. Ello hace que surja un interés por parte de los sindicatos y la corriente de la medicina social. Lo anterior es justificado en estos años por el acelerado proceso de industrialización que generó nuevos cambios, tanto para las industrias como para los trabajadores que presionaban a plantear nuevas necesidades de orden laboral. (Almada, 1990)

Por ello en este trabajo, se ubica al SIDA como una problemática de los trabajadores (aunque no como enfermedad de trabajo) por su grado de incidencia en el grupo de edad productiva. La clasificación de trabajadores no se da en el análisis como trabajadores de género ya que no se encontró bases suficientes para justificar una diferenciación en el apartado inmunitario entre los dos sexos, por ello se incluyó en capítulos anteriores, sólo de manera cuantitativa para resaltar prácticas de riesgo.

## 4.2 AREAS DE MAYOR INCIDENCIA LABORAL.

Es difícil ligar al SIDA con cualquier actividad productiva por que son ámbitos totalmente diferentes; o el tratar de encontrar cuál actividad productiva favorece los mecanismos de la transmisión. Y se puede excluir las actividades ilícitas y no productivas pero que provocan una remuneración dentro de la que se encuentra la prostitución.

De acuerdo a las cifras de transmisión por edad la mayor parte de la población infectada se encuentra en edad productiva por lo tanto se concluye que las personas en edades productivas se encuentran en mayor riesgo de contraer el virus, por su mayor actividad sexual u otras actividades de alto riesgo que generalmente estén fuera de las actividad de trabajo. Sin embargo no es la actividad productiva la que predispone a contraer la infección sino las prácticas de riesgo a que pueden recurrir las personas en edad productiva y reproductiva.

(CUADRO 4.2.1)

### CASOS DEL SIDA POR OCUPACION (1) EN MAYORES DE 15 AÑOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992 EN MEXICO.

OCUPACION	Nº DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992.	CASOS ACUMULADOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992		
		NUMERO	%	TASA
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	31	1877	17.4	686
TRAB. DE SERV.PUBLICOS Y PERS.	36	1203	12.5	564
TECNICOS	4	271	2.8	530
PROFESIONALES	19	747	7.8	336
TRAB. DE LA EDUCACION	9	513	5.3	304
COMERCIANTES	17	824	8.8	280
OBROS	25	1141	11.0	210
OPERADOR DE TRANSPORTE	3	217	2.3	199
FUNCIONARIOS PRIVADOS	0	67	0.7	197
DESEMPLEADOS	7	294	3.1	185
FUNCIONARIOS PUBLICOS	0	10	0.1	139
CAMPESINOS	13	397	4.1	66
AMA DE CASA	15	895	9.3	57
ESTUDIANTE	9	286	3.0	26
OTRAS OCUPACIONES	21	1092	11.3	500
SUBTOTAL	209	9635	100.0	175
			(90.2)	
SE DESCONOCE	1	1041	9.8	
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>10,676</b>	<b>100.0</b>	<b>194</b>

FUENTE: CONASIDA.

1 Distribución de la población de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

El grupo de los empleados administrativos son los que presentan la mayor incidencia de casos ya que uno de cada mil 130 padece o padeció la enfermedad, el segundo grupo ocupacional más afectado es el de los trabajadores en servicios públicos y personales, en este grupo uno de cada mil 770 trabajadores se han visto afectados y en el grupo de los técnicos uno de mil 880 individuos dedicados a esta actividad. Los grupos menos afectados son los campesinos, amas de casa y estudiantes relativamente. (véase cuadro 4.2.1)

Se puede observar que el estar en una actividad bien remunerada al menos hasta este periodo señalado, implica mayor facilidad de contraer la infección, pero no por la actividad en sí, sino más bien por el entorno en el que se desarrolla, lo que conlleva una mayor relación social en todos los aspectos, con la excusa de relajarse y liberar tensiones ocasionadas por la actividad desempeñada.

Para los datos acumulados a principios de 1995 de acuerdo con la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de trabajadores en la rama, se presenta en los trabajadores de servicios públicos con 2 mil 397. Para este tipo de ocupación existen 18 casos de SIDA en hombres por cada caso en mujeres; la segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores del espectáculo y arte con 2 mil 349 casos por millón de trabajadores de la rama, con 57 hombres infectados por cada mujer; el tercer lugar lo ocupan los profesionales con 2 mil 119 casos por millón de trabajadores de la rama, en este caso existen 54 hombres afectados por cada mujer infectada.

Las tasas de incidencia más bajas sigue presentándose en las personas dedicadas al hogar, trabajadores domésticos y estudiantes. Hasta la fecha se conoce la ocupación de 16,077 hombres y la de 2,649 mujeres, y se desconoce este dato en 2,716 de los 21,442 casos registrados en adultos hasta la fecha. (véase cuadro 4.2.2)

Como se puede observar las cifras se distribuyen casi sin cambios de 1992 (acumulados) a 1994 (acumulados) existiendo la diferencia de que se incluye el rubro de trabajadores del arte y del espectáculo en 1994 que no era incluido en 1992 y viene como un grupo que puntúa en cuanto a número de infectados por ocupación (se incluyen defunciones).

Al hacer un análisis de las causas que provocaron la distribución de acuerdo al tipo de ocupación es difícil establecer una norma porque se tendría que responder varias preguntas:

- En primer lugar ¿La actividad que se realice induce al riesgo? o ¿las personas que tienen comportamientos de riesgo se dedican a ciertas actividades de acuerdo a su condición?

**CUADRO 4.2.2**  
**CASOS DE SIDA POR OCUPACION EN MAYORES DE 15 AÑOS, MEXICO HASTA EL 1º DE MARZO DE 1995**

OCUPACION	MASCULINO			FEMENINO			TOTAL		
	CASOS	%	TASA*	CASOS	%	TASA*	CASOS	%	TASA*
TRABAJADORES DE SERVICIOS PUBLICOS	2589	16.1	3422	138	5.2	362	2727	14.6	2397
TRABAJADORES DE ARTE Y ESPECTACULOS	463	2.9	2821	8	0.3	220	471	2.5	2349
PROFESIONALES	1312	8.2	2809	24	0.9	147	1336	7.1	2119
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	2951	18.4	2908	225	8.5	192	3176	17	1452
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	913	5.7	2632	116	4.4	220	1029	5.5	1117
TECNICOS	530	3.3	1245	43	1.6	134	573	3.1	766
COMERCIANENTES Y DEPENDIENTES	1551	9.6	1059	86	3.2	117	1637	8.7	744
TRABAJADORES EN PROTECCION Y VIGILANCIA	318	2	687	5	0.2	322	323	1.7	676
AYUDANTES Y SIMILARES	556	3.5	595	1	0	8	557	3	528
FUNCIONARIOS Y DIRECTIVOS	268	1.7	584	4	0.2	36	272	1.5	478
TRABAJADORES AMBULANTES	208	1.3	553	14	0.5	108	222	1.2	439
OPERADORES DE TRANSPORTE	478	3	412	0	0	0	478	2.6	408
ARTESANOS Y OBREROS	1427	8.9	427	63	2.4	161	1490	8	400
DESEMPLEADO	672	4.2	306	26	1	43	698	3.7	249
JUBILADOS, PENSIONADOS E INCAPACITADOS	254	1.6	295	15	0.6	51	260	1.4	232
TRABAJADORES AGROPECUARIOS	814	5.1	140	11	0.4	20	825	4.4	130
INSPECTORES Y SUPERVISORES	49	0.3	149	1	0	16	50	0.3	129
DEDICADOS AL HOGAR	48	0.3	146	1702	64.3	99	1750	9.3	100
TRABAJADORES DOMESTICOS	36	0.2	56	59	2.2	95	95	0.5	75
ESTUDIANTES	487	3	102	23	0.9	5	510	2.7	55
OTRAS OCUPACIONES	153	1.0		85	3.2		238	1.3	
SE DESCONOCE		-87.1						-87.3	
SE DESCONOCE	2378	12.9	1235	338	11.3	204	2716	12.7	758
<b>TOTAL</b>	<b>18455</b>	<b>100</b>	<b>653</b>	<b>2987</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>21445</b>	<b>100</b>	<b>370</b>

\*TASA POR MILLON DE HABITANTES

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA, CENISICOMASIDA, 1994.

- En segundo lugar ¿Influye la edad y el nivel de remuneración económica para poder adoptar comportamientos o prácticas de riesgo?
- Y por último si ¿El grado de educación influye en la captación de la información educativa en cuanto a resistencia (no cambia) o entendimiento (no capta)?.

Estas interrogantes son muy difíciles de conocer a primera vista y en condiciones donde la infección no ha sido objeto de estudio social solo epidemiológico de tipo médico. Tomando en cuenta las cifras que se han podido recopilar, parece ser que el SIDA tiene un patrón de comportamiento en cuanto a edad, sexo, y ocupación, lo que hace deducir que no determina pero si influye la edad y más si está entra de las estadísticas de la etapa adulta, que permite socialmente ser más liberal, aunada a una ocupación remunerada que pueda permitir ciertas libertades las cuales se encaminan principalmente al sexo masculino y que no son criticadas ni mal vistas, como pudiera ser en la mujer.

Si se comparan las cifras de 1992 con 1994 se puede conocer en cierta medida un futuro cercano, como decía el economista John Kenneth Galbraith "*el futuro inevitablemente conservará elementos importantes de lo que hoy existe y a su vez el presente es producto directo del pasado*". Lo que hoy conocemos en torno a la infección tiene raíces profundas, que aún no se conocen pero existen.

De acuerdo a entrevistas proporcionadas por personas que se dedican a servicios públicos y trabajadores de la educación se dedujo que: la mayoría de los trabajadores públicos según su propia apreciación están sobre ocupados, esto se refiere básicamente a la ocupación de plazas no necesarias, pero que sin embargo les permite percibir un salario mediano y tener un nivel de vida medianamente buena, además de cubrir sus necesidades básicas.

Además de otras actividades de esparcimiento, al estar sobreocupados les sobra cierto tiempo después de cubrir una jornada laboral discontinua, en el inter de sus descansó tienden ha tener hábitos Don Juanescos que los lleva a tener relaciones extramaritales, incluso también dedican el tiempo libre a frecuentar bares y restaurantes lo que puede dar pié ha tener relaciones casuales. Cabe señalar que no es el patrón de conducta en todos los trabajadores público, pero que sin embargo están teniendo ya una alta incidencia de infección por ocupación y va en aumento de acuerdo a las estadísticas.

De lo anterior se puede concluir que: culturalmente y socialmente determinadas ocupaciones, facilitan el tener actividades de riesgo ampliamente expuestas en capítulos anteriores, además de que otra característica del trabajador público y administrativo es la existencia de igual número de mujeres y hombres y puede ocasionar de manera casual algún tipo de relación entre ellos mismos.



En cuanto a los trabajadores de la educación, no se encontró un motivo suficientemente convincente, tan solo el que la mayoría de estas personas son mujeres y fueron infectadas por sus maridos, tomado en cuenta que la mayoría de estos trabajadores tiene hasta doble trabajo o turno para poder cubrir sus necesidades, además de que un gran número es soltero y en su mayoría son mujeres.

Por otro lado, se incluyen los resultados obtenidos en una investigación llevada a cabo por la publicación Salud Pública en México en 1990, donde se hace una comparación entre el número de infectados en México con la migración de E.U. De acuerdo a 150 indocumentados encuestados el 80% eran homosexuales y bisexuales; del 100% de los encuestados solo un 20% padecía el SIDA y se dedicaba a actividades no específicas, además de no trabajar en las ciudades que comúnmente capta indocumentados tales como: California, Texas, Chicago, etc.

Además se observó que de los estados que produce mayor número de indocumentados hacia E.U., no correspondían a los estados con mayor número de infectados en México: Zacatecas, Michoacán principalmente. De esta manera se concluye que los indocumentados no son tan representativos en la infección, pese a tener antecedentes del virus, sin embargo son considerados como un foco de infección. Lo que hace pensar que, el SIDA se relaciona con la edad, la remuneración económica y el tiempo libre de que disponga, no por la actividad económica que se desempeñe.

### 4.3 GRUPOS DE MAYOR RIESGO.

En este apartado se analizarán las características laborales, niveles salariales y conducta en general de los grupos ocupacionales que actualmente representan el mayor grado de infección en cuanto al SIDA.

Considerando como grupos de mayor riesgo aquellos grupos de ocupación con mayor índice de infección, se determina que existe algún tipo de conducta: económica, social o psicológica que provoca la alta incidencia en tales grupo, de esta manera se analizarán: tasa de incidencia por ocupados en cada actividad, características generales de los trabajadores a estudio, testimonios de trabajadores de las ocupaciones a estudio y por último las conclusiones para establecer un patrón de comportamiento general para ligarlo al índice de infección.

Las ocupaciones a estudiar por su incidencia de infección serán:

- Trabajadores del sector público.
- Trabajadores del arte y del espectáculo.
- Profesionales.

Las vías de transmisión son únicas e invariables no están asociadas a grupos, razas, niveles económicos, no de manera determinante; estas características solo pueden ayudar para observar si varían las conductas que conlleva el riesgo. De esta manera el análisis que se hace es muy hipotético, se basa principalmente en los criterios expuestos y comprobados de vías de transmisión de la infección.

Se tratará de encontrar en estos grupos alguna característica ligada a los estilos de vida, ello podrá determinar realmente los mecanismos de transmisión y si están realmente asociados a las conductas y no al trabajo. Además de intentar descubrir si acaso alguna actividad laboral por razones desconocidas pueden predisponer a adquirir conductas de riesgo o quizás no existe motivo alguno y las magnitudes que está tomando la infección por actividad tienen una distribución que obedece sólo a la casualidad.

(CUADRO 4.3.1)  
**UNIDADES ECONOMICAS Y PERSONAL OCUPADO  
 SECTOR Y SUBSECTOR DE ACTIVIDAD.**

SECTOR Y SUBSECTOR DE ACTIVIDAD	UNIDADES ECONOMICAS	PERSONAL OCUPADO EL 30 DE JUNIO DE 1993		
		TOTAL	REMUNERAD O	NO REMUNERADO
SECTOR 8 Serv. Financieros de Admón. y de Alquiler de bienes muebles e inmuebles.	29 474	101 524	71	29 961
SUBSECTOR 82 Serv. de Alquiler y Administración de bienes inmuebles.	11 908	55 628	43 572	12 056
SECTOR 9 Serv. Comunes y Sociales: Hoteles y Restaurantes; Profesionales, Técnicos y Personales.	789 566	5 383 072	4 498 881	884 191
SUBSECTOR 91 Serv. de Administración Pública, Defensa y Saneamiento.	30 154	1 096 879	1 070 757	26 122
SUBSECTOR 92 Serv. Educativos, de Investigación, Médicos, de Asistencia Social y de Asociaciones Chiles y Religiosas.	180 030	2 178 698	1 990 805	187 893
SUBSECTOR 93 Restaurantes y Hoteles.	230 431	742 591	481 253	261 338
SUBSECTOR 94 Serv. de Esparcimiento, Culturales Recreativos y Deportivos.	32 075	181 081	146 880	34 201
SUBSECTOR 95 Serv. Profesionales, Técnicos, Especializados y Personales. Incluye los Prestados a las Empresas.	131 482	664 308	530 089	134 269
SUBSECTOR 96 Serv. de Reparación y Mantenimiento	195 164	405 280	175 661	229 619
SUBSECTOR 97 Serv. Relacionados con la Agricultura, Ganadería, Construcción, Transportes, Financieros y Comercio.	14 230	114 235	103 486	10 749

FUENTE: Anuario Estadístico, INEGI, 1994.

#### 1.- TRABAJADORES DE SERVICIO PUBLICO.

Los trabajadores de servicios públicos, conforman la llamada burocracia y es generalmente las personas que trabajan en el sector público. Dentro de la clasificación por sector y subsector de actividad económica éstos se agrupan en la división y servicios comunales, sociales y personales dentro de esta división los servicios del sector público se agrupa en el sector 91 "Servicios de Administración Pública Defensa y Saneamiento". (véase cuadro 4.3.1) Las características generales de este tipo de ocupación son de manera muy general:

- a) Cumplen con horarios de trabajo, continuo y discontinuo, teniendo un periodo intermedio de descanso que puede variar de acuerdo al horario y puede ser de una hora hasta tres o cuatro. Por ejemplo, empiezan a laborar de 9 a 13 horas en un primer turno y de 16 a 20 horas teniendo disponibles de 13 a 16 horas.
- b) Cumplen tareas específicas y rutinarias lo que permite tener horas muertas además de aumentar el ocio dentro de la jornada laboral.
- c) El nivel educativo es medio (secundaria y bachillerato) de manera ponderada va desde secundaria en trabajadores de más edad, hasta los más jóvenes (generalmente) con niveles de educación superior.
- d) Los niveles salariales son en promedio tres salarios mínimos al mes o \$N 20 mil pesos al año,<sup>25</sup> de acuerdo a la actividad económica.

Dentro del sector público hay una tasa de incidencia de 564 por millón de trabajadores dedicados a está activada en 1992 y ocupaba el 1er lugar de casos y el 2º en tasa de incidencia. Uno de cada 1 mil 770 trabajadores estaba infectado con una tasa de incidencia de 564 por millón personas dedicadas a la rama. En 1994 los trabajadores de servicios públicos pasan a ocupar el 1er lugar en tasa de incidencia, el 2º lugar en número de casos siendo superados en número de casos por los empleados administrativos. La tasa de incidencia es ahora de 2 mil 397 casos por millón de trabajadores de sector público y uno de cada 457 trabajadores del sector público está o estuvo infectado.

## 2. TRABAJADORES DE ARTE Y ESPECTACULO.

Incluye a las personas que desarrollan alguna ocupación relacionada con el esparcimiento y actividades artísticas personales, dentro de la clasificación se encuentra en la actividad económica sector 9. Servicios comunales, sociales y personales subsector 94 servicios de esparcimiento, culturales, recreativos y deportivos. (véase cuadro 4.3.1) Las características generales que presenta esta actividad son:

- a) No tienen jornada de trabajo fija por un año generalmente. trabajan bajo contratos continuos o discontinuos según se presente.
- b) Cumplen con tareas donde se plasma sus aptitudes intelectuales. las jornadas de trabajo no son fijas y van de una hasta quince horas de trabajo.
- c) Tienen relación con un número indeterminado de personas.

<sup>25</sup> ANUARIO ESTADÍSTICO, 1994 preliminares INEGI (características principales por rama/actividad).

- d) Las personas dedicadas al espectáculo cuidan tanto apariencia física como sus relaciones.
- e) Los niveles de ingresos no son fijos y son variados, sin embargo hay una media en el sector de: \$N 26 mil pesos al año ó 4.5 salarios mínimos al mes de \$N 2 mil 249 pesos.
- f) El nivel educativo va desde el nivel básico a profesional de acuerdo a sus oficios, sin llegar a grados académicos avanzados.

En 1992 los trabajadores del espectáculo no estaban incluidos en los casos de infección. Para 1994 estos trabajadores ya ocupaban el 2º lugar en tasa de incidencia con 2 mil 349 casos por millón de personas dedicadas a esta actividad, el número de casos ocupan el treceavo lugar. (véase cuadro 4.2.3) Existe un trabajador que padece o padeció la enfermedad por cada 425 personas dedicada a esta actividad. La variación se dio de cero infecciones en 1992 a 463 en 1994.

### 3.- PROFESIONALES.

Incluye ha aquellas personas dedicadas a servicios profesionales independientes es decir, trabajan por su cuenta, dentro de la división de la actividad económica pertenecen a la actividad nueve dentro de esta actividad pertenecen al subsector 95 de servicios profesionales, técnicos especializados y personales incluye los prestados a las empresas. (véase cuadro 4.3.1) Las características generales de esta actividad son:

- a) Cumplen con jornadas de trabajo normales de 8 a 12 horas, que regularmente ellos establecen si no tienen patrón o no pertenecen a alguna empresa o institución.
- b) Sus actividades son especializadas y de alto grado de calificación.
- c) Su nivel educativo es superior en todos los casos.
- d) Los niveles salariales son de N\$ 29 mil 500 pesos en promedio anual; por subsector (95) le corresponde de 5.5 salarios mínimos al mes.

Dentro del sector de los profesionales la tasa de incidencia para 1992 era de 338 ocupando el 4º lugar en tasa de incidencia por millón de habitantes en esta actividad, ocupando el 5º lugar en número de infectados y teniendo un trabajador que padecía o había muerto por la infección por cada 3 mil trabajadores: Para 1994 este sector pasó a ocupar el 3er lugar en tasa de incidencia por un millón, en número de casos acumulados representaba el 5º lugar y tenía uno de cada 471 trabajadores que padecen o padecieron la enfermedad.

Se puede concluir que: en los tres grupos, trabajadores públicos, profesionales y trabajadores del espectáculo, su tasa de incidencia va de 3 a 5 salarios mínimos con un promedio de 4.3 salarios mínimos, N\$ 2 mil pesos aproximadamente al mes. Las edades no están determinadas en los acumulados de transmisión por ocupación, sin embargo la más alta incidencia se da en población

joven (en etapa productiva) y de acuerdo a su actividad se puede determinar la variación de sus edades que fluctúan entre los 19 y los 44 años.

La discontinuidad en los horarios es otra característica entre los tres grupos, que les permite tener tiempo libre y desarrollar actividades de esparcimiento. El nivel educativo es diferente en los tres grupos, por lo tanto esto no se considera como una característica común.

Se puede determinar que no existe un patrón aparente que haga similares las características de los tres grupos citados. Solo se encuentra un nivel salarial muy por encima del mínimo y una jornada que no es continua, estas características podrían encontrarse en otros grupos.

Otro factor que cabe analizar son los criterios de análisis que utilizó el CONASIDA para clasificar a los grupos ocupacionales en primer lugar el tener una alta tasa de incidencia por trabajador ocupado no indica que exista un número muy elevado de infectados en ese grupo.

Por ejemplo: los trabajadores del espectáculo que ocupan el lugar treceavo en número de infectados por grupo, sin embargo en tasa de incidencia ocupan con 462 el 2º lugar, con la existencia de casi 200 mil trabajadores en esta rama (2 349), a diferencia de los artesanos y obreros que en número de infectados ocupan el 4º lugar con 1 mil 427, pero su tasa de incidencia ocupa el treceavo lugar con 400 infectados por millón de trabajadores de la rama donde existen 3 millones 600 mil trabajadores, que son mucho más que la rama del arte y espectáculo. De esta manera depende del entorno de distribución para poder determinar cual es la actividad laboral que realmente está más afectada.

Los trabajadores del servicio público y los empleados administrativos presentan la mayor tasa de incidencia con 2 mil 589 y 2 mil 951 respectivamente, donde el total aproximado de trabajadores de las ramas son 1 millón 080 100 y 2 millones 032 400 respectivamente.

Las ramas ocupacionales están siendo afectada por igual, es más significativo en este caso no la actividad económica a la que se dedique sino su grado de remuneración y su edad aunque esto no es determinante.

#### **4.4 COSTO POR TRABAJADOR ENFERMO DE SIDA.**

En el capítulo anterior se analizó el costo real para la atención paliativa de la enfermedad del SIDA, costo que significó casi ocho veces más de la remuneración que percibe la media en la población de México. Y se puede observar claramente que la atención de la enfermedad que permita una mejor calidad de vida al enfermo, aunque inevitablemente suceda la muerte, es inabordable para la mayoría de los enfermos, los cuales se ven obligados a abandonar el tratamiento.

En este apartado el enfoque del costo es diferente, anteriormente se analizaron cifras desde la perspectiva de la cuestión monetaria, sin embargo el concepto de costo no solo tiene un significado cuantitativo, sino también cualitativo ya que un costo también representa una pérdida humana; aunque el costo significa una ganancia de cierta manera o al menos se piensan de quienes deciden asumir un costo.

Cada persona que padece el SIDA, no sólo paga el precio total de su tratamiento (humano y monetario), además pierde derechos y libertades, sin olvidar que puede ser objeto de una segregación por parte de familiares, amigos y de su entorno social en general. Pero dentro de todas las cosas que pudiera perder quizás la más válida es, el negarle un tratamiento que alargara su vida y que sólo lo lograría trabajando. En teoría no se puede despedir a las personas que padecen el SIDA, en la práctica se les presiona para que abandonen su trabajo, pero también a veces no es necesario ya que la enfermedad tarde o temprano incapacita a las personas que están enfermas; esto significa una disminución de la calidad de vida del trabajador tanto para él como para su familia.

México como país subdesarrollado, tiene un patrón común que se da en los países en vías de desarrollo, donde la calidad de vida de la mayoría de los trabajadores es deficiente, aunado a un nivel de educación bajo o nulo, además de bajos salarios; esto hace que sea costoso para el país el poder diseñar medidas y programas específicos para combatir la epidemia y que estas efectivamente puedan llegar al total de la población; ello hace que el costo que se pueda realizar en campañas o programas no sea muy representativo para quienes no padecen la enfermedad y es sólo real y directo para el enfermo de SIDA.

Existe un grupo bien definido dentro de la población infectada, que son los más afectados y que representan parte de la población estratégica para el desarrollo de la economía del país, son los varones entre 24 y 44 años de edad, que representan el 80% del 100% de la población ocupa.

Para la clase trabajadora al menos en México, el SIDA se suma a la crisis de la economía y al momento histórico que esta viviendo el país, hace que el apoyo al trabajador enfermo se casi nulo.

El costo de la atención del SIDA por mes hasta 1994 era aproximadamente de N\$ 6 mil pesos, con una población ocupada y remunerada que percibía aproximadamente N\$ mil 200 pesos al mes, teniendo una apreciación muy optimista con esta cantidad alcanza a cubrir medianamente sus necesidades básica "individuales", no las de una familia y mucho menos las de él si estuviese enfermo o algún miembro de la familia, esto indica que actualmente para la población padecer el SIDA es sencillamente incosteable. (véase cuadro, 4.4.1)

(CUADRO 4.4.1)

**COSTO PROMEDIO DEL SIDA DIARIO EN MEXICO.**

AÑO	INGRESO MEDIO DIARIO. N\$.	COSTO ATENCION DEL SIDA DIARIO
1992	33.33	196.00
1994	40.00	233.00

FUENTE: Datos Sistema de Cuentas Nacionales 1992-1994. CRIDIS CONASIDA 1994-1995.  
Variación 8ª anual en costo de atención al SIDA.

Según datos del CONASIDA, existe un 58% de personas con el SIDA que perdieron su empleo durante los primeros seis meses de la enfermedad, es decir de la prueba positiva hasta la presencia de los síntomas, un 7.8% perdió el empleo por contar con un miembro enfermo dentro de la familia, el y un 65.8% conserva el empleo en condiciones muy malas, que van desde el rechazó por parte de sus compañeros, constantes incapacidades a causa de la infección, presión por parte de los patronos que intentan despedirlo al primer error, hasta la desintegración de la familia. Además existe una total desunión por parte de todos los trabajadores a los compañeros que padecen la enfermedad, no luchan por las garantías de los enfermos de SIDA, que finalmente podrían ser ellos mismos por que no están exentos de infectarse.

En cuanto al interior de la familia del enfermo; el 60% de ellos han sido rechazados por sus familiares, lo que hace que se queden muchas veces sin hogar y se vean en la necesidad de acudir a asociaciones civiles que brindan apoyo a las personas enfermas del virus; la ayuda que se les brinda es relativa ya que la ayuda es de corto plazo, además que también dichas asociaciones dependen de donaciones de particulares para poder subsistir las cuales varían también.



Por otro lado, si el padre o la madre tuviese el SIDA, los hijos son rechazados en las escuelas y en casos extremos (reales) son expulsados por la más mínima falta. No existe una enfermedad tan estigmatizante y cruel como lo es el SIDA en nuestros tiempos (ya que anteriormente en siglos atrás lo fueron la lepra y la peste, principalmente.), "porque no es lo mismo morir del SIDA que morir de cualquier otra enfermedad". Incluso se proliferó un dicho en la era del SIDA: a cualquier vicio o hábito nocivo para la salud, como el fumar o beber alcohol se dice: - ya se que hago mal, pero mientras no me muera del SIDA no importa-.

De la investigación realizada, se hicieron algunas entrevistas con personas ocupadas en las actividades que más infectados tiene, la mayoría de ellos consideran su trabajo como enajenante y mal remunerado, lo que provoca una baja productividad a falta de incentivos tanto económicos como morales. Y son las personas calificadas las que representan un mayor porcentaje de la población desocupada.

Es más fácil conseguir un trabajo no calificado mal remunerado que un trabajo calificado con mejor remuneración. La mayoría de estas personas conocen su propia problemática y limitación y viven inconformes, ello hace que se busque falsas diversiones y vicios, como una salida fugas a su situación, pero que sin embargo pueda llevarlos a otro problema más grave y sin salida el SIDA.

El nivel económico y cultural del país nos plasma de actitudes y aptitudes que no se pueden revertir de la noche a la mañana, el concientizar a la gente en masa es una tarea muy difícil y que aún no se ha aprendido a hacer.

Los motivos expuestos por los trabajadores son en cierta medida comprensibles, pero nadie asegura que el tener otro nivel de vida o incluso otra actividad más gratificante, el trabajador dejará de lado las prácticas de riesgo y hará conciencia ante el peligro que representa tanto para él como para su familia el estar infectado del SIDA.

El Sector Público se encuentra bajo una política centralista, por ello no gastará el más mínimo centavo a menos que sea estrictamente necesario, así dentro de las prioridades del gobierno atender el SIDA no es una prioridad. El gobierno se ha desentendido de muchas actividades de carácter social que fueron logrados años atrás por las luchas de los trabajadores. Para incrustar el neoliberalismo fueron y son destruidos contratos colectivos de trabajo, sindicatos y una serie de garantías que deberían tener los trabajadores, y que el modelo neoclásico no los incluye. Es muy compleja la problemática del trabajador actualmente y por ello están ajenos al SIDA, que sin imaginarlo les puede "atacar como casualidad".

Al dejar a la población en libertad respecto a la infección representaba, en un primer momento una condición de la propia voluntad de la persona al someterse a la prueba de detección del SIDA, de manera confidencial, pero que tarde o temprano si las pruebas eran positivas la enfermedad sería evidente y con ello llegaría la discriminación. El problema de dejar al infectado es dejarlo tan abandonado como antiguamente a los leprosos, y ello pone en peligro la salud de otras personas.

Existe una problemática sobre el SIDA, en base a trabajadores infectados y no infectados. sin embargo tanto uno como otro son importantes y tienen derechos. Cabe hacer mención de la libertad que tienen los trabajadores no infectados a cuidar su integridad con las herramientas que su ignorancia o conocimiento de la enfermedad si la tienen. (según declaraciones de varios trabajadores no infectados). Lo anterior hace destacar varios puntos:

- I. Potencialmente son más productivos.
- II. Son un número mayor.
- III. No representan un egreso sino un ingreso.

Por ello se debe conciliar los derechos del trabajador infectado y del no infectado: si bien es cierto que el trabajador infectado porta el derecho a laborar en condiciones óptimas y hasta donde su organismo se lo permita, también es cierto que las actitudes antisociales y de irresponsabilidad que han mostrado algunos, hace que se tenga temor a sus propios compañeros de trabajo a infectarse accidentalmente sino también con premeditación por parte del compañero infectado.

La responsabilidad y el derecho del trabajador infectado, al ser portador y trabajar junto a otras personas implica un riesgo que el propio enfermo debe conocer y no solo exigir, sino cooperar para cuidar la integridad de quienes lo rodean, por lo tanto no es ético dejar a un enfermo abandonado para ejercer su responsabilidad y enfrentar solo su infección. El SIDA representa un problema de salud real, por ello se deben crear normas de higiene y seguridad que implique una apoyo real para los grupos de trabajadores con o sin el virus del VIH.

Se lograron recabar testimonios de varios trabajadores que expresan precisamente la preocupación, de saber quienes le garantiza que no sean infectados accidentalmente: ellos también detentan el derecho a la vida y no rechazan al compañero enfermo por actitud, sino porque al interior de los centros de trabajo no existen medidas reales preventivas, y si pudieran existir son ajenas a los "tópicos del CONASIDA" y que no son diseñadas apropiadamente por el tipo de actividad que se está desarrollando.

Se sabe que la atención integral a la salud en México se ha caracterizado siempre por ser deficiente. Esto ha acarreado una deficiente productividad por parte de los trabajadores, que así

reflejan su carencia de salud sin omitir la enajenante explicación actual a la fuerza de trabajo. El SIDA en este ámbito se coloca en otro más de los problemas que deben sumarse a la lista de padecimientos mal tratados por el Sector Salud, sin embargo la diferencia de este mal con respecto a otros padecimientos, es su rápida propagación, aunado a la falta de tratamiento "gratuito" pese a que hay personas enfermas que están aseguradas y que reciben un trato deficiente o nulo.

Actualmente el SIDA esta colocado en el 6º lugar como causa de muerte en varones, cifra que se ha mantenido desde 1992, en 1988 ocupaba el 4º lugar, pero la cifra no se ha movido de los primeros lugares en causa de muerte en varones de 19 a 44 años, esta tasa es muy elevada y supera por mucho a la del cáncer de próstata, por ejemplo.

Sin duda el SIDA es una enfermedad punzante y no existe capacidad económica para enfrentarla como padecimiento en estos tiempos de crisis total, donde se esta tratando de gastar lo menos posible por parte del Sector Público, sumado a que el trabajador recibe una remuneración que sólo le da para sobrevivir, el SIDA es la enfermedad de todos y de nadie en tiempos de "pilatos".

El SIDA refiere un alto costo desde cualquier punto de vista y desde cualquier definición filosófica de costo: costo monetario, costo moral, costo de vida. Podría decirse que el enfermar del SIDA todo las posesiones materiales se convierten en costo efectivo ya que se pierden. De las enfermedades agudas, el SIDA es el más se padece entre los trabajadores. (véase cuadro de acumulados de transmisión por ocupación, 4.2.3).

Sin embargo se podría pensar que el SIDA no merece la importancia que se le da, pero actualmente viendo desde una perspectiva de política nacional actual, lo social no tiene gran peso, ante cifras de mayor interés en cuestión de política económica como lo son: la inflación, la tasa de interés, la inversión, la reserva federal, la deuda, etc.; que son parte trascendente y estratégica de la economía de México. Pero la salud o detrimento de ella en un individuo no se contabiliza, y pone en evidencia que el desarrollo económico no da necesariamente bienestar a todos, sólo crecen las variables macroeconómicas que cuantifican una economía, pero no la cualifican.

Se considera que la mayoría de la gente adulta desempeña una actividad ya que se emplean o se subemplean, a cambio de recibir un salario para sobrevivir. Ante esta problemática se enfrenta la población trabajadora, aunada al peligro vigente que representa el SIDA y todas sus implicaciones que esto conlleva; la importancia del SIDA en la clase trabajadora reside en su alta susceptibilidad a contraer el virus y la baja capacidad para afrontarla.

## CONCLUSIONES.

En este estudio realizado en torno al SIDA, se ha tratado de objetivo y no parcial, no mostrar ideologías o intereses sino realidades, sin tratar de caer en el amarillismo. En la medida en que al enfermo del virus no se le vea como víctima o culpable, quizás hará que su estudio y análisis sea más sencillo ya que se podrían salvar muchos obstáculos que imponen los intereses particulares y egoístas.

A finales de 1994 se habían reportado a la Organización Mundial de Salud (OMS) un millón 25 mil 73 casos acumulados de SIDA en el mundo, aunque se estima que el número real es de más de 4 millones 500 mil, esto significa un aumento del 20% con respecto al caso a finales de 1993.

Las cifras manjadas a nivel mundial son sólo el reflejo del incremento de las personas infectadas con el virus, pese a que se han tomado las medidas "necesarias" para combatirlo los números van en aumento aún cuando por el momento se está dando un crecimiento amortiguado, sin embargo no deja de ser preocupante, la existencia de un subregistro. Se podría pensar que hay males peores que están acabando con regiones enteras (como la hambruna, pobreza, guerras) y que son más devastadoras, pero cuya solución es muy difícil pese a buenas políticas gubernamentales que sean capaces de combatir problemas creados por ellos mismos

El SIDA, ha dejado de ser sólo un problema médico, para convertirse en un problema social y económico que se escapa del contexto de las políticas que pudiera llevar un gobierno, quien no puede o no quiere diseñar programas y campañas reales que lleguen a toda la población. Lamentablemente la mayoría de las campañas, programas y materiales educativos acerca de esta enfermedad tales como folletos y libros están destinados a personas de clase media que han alcanzado, por lo menos el nivel de la educación secundaria, ello dificulta que la información real del SIDA llegue a toda la población y sin olvidar también que las campañas no están diseñadas eficazmente ya que ante todo se dejan llevar por intereses privados y tendencias moralistas, que no sólo representa pérdidas económicas sino que también se refleja en el incremento del número de personas infectadas.

México como país dependiente y subdesarrollado tiene serios problemas en materia de salud y los altos índices de enfermedades producen altas tasa de mortalidad. A esta situación se suma la gran crisis económica que vive el país desde 1982 y que se ha remarcado después de diciembre de 1994; ante tantos problemas, el SIDA sólo viene a sumarse a uno más de los que tiene el país.

En la investigación se llegó a tres conclusiones básicas acerca de:

1. Las condiciones culturales de la sociedad mexicana.
2. La posición del Sector Salud ante el problema sanitario que representa el SIDA.
3. La situación de los trabajadores ante los costos del SIDA.

En la primera conclusión se destaca que: el combate al SIDA obedece en buena medida a patrones de cultura sexual desarrollados en la sociedad mexicana. En el país conviven dos ideologías acerca de la moralidad sexual, una conservadora y otra liberal, la primera es ampliamente pregonada y aceptada como óptima para el buen funcionamiento de la sociedad y de las buenas costumbres; en contraparte la condición de liberalidad sexual es un tanto rechazada aunque ampliamente practicada. Esto quizás se deba a que existe en el país una carencia de una educación sexual real que es provocada por la falta de interés del gobierno a proporcionarla y ello se traduce en graves problemas sanitarios como el SIDA por ejemplo.

El VIH/SIDA, es provocado mayormente por prácticas de riesgo sobre todo de índole sexual (90% aproximadamente), que pueden ser prevenidas si hubiera campañas abiertas y claras para la población, en donde se les enseñará a vivir su sexualidad con precaución y conciencia. En realidad la población sexualmente activa, sabe la existencia del virus pero no todo lo que él representa, por eso a veces esta población actúa con indolencia y promiscuidad escudándose en el supuesto de que la enfermedad es ajena a él y a su entorno.

Los patrones culturales en México existen y se ven trastocados con la aparición del virus; los de índole sexual y más que nada lo sanitario-sexual, ponen en riesgo la salud del individuo pero sobre todo la calidad de vida de su familia.

La mayoría de las personas infectadas lo están por realizar prácticas bisexuales, homosexuales y relaciones extramaritales, prácticas censuradas que son realizadas en un alto porcentaje y para las cuales no existe una campaña dirigida por parte de las autoridades correspondientes. Esto se debe a que las condiciones de salubridad que existen en el país no permiten apoyar ciertas prácticas sexuales a través de medidas preventivas.

Por otra parte, a pesar de que estas prácticas sexuales consideradas de riesgo existen y prevalecen, son rechazadas. En efecto existen y son practicadas con mucha frecuencia, pero "a oscuras" que obstaculiza que estas personas accedan a una educación sexual propia para sus prácticas y se traduce en un foco de infección muy peligroso.

La cultura del "condón" que desde la aparición del virus ha sido ampliamente difundida, pero también ampliamente criticada, aún no es objeto de aceptación para la mayoría de la población quien no lo ven todavía como indispensable en una relación sexual de riesgo.

A lo anterior se puede agregar que el SIDA está estrechamente ligado con la educación y específicamente con la sexual, por ello se considera básico el cambio de actitud ante la epidemia-pandemia y sobre todo ante las prácticas sexuales de riesgo, considerando que la prevención es el único camino real y efectivo para evitar la enfermedad que es costosa y mortal. Más aún, ahora que en el país, se le ha restado importancia, ha dejado de ser una "novedad" y el poco avance logrado en campañas se ha visto disminuido por el mal manejo de las mismas.

La segunda conclusión deja entrever que la política económica aplicada en el país, desde la administración de Miguel de la Madrid es de corte neoliberal y se ha profundizado durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari. La política neoliberal obedece a la teoría económica neoclásica: el libre mercado en donde la intervención del gobierno debe ser limitada restándole funciones al mismo, así como una austeridad en la economía. Bajo este modelo económico las políticas sociales del Estado de Bienestar, han sido prácticamente abandonadas.

La economía en su conjunto viene arrastrando una crisis estructural que se agudiza desde la época de los 80, reduciendo en la alteración de los niveles de vida de la población. La época del estado benefactor terminó, ahora habrá que resistir los embates de un estado regulador, que trata de buscar un equilibrio económico sin importarle mayormente la desestabilización del bienestar social.

De las políticas implementadas bajo la égida del modelo neoliberal, la política de salud que obedece al mismo planteamiento, aunado a una indigencia científico-tecnológica que la hace más vulnerable y dependiente de los países desarrollados; se plantean graves problemas en cuestión de salud que han repercutido en la población entera.

Sin embargo ante la problemática en salud pública que representa el SIDA, el gobierno ha realizado medidas básicas (sólo las recomendadas por la OMS: creación del CONASIDA, comercialización de la sangre, campañas, etc.); sin embargo desde el inicio de las medidas hasta la fecha hay una gran diferencia, ya que actualmente se han delegado responsabilidades exclusivamente al CONASIDA como la encargada de mediar las acciones correspondientes al caso de acuerdo a su criterio, sin tomar en cuenta la situación real del virus, ya que dicha institución sólo practica pruebas, diseña campañas no acordes con la realidad, además de hacerse cargo de las estadísticas a nivel nacional, ello hace que su desempeño para la lucha contra el virus sea limitada.

Las instituciones públicas del Sector Salud, por otro lado se han ido desligando de la responsabilidad de atender a los enfermos del SIDA, haciéndolo sólo en casos muy particulares como

son los padecimientos emergentes, sin proporcionar hospitalización especializada para el mal, aunado a la estigmatización y rechazo que sufren los enfermos al acudir a dichas instituciones.

El gasto que el gobierno destina para el rubro de salud ha venido disminuyendo desde 1984, llegando a representar un 2.8% como porcentaje del PIB. Mientras que el gasto para la atención del SIDA está representado sólo por lo que se le destina al CONASIDA ( N\$10 millones de pesos)<sup>26</sup>, figurando como algo simbólico, si se considera que el costo de atención integral al enfermo del VIH/SIDA, es en promedio N\$ 6 mil pesos al mes ó N\$ 72 mil pesos al año hasta 1994, que representaría un aumento del gasto en salud de casi 7% del gasto destinado al sector para hacerlo sostenible; pero será un gasto que no se ejercerá ya que no se adecuó a los lineamientos de la política económica actual.

En cuanto a la prevención por medio de las campañas, son limitadas y se realizan muy esporádicamente en horarios inaccesibles para el total de la población, además que hay grandes intervalos de silencio entre una campaña y otra. Las campañas están mal dirigidas y son restringidas en el vocabulario aunque se ha tratado de ser más abierto, pese a presiones y ataques que sufre por parte de grupos "conservadores" como PRO-VIDA.

En suma, el gobierno no está atendiendo al enfermo del SIDA: de manera especializada en ninguna de sus instituciones de salud, por otro lado el CONASIDA como acción gubernamental se limita a hacer pruebas y dar consejos (no atención médica, ni medicamentos) Las campañas preventivas y educativas no cumplen su cometido y la población no se ha concientizado.

Se considera que una acción decidida por parte del gobierno atacando por el lado preventivo con todas las acciones y medidas necesarias que se tengan que tomar, se tendría una respuesta positiva por parte de la población y se ahorrarían recursos que podrían ser usados en otras prioridades.

La situación que representa el SIDA y su costo en los trabajadores se interpreta de la siguiente manera:

- a) El VIH/SIDA está afectando principalmente a la población en edad productiva y reproductiva, situándose entre los 20 y 49 años en hombres y de los 24 a 34 años en mujeres, que representan el 82% del número total de casos de SIDA hasta 1994.
- b) Las áreas laborales más afectadas se sitúan en trabajadores de servicios públicos, con una tasa de incidencia de 2 mil 373 casos por millón de trabajadores; trabajadores del arte y del espectáculo con 2 mil 349 casos por millón de trabajadores y los profesionales con 2 mil 119 casos por millón de trabajadores. Los trabajadores enfermos de SIDA están enfrentando problemas de todo tipo, a nivel laboral y nivel familiar, estigmatización, rechazo y despido.

<sup>26</sup> Cabe señalar que el SIDA no cuenta con un programa específico dentro de los programas de salud, más bien entra dentro del programas de enfermedades epidemiológicas, que a su vez cuentan con subprogramas y es donde se canaliza al SIDA.

- c) El costo mensual para atender la enfermedad oscilaba en N\$ 6 mil pesos hasta 1994. ello hace que sea incosteable para un trabajador que pueda padecer la enfermedad y que perciba un salario promedio de mil 200 pesos mensuales.
- d) El trabajador o persona en edad productiva se infecta principalmente por vía sexual y existe una conexión entre el estar empleado y tener un ingreso, además que son más sensibles de realizar prácticas de riesgo, factor determinante para que una persona pueda padecer el SIDA y por lo tanto perder el empleo.

A través de la historia de la humanidad se ha tenido noticias de lo devastadoras que han sido las epidemias: la lepra, la peste; sin olvidar otras enfermedades han desempeñado un papel determinante pero dramático en la formación de las sociedades. Debido a ellas se han derrumbado imperios, los ejércitos han fracasado y han desaparecido razas e incluso civilizaciones enteras. Ante tales evidencias el VIH/SIDA sólo se suma a una más de las epidemias que están causando grandes estrago en la humanidad de nuestro tiempo.

La epidemia del SIDA, no sólo representa epidemia médica, sino también social y económica; que tiende ha aumentar exponencialmente, se pronostican alrededor de 40 millones de infectados para el inicio del nuevo siglo. Por ello la salud incide en lo biológico, médico, económico, y lo social, además de estar íntimamente vinculado a la educación que es parte importante de la economía de un país y cada vez más constituye una "divisa política". (FUNSALUD, 1994)

Con VIH/SIDA, "*se muere doblemente: por la enfermedad en sí y por ignorancia*". Si las medidas realizadas por el gobierno para combatir la enfermedad no son lo suficientemente efectivas, sólo resta que cada persona asuma la responsabilidad de autoinformarse y que haga consiente sus conductas sexuales, ya que la negligencia es otra de las causas del aumento en la cifras de los enfermos. Falta mucho para encontrar una cura contra el virus; ante tal evidencia lo que resta hacer es protegerse, cuidarse e informarse, como vías efectivas contra el VIH. Sin embargo, quizás la solución pueda estar, en la conciencia que tomemos cada uno de nosotros, haciéndonos responsables de nuestros actos, esperando que el SIDA no nos alcance.



**ANEXO**

## CONFORMACION DEL SECTOR SALUD.

A lo largo de la historia, la humanidad se ha visto afectada por grandes cambios: naturales, políticos, religioso, económicos y sociales, entre los más relevantes. Dentro del aspecto social, se puede observar desde el inicio de la humanidad, pequeñas congregaciones, (comunidad primitiva que surge con el hombre mismo) la manera como se han organizado para satisfacer sus necesidades básicas, dando con ello las primeras relaciones sociales de producción, que son determinantes para el desarrollo del hombre.

Con la comunidad primitiva empieza a desarrollarse la sociedad, la cual era de forma colectiva, como consecuencia la distribución era comunitaria de los bienes, no había explotación ni clases sociales: Esta sociedad sigue su desarrollo hasta que aparece la primera división social del trabajo.

Las diferentes manifestaciones del desarrollo de la sociedad las podemos ver también en los modos de producción: asiático, esclavismo, feudalismo, socialismo, capitalismo. No sólo la estructura económica es determinante, para la sociedad sino también tienen un peso relevante los satisfactores básicos para la sobrevivencia (salud, vivienda, alimentación, vestido, entre otros). Sin embargo la salud juega un papel importante para el desarrollo de la sociedad y las epidemias son uno de los grandes problemas con los que se ha tenido que luchar. (Méndez M., 1987)

A través de los siglos se han tenido noticias de lo devastadoras que han sido las epidemias tales como la lepra, la peste, sin olvidar otras enfermedades que han desempeñado un papel importante pero dramático en la historia de la humanidad. Debido a ellas se han derrumbado, imperios, ciudades, etc., los ejércitos han fracasado y han desaparecido razas e incluso civilizaciones enteras.

Bajo este contexto, las enfermedades infecciosas han acompañado al hombre en todo su tránsito vital (nacimiento-desarrollo). En las sociedades primitivas, las infecciones eran casi inexistentes cuando se daban sus manifestaciones no eran muy evidentes, la resolución a la enfermedad era espontánea por parte del organismo.

La organización social en conglomerados cada vez mayores, la emigración, exploración y colonización de áreas vírgenes o aisladas así como la incesante actividad bélica, la revolución industrial y las condiciones prevalentes hasta mediados del siglo XIX, se combinaron para producir un sinnúmero de enfermedades infecciosas desconocidas hasta ese momento.

A finales del siglo XIX las enfermedades infecciosas comenzaron a ser la causa de muchas muertes; entre más se industrializaban los países y la actividad económica nuevas enfermedades comenzaron a surgir, pero paralelamente también surge una nueva cultura en defensa de la salud encargada de investigar las causas biológicas, sociales y económicas de la enfermedad. La ciencia médica se trata de ubicar entonces de acuerdo al desarrollo económico prevalente de cada país.

Las condiciones económicas y sociales de la población en el mundo a mediados del siglo XIX y hasta inicios del siglo XX eran deplorables, la mayoría de la población vivía en condiciones de extrema pobreza, con una infraestructura en ciernes; se carecía de los servicios básicos, además de vivir en hacinamiento un número importante de la población; aunado a esto una cultura higiénica inexistente donde el baño se le consideraba como una aventura peligrosa que no debía emprenderse entre los meses de octubre y diciembre. En esta época, existía una tasa de mortalidad muy alta en la población pero particularmente en la población infantil.

Los primeros hospitales construidos representaban una fuente de infección importante, ya hacían en condiciones insalubres a un gran número de personas que portaban un gran número de enfermedades altamente infecciosas.

A mediados de 1800 en México, eran muy frecuentes los brotes epidémicos y en materia de atención médica dejaba mucho que desear. el jefe de los servicios médicos del cuerpo Expedicionario Francés, Charles Ehrmann escribía en 1864: "uno muere de fiebre amarilla en Veracruz, de disentería en Orizaba, de paludismo en tierra Caliente y de tifo en la Ciudad de México". (Almada Bay, 1990)

A mediados del siglo XIX ocurrieron casi simultáneamente varios acontecimientos de trascendencia para la Salud Pública a nivel mundial:

1. La influencia de un abogado inglés Edwin Chadwick (1800-1890) quien promovió el aprovisionamiento de agua potable, alcantarillado y drenaje en la Ciudad de Londres.
2. Desarrollo y uso creciente de muebles sanitarios intradomiciliarios en Inglaterra.
3. Descubrimiento de la Teoría microbiana de muchas enfermedades.
4. Mejoramiento de los niveles de vida como resultado del progreso industrial, mejores ingresos y elevación del nivel de escolaridad.
5. Involucramiento del gobierno en la operación de los servicios de aprovisionamiento de agua, saneamiento ambiental y vigilancia sanitaria de alimentos y bebidas.

También las aportaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1905, la Liga de las Naciones en 1920 y la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1946 han contribuido al mejoramiento de la salud en el mundo, como un soporte del avance económico con todo lo que esto implica (contaminación ambiental, alimenticia y mental, así como las grandes desigualdades en los niveles de la población). (Almada Bay, 1990)

A medida que el proceso productivo y toda la red de interrelaciones que esto conlleva, se vuelve más intrincado el proceso salud-enfermedad, existe un sinnúmero de condiciones económicas y sociales que generan una gran diversidad de patologías propias del momento histórico que viven las diferentes sociedades; en la actualidad es raro ver casos de peste bubónica o infestación de parásitos en la piel o en la cabeza ya que ahora existen condiciones económicas y culturales que no se prestan a este tipo de patología.

En este momento, vienen encabezando la lista enfermedades crónico-degenerativas propias de los avances tecnológicos como el cáncer (que es provocado por el tabaquismo, alimentos enlatados, contaminación, etc..) y las enfermedades de trabajo obviamente existentes desde que el hombre desarrolla una actividad productiva, pero inapreciables por el tumulto causado por las enfermedades infecciosas.

Dentro del análisis epidemiológico se ha demostrado que en los daños a la salud intervienen factores étnicos, genéticos, demográficos, ambientales, históricos, socioculturales y económicos. a lo que debe agregarse la influencia que ejerce de manera determinante la política de salud.

La política de salud es la orientación previa, para las acciones futuras que el gobierno ejerce para modificar los daños que pudieran surgir en este sector en materia de salud, así a través de dicha política se realizan programas, objetivos y metas que pueden variar sexenio a sexenio. Por ello toda política debe analizarse desde dos puntos de vista, como intenciones en planes a futuro y como resultado en los planes ya desarrollados.

Para entender mejor estas ideas se realizará un recuento de las políticas de salud desde sus inicios hasta la fecha, a través de las acciones relevantes que se han desarrollado, analizándose en tres periodos básicos: (González Carbajal, 1988)

1. El de Fundación, que termina en 1917.
2. El Institucional de 1917 a 1959.
3. y El de Configurado o de Configuración del Sistema de Servicios de Salud en México.

#### 1. PERIODO DE FUNDACION.

Desde finales del siglo pasado, en lo referente a la atención médica colectiva, la caridad de los particulares fue sustituida por la beneficencia como función administrativa del gobierno en beneficio

del pueblo, es aquí donde se reconoce por vez primera que la salud no es patrimonio exclusivo de la clase privilegiada, sino un derecho de todos y por ende es obligación del Estado cuidar de su mejoramiento, conservación y reestructuración.

La medicina y la salud de principios de siglo fueron producto de las leyes constitucionales de 1917 y del funcionamiento del Consejo Superior de Salubridad y de la Dirección de Beneficencia Pública, así como de la aplicación del primer Código Sanitario mexicano.

Durante esta época los establecimientos para la atención médica carecían aún de lo más indispensable para brindar servicios acordes con los adelantos de la ciencia de ese momento. Fue hasta el inicio del presente siglo cuando comenzó la modernización y con la fundación de importantes instituciones oficiales y privadas de atención médica y de asistencia social como: El Hospital General de la ciudad de México, la Escuela para Sordomudos en la ciudad de México y Zacatecas, la Escuela para Ciegos, el Hospital de la Beneficencia Española, el Hospital Americano, el Hospital Francés, el Hospital Inglés entre otros.

Además principió el registro permanente y oficial de información estadística, dirigida especialmente a la relativa a padecimientos transmisibles; se podría decir que este periodo se caracterizó por la creación de establecimientos de salud, por iniciativa gubernamental y privada poco relacionadas entre sí, pero con la intención común de proteger al cuerpo social y asistir al indigente.

## 2. PERIODO INSTITUCIONAL.

Con la Constitución de 1917, se consolidó el reconocimiento oficial del derecho a la salud y se acepta que ésta no depende exclusivamente de acciones médicas, sino que es el resultado del mejoramiento de los factores sociales y económicos que determinan el nivel de vida. Es aquí cuando se inicia el periodo institucional que terminará en 1959 y que, de acuerdo con diversos autores, se distingue por la consolidación de las instituciones reguladoras con poder asignado para cumplir sus funciones de protección de la salud colectiva, permitiendo mayor eficiencia en la ejecución de las medidas por lo que alcanzó el rango de Secretaría; derivándose con ello una multiplicación de los hospitales que estaban vinculados al gobierno, se crea el seguro social obligatorio y las instituciones de salud crecen y adquieren mayor complejidad. A continuación se mencionaran los hechos más relevantes, durante este periodo:

- I. En 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública y se reestructura el Consejo de Salubridad.
- II. En 1921 se realiza el primer congreso Mexicano del niño; se abren al público dispensarios antivenéreos, se intensifica la campaña antipalúdica, la campaña contra la fiebre amarilla y la desratización de puertos y ciudades fronterizas; se funda el primer Centro de Higiene Infantil en la

ciudad de México. A partir de esta fecha se concede mayor interés a las medidas preventivas y a la cooperación de la comunidad para la realización de los planes de salud.

III. En 1922 se funda la Escuela de Salubridad con el fin de mejorar la preparación técnica del personal y se celebra la primera Convención Sanitaria Nacional.

IV. En 1924 se inicia una profunda reforma en la organización de la beneficencia pública, de igual manera se refuerzan las acciones sanitarias a nivel nacional.

V. En 1925 por acuerdo presidencial, se organizan los servicios sanitarios de carácter federal y se nombran los delegados en los estados, puertos y población fronteriza.

VI. En 1926 se reforma el Código Sanitario.

VII. En 1929 se crean los servicios de Higiene Infantil y los centros de la "gota de leche" que distribuyan los desayunos para los niños.

VIII. En 1931 se promulga la Ley Federal del Trabajo que da lugar en 1934, al Reglamento de Medidas Preventivas de accidentes de Trabajo y al Reglamento de Higiene del Trabajo, cuyos antecedentes se encuentran en el artículo 123 de la Constitución del 1917.

IX. En el decenio de 1930-1940 se inicia un gran movimiento para la salud en todos los órdenes, con énfasis en las zonas rurales.

X. En 1934 el Código Sanitario incorpora la tesis de que la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios en la república son de interés público.

XI. En 1937 se instituye el Departamento de Asistencia Social Infantil, que desaparece en ese mismo año, al crearse la Secretaría de Asistencia Pública, con base en la obligación reconocida por el Estado de suministrar ayuda a las débiles sociales; además se inicia la construcción de una red de servicios hospitalarios integrada por 116 nosocomios en la República.

XII. En 1938 se promulga el estatuto jurídico de los trabajadores del Estado quedando amparados por las leyes laborales del país. En este mismo año se crean los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX). El concepto de asistencia modifica las ideas de caridad de los servicios médicos, que hasta entonces había predominado. Se introduce el concepto de participación de la comunidad en las tareas de salud.

XIII. En 1941 se inicia el plan que establece un sistema hospitalario para todo el país, que se definiría dos años más tarde en el primer Congreso Nacional de Asistencia.

XIV. El 4 de enero de 1943 se promulga la ley del Seguro Social, para amparar los ingresos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dolencias no profesionales, maternidad, invalidez, vejes, muerte y cesantía en edad avanzada. En consecuencia, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo descentralizado que sirve a la población

asalariada y a sus dependientes económicos, con un régimen autónomo y contributivo de administración tripartita.

XV. En octubre de 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), al fusionarse la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.

XVI. En 1953 se crea el Programa de Bienestar Social Rural, que busca el desarrollo de la comunidad como elemento determinante de la salud. Además se crea la Dirección General de Higiene Escolar y Servicios Médicos de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

La Década del 50, se caracterizó por el impulso a la atención de la salud rural, la ampliación de la red de servicios sanitarios asistenciales y el señalamiento de metas ambiciosas en la lucha contra las enfermedades transmisibles: se erradica la viruela y se inicia la lucha contra el tifo y el paludismo; también se da inicio a la construcción del Centro Médico Nacional.

### 3. PERIODO DE CONFIGURACION DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE LA SALUD EN MÉXICO.

Con la creación del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959 se inicia el periodo de configuración del sistema de servicios de salud en México, donde la capacidad instalada es alta: se fomenta el crecimiento de establecimientos públicos; se introduce la técnica de programación y más tarde de planificación y de formulación de planes nacionales; se fortalecen los seguros sociales y su cobertura, creando un sistema de servicios de calidad, complejidad y costos elevados con tendencias a la burocratización excesiva: La Secretaría de Salubridad amplía su cobertura territorial y descuida o abandona su función reguladora; asimismo se inician los movimientos en pro de la integración para que la Secretaría tome la conducción del sector o sistema de salud.

I. Durante este periodo los sucesos en el área de la salud más relevantes fueron: entre 1960-1970, se logra la coordinación de los sistemas de salud existentes, dependientes de organismos gubernamentales diversos para evitar la duplicidad innecesaria de acciones y tratar de aprovechar mejor los recursos disponibles y planear conjuntamente sus actividades.

II. En el decenio de 1970-1980, se continua con los intentos de integrar las diversas instituciones.

III. En 1971 se crea la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente y se expide la Ley Federar para la Prevención de la Salud y el Control de la Contaminación Ambiental.

IV. En 1973 se expide el nuevo Código Sanitarios y son remodelados los hospitales General de México y Juárez, de la entonces llamada Secretaría de Salubridad Asistencia (SSA).

V. En 1976 se crea el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia, teniendo como origen al INPI; además se crea el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.

- VI. En 1978 se expide el programa quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social.
- VII. En 1981 se crea la coordinación de servicios de salud dependientes de la Presidencia de la República con la finalidad de realizar estudios tendientes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud. A nivel mundial se empieza a tener noticias de un nuevo virus (VIH), por lo que su aparición es tomada con reserva.
- VIII. En 1982 se agrega al artículo cuarto de la Constitución referente al derecho de todas las personas a la protección de la salud, también se reforman los artículos del Código Sanitario.
- IX. En 1983 se emite el Plan Nacional de Desarrollo, que con base en un diagnóstico señala propósitos, lineamientos de estrategia y líneas generales en materia de salud, a través de la asistencia pública y social de la seguridad social. Además da inicio en México la epidemia, que hoy se conoce como SIDA.
- X. En 1984 se emite la Ley General de Salud, que define la naturaleza del derecho a la protección a la salud y establece bases del Sistema de Salud. Este documento derogó al Código Sanitario vigente.
- XI. En 1986 se hace el cambio de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) por el de Secretaría de Salud (SSA) conservando las mismas siglas. Asimismo se crea un Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA (CONASIDA), apoyado por instituciones del Sector Salud.
- XII. En 1987, a partir del 25 de agosto de 1987 se estableció que la sangre humana sólo debe obtenerse de voluntarios y de ninguna manera podrá ser objeto de actos de comercio.
- XIII. En 1988 se anuncia que se ha logrado disminuir en un 50% la mortalidad por diarreas en el grupo infantil de 1 a 5 años, considerada la causa número uno de muerte en niños de países en desarrollo. Además el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA (CONASIDA), se convierte en el Consejo Nacional para la prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (conservando las mismas iniciales) con carácter descentralizado.

En México existen hasta el momento básicamente tres sistemas de atención médica:

1. Estatal o paraestatal.
2. Privada o liberal.
3. Popular o tradicional

### **1. MEDICINA ESTATAL.**

Este tipo de atención médica está integrada por: a) las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), Secretaría de Marina (SM), y Petróleos Mexicanos (PEMEX); b) instituciones de asistencia pública SSA (anteriormente



Secretaría de Salud y Asistencia, ahora Secretaría de Salud), como lo son el hospital Juárez, el Hospital General y el Hospital de la Mujer y hospitales del Departamento del Distrito Federal (DDF); c) instituciones descentralizadas pero subvencionadas por el gobierno federal, como el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología, etc.

En todas ellas se practica la medicina institucional, la cual puede definirse como la forma organizada del ejercicio de la medicina que proporciona atención médica (selectiva) a grupos de acuerdo a su situación económica social y las políticas que la rigen las dicta el Estado, el cual no ejerce necesariamente su control.

De 1988 a 1994, la cobertura de servicios de salud en la población asegurada (IMSS e ISSSTE) y de la población abierta (SSA), tuvieron un incremento dentro del servicios prestados por estas instituciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la cobertura alcanza hasta el mes de noviembre de 1994, 36.5 millones de habitantes, 4.0% más que en 1988. Por su parte el Instituto de Seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), amplió su cobertura en 21.6%, al pasar de 7.4 millones de derechohabientes en 1988 a 9.0 millones en el último año del sexenio. (véase cuadro Y)

**(CUADRO I)**  
**COBERTURA POTENCIAL Y POBLACION USUARIA DE**  
**LOS SERVICIOS DE SALUD POR INSTITUCION,**  
**EN MÉXICO 1988-1994**

(Millones de personas)

COBERTURA POR INSTITUCIÓN	1988	1994 E/	CRECIMIENTO	
			ABS.	TMCA
<b>COBERTURA POTENCIAL</b>				
SSA	18.3	28.6	10.3	7.8
IMSS-SOLIDARIDAD	10.0	10.9	0.9	1.6
IMSS	35.1	36.5	1.4	0.7
ISSSTE	7.4	9.0	1.6	3.5
<b>POBLACION USUARIA</b>				
SSA	13.1	16.4	3.3	3.8
IMSS-SOLIDARIDAD	10.0	10.9	0.9	1.6
IMSS	23.1	25.1	2.0	1.4
ISSSTE	5.0	6.6	1.6	4.7

e/ Cifras estimadas

FUENTE: SSA.

## 2. MEDICINA PRIVADA O LIBERAL.

Este tipo de práctica médica nació con la Revolución Industrial y con el capitalismo. Con la Revolución Industrial las actividades económicas se concentraban en las grandes ciudades. lo que provocaba un desplazamiento de campesinos hacia las zonas de mayor actividad económica, en busca

de mejores oportunidades de vida, trayendo como consecuencia un aumento en la morbilidad y la mortalidad. durante el siglo XIX los industriales necesitaban un mayor número de obreros sanos, por lo que se dio un aumento en la demanda de médicos particulares además que en esta época aparecieron las primeras especialidades.

A la fecha, gran parte de la población considera que la medicina privada es exclusiva de los ricos, ya que los honorarios de los médicos son altos y variables de una zona a otra. La medicina privada se puede ejercer en consultorios, clínicas o en hospitales y los recursos con que cuentan los médicos también varían.

Sin embargo a partir de agosto de 1975 se estableció un acuerdo entre la entonces llamada Secretaría de Asistencia Pública (SSA) y la Cámara Nacional de hospitales, sanatorios, maternidades y clínicas particulares que autorizaba destinar el 5% de las camas en las instituciones privadas a la atención de indigentes cuando los servicios oficiales fueran insuficientes, pero este acuerdo esta pendiente.

### **3. MEDICINA POPULAR.**

También recibe de medicina folklórica o medicina tradicional y es una forma no oficial de práctica médica que se origina y mantiene e incluso progresa por razones económicas, sociales y culturales. Está constituida por un conjunto de creencias, conceptos e ideas que han pasado a través de generaciones acerca de la enfermedad y la curación, basados en tradiciones culturales y no en teorías científicas.

En México este tipo de medicina, producto de la unión de las experiencias médicas precortesianas con las traídas por los conquistadores, se practica en todo el país aun en colonias populares y de la clase media; las personas que ejercen la medicina tradicional son los llamados curanderos, sus diagnósticos se basan en la práctica.

Dentro de los tres diferentes sistemas de atención médica, es en la medicina estatal donde recae el peso total de la prevención y protección de la salud de la población total del país, continua siendo su participación determinante en el control de enfermedades inmunoprevenible y transmisibles de importancia epidémica. El sistema de atención médica estatal es el encargado del diseño de programas y campañas, con el fin de prevenir a la población de las enfermedades transmisibles. (véase cuadro II)

(CUADRO II)  
**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES,  
 EN MEXICO 1993-1994**

(Tasa por 100 000 habitantes)

CAUSAS	1993	1994
POLIOMIELITIS	0.0	0.0
SARAMPION	0.2	0.1
TOSFERINA	0.1	0.4
COLERA	12.5	4.5
SIFILIS	2.2	2.2
PALUDISMO	17.3	13.8
DENGUE	3.3	7.6
SIDA	5.8	4.5
TUBERCULOSIS PULMONAR	14.0	11.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	16 042.0	15 745.0
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	4 792.8	3 218.7

FUENTE: SSA.

Dentro de las acciones de vigilancia epidémica se distinguen las asociadas a los padecimientos de transmisión sexual, principalmente el SIDA y las de origen infeccioso y parasitario como el Cólera, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. (véase cuadro II)

En suma las acciones fundamentales del gobierno en materia de salud es la de prevenir y preservar la salud de la población; sin embargo México como país subdesarrollado y subordinado a occidente y a Estados Unidos sufre las consecuencias de pobreza crónica que se refleja en una falta de una atención integral a la población.

En los anales de historia cada época ha llevado consigo un sinnúmero de enfermedades propias de su desarrollo económico; actualmente se han aparecido patologías propias del mundo de producción y del grado de desarrollo de cada país.

En México el proyecto sanitario se viene desarrollando desde la década de los 20, pero se organiza y traza sus líneas básicas durante el cardenismo; hacia 1943 el proyecto tenía un gran avance con la creación de instituciones, la política en salud tuvo avances significativos hasta 1970.

La política de salud como intención previa con el fin de orientar las acciones presentes y futuras, son ejecutadas por el gobierno, quien decide los medios, objetivos y metas ha seguir de acuerdo a las circunstancias; por ello, toda política debe analizarse desde dos puntos de vista: como intención en los planes futuros (ejemplo: Plana Nacional de Desarrollo) y como resultado en los planes ya desarrollados. (Configuración del Sistema de Salud). (González Carbajal, 1988)

Sin embargo, con la aplicación del proyecto neoliberal desde la administración de Miguel de la Madrid, comienza a contraerse el estado, que de acuerdo a la teoría económica neoclásica el Estado debe liberarse de responsabilidades (principalmente las sociales) dejando de ser un Estado benefactor

para convertirse sólo en regulador de la economía y volverse más "eficiente", donde las fuerzas del mercado serán las encargadas de regular por si mismas a la economía.

Las crisis económicas recurrentes a partir de 1982, los programas de reajuste económico y en particular el retiro paulatino del Estado de diversas actividades que caracterizaban la política social, muestran lo incongruente de las políticas implementadas por el gobierno: pareciera ser que en teoría (de acuerdo a cifras oficiales) las políticas sociales funcionan; pero el escenario real muestra lo contrario: desempleo, bajo poder adquisitivo, mayor pobreza que se traduce en una mala calidad de vida y con ello un deterioro en la salud, como uno de los efectos de las políticas neoliberales.

(CUADRO III)  
EVOLUCION DE LA POBLACION.

AÑOS	POBLACION	% DE CRECIMIENTO
1985	12 632.4	1.5
1980	13 607.3	1.0
1910	15 160.4	0.5
1921	14 334.8	-1.1
1930	16 552.7	1.7
1940	19 653.6	2.7
1950	25 791.0	2.7
1960	34 923.1	3.1
1970	50 696.6	3.4
1980	69 346.9	2.7
1990	81 249.6	2.3
2000*	100 041.4	1.4

FUENTE: CONAPO, 1995.

\*Estimación programática del CONAPO.

El crecimiento poblacional fue acelerado en 1960 y 1970, disminuyendo en la últimas década.

Desde el punto de vista de salud, México con las actuales políticas se encuentra: desnutrido, con una dieta baja en calidad y en cantidad, con una natalidad alta (véase cuadro III), pero con una mortalidad general relativamente baja (véase cuadro IV). Afectado fundamentalmente por enfermedades infecciosas, (véase cuadro II) seguidas por las degenerativas; con una población hiperconcentrada en zonas urbanas que a su vez crean grandes cinturones de miseria y sin embargo dispersa en las áreas rurales con carencias importantes de los servicios municipales y sanitarios aunado a un alto grado de hacinamiento, promiscuidad e insalubridad en la vivienda. Con medio ambiente deteriorado acompañado de una contaminación que afecta el aire, el suelo el agua, los alimentos, afectando a la salud de la población que se está viendo seriamente dañada. Además de contar con un nivel escolar en la población bajo, con un promedio general de cuarto año de primaria. Y habría que agregarle, la insuficiencia de los recurso médicos y más aún la deficiencia en la seguridad social, que técnicamente no cubren ampliamente la protección y fomento de la salud de la población.

(CUADRO IV)  
**CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION.**

	1950	1960	1970	1980	1990	2000*
<b>NATALIDAD</b>	45.6	46.1	44.2	34.4	29.0	20.4
<b>MORTALIDAD</b>	16.1	11.5	10.1	7.5	5.8	5.5
<b>CRECIMIENTO NATURAL %</b>	2.9	2.4	3.4	2.6	2.3	1.5

FUENTE: CONAPO, 1993.

\*Los datos de natalidad y mortalidad son por cada mil y los de crecimiento natural por cada cien habitantes.

La mayor parte de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias y terciarias, su ingreso económico es insuficiente, a nivel económico la población se encuentra inmersa en una desigual en la distribución del producto social de el país, donde la concentración de la riqueza está concentrada en pocas manos, abriendo cada vez más la brecha entre pobres (que cada día son más) y ricos (que son pocos pero en ellos se concentra la mayor parte de lo beneficios que obtienen de las políticas del gobierno). México vive en una seria crisis social y económica en un modelo de desarrollo que protege al capital y los bienes materiales, traducido en el deterioro de la población, no se vislumbra una salida dentro del modelo actual y más aún cuando el gobierno está descuidando al insumo más importante, motor de una economía, decidiendo no invertir en él: su población. (capital humano. (Según la definición de Gary Becker)

## GLOSARIO DE TERMINOS.

1. ADN: Acido desoxirribonucleico, molécula compleja que constituye la base de la herencia biológica y transmisión genética.
2. AGENTE ETIOLOGICO: Sustancia extraña al cuerpo que le provoca la enfermedad.
3. AGENTE CASUAL: Agentes biológicos: bacteria, virus, hongos, parásitos y/o sus toxinas
4. ANTICUERPO: Proteína producida por el organismo en respuesta a la introducción de un antígeno.
5. ANTIGENO: Sustancia extraña al cuerpo que le provoca generar anticuerpos.
6. ARN: Acido ribonucleico, molécula compleja auxiliar del ADN.
7. AZT: Zidobudina, medicamento paliativo que se suministra a pacientes con el síndrome, bloqueador de la replicación del material genético del virus del SIDA.
8. BIOLOGICO: Relativo al ser vivo y su desarrollo.
9. BIOMETRIA HEMÁTICA: Prueba sanguínea para medir glóbulos rojos y blancos.
10. CANCER: Tumor formado por células anormales.
11. CANDIDIASIS: Erupción en la piel y aparato respiratorio, causado por hongo. Es una especie de candida, un hongo común en la piel, la boca, la vagina y el tracto gastrointestinal. En los enfermos del SIDA suele presentarse en la boca.
12. CELULA CD4+ Conocida como célula ayudante o introductora, realiza una función vital en el sistema inmunológico. La CD4+ encuentra a los virus invasores al chocar con ellos en su recorrido dentro del torrente sanguíneo. Una vez que reconoce al virus invasor, desencadena una alarma química para poner en función a otras partes del sistema inmunológico.
13. CLINICA: Observación y tratamiento de pacientes.
14. CONDON: Es el artículo fabricado en hule de látex, de forma tubular, cerrado por un extremo y abierto en el extremo opuesto, el cual termina en un borde o ribete integral. El condón surgió como medio de protección ante el contagio de las enfermedades de transmisión sexual y no como método anticonceptivo, utilidad que se le dio posteriormente. Su presentación es variada, se puede encontrar en el mercado de diferentes tipos, precios y además especiales para homosexuales, que tienen 50% más de resistencia que el condón normal y sigue manteniendo el mismo grosor. Ideal para la cópula anal.

15. **CRISIS CONVULSIVA:** Movimientos involuntarios y violentos del cuerpo con pérdida de equilibrio por infección neurológica.
16. **DEMENCIA:** Estado mental biológico o patológico que produce pérdida de capacidades o funciones síquicas y manipulativas.
17. **ELISA:** Estudio cualitativo y cuantitativo de anticuerpos específicos, esta prueba es utilizada para detectar el virus del SIDA. **NO CONFIRMATIVA.**
18. **EPIDEMIA:** Enfermedad que ataca al mismo tiempo y en el mismo país a un gran número de personas.
19. **EPIDEMIOLOGICO:** Relativo a una epidemia.
20. **ETS:** Enfermedades de transmisión sexual.
21. **GASTROINTESTINAL:** Relativo al estomago e intestinos (aparato digestivo).
22. **INMUNODEFICIENCIA:** Se caracteriza por una deficiencia en la respuesta inmunologica: es decir, el organismo pierde su capacidad para defenderse contra determinadas infecciones y cánceres.
23. **LINFOCITOS CD4:** Células del sistema inmune, pertenecientes al sistema Fagocito Molecular que poseen una molécula receptora llamada CD4, que es un marcador biológico que se encuentra en la superficie de los linfocitos T cooperadores o efectores; el VIH tiene preferencia por el ataque a este sistema inmune.
24. **MENINGITIS:** Inflamación de las meninges cerebrales derivadas de otras enfermedades o de traumatismo local.
25. **MICOSIS:** Infección producida por hongos.
26. **MICROORGANISMO:** Animal microscópico.
27. **MUTABLE:** Característica de un ajuste que lo hace altamente adaptable al medio donde se desenvuelve y a los cambios que pueda presentar este.
28. **NEUMONIA POR PHEUMOCYSTIS CARINNI (NPC):** Causada por un parásito unicelular parecido a un hongo, el Pheumocystis Carinni, común en el mundo entero. Infecta los pulmones. se presenta en un 60% a 80% de los pacientes con SIDA. En la actualidad se ha podido controlar administrando al paciente tratamiento antibiótico antes de que aparezca los síntomas.
29. **NEUROLOGICO:** En relación al sistema nervioso y sus enfermedades.
30. **NEUROSIFILIS:** Sífilis del sistema nervioso, especialmente en el nervio central.
31. **PALIATIVO:** Agente que alivia pero no cura.
32. **PATOLOGIA:** Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo.

33. PESTE: Causa de la gran epidemia negra (25 millones de muertos) se caracteriza por la inflamación de ganglios que tiende a la putrefacción; lesiones de piel que evolucionan muy rápido y llevan a la muerte, es causada por animales (ratas) que se desarrollan por suciedad y hacinamiento.
34. PROGRAMAS HORIZONTALES: Planteados para la resolución de un problema que implica la conjugación de varias disciplinas que en su conjunto lo analizan desde diferentes ángulos y con especialización.
35. PROGRAMAS VERTICALES: Planteados para la resolución de un problema que involucra a una sola disciplina aunque a diferentes especialidades de la misma.
36. RETROVIRUS: Familia de virus que lleva acabo su replicación en forma inversa o reversa.
37. SEROPOSITIVO: Nomenclatura para personas que se les detecte el anticuerpo contra el VIH, aunque no presenten aún síntomas.
38. SISTEMA INMUNOLOGICO: Sistema con que el cuerpo reacciona ante cualquier agente extraño a el, reconociéndolo y creando insensibilidad hacia la enfermedad que este le pueda provocar. Sistema de defensa para cualquier enfermedad.
39. TAC: Topografía Axial Computarizada; estudio especializado por medio de radiografía pero de alta penetración hacia los tejidos blandos no hueso, la toma radiografía es en corte horizontal en la zona de estudio.
40. TERAPEUTA: Parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de enfermedades. comprende del estudio de los medios propios para este fin.
41. TIFUS: Enfermedad contagiosa, caracterizada por estupor, manchas en el cuerpo. fiebre. temblor y muerte.
42. TUBERCULOSIS: Enfermedad causada por una bacteria que ataca generalmente el aparato digestivo y respiratorio provocando tubérculos.
43. VIRUELA: Enfermedad infecciosa, contagiosa y epidémica provocada por virus. se caracteriza por erupción de pústulas, fiebre, vomito, dolor lumbar y cefalea.
44. VIRUS: Cualquiera de los agentes infecciosos más pequeños que replica en células vivas como parásitos absolutos.
45. WESTERN BLOT: Prueba de detección del anticuerpo contra el SIDA específicamente. CONFIRMATORIA.



## BIBLIOGRAFIA.

1. ACOSTA CORDOVA, y Chavéz Elias. (1995)/ Ante el espejismo del primer mundo. México. PROCESO, No 948..
2. Anuario estadístico./ México, Ed. INEGI, 1994.
3. ALAIZ, Gustavo. SIDA. (1988)/ La epidemia que a todos afecta. México, Ed. DIANA, p. 63.
4. ALMADA BAY, Ignacio, coordinador. (1990)/ Salud y crisis en México. Textos para un debate. México, Dc. Siglo XIX.
5. ARTEAGA AVENDAÑO, Rosa L. (1988)/ Propuesta de un programa de trabajo social de educación para prevención del contagio del SIDA en el D.F. México, p. 76. Tesis (Licenciatura en Trabajo Social) Universidad Nacional Autónoma De México.
6. ASTUDILLO ORSUA, Pedro. (1993)/ Historia del pensamiento económico. México, Ed. Porrúa, 1993, p.619-628.
7. BARROQUIN CALDERON, Manuel. (1992)/Sociamedicina. 3ª ed., México, Ed. Méndez Editores, p. 531-566-
8. Boletín Epidemiológico. México, Organización Panamericana de la Salud. Vol. 8 No. 1-2. 1987 p. 4.
9. Boletín Mensual SIDA/ETS. México, Ed. CONASIDA. Vol. 6, No5, 1992, p. 2185-2188.
10. Boletín mensual SIDA/ETS. México, CONASIDA, oct., 1994.
11. CARDENAS ELIZALDE, Mª del Rosario.(1992)/ Migración y SIDA en México. México, Salud Pública. No. 30.
12. CHRISTENSON, Bruce A. (1989)/ Las implicaciones del SIDA en la fuerza de trabajo en México. México, Salud Pública, 1989, No 30, p. 619-628.
13. DANIELS, G Victor. (1986) SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México, Ed. Manual Moderno, p.146.
14. CONASIDA. Estrategia de campaña. Plan 1994. México, 1993.
15. CASTRO, Roberto. (1989)/ La educación como estrategia prioritaria contra el SIDA: Retos y dilemas. México. En SIDA. Ciencia y Sociedad. Ed. FCE. p. 413-433.
16. DEL RIO, Chiriboga Carlos y Uribe Zuñiga Patricia. (1995)/ Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. México, SIDA-ETS, 1995; Vol. 1, No. 1. p. 11-17.

17. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION./ Decreto por el que se crea el CONASIDA, 1988, 24 de agosto, p. 14-17.
18. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, 1 nov. 1992, p. 60.
19. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, 28 dic. 1994, 2ª sección, p. 19.
20. DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MEDICAS. 12ª ed. México. Ed. Salvat, 1987.
21. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Evolución de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Boletín mensual del SIDA. México, 1987, p. 37-40.
22. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Reformas a la Ley general de Salud referentes a la infección por VIH. Boletín mensual del SIDA, México, 1987, p. 80-82.
23. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Situación del SIDA en el mundo. Boletín mensual del SIDA, México, 1987, p. 55-56.
24. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Definición epidemiológica de casos de SIDA. Boletín mensual del SIDA. México, marzo, 1987, p. 15-19.
25. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ El síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Medidas preventivas. México, julio, 1987.
26. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Consideraciones sobre la inmunología del SIDA. Boletín mensual del SIDA. México, 1988, junio, p. 331-343.
27. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Complicaciones neurológicas del SIDA. Boletín mensual del SIDA. México, 1988, octubre, p.467-473.
28. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Decreto de creación del Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA. Boletín mensual del SIDA. México, 1988, agosto, p. 413-419.
29. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA./ Situación del SIDA en México hasta el 1º de febrero de 1989. Boletín mensual del SIDA, México, enero, 1989, p. 536-548.
30. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. / Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta el 31 de diciembre de 1989. Boletín mensual del SIDA, México, enero, 1990, p. 781-787.
31. ELIZALDE, Triunfo.(1994) / Tienen problemas de esterilidad 15% de las parejas en México. México, La Jornada, No. 3589 4 sep. secc. el país, p.43.
32. GONZALEZ BLOCK, Miguel Angel. (1987) / Perspectiva del impacto económico transformación de los servicios de salud a raíz del SIDA. México, primer Congreso Nacional del SIDA.

33. GONZALEZ BLOCK, Miguel Angel. (1988) Costos del SIDA en el futuro próximo. México, Salud Pública de México, julio-agosto, vol. 30, No. 4, p. 597-612.
34. FIGUEROA, Adrián. (1990) México: participación civil en la lucha contra el SIDA. Catálogo de organizaciones no gubernamentales, México, 1990, p. 130.
35. FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD (FUNSALUD). (1993) Carta de Salud. México, No. 5, octubre.
36. FUNSALUD Boletín. México. No 6 nov-dic. 1994.
37. GACETA MEDICA DE MEXICO. El examen serológico para el virus de Inmunodeficiencia humana (HIV) como parte de los exámenes prenupciales. México, Nº 3, vol. 128, mayo-junio. 1992, p.317-327.
38. GALVAN DIAZ, Francisco. El SIDA en México: efectos sociales. México, Ed. UAM
39. GARCIA G. Alejandro. (1994-1995) El empleo informal en México. Economía Informa, México, No 204, dic. 94/ ene. 95, p. 9-17.
40. GOMEZ, A. Rubén Dario y Velázquez de V. Gloria. (1993) Fundamentos de medicina. SIDA un enfoque integral. CIB Corporación para investigaciones Biológicas, Medellín Colombia.
41. GONZALEZ CARBAJAL, Eleuterio. Diagnostico de la Salud en México. México, Ed. Trillas, p. 103.
42. HIGASHIDA HIROSE. Berta Yoshiko. (1991) Ciencias de la Salud. México, Ed. McGRAW-HILL, p. 535.
43. HASSELKUS BEDOY, Jeanine. (1993) El dolor de un niño. Excélsior. México, 3 de diciembre: 1-A 6ª. col. p. 1.
44. MENDEZ M. J Silvestre. (1987) Fundamentos de Economía. México, Ed. Interamericana. p. 319.
45. MUNGUIA ZATARAIN, Irma y Salcedo Aquino José Manuel. (1985) Manual de Técnicas de Investigación Documental. México, UPN, p. 233.
46. NEXOS. México septiembre de 1985, año VII, vol. 8, No 93.
47. NEXOS. México marzo de 1996, año 19, vol. XIX, p 31-32.
48. LAGUNES, Lucía. (1995) Faltan Campañas preventivas y de promoción del condón extiende el SIDA. México, La Jornada, 4 dic. p. 8-9.
49. LA JORNADA. México. 26 de octubre. 1992, p. 21.
50. LA JORNADA. (1993) Perfil de La Jornada. SIDA: fenómeno cultural. México, 1º de diciembre. 1993, suplemento.
51. LA JORNADA. México, 19 de junio. 1995.
52. LA JORNADA. México, 4 de julio, 1995, p. 53.

53. LIGUORI, Ana Luisa. (1989) *Políticas en salud: mujer y SIDA*. . 30-43.
54. LIGUORI, Ana Luisa. (1995) *Machismo, formidable aliado del SIDA*. La Jornada. 4 dic. 5.
55. LOPEZ, Julio. (1987) *La economía del capitalismo contemporáneo*. México. Ed. UNAM. p. 41-42.
56. OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud) / *SIDA: Perfil de una epidemia*. Estados Unidos. 1989, p 1- 383.
57. OPS. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Estados Unidos. publicación científica. 1991, No 530, p. 226-232.
58. PALMA, Esperanza y Serret Estela. (1987) *Das tendencias morales Entorno el SIDA. Tradición y modernidad*. Crónica del primer Congreso Nacional sobre el SIDA. México, CONASIDA.
59. PAMPLONA RANGEL, Francisco. (1991) *Gasto Social en Salud: Presupuesto v Costo del SIDA*. México, Economía Informa, abril .No. 193. p. 15-19.
60. PANOS, Dossier. (1988) *SIDA y tercer mundo*. España. Ed. Instituto PANOS con la colaboración de la Cruz Roja de Noruega.
61. PLAN DE MEDIOS. México. CONASIDA. 1994.
62. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. México. Informe de Ejecución. 1994. SHCP. p.444.
63. PEREZ PADILLA, José y Ponce de León Rosales Samuel. (1990) *Actitudes éticas ante los problemas de manejo de los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. México, Salud Pública. vol. 32. No. 1. p. 3-14.
64. PONCE DE LEON MACIAS, A. E. (1988) *Los primeros cinco años de la epidemia del SIDA en México*. México, Salud Pública. No. 30. p. 544-554.
65. PROCESO. México 18 de mayo de 1987, No. 550.
66. PROCESO. México 29 de junio de 1987. No. 556.
67. PROCESO. México 10 de agosto de 1987, No. 562
68. PROCESO. México 2 de mayo de 1988. No. 600.
69. PROCESO. México 17 de julio de 1989. No. 663.
70. PROCESO. México 15 de enero de 1996. No 1002.
71. REFORMA. México 1 de diciembre de 1994.
72. REFORMA. México. sección B, viernes 2 de diciembre de 1994.
73. RICO, Blanca, et al. (1995) *Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas*. México. Salud Pública, noviembre-diciembre, vol. 37, No. 6.
74. RODRIGUEZ, Gabriela. (1988) *Avatares de la educación sexual*. México, CONASIDA, Nov.
75. SALINAS DE GORTARI, Carlos. Tercer Informe de Gobierno. México. SHCP, 1991.
76. SALINAS DE GORTARI, Carlos. Cuarto Informe de Gobierno. México. SHCP, 1992.

77. SALINAS DE GORTARÍ, Carlos. Quinto Informe de Gobierno. México. SHCP, 1993.
78. SALINAS DE GORTARI, Carlos. Sexto Informe De Gobierno. México, SHCP, 1994.
79. SANDNER, Olaf (1990)/ SIDA la pandemia del siglo. Venezuela, Ed. Monte Avila.
80. SEPULVEDA AMOR, Jaime. (1988)/ Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. México, Salud Pública, julio-agosto, vol. 30, No. 4, p. 513-527.
81. SIDA/ETS. México. CONASIDA, mayo-julio, 1995, vol. 1. No 1, p. 31.
82. SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México, 1983.
83. SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México, 1989.
84. SECRETARIA DE SALUD. 3º Vigilancia de los progresos de Estrategia SPT/2000. México, SSA, 1993.
85. SEPULVEDA AMOR, Jaime, et al: (1988)/ Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. México, Salud Pública, vol. 30, No. 4. p. 513-527.
86. SEPULVEDA AMOR, Jaime. (1989)/ SIDA. Ciencia y Sociedad en México. México, Secretaría de Salud, 507.
87. SOBERON ACEVEDO, Guillermo. (1988)/ SIDA: Características generales de un problema de salud pública. México. Salud Pública, julio-agosto, vol. 30, No. 4.
88. TAPIA-CONTER, Roberto y Sepulveda Amor Jaime. (1992)/ Los costos directos del tratamiento del SIDA en México. México, Salud Pública, No 34. p. 371-377.
89. VALASIS, Adriana. (1994)/ Crecen casos de SIDA. México. REFORMA, 1 de diciembre sección B, p. 7B.
90. VALDESPINO GOMEZ, José Luis, et al. (1988)/ Patrones y predicciones epidemiológicas del SIDA en México. México, Salud Pública, julio-agosto, vol. 30, No. 4.
91. VAZQUEZ BARRON, Arturo. (1996)/ Doce preguntas sin respuesta. México, El Nacional, S letra suplemento, No. 15, enero. p. 2.
92. VERA, Rodrigo. (1989)/ El respeto al pudor detiene la promoción de los condones. Proceso, no 663, México 17 de julio. p. 18-21.
93. WEEKLE EPIMIOLOGICAL. Record Releve Epidemiologique Hebdomadaire. ONU, 13 de enero, 1995, p. 2-3.