



29
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA ACCION GUBERNAMENTAL EN TORNO
A LA EPIDEMIA DEL SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN MEXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA (ESPECIALIDAD
EN ADMINISTRACION PUBLICA)

PRESENTA

PATRICIA XOCHIQUETZAL
MENDOZA CRUZ

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I: "LA ADMINISTRACION PUBLICA, LA SALUD PUBLICA Y EL SINDROME DE INMUNIDEFICIENCIA ADQUIRIDA"	
1.1. CONCEPTO DE ADMINISTRACION PUBLICA -----	14
1.2. CONCEPTO DE SALUD PUBLICA -----	25
1.3. INTERRELACION ENTRE ADMINISTRACION PUBLICA, SALUD PUBLICA Y EL SIDA -----	32
CAPITULO II: "LA PROBLEMÁTICA DEL SIDA EN MEXICO"	
2.1. EL PANORAMA JURIDICO -----	39
2.1.1. DERECHOS HUMANOS, UNIVERSALES O PUBLICOS -----	40
2.1.2. EL DERECHO PENAL Y EL SIDA -----	43
2.1.3. LA REGLAMENTACION JURIDICA DE LA ACCION ESTATAL EN LA SALUD -----	47
2.1.4. EL SIDA Y LA LEY GENERAL DE SALUD -----	54
2.2. ASPECTOS ECONOMICOS DEL SIDA -----	61
2.2.1. EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD -----	63
2.2.2. EL COSTO DEL SIDA -----	68
2.3. CONSIDERACIONES SOCIALES DEL SIDA -----	71
2.4. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA -----	83

CAPITULO III: "LAS MEDIDAS GUBERNAMENTALES"

3.1. MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL ADOPTADAS	
DE 1987 A 1990 -----	101
3.2. MEDIDAS GUBERNAMENTALES PROYECTADAS	
DE 1990-1994 -----	123
EL PROGRAMA DE MEDIANO PLAZO PARA LA PREVENCION	
DEL SIDA (P.M.P) -----	124

CAPITULO IV: "LOS ORGANISMOS PUBLICOS EN LUCHA CONTRA EL
SIDA"

4.1. LOS ORGANISMOS PUBLICOS -----	149
4.1.1. SECRETARIA DE SALUD -----	151
4.1.1.1. DIRECCION GENERAL	
DE EPIDEMIOLOGIA -----	153
4.1.1.2. LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA --	155
A. RED NACIONAL DE	
LABORATORIOS -----	157
B. CENTRO NACIONAL DE	
TRANSFUSION SANGUINEA -----	159
C. INSTITUTO NACIONAL DE	
DIAGNOSTICO Y REFERENCIA	
EPIDEMIOLOGICA -----	161

4.1.2. CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA (CONASIDA) -----	163
4.1.2.1. ENLACE CON LOS CONSEJOS ESTATALES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA (COESIDAs) -----	183
4.1.2.2. COORDINACION DEL CENTRO REGIONAL DE INTERCAMBIO DOCUMENTACION E INFORMACION SOBRE SIDA (CRIDIS) -----	194
4.1.2.3. COORDINACION NACIONAL DE CENTROS DE INFORMACION -----	206
4.1.2.3.1. CENTRO DE INFORMACION SOBRE SIDA ZONA CENTRO -----	209
4.1.2.3.2. CENTRO DE INFORMACION SOBRE SIDA ZONA SUR -----	217
4.1.2.4. TELSIDA -----	221

CAPITULO V: "LAS ORGANIZACIONES CIVILES EN LUCHA CONTRA EL SIDA"

5. LAS ORGANIZACIONES CIVILES -----	229
-------------------------------------	-----

5.1. COMITE NACIONAL PRO-VIDA, A.C -----231

5.2. AYUDA VOLUNTARIA EDUCATIVA DE MEXICO
GRUPO DE ACCION CIVIL EN LUCHA CONTRA
SIDA -----242

CONCLUSIONES -----254

ANEXO : "EL ASPECTO MEDICO DEL SIDA"

1. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) -----	269
2. RESPUESTA INMUNE -----	273
3. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) --	276
3.1. ESTRUCTURA -----	277
3.2. ANALISIS GENETICO -----	281
3.3. MECANISMOS DE INFECCION CELULAR -----	283
3.4. EL DAÑO AL APARATO INMUNITARIO -----	288
4. LAS MANIFESTACIONES CLINICAS -----	292
5. LAS VIAS DE TRANSMISION -----	300
6. LAS PRUEBAS DE DETECCION -----	309
7. LAS INTERROGANTES DEL SIDA -----	311

BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFIA -----304

INTRODUCCION.

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

El presente trabajo de investigación aborda al importante tema de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en el México actual como un problema de Salud Pública; que toca directamente la responsabilidad de la Administración Pública como Gobierno en Acción idear e instrumentar políticas tendientes a la preservación de la salud en los renglones de la prevención y el control. En si este problema constituye un reto para la Administración Pública en su afán de intentar resolverlo como parte de su razón de ser.

En una sola década el Sida ha logrado evolucionar de una enfermedad considerada en sus inicios como rara por su novedad clínica en el campo de la medicina, luego a una curiosidad epidemiológica, hasta el grado de extenderse a una pandemia que se presenta al mismo tiempo en distintas regiones de todo el mundo con una velocidad alarmante de contagio y mortalidad.

El Sida es una enfermedad definida por los criterios de los de los Centros para el Control de la Enfermedad del Servicio Norteamericano de Salud

Pública, universalmente aceptados como el estadio final de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que pasa por el espectro de signos y síntomas cubriendo desde la afección de los ganglios linfáticos y otros órganos del sistema nervioso al alterar gravemente el aparato inmunitario y a través de una serie de tumores, cánceres o infecciones conducir a la muerte.

Sumadas a las características médicas el Sida tiene otras connotaciones en la vida de la sociedad que rebasa la cotidianidad, donde se involucran otros factores como la legislación, la psicología de los impactados por el síndrome, la comunicación de la información, los mitos de la transmisión y contagio, la sexualidad, las diversas ideologías, estadísticas escandalosas de mortalidad y morbilidad, la religión, la moral, etc. Lo que abre un amplio crisol social de opiniones en torno a la epidemia y a lo que se entiende como "derecho a la vida". De lo que parte de que los grupos no gubernamentales en lucha contra el Sida cultivan saberes distintos como demandas sociales en forma de manifestaciones discursivas acerca de la acción gubernamental.

Comúnmente se considera al Sida como un problema aparte, sólo de ciertas poblaciones o de "grupos de alto riesgo" es decir, de homosexuales, drogadictos por vía intravenosa, prostitutas, gente que por su "promiscuidad" es una víctima culpable o, niños infectados, hemofílicos y heterosexuales como víctimas con carga valorativa de inocencia. Esto hace conminar a la gente a una enajenación del riesgo lo hace suponer trae consigo un fracaso de las políticas de prevención.

Dado el carácter del Sida de enfermedad infecciosa, incurable, no prevenible por vacunas y con una mortalidad elevadísima, la hace algo completamente nuevo e impredecible antes solo imaginable en la literatura de ciencia-ficción. A pesar del avance científico en el campo de conocimiento del virus, el conteo de anticuerpos en su presencia como indicadores de infección, subsisten aún muchas dudas al ampliarse el cuadro sintomatológico, en su transmisión no conocida lo suficiente y la vulnerabilidad de todos y cada uno de los organismos humanos; hacen pensar en muchas dudas no resueltas acerca del padecimiento.

El Sida no puede ser tratado como una enfermedad aparte, sino como el motor de una epidemia a la que

todos somos susceptibles, reflejada en su notable expansión de correspondencia: entre más personas mueran a causa de ella, mayor es el número de gente infectada; algunas autoridades consideran que puede haber entre 50 y 100 contagiados por cada enfermo de Sida (1) lo que hace pensar que hasta el 30 de noviembre de 1990 había 5679 casos registrados de enfermos (2) sin tomar en cuenta los casos que se reportarán con retraso y los no reportados; y entre 283,950 y 567,900 infectados, entre tanto, seguirá avanzando silenciosamente la epidemia en la población como ha ocurrido en el grupo de preferencia sexual heterosexual mientras no exista vacuna o algún tratamiento médico efectivo.

Aquí es donde viene a radicar el valor del manejo de la epidemia en aras de la Administración Pública en los que han venido proclamando como política central a la prevención y control en el país. A partir de 1987 el Sida es reconocido como enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica,

1. REDFIELD, R.B. y BURKE, D.S. "Shadow on the land: the epidemiology of HIV infection", Viral Immunology I, Washington, 1987, p. 69.

2. SENASIDA. Boletín Mensual, año 4, diciembre 1990.

teniendo como casos registrados de muerte desde 1981 dos defunciones por contagio en Haití. Se han creado otras medidas para cumplir con estos objetivos como la creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) en 1988 antes Comité Nacional de Prevención del Sida fundado en 1986. Es la organización nacional que coordina los esfuerzos de organismos gubernamentales y no gubernamentales en materia de educación, capacitación, epidemiología, atención médica, laboratorios, bancos de sangre en la implementación y evaluación de las normas y actividades; es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud por decreto.

Se prohíbe la comercialización de la sangre humana y, se lanza una incipiente campaña de educación iniciada con la aplicación de una encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas que realizó el propio CONASIDA con un costo de 2,400 millones de pesos (3) entre sus fines perseguía saber qué consideraba como Sida su muestra poblacional; el 83% respondió que es una enfermedad infecciosa y el 60% la identificó como una enfermedad exclusiva de homosexuales (4).

3. Dato proporcionado por GIS-SIDA.

4. SEPULVEDA A., J. Sida, México, 1989, p.25.

Lo que lleva a pensar que entre más desinformación y falta de educación desde los funcionarios públicos, el personal médico y la demás población avanza más rápido la epidemia.

Otra de las medidas adoptadas es una pretendida investigación científica avocada a aplicar drogas para prolongar la vida de los pacientes y observar los cambios fisiológico en las distintas etapas de la enfermedad; esta es la menos cumplida de las medidas por los problemas de dependencia tecnológica en esta materia, nos vemos obligados a repetir experimentos ya realizados en países desarrollados como Estados Unidos y Francia y, a importar desde medicamentos con muy elevados costos hasta la totalidad de los preservativos que se expiden en México.

Es de suma importancia que el Gobierno en sus niveles federal, estatal y municipal de más prioridad a la lucha contra el Sida con recursos humanos debidamente capacitados, materiales y financiamiento en el rubro de la prevención para la salud hasta encontrar una cura o vacuna.

Así que los enfermos de Sida y aún seropositivos como portadores del virus del Sida sin ninguna

manifestación deben de contar con cuantiosos recursos, dado el bajo nivel de salarios reales; puesto que las instituciones de salud no cuentan con los suficientes recursos para tratarlos a todos hasta su deceso.

De aquí surge la hipótesis central de que la Administración Pública en sus aspectos de estructura y de políticas de gobierno, no han logrado ser eficientes en el tratamiento de la prevención y el control de la epidemia Sida en nuestro país.

Para efectos metodológicos la Tesis se divide en cinco capítulos: el Primer Capítulo trata de un acercamiento teórico en los aspectos de la Administración Pública, la Salud Pública y su interrelación a través del factor de la epidemia Sida.

En el Segundo Capítulo se aborda al Sida en sus aspectos médicos, iniciando con lo que es la respuesta inmune humana, un análisis de lo que es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de su estructura, genética, mecanismos de infección y el daño; las manifestaciones sintomáticas y significativas del síndrome, la transmisión, las

pruebas de detección y las incertidumbres del Sida como enfermedad y como epidemia.

La problemática del Sida en México se analiza en el Capítulo Tres en los aspectos jurídicos del marco legal, los económicos del financiamiento a la salud y el costo del Sida, las consideraciones sociales que involucran al tema en una sociedad como la mexicana y la epidemiología de las tendencias de los casos del Sida, por crecimiento, distribución de la población, formas de transmisión, distribución nacional, casos atendidos en las Instituciones de Salud, enfermedades frecuentes en el país y períodos de sobrevivencia.

En el Cuarto Capítulo se señalan las principales medidas adoptadas por el Gobierno a partir de 1987 a 1990 y las proyectadas en el Programa de Mediano Plazo como estrategia de prevención y control.

El último Capítulo se ocupa de examinar las organizaciones en lucha contra el Sida a nivel de la Administración Pública partiendo de la Secretaría de Salud con su Dirección General de Epidemiología y los Laboratorios de Salud Pública; al CONASIDA particularizando en sus áreas sustantivas del Enlace con las Comités Estatales de Prevención y Control

del Sida COESIDAS, la Coordinación del Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida CRIDIS, la Coordinación Nacional de los Centros de Información y el Servicio Telsida; en el que se incluyen los aspectos de sus objetivos, estructura y funciones. Seguidas de otras organizaciones civiles de las que se escogieron sólo dos por sus discursos contrapuestos referentes a la lucha contra la epidemia como reflejo de las opiniones sociales acerca del problema.

La investigación pretende dar una referencia general de hasta dónde la Administración Pública como ejecutora de las acciones estatales ha sido capaz de satisfacer las necesidades sociales que exige el Sida en la población como un problema de salud pública prioritario y de interés general.

Hasta la fecha sólo existen trabajos que exploran el tema como se trata en la Tesis de forma parcial y por separado, sin abordarlo desde el punto de vista de nuestra disciplina, por lo que su realización contribuye a darle científicidad y valor profesional en la búsqueda del análisis y propuestas sobre esta problemática.

El esquema de trabajo representa la labor de investigación realizada en diferentes fuentes bibliográficas, hemerográficas, documentos y entrevistas -a funcionarios del CONASIDA y de otras organizaciones-, restringidas en sí por la misma novedad del tema a pocas fuentes de investigación: CONASIDA, Centro de Intercambio Documentación e Información sobre Sida, los Centros Nacionales de Información, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Comité Nacional Pro-Vida y Ayuda Voluntaria Educativa de México, A.C.

Las limitaciones del tema son las pocas fuentes de investigación teóricas, la hermeticidad para el acceso a la información del CONASIDA además de su poco material sobre la organización y funcionamiento, la abundante información sobre los aspectos médicos del Sida tratados con diversos enfoques y la falta de sistematización de la fuentes en la temática de las materias. Lo que hizo que la investigación apoyada en sus puntos nodales no

podiera abundar más sobre los campos propuestos aunque si son suficientes para no dispersarse y desviarse del objetivo.

CAPITULO I

LA ADMINISTRACION PUBLICA,
LA SALUD PUBLICA Y
EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

1.1. CONCEPTO DE ADMINISTRACION PUBLICA

Se inicia el presente capítulo con las aproximaciones necesarias que aportan más luz en el conocimiento y comprensión de lo que es la Administración Pública como parte integrante de las Ciencias Políticas, como un concepto emanado del devenir histórico resultante de los cambios en la forma de conducir a una comunidad de individuos integrados en sociedad, plasmados en los diversos pensamientos teóricos.

Lejos de pretender hacer una discusión acerca de si la naturaleza de la Administración Pública es una mera técnica administrativa o si es un arte político, se parte de la premisa de que es una ciencia, porque es un método en principio de cuentas que produce conocimientos y reúne una serie de requisitos indispensables, como ser fáctica, puesto que parte de los hechos sociales y vuelve a ellos, los trasciende en la interpretación de la realidad, los analiza descomponiéndolos para establecer interdisciplinarietà con otras ciencias o teorías. Es clara al formular problemas específicos pues se parten de nociones, definiciones y conceptos precisos para crear un lenguaje propio de la Administración Pública y así medir y registrar

los fenómenos actuantes, comunicándolos en el proceso mismo de producción de conocimiento que conlleva una lógica metódica y dinámica, lo que la hace ser verificable.

El origen histórico de la Administración Pública se remonta al modo de producción asiático donde el Estado monopolizaba la propiedad territorial y concentraba un poder ilimitado personificado en un déspota y en una burocracia política cortesana; pasando por las ciencias administrativas alemanas o ciencias camerales de los siglos XVIII y XIX de Von Justi, Potter, Sonnenfelds y Von Stein y, la influencia francesa de Vivien y Chardon, alcanzando su cúspide primera con la impartición de la cátedra de Administración Pública en E.U. (1). Esto es explicable gracias a la llegada del modo de producción capitalista donde se bifurca y se separa la unidad feudal de la Sociedad-Estado conservada desde los imperios romano y griego en dos entes separados identificados en lo público y en lo privado de un lado la Sociedad y de otro el Estado respectivamente.

1. GUERRERO, Omar. La Administración Pública del Estado capitalista, p.243.

El objeto de estudio de ésta ciencia es la acción que ejerce el Estado en la sociedad, vista como un mediación entre lo que se considera al Estado concebido como una "organización política, autónoma y autocéfala de una sociedad heterónoma y heterocéfala"(2), cuyo objetivo es la dirección y el dominio del poder y a la sociedad como la atomización de sus individuos integrantes escindida en clases sociales, que pueden manifestarse en conjunto dentro de diversas organizaciones como un parlamento, sindicato, gremios u otros grupos clasistas.

Como lo define Wilburg J. Castro "es la actividad administrativa que realiza el Estado para satisfacer sus fines, a través de un conjunto de organismos que componen la rama ejecutiva del Gobierno y de los procedimientos que ellos aplican, así como las funciones administrativas que llevan a cabo los otros órganos y organismos del Estado."(3). Es decir la Administración Pública como parte integrante del gobierno de la gran maquinaria estatal actúa como un mediador entre ella y el

2. GUERRERO, Omar. La Admón. Pub. del Edo. Capitalista
p.263

3. JIMENEZ CASTRO, Wilburg. La Admón. Pub. para el
desarrollo integral p.181-182

conjunto de individuos agrupados que forman la sociedad. Esta mediación se convierte en una bipolaridad dinámica consistente en la representación teórica de la sociedad en el Estado con diversos agrupamientos de clases y entre el Estado y la Sociedad a la Administración Pública como mediadora. Plasmadas a su vez la primera en el poder legislativo y la segunda en el poder ejecutivo (3) dentro del orden de la teoría de poderes cuya supremacía es indiscutible para el poder ejecutivo en la Administración Pública Mexicana.

Se desprende una identificación del Gobierno al ejecutar hechos, con la Administración Pública como gobierno en acción dentro de la sociedad para lo que cuenta con organizaciones estatales especializadas.

"Puede decirse conforme todo lo anterior que la Administración Pública no es la administración de la sociedad sino la administración del Estado en la sociedad, el poder ejecutivo que gobierna en interés de las clases dominantes en la medida en que el Estado es su propio representante.

3. GUERRERO, O. Op.Cit.p.214

La Administración Pública es el gobierno en acción, el poder ejecutivo delegacional del Estado en la sociedad que hace valer los intereses del Estado frente a la sociedad es decir, los intereses de las clases dominantes frente al resto de la sociedad"(4).

Resulta evidente que la Administración Pública implica a la política en el quehacer gubernamental de la sociedad como una lucha por la obtención, manejo, y preservación del poder, del dominio de una voluntad general sobre una particular lo que hace del ejecutivo la acción Estatal más evidente en el devenir gubernamental dentro de la sociedad, contrapuesto por lo tanto, con lo individual y privado de un interés particular que pudiera surgir de la sociedad misma.

De manera que la Administración Pública como tal, tiene que partir de una pluralidad política para concentrarse en las diversas particularidades de la sociedad entrando en un contacto único y directo de exigencias sociales.

4. Ibidem. p.246

En la administración del Estado se transforma lo general de la voluntad estatal como la legislación que de ella emana en actos concretos de ejecución administrativa con una expresión política implícita que causa un impacto en la sociedad y en cada uno de sus individuos integrantes.

Este contacto con la sociedad se da a través de las decisiones atribuidas al poder ejecutivo dadas de facto en el desarrollo político-administrativo de las bien llamadas políticas gubernamentales en diversas esferas que conforman su quehacer como la fiscal, la legislación obrera la educación pública, la agraria etc. y por supuesto la salubridad, desenvueltas en la sociedad a través de la Administración Pública.

Las políticas gubernamentales se instrumentan a través de diversas instituciones de la Administración Pública que tienen la doble función de "tutela y servicio" al concretar la voluntad estatal en las políticas públicas cristalizadas en la forma de los más indispensables servicios públicos, como los de salud pública. Esta doble acción sirve para unificar a la sociedad y reproducirse así mismo el régimen de gobierno.

Es de esta forma como se ha consagrado el llamado derecho a la protección de la salud dentro del marco jurídico constitucional, que pretende llegar a todos los individuos como una garantía social. Corresponde a la instrumentación gubernamental la obligación de hacer llegar los servicios de salud en forma de atención médica y de asistencia social la salud pública.

Al asumir la tarea de la protección a la salud, el gobierno pone en manos de la Administración Pública las bases de una rectoría en materia de la política de salud basada en la distribución de responsabilidades y recursos entre los niveles de gobierno federal, estatal y municipal; la consagración del sector salud en aras de la Secretaría de Salud como dependencia rectora de la conducción y coordinación del sector y del llamado Sistema Nacional de Salud que agrupa al sector público con el privado y el social y; concebir a la salud dentro de la política social vinculada con los instrumentos de política de otros sectores afines.

Las políticas públicas de acción gubernamental en materia de salud, se basan en la vía programática del Plan Nacional de Desarrollo en el

que se expresan los objetivos del proyecto nacional. El Plan de 1983 tiene los de: conservar y fortalecer las instituciones democráticas, vencer la crisis, recuperar la capacidad de crecimiento e iniciar los cambios cualitativos; que dan pie a cuatro capítulos de política nacional: económica, sectorial, regional y social. Dentro de este último se definen los propósitos de:

"Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables; contribuir con respeto íntegro a la voluntad de pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país y promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos." (5)

5. ORTEGA Lomelin, Roberto. "La rectoría del Estado y la política nacional de salud" en Revista de Administración Pública, p.41.

Así que las funciones que cubre la Administración Pública en materia de salud en México son las de:

*Regulación de los servicios de salud, con la expedición de licencias y normas técnicas para instituciones públicas y establecimientos privados,

*Regulación, control y fomento sanitario, para normar y controlar los establecimientos, vehículos, actividades, productos, equipos y personas que constituyan un riesgo para la salud de la población en forma de insumos para la salud y bienes o servicios, así como fomentar paralelamente el autocuidado de la salud individual.

*Función reglamentaria en la Ley General de Salud, Ley General de Asistencia Social y Ley General de Asistencia Privada y, la formulación de normas técnicas o reglas científicas y/o tecnológicas de carácter obligatorio en la organización y prestación de servicios.

*La planeación y gestión financiera o ámbito programático del sector salud en manos de la Secretaría de Salud en su labor de programación, presupuestación y control sobre los recursos que se destinan a los servicios de salud.

*Proveedor de servicios de salud: los servicios públicos en los que la Secretaría de Salud asume las funciones normativas, de planeación y gestión

financiera, derivando a las entidades paraestatales del sector y a los estados y municipios la prestación directa de los servicios de salud a la población en general a quienes se les cobra una cuota de recuperación. Y los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del poder ejecutivo federal presten a otros grupos de usuario como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.

*Formación de recursos humanos para lo que se creó en 1983 la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

*Función de investigación para la salud que realiza la secretaría del ramo en conjunción con la de Educación Pública y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; los hospitales y el Instituto Nacional de Salud Pública.

*Función de información para la salud, de conformidad con con las Leyes de Salud, Planeación, Estadística y Geografía, la Secretaría de Salud integra las estadísticas de natalidad, morbilidad, mortalidad, invalidez y demografía, economía, ambiente y salud. El establecimiento de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que abarca a las instituciones públicas y privadas del Sistema

Nacional de Salud para la prevención y control de enfermedades con el fin de consolidar un Sistema Nacional de Información en Salud.

*Saneamiento básico o sanidad ambiental en la prevención y control de los efectos nocivos del ambiente en conjunción con la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

*Salud ocupacional y previsión de accidentes laborales con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

*Protección de la familia a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del subsector social de la Secretaría de Salud.

1.2. CONCEPTO DE LA SALUD PÚBLICA.

Para comenzar el análisis del concepto de Salud Pública es necesario abordar primero lo que se entiende por Salud con fines precisos que el tema amerita.

En la actualidad es aceptado unánimemente que la salud es un valor de la vida inherente a ésta y al funcionamiento orgánico del individuo y de la Sociedad en que se desenvuelve. Es objetiva y no depende de preferencias individuales. Es decir tiene que ver en el ámbito particular del individuo y de la comunidad misma donde se vive, que da como resultado un estado de salud o enfermedad.

La salud es en sí misma un universo social, puesto que se podría resumir como el producto global de toda la vida social de la comunidad, sin quedarse reducida a la ausencia de enfermedad fisiológica. Cabe destacar la noción de salud de Hernán San Martín como el "resultado de las relaciones adaptativas del individuo y del grupo (adaptación ecológica: orgánica, mental y social) frente a la composición y variación del ambiente total (física, biológica, mental y social) de la

colectividad" (5), de la que se infiere que la salud en su estado relativo en el hombre, que varía de acuerdo a la etapa histórica de la sociedad y a su adaptación o desadaptaciones dinámicas físicas, mentales y sociales con más peso en la última que en las primeras o en la biológica como la manejan diversos autores.

El concepto dado por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) como "el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia, de afecciones o enfermedades" (6), más que una aportación definitiva parece ser una declaración de principios y objetivos por su abstracción y ambigüedad del término "bienestar".

Parece ser entonces que la salud de una población o salud pública conlleva a una entramado de relaciones bio-fisiológicas, sociales, históricas unidas dinámicamente en el hombre individual y en su entorno social. En la que lo importante sería la ayuda que se preste a la población en la protección y fomento en los niveles de salud o en el mejor equilibrio entre los riesgos y los medios de

5. SAN MARTIN, Hernán. Admón. en Salud Pública, p.5

6. HANLON, John. Principios de Admón. Sanitaria, p.7

controlarlos. Es aquí donde intervienen las necesidades de salud que la población requiere, como factores esclarecedores del nivel requerido de la Salud Pública.

Las necesidades de la Salud Pública aparecen como una enorme cadena sin fin donde intervienen diversos factores como la cultura, la economía, la demografía, la política, etc. emanados de una sistema social de producción donde los grupos dominantes (políticos, económicos, militares) las determinan y principalmente la reproducción del ciclo producción-distribución-consumo de nuestras sociedades capitalistas, resultado de aquí una doble visión de necesidades fundamentales y necesidades aparentes, caracterizadas las primeras porque la comunidad no puede satisfacerlas por sí mismas para llegar a obtener un nivel de salud superior. Los organismos internacionales designan como salud un mínimo de vida después de la pobreza absoluta.

De estas diferentes nociones de las necesidades de salud, resulta una gran ambigüedad para identificar las verdaderas necesidades, es aquí donde entra en juego el papel tan importante de la participación de la población, de los interesados en

la salud como entes vivos con voz y voto, no cuando ya estén enfermos o muertos y aparecen en las estadísticas de mortalidad como indicadores de niveles de salud.

La definición que parece ser la más generalizada en Salud Pública es la Wislow:

"es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la vida y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de un derecho natural a la salud y a la longevidad"(7).

7. VEGA FRANCO y GARCIA MANZANEDO. Bases Esenciales de la Salud Pública, p.6

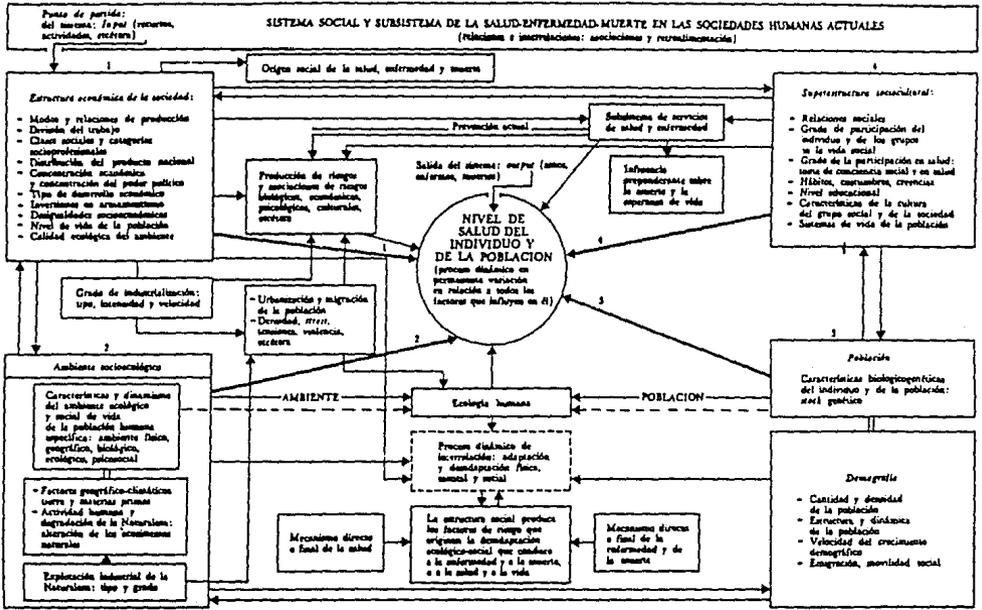
Toca al gobierno de un país organizar sus recursos humanos, financieros y materiales de acuerdo con las políticas de salud pública, vigentes que lógicamente tendrán como objetivo equidistar todos los factores para hacer el intento por llegar a un estado de Sanidad Pública como se lo propusieron en la Conferencia Internacional sobre la atención primaria de la salud "Salud para todos en el año 2000", celebrada en Alma-Ata, U.R.S.S en septiembre de 1978, donde el énfasis se pone en la promoción y la prevención de los riesgos que amenazan la salud de una comunidad y no en la atención de los enfermos o de los muertos como han venido funcionando los sobrevaluados servicios de Salud Pública cumpliendo un mero papel de distribuidores de medicamentos para aliviar padecimientos. De ahí que se considere que el gobierno desempeñe una buena tarea de Salud Pública manteniendo el mayor tiempo posible a su comunidad sana y no con el número de enfermos que se atienden en consulta o mediquen con tratamientos curativos.

"Se comprende que todo esto exige la estructuración de una sociedad justa, igualitaria, participativa y a un tipo de desarrollo no patógeno y dirigido a las necesidades del hombre, al desarrollo socio-cultural del hombre y no al simple

desarrollo tecnológico"(8), como se ha visto al ser humano en la sociedad capitalista como un mero artículo de uso y desecho, como un mercancía en el mercado de intercambio valorado monetariamente y como pieza motora de la gran maquinaria del sistema de producción capitalista, que requiere estar en condiciones de "sanidad".

8. BREILH, Jaime. Epidemiología, economía, medicina y política, p.27

FIGURA 1
EL CONTENIDO TOTAL DEL PROBLEMA DE LA SALUD-ENFERMEDAD MUERTE EN LAS SOCIEDADES HUMANAS.
EN LAS SOCIEDADES HUMANAS.



Fuente: SAN MARTÍN, H. *Ecología humana y salud*. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1957.

1.3. INTERRELACION ENTRE ADMINISTRACION PUBLICA, SALUD PUBLICA Y EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El análisis precedente de los conceptos de Administración Pública y Salud Pública involucran la categoría central de estudio, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que aunque a simple vista parezcan tres entidades distintas las tres tienen una estrecha relación en sí, implican en principio de cuentas al ser humano como el punto de confluencia nodal entre ellos.

Al parecer están imbricadas en una relación dinámica entre lo general de las dos disciplinas científicas y lo particular de la epidemia aún, más parcializada en el ente humano; entre lo público y privado.

El Sida como epidemia es una grave enfermedad que pone en tela de juicio a la Salud Pública y por tratarse de toda la colectividad nacional incumbe a la Administración Pública como gobierno en acción poner cartas en el asunto para tratar de controlarla, no de curarla porque todavía no existe la cura médica, pero sí de prevenirla con todas sus potencialidades que a ella corresponde. Más adelante se analizará lo que se le ha hecho

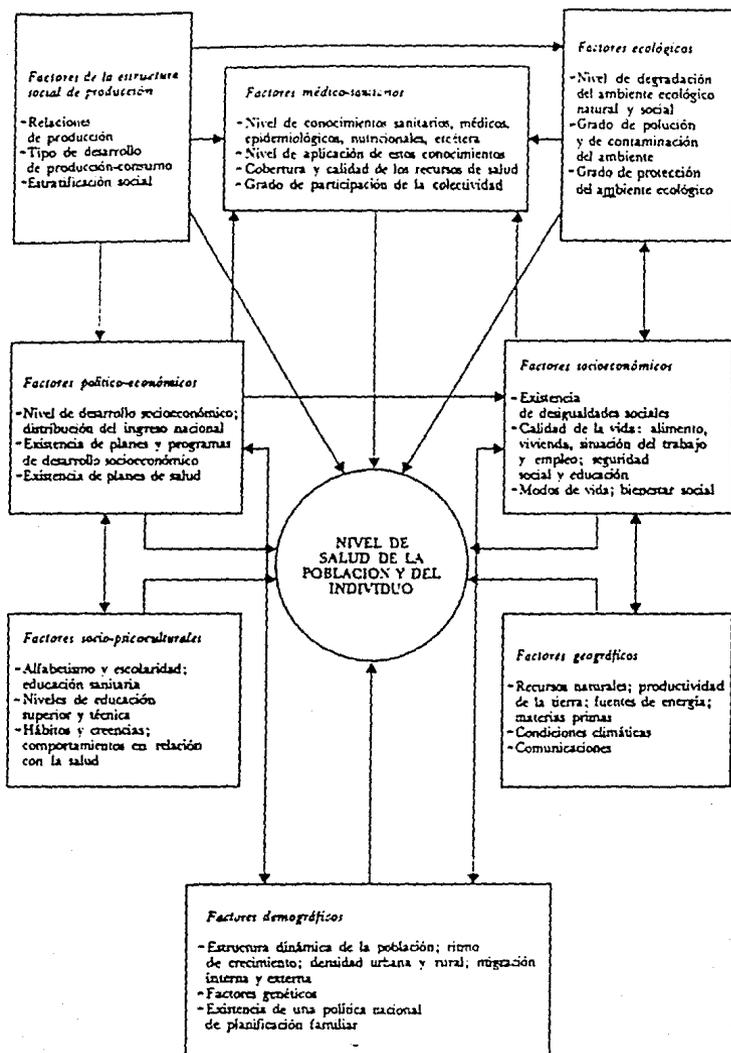
desde el punto de vista de estructura Administrativa y como política gubernamental. Toca en este momento analizar la corresponsabilidad de éstas esferas y los factores que tienen en común.

Puesto que el papel del Estado es proteger el nivel de salud existente en su población es él quien debe aliviar las necesidades inmediatas con el fin de tratar de detener la epidemia que crece a ritmos agigantados.

La voluntad política expresada en las políticas de salud es una de las manifestaciones por el querer o no hacer algo entorno a este problema, analizar de fondo las cadenas causales del proceso que va de la salud a la enfermedad junto al entorno cultural, sanitario, ecológico, social, político, etc. junto con el sistema nacional de producción y escoger detenidamente las alternativas por medio de las decisiones políticas es ofrecer una posibilidad de mejoramiento de la salud y de la prevención de una enfermedad como el Sida.

Hernán San Martín esquematiza de esta manera los determinantes y factores que más influyen en el estado general de salud de la población.

FIGURA 2
LOS DETERMINANTES Y FACTORES QUE MAS INFLUYEN
EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION.



El Sida también como un resultado histórico influye en las necesidades de Salud Pública en los intereses y necesidades biológicas y también sociales de todos y cada uno de los miembros de la población, que obviamente repercuten de manera directa en la reproducción del actual sistema de producción al que se le agrega la acumulación económica y la concentración del poder cuyo desarrollo coparalelo al de los sistemas sociales.

Todo ello recae en la calidad de vida y de salud en que vive nuestra comunidad "reflejada en la longevidad o esperanza de vida, la capacidad del individuo o comunidad en su funcionamiento, el modo y tipo de morbilidad, y también en la muerte"(9), incorporados en la Salud Pública la estructura social la económica y la ecológica de la sociedad, las ciencia naturales y las ciencia sociales una vez más tienen que compartir la responsabilidad de preservar la vida humana.

La Salud Pública "basada de una dimensión estática, o reducción de la incidencia de las enfermedades, a otra dinámica, consiste en la

9. USIETO, R. Op. Cit. p.132

revalorización de los factores sociales y formas y calidad de vida"(10), en el caso de la enfermedad que nos ocupa entran a colación todos los factores que involucra el Sida, comenzando por el sexo, la sexualidad, la marginalidad, los enfermos incurables, la fecundidad, el dolor, la infección, la muerte, la iglesia, la familia, el estigma social, el trabajo, la amistad, la educación, la disciplina, la juventud, la vejez, la prostitución, el pecado, la normalidad, la locura y la enfermedad entre otros. Si bien la muerte era el reflejo de la supremacía del espacio simbólico hoy sólo es un hecho biológico manejado por la estadística, por la epidemiología de la Salud Pública.

Ahora bien el Sida como problema de Salud Pública es problema de la Administración Pública como parte del Estado, resolverlo es tratar de restaurar el orden público para salvaguardar la vida biológica de la comunidad, la sanidad física y también la sanidad mental.

10. Ibidem. p.322

La epidemia del Sida es un desafío a la racionalidad y a la imaginación política porque es una matriz de la que no existen predicciones y su alcance es incalculable.

CAPITULO II.
LA PROBLEMATICA DEL SIDA EN MEXICO

2.1 EL AMBITO JURIDICO

Ante la emergencia de la epidemia del Sida en México se hace necesaria una revisión de los principales aspectos que involucran el área del derecho, tanto los relacionados con los individuos como entes particulares, como los de toda la sociedad o públicos. El advenimiento de esta enfermedad parece enfrentar los dos campos reglamentados por la jurisprudencia que incumbe a la sociedad entera (a los afectados de manera directa, e indirecta por la enfermedad, como los aún no afectados), es decir, la vertiente de los derechos humanos y la que corresponde a la actividad gubernamental.

Es tarea de este apartado explorar cuáles son estas dos partes constituyentes del derecho con el fin de advertir los confines inmediatos que delimitan la epidemia del Sida en el área jurídica estrechamente relacionada con la Administración Pública y como el Estado a través de la legislación regula los derechos de la población en forma de contrato para proteger la salud pública y trata de preservarla.

2.1.1 DERECHOS HUMANOS, UNIVERSALES O PUBLICOS.

Así dentro de la primera esfera de los derechos humanos el Estado Mexicano incluye en la Carta Magna el derecho a la salud de manera muy reciente con las adiciones del 3 de febrero de 1983 al artículo 4º Constitucional en el párrafo tercero: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Con esto, se pretende apuntalar la parte social de la ley suprema constitucional en una dinámica de legalizar lo que el ser humano por el hecho de serlo, tiene el derecho a que se proteja su salud, al tiempo que vierte de una nutrieute legitimidad la razón de ser del Estado Mexicano, es lo que los juristas llaman una disposición programática directa en manos estatales contenidas a su vez en planes y programas -Plan Nacional de Desarrollo auspiciado por el Sistema Nacional de Planeación Democrática- instrumentados en mecanismos de acción como el moderno Sistema Nacional de Salud, que involucra a los niveles de Gobierno Federal, Estatal y Municipal en el diseño de sus propios sistemas de salud en formas de competencias coincidentes.

Se convierte en una guía del quehacer gubernamental el derecho a la protección de la salud, y en una obligación de hacer para el Estado libre de coercitividad al que se agrega el crear las condiciones propias para que pueda ejercerse. Ello, llevaría a una atención preventiva para toda la población y una utópica atención médica-hospitalaria en estos momentos para los enfermos debido a la poca infraestructura de servicios y de personal con que se cuenta aunados a la falta de recursos financieros. En la acción está el resultado, se debe proteger la salud como obligación y no sólo intentarlo.

Se agrega el derecho a la información del artículo 6° Constitucional "el derecho a la información será garantizado por el Estado" y particularmente la Educación para la salud incluido en la Ley General de Salud en su artículo 112 fracción II: "Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud". En realidad toca la Secretaría de Salud, y Educación Pública y los gobiernos de los Estados hacer valer este derecho y puesto que está en estas manos el generar y el controlar la información, esta debe de ser veráz y cuidar que llegue a toda la población sin hacer distinciones.

Aquí entra a colación otro derecho, el de la igualdad entre todos los mexicanos como lo señalan el artículo 1º constitucional "Todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución" y el artículo 4º "El varón y la mujer son iguales ante la ley" que conciernen a no hacer ninguna discriminación para hacer valer el derecho a la protección de la salud y a estar informados para mantenerla ya sea de sexo, posición económica o social, ámbito regional, edad, creencia religiosa, etc. pero de toda la población pues esta epidemia efectivamente no hace ningún tipo de distinción; simplemente afecta al ser humano.

Como ser social, el individuo en sus relaciones interpersonales con otros individuos y con el Gobierno tiene que hacer valer estos derechos gozando de libertad personal y seguridad jurídica respaldados en los artículos 14, 16 y 19 constitucionales puesto que el Sida como enfermedad tan controvertida se ve inmersa en una serie de frecuentes discriminaciones y estigmatizaciones para con los afectados incluso al grado de recluirlas en forma física y personal, malamente entendidos por falta de información.

2.1.2 EL DERECHO PENAL Y EL SIDA.

Acercas de la vertiente del Derecho Penal, los casos de contagio de una persona a otra en el caso del Sida se han venido manejando hasta ahora por lo reglamentado en el artículo 199 Bis del Código Penal del Distrito Federal que dice "El que sabiendo que esta enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda, si se acusa de contagio".

Lo que viene a demostrar una vez más la obsolescencia de la ley y la mala reglamentación, pues el Sida no es una enfermedad venérea y por tanto se incurriría en la infracción del artículo 14 constitucional "A ninguna ley se le dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna". Y al "Imponer dos penas, una por el peligro, y otra por el daño, implica una violación de garantías flagrante" (1). Podría considerarse según el artículo 303 del Código Penal como un homicidio, puesto que se necesita algo mas que el virus para el contagio, en caso de que la conducta ponga en peligro la

1. Cuadernos de Investigaciones Jurídicas, p.524.

vida humana, con fin de privarla, pero se desvanece esta situación al requerir de que el ofendido lo verifique en los sesenta días desde que fué "lesionado", como ya se mencionó, las pruebas de laboratorio tienen periodos variantes de los resultados, y pueden no presentarse en esos días como positivas. Es probable que pueda considerarse como delito de lesiones porque contiene la definición legal de poner en alteración a la salud, más aún como lesiones gravísimas como lo atribuye el mismo Código en su artículo 292 al ser una "lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable" que provoque "incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales"; la enfermedad en análisis si se adecúa a la segunda no al no ser una enfermedad mortal inmediata, sino que depende del individuo afectado como transcurra el avance y no muere propiamente por Sida, sino por la enfermedad oportunista o neoplasia, tampoco hay lesiones mientras el virus no comience a causar daños.

Tratándose de un padecimiento del que se desconocen aún muchas cuestiones del contagio y avance de la enfermedad no puede pedirse a toda persona que porte el virus que lo sepa o se le obligue a realizarse una prueba de detección de anticuerpos, bajo sospecha pues se estaría violando sus garantías individuales y derechos humanos de la libertad; no se puede comprobar tan fácilmente una actitud de dolo en el

contagio con previo conocimiento al que habría que probarlo. Por ello no es aplicable este artículo 199 bis del que nos referíamos.

A propósito de éste, recientemente se han presentado al Congreso de la Unión iniciativas de ley que tipifiquen como grave delito el contagio de Sida, (2) en la reforma o adición a este artículo: "El que a sabiendas de que enfermo de un malvenéreo u otra enfermedad grave en período infectante ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de veinte días a tres años de prisión y hasta cuarenta días multa. Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. El servidor público que en virtud de su encargo tenga nota del hecho, deberá dar aviso de inmediato a las autoridades, en los términos a que hace referencia la ley General de Salud. Cuando se trata de cónyuges, concubenarios o concubinas sólo se podrá proceder por querrela del ofendido" (3)

2. El Universal, 2 de Julio de 1990 p. 4

3. Voz Humana. Texto propuesto del artículo 199 bis

Este texto propuesto ya aprobado por la Cámara de Senadores, tiene implicaciones muy peligrosas para los derechos humanos, se presta como en la edad media a una "cacería de brujas" legalizada y auspiciada por el mismo Estado susceptible a todas las interpretaciones antojables.

No es con medidas penales como se va a detener la propagación de la epidemia, sería preferible contar con un tipo de ley que se refiera únicamente al peligro para la salud. Con esto se podría dificultar que la gente acuda al médico por temor al castigo, con graves consecuencias en detrimento de la salud y un difícil conteo de casos que si bien están en un subregistro actualmente pudiera ser que aún lo estuviera más. Las prisiones se convertirían en lo que se han llamado "Sidatarios" pero con el carácter de coercitivos sin las debidas atenciones médicas, aún más difícil pensar en una supuesta "readaptación" por medio de la pena.

En cuanto a los profesionales de salud que frecuentemente incurren en la discriminación y la negación de la atención de pacientes con este tipo de síndrome, son sujetos de la pena de abandono de personas que dicta el artículo 335 de Código Penal del D.F. "Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma teniéndolo obligación de cuidarla se le aplicará de un mes a

cuatro años de prisión..." o de lesión o muerte por abandono del paciente con premeditación. En caso de que se trate de un Hospital del Sector Central o Paraestatal, como servidor público puede caer en lo que el artículo 225 fracción II caracteriza como abuso de autoridad cometido por medio de vejaciones o coalición de servidores públicos (artículo 215) en caso de que varias gentes decidan no proporcionar el servicio al que legalmente están obligados.

No es propósito nuestro abordar todos los problemas jurídicos que se puedan presentar en las vertientes del derecho civil y del trabajo o seguridad social, sólo nos limitamos a las categorías concernientes a los derechos humanos base fundamental de la organización jurídica estatal concerniente a la salud, que involucran el quehacer de a Administración Pública como gobierno en acción.

2.1.3 LA REGLAMENTACIÓN JURIDICA DE LA ACCION ESTATAL EN LA SALUD.

Esta segunda vertiente del análisis jurídico, aborda los alcances y responsabilidades de la Administración Pública frente a la nueva problemática del Sida, a qué instancias les corresponde actuar y qué medidas pueden tomar.

En materia legislativa, es facultad de dictar y normar las leyes de salud al Congreso de la Unión como lo dice el artículo 13 Constitucional para la "...Salubridad General de la Republica", de igual forma intervienen los poderes legislativos de cada uno de los estados de la Federación, a excepción del Distrito Federal que deberá regirse por las leyes emanadas del mismo Congreso como lo dicta la misma constitución además del reciente órgano creado de representación ciudadana, la Asamblea del Distrito Federal con facultades reglamentarias dictadas por ella misma en bandos, ordenanza y reglamentos de policía y buen gobierno e iniciar leyes ante el Congreso en Materias de Salud y Asistencia Social (artículo 13, fracción VI, literales A y J).

Por parte del poder ejecutivo federal, su acción se despliega a través del Consejo de Salubridad General y la Secretaria de Salud, en materia de la salud pública. El artículo 73 constitucional fracción XVI confiere al Consejo la dependencia directa del Presidente de la República y la autoridad sanitaria ejecutiva, esto es las medidas que considere como preventivas serán obedecidas por las autoridades administrativas del país a reserva de ser sancionadas por el mismo jefe del ejecutivo. Integrado por un Presidente (Secretario de Salud), Secretario y 12 Vocales.

La ley General de Salud en el artículo 17 del capítulo II título segundo señala como competencias del Consejo:

I-Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

II-Adicionar la lista de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como as de las fuentes de radiaciones, ionizaciones y de naturaleza análoga.

III-Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de información de recursos humanos para la salud.

IV-Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;

V-Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

VI-Participar en el ámbito de su competencia en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

VII-Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes a mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.

VIII-Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuesta de reformas o adiciones a las mismas y.

IX -Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La otra dependencia gubernamental que tiene que ver con la materia de la salud dependiente y representante del poder ejecutivo es la Secretaría de Salud fundamentada en el artículo 90 constitucional como órgano de la administración pública centralizada la faculta la ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 para:

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

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

VI Planear, normar, coordinar y evaluar e Sistema Nacional de Salud y proover a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar e cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

VII Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que corresponda al Sistema Nacional de Salud.

VIII Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.

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

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

...XXI Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones de Salubridad General.

...XXIII Los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos".

Como vemos, resulta una gran gama de campos de la actividad gubernamental en la adopción de medidas para lucha contra el Sida obligadas por el artículo 73 fracción XVI constitucional: "En caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas por el Presidente de la República.

Además de ser una facultad coincidente en la acepción teórica norteamericana (4) en la que intervienen la Unión y los Estados, se le faculta al Ejecutivo Federal para coordinarse con los ejecutivos locales (artículo 13A de la Ley General de Salud) y para que ellos mismos tomen a su mando la salud comunitaria (artículo 13B) como autoridades sanitarias como lo dice la misma ley en su artículo 4º, en conjunción con los municipios para actuar en un moderno "Sistema Nacional de Salud".

Juridicamente este tienen aún muchos impedimentos, puesto que cada constitución aunque tienen que llevar la misma línea de acción, difieren una de otras, mientras en

4. SOBERON A. et. al. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, p.75.

algunos Estados existe una infraestructura institucional dedicada a la salud, como secretaria o departamento, en otros estas recaen en otras dependencias a falta de estos organismos. El problema se torna aún mayor cuando muchos municipios dependen aún de lo que les den los gobiernos local y federal agravado por el dispar desarrollo económico y social que cada estado tiene y por la disposición de recursos (materiales, humanos y financieros) y medidas que se dediquen al tratamiento del problema Sida si varía de región en región la magnitud.

2.1.4 EL SIDA Y LA LEY GENERAL DE SALUD

En seguida pasaremos a comentar los artículos concernientes al Sida en sus aspectos que le confiere la Ley General de Salud Pública para la prevención y control de la epidemia.

Del título primero, se relacionan los artículos 3° y 4°. El primero que señala como materia de saubridad general:

Fracción XV La prevención y control de enfermedades transmisibles,.

XXVI El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de muerte ocasionada por el Sida.

Artículo 4º define como autoridades sanitarias al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaría de la Salud y a los gobiernos de las entidades federativas incluyendo al Departamento del Distrito Federal, para poner en práctica las medidas necesarias del control y prevención del Sida.

Del título segundo son aplicables:

El artículo 6º con sus fracciones I y V referentes a los objetivos del Sistema Nacional de Salud entre los que destacan la atención a problemas sanitarios y acciones preventivas.

Los artículos 15, 16 y 17 que señalan la integración, funcionamiento y competencia del Consejo de Salubridad General, en el último habría que precisar también la prevención y el control del Sida como propuesta de Reforma para tomar las debidas medidas.

Y los articulo 18, 19, 10, 21 y 22 referente a los acuerdos de coordinación suscritos por la Secretaría de Salud con los gobiernos de los Estados a través del Convenio Unico de Desarrollo para la prestación de los servicios de salubridad general incluyendo las bases, los recursos y la ejecución.

Del titulo tercero, referente a la prestación de los servicios de salud son aplicables los artículos:

Articulo 24 que clasifica los servicios de salud en servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social que obviamente incluyen a los de atención por el Sida.

Articulo 27 que considera como servicio básico de salud a la prevención y el control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, base fundamental para lucha contra la epidemia.

En el rubro de prevención y control de enfermedades y accidentes del titulo octavo son aplicables los artículos 133 al 157 que se refieren al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de las enfermedades transmsibles, entre los cuales se ncluye conforme a las reformas a la ley publicadas

el 27 de mayo de 1987 en el artículo 134 y en el 136 la notificación inmediata de los casos en se detecte la presencia del virus o de anticuerpos al mismo.

Este título también involucran al artículo 145 como facultad de la Secretaría de Salud el establecer normas para el "control" de las personas que se dediquen a trabajos o actividades mediante las cuales se pueden propagar algunas de las enfermedades al Sida y a la prostitución esta disposición de la que se puede prestar a manejos de discriminación y soslayo de estos grupos de personas.

La acción extraordinaria en materia de Salubridad General reglamentada en el título décimo concierne a los artículos 181 al 184 que concede facultades a la Secretaría de Salud para dictar las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud en caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe. Este como la mayoría de los artículos están sujetos a lo que se considere como medidas "indispensables" o necesarias para combatir el sida, y de acuerdo a que criterio se normen y dicten las regulaciones.

Del título décimocuarto del Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, son aplicables los artículos 313, 344, 332 y 333 disponen que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y, que en ningún caso podrá ser objeto de comercio, se requerirá permiso previo de la Secretaría de Salud para poder importar o exportar sangre del o al país, con reciente modificación del 27 de mayo de 1989.

Se relacionan estrechamente con la norma técnica del 22 de mayo de 1986 para el control de sangre humana, y sus componentes con fines terapéuticos que dispone la realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país. A estas normas escapa la posibilidad de que dicha prueba se realice en el período de ventana y los resultados sean seronegativos, y fallas técnicas y humanas, faltaría agregar la repetición de dichas pruebas en los bancos de sangre por varias veces y con intervalo de tiempo de 3 meses en las primeras dos pruebas y seis meses en las subsiguientes con el fin de rectificar el estado serológico de sangre y hemoderivados.

El título decimosexto referente a autorizaciones y certificados hace aplicable el artículo 337 para los casos de enfermos de Sida o seropositivos a los que la autoridad sanitaria competente podrá requerir tarjeta de control sanitaria a las personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible, en los casos y bajo las condiciones que establezcan las disposiciones aplicables. Volvemos una vez más al efecto estigmatizador que implica este artículo, a las personas afectadas por el Sida no se les puede exigir que porten una tarjeta o un carnet que explique su serología, pues sería como retroceder a la campana que usaban los leprosos en el medioevo lo que contribuiría a la violación de sus derechos humanos y a la discriminación.

El título decimoséptimo menciona que la vigilancia sanitaria corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, en los artículos 393 al 401.

Por último el título décimooctavo que se refiere a las medidas de seguridad, sanciones y delitos reviste una especial importancia al señalar el Art. 417 como sanciones administrativas: la multa, la clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total y el arresto hasta por treinta y seis horas a quienes violen los preceptos de la ley, en

casos de las enfermedades transmisibles no es aplicable a los enfermos de Sida ni la cuarentena ni la observación personal porque es una enfermedad que no tiene cura y no se les puede seguir con una observación directa por falta de recursos ni a enfermos en fase terminal ni a los seropositivos asintomáticos por su mismo estado clínico. Son aplicables los artículos 462 y 462 bis modificados también el 27 de mayo de 1989 como conducta punible el que ilícitamente se obtenga, conserve, utilice, prepare, suministre y comercie con tejidos de seres humanos. La sanción es dos a seis años de prisión, multa de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y, si intervinieron, profesionales técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les podrá suspender en su ejercicio profesional de uno a tres años y hasta cinco años más en caso de reincidencia.

Una vez revisados los aspectos del marco jurídico destaca la obligatoriedad que se impone al Estado de preservar la vida de sus habitantes, aunque como se ha señalado oportunamente los derechos humanos de los individuos llegan a chocar con los derechos públicos regulados jurídicamente lo que deja mucho que desear de las leyes en, su obsolescencia, al tratar de proteger el derecho a la salud se abandonan o no se especifican muchas cuestiones respecto a la epidemia cayendo en una burda ambigüedad libre de interpretaciones

necias o denigrantes de la dignidad humana. Cabe hacer el cuestionamiento de hasta dónde los intereses dominantes se convierten en "derechos" ciudadanos. Y, hasta qué punto los derechos individuales se seguirán hundiendo en la necesidad de proveer el "bien común".

Claro está, que al Gobierno y a la Administración Pública a través del Ejecutivo Federal delegado en las instancias orgánicas de sus dependencias, se les dota de controles para la epidemia tipo prevención, control y sanciones para seguir reproduciendo este tipo de dinámica jurídica avalada en un proyecto nacional de "salud para todos" proyectada, por el intento de Sistema Nacional de Salud en toda la República que abarca los niveles de gobierno, y los sectores social y privado que prestan servicios de salud coordinados por una línea vertical emanada desde "arriba".

2.2 ASPECTOS ECONOMICOS DEL SIDA

Para que una sociedad pueda gozar del derecho a la salud, requiere desenvolverse en un ámbito económico en el que existan por una parte crecientes recursos y por otra la adecuada asignación en todas las ramas de la salud pública con el fin de obtener el mejor uso y aprovechamiento de recursos.

Desafortunadamente, la epidemia del Sida aparece y se desarrolla en un contexto de la más severa crisis económica por la que ha pasado México en los últimos tiempos. Constituye uno de los obstáculos pilares del crecimiento de la economía; propicia que la riqueza social se distribuya con mayor desigualdad y por lo tanto el deterioro en los niveles de vida; el Estado se allega de menores recursos el financiamiento de los servicios públicos como el de la salud es más complicado al mismo tiempo que la demanda de los servicios se hace más apremiante ante la emergencia del problema Sida agravados por el ritmo inflacionario que eleva los costos y dificulta la satisfacción de las demandas.

Como se sabe la crisis económica del país es resultado de un proceso histórico en el que el Estado incorporó demasiadas empresas ajenas a las prioridades del desarrollo como loza, cabarets, aguas minerales, restaurantes y tintorerías en lugar de guiar los recursos a los renglones de significación social en la década sesenta (5), castigando principalmente a la agricultura, en lo subsiguiente, apareció el fenómeno inflacionario y el proceso de endeudamiento externo del país se aceleró muy por encima de la capacidad

S. VELEZ, Felix "Deuda, Reglamentación y Crecimiento Económico en México" en Salud Pública de México p.207

real de la economía para pagar el servicio de los créditos; la petrolización de la economía se acentúa dejando de lado inversiones en otros sectores; hasta agudizarse en un periodo de "crisis" del sexenio pasado, ya que los precios del petroleo bajaron en el mercado internacional. Se incorporaron mas creditos extranjeros y para poder pagar sus intereses, se contrajo la obsorción interna, sobre todo a través de una disminución del gasto público y una dedicación hasta ahora de más del 70% del Producto Interno Bruto en el pago de esta deuda. Por otra parte, el ingreso por habitante ha caído a los niveles de hace más de una década y comienzan a acumularse rezagos importantes en materia del gasto social, los salarios reales disminuyen y con ellos el poder adquisitivo lo que hace pensar que la factura de la deuda la ha pagado el pueblo mexicano en términos por demás onerosos.

2.2.1 EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Si bien es cierto que los gobiernos posrevolucionarios dedicaron cuantiosos recursos para financiar los programas de desarrollo social como la salud; los más recientes sexenios han mermado estos gastos por razones internas de la crisis económica y por presiones internacionales de los acreedores del capital. Así lo demuestran las siguientes cifras:

La caída del gasto público federal en relación con el Producto Interno Bruto (PIB) de 1960 a 1970 disminuyó el 10.4%, de 1981 a 1986 a 3.1% hasta quedarse en 3.04% en 1986, esto es un mero reflejo de la política de austeridad presupuestal auspiciada por el estancamiento económico.

En cuanto a la salud el gasto programable también se ha reducido de 1982 a 1987 en 12.24%, 11.68%, 11.31%, 11.66%, 11.08% y en un 10.21% por cada año . "La pérdida de dos puntos porcentuales significa una reducción del 17% en su volumen respecto del presupuesto total" (6), y a lo largo de todo el periodo un 48%, tomando en cuenta el índice inflacionario "el gasto en salud y seguridad social fué de 16,530 millones de pesos en 1970, aumentó a 17,732 millones en 1981, y a partir de este año tiene una tendencia descendente, para llegar en 1986 a 8,009 millones de pesos, el gasto en salud ha descendido de 52,301 millones de pesos en 1978 a 28,429 millones en 1986"(7), y respecto al Producto Interno Bruto entre 1977 y 1987 cae de 3.80% a 2.28% el gasto en la salud, muy por debajo de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud el 5% de PIB.

6. HERRERA Z. y GONZALEZ T. "Dilemas del financiamiento en la salud" en Salud Pública de México, p.801.

7. Idem.

La distribución presupuestal para la salud también esta empapada de una inequidad palpable, se divide en tres rubros: institucional, regional y por concepto de gasto.

El presupuesto institucional tradicionalmente ha favorecido a las instituciones de seguridad social, principalmente al Instituto Mexicano del Seguro Social, que concentraron en 1984 el 87% del presupuesto sectorial con una responsabilidad del 46.6% de la población, y las instituciones para la población abierta con el 13% del presupuesto sectorial para la atención del 53.4% de la población restante. Lo que hace ver que quienes pueden contar con un mejor servicio de salud son los que gozan de mayores salarios reales y no los de mayores necesidades sanitarias que son las más.

La distribución regional también esta llena de desigualdades al favorecer preferentemente a seis entidades con un presupuesto mayor en ocho puntos porcentuales al resto de los estados: Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Sonora, Nuevo León y Veracruz, como consecuencia de la centralización que afecta principalmente a los municipios rurales y estados con menor desarrollo económico y/o menor salario real "La inequidad es marcada entre áreas rurales y urbanas: el 29% de las localidades rurales menores de 2,500

habitantes no reciben atención de salud básica" (8).

La tercera manera de distribución presupuestal de la salud es por concepto de gasto, tal vez la más directamente vinculada con el sida, ya que el 70% se destina a la atención curativa y sólo el 6% a programas preventivos(9) Se considera que se le debería de dar más prioridad a la segunda que a la primera, ya que una prevención a tiempo sobre los riesgos del Sida y cómo se transmite es menos costosa que la medicina paliativa y más efectiva al mantener a mayor número de gente sin infectarse.

Este desigual financiamiento de la salud y la caída del gasto público hace que el Estado Mexicano no genere las condiciones necesarias para que la población pueda asegurarse su derecho a la salud.

Condiciones agravantes por la extrema centralización fiscal de ingresos económicos; recursos tecnológicos, recursos humanos calificados y concentración de poder político soslaya a las demás regiones apartadas de este desarrollo económico acumulativo que aunque reciben crecientes recursos nominales son paradójicamente

8. Ibidem. p 802

9. Ibidem. p.803

insuficientes. Esto lo propicia el actual Pacto de Solidaridad Económica basado en la disminución de los gastos locales en proporción similar al federal y recortes presupuestales.

Otro aspecto crítico es que por norma constitucional los mexicanos están obligados a contribuir para los gastos públicos federales, estatales y municipales (artículo 31 fracción IV) en condiciones de una desigual distribución de la riqueza. Son pocos los ingresos públicos y muchos los tributos respaldados en la nueva Reforma Fiscal, hasta 1987 con respecto a 1983 crecieron estos del 59.2 al 65.4% dentro de los ingresos totales del Gobierno. Aunadas estas condiciones del escaso o nulo incremento de salarios nominales comparados con el índice de precios "en 1971-1976 fue de 5.3 favorable a salarios; en 1977-1982 fue de -8.6 favorable a precios, y en 1983-1987 es de -16.3 favorable a precios"(10). Pareciera ser que las actuales políticas económicas conducen a una cultura de austeridad de los cuerpos con caracteres de una demanda creciente, una oferta precaria y salarios paupérrimos.

10 Ibidem. p. 807

2.2.2 LOS COSTOS DEL SIDA

El estallamiento de la epidemia Sida se da en un país como México en crisis económica, pobre, con alto endeudamiento, recortado en el gasto público y como se ha visto altamente castigado en el sector público, vendido hacia el exterior y por si fuera poco con la polarización distributiva de la riqueza que hace a unos cada vez más ricos y a otros cada vez más pobres.

Son altos los costos de la atención médica y hospitalarios con una tendencia a que estos servicios se vean superdemandados en un futuro próximo por el crecimiento de la enfermedad. Lo que indica que el Sida no sólo se desarrolla en un marco de la posible "transición epidemiológica" sino en una complejización del perfil de daños a la salud, es decir, en una extrema pobreza que deja mucho que desear de los argumentos discursivos del Gobierno que dan prioridad en la canalización de recursos a otras áreas como el cuantioso pago al servicio de la deuda externa.

Miguel A. González Block anuncia que de continuar la crisis, cosa por demás probable, se estará requiriendo de los recursos federales disponibles entre el 0.4 y 0.7% y

manteniendo los ritmos señalados del gasto de 1987 entre el 0.2% y el 0.3% o los de 1982 entre el 0.09% y 0.15% (11), de los recursos de las instituciones para la población abierta 2.3 y 3.9 veces más en el presupuesto destinado a la atención hospitalaria. Y de las instituciones de seguridad social un 0.3 y 0.5 veces más; lo que sería francamente incosteable aún peor si se afirma que el Estado debería de absorber el 100% de los gastos para atender a más de un 90% de los pacientes con Sida en el país.

Estas aproximaciones financieras están basadas en los costos enunciados por el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en el que se calcula que actualmente un paciente con diagnóstico de Sida recibe dos consultas mensuales en promedio con costos de operación de 26.6 dólares por consulta, y 20 dólares mensuales en medicamentos; si se trata de un paciente con Complejo Relacionado al Sida el costo de medicamentos es de 8,600 dólares en promedio y, por cada paciente de Sida el costo es de 200 dólares diarios con razón de 48.2 días por año de hospitalización. Por otro lado una persona con diagnóstico de Sida se le calcula una sobrevivencia de un año, con costos de 2,880 dólares por consulta

11. SEPULVEDA A. Sida, Ciencia y Sociedad en México, p. 470.

externa y 240 dólares en medicamentos, que junto con costos de hospitalización arrojan una cifra de 12,760 dólares en promedio en México. (12)

Ahora bien los C.D.C -Centers for Disease Control- de Estados Unidos consideran que basados en sus propias proyecciones estiman un promedio de costo de vida en los hospitales de 147,000 dólares por paciente de Sida; y la Corporación Rant ha estimado que el costo del tratamiento de los pacientes de Sida excederá los 37 billones a mediados de 1991, que en el peor de los casos podría incrementarse a 113 billones para el tratamiento de sus pacientes (13)

Esta disparidad de cifras puede ser debida a la diferencia en tratamiento médico, atención y hospitalización que reciben los enfermos de Sida en un país desarrollado económicamente y con la más alta tasa de incidencia en el mundo con más de un millón y medio de personas con el síndrome, y un país que actualmente ocupa el décimo tercer lugar con afectados por la pandemia y con una severa crisis económica como lo es México.

12. Ibidem. pp. 468-469

13. HARRIS COUNTY MEDICAL SOCIETY AND HOUSTON ACADEMY OF MEDICINE. Aids. p.54

Tal pareciera ser que los costos de la epidemia Sida requieren de un viraje en la política económica del Gobierno Nacional, que incluya un esfuerzo presupuestario adicional para el sector salud, con prioridad inmediata en el tratamiento preventivo y no una canalización en aras de otras ramas de la economía como el pago de los intereses de la deuda externa.

Para ello no basta con pedir más recursos externos, ni que éstos sufraguen a organismos dedicados al combate de la enfermedad, sino redefinir todo el gasto social y económico con el fomento interno, pues si bien es cierto que la salud pública depende de un buen funcionamiento productivo y efectivo intrasectorial e intersectorial basado en un fomento respaldado por la política gubernamental en su conjunto.

2.3 CONSIDERACIONES SOCIALES DEL SIDA

Hablar de la enfermedad Sida, es hablar también del ambiente social en que se desarrolla el problema, es tratar de la "historia social" del Sida, del radio de acción social en el que los individuos se enferman en circunstancias sociales, histórica y socioculturalmente determinados.

La nueva problemática del Sida en una sociedad como la mexicana involucra directamente aspectos de impacto social como el fenómeno de una alienación del riesgo ante la disyuntiva de quienes se sienten afectados por la epidemia ¿es sólo un problema de homosexuales masculinos, prostitutas, hemofílicos o drogadictos intravenosos?, con la ayuda del análisis anexo de la enfermedad vemos que el "riesgo" no se limita a estos grupos sino que es de todos. Es un problema social, lejos de duda alguna de salud individual y pública.

Conciérne también a aspectos educativos directamente dependientes en su modalidad formal de todo un aparato con planes, programas y objetivos estructurados a los que tienen acceso sólo una minoría al cumplirse el enorme filtro educativo de la enseñanza piramidal al que acceden sólo una parte seleccionada de la población con ingresos suficientes. Este tipo de formación escolar proporciona información valorativa con toques subjetivos en temas como la sexualidad.

El círculo vicioso es que quien obtiene un grado educativo de la formalidad oficial sólo puede tomar las debidas precauciones para prevenirse de enfermedades o salvaguardar su salud.

Por otro lado, la educación llamada informal, con la que se forma el individuo a lo largo de su vida cotidiana en el contacto social y a través de la interacción con los

medios de información, o comunicación socializada también tiene estas características de pasar por la opinión y criterios moralizantes dominantes que coadyuvan a la reproducción social del modo de vida de lo que se considera "bueno" o mejor para apuntalar el sistema de reproducción social capitalista.

Estas líneas educativas refuerzan lo que M. Foucault llama saberes dominantes. Es decir, la aceptación unánime de toda una concepción ideológica cosmogónica de lo impuesto por una cultura dependiente ideológicamente y heredada por siglos desde el exterior de una manera sumisa y abierta, para preservar lo que jurídicamente se ha denominado el bien común. Pese al sacrificio de lo individual o intereses particulares.

En la cuestión analizada se palpa claramente esto cuando a un enfermo de Sida, se le llama un individuo contaminante o de riesgo "Sidoso" para los demás. Cabe aquí observación de quiénes son las gentes que realmente están en riesgo, los que de alguna manera adquirieron el virus o los que se creen ajenos a él.

Esta situación relamente alarmante da pié a las clásicas discriminaciones, a buscar un culpable y una víctima, al rechazo, a la marginación tantas veces vista en

hospitales, medios de trabajo, de supuestos amigos o simplemente de convivientes que son objeto de estigmas o puestas de etiquetas de víctimas culpables.

En una sociedad caracterizada por un machismo, erotofobia, con tintes patriarcalistas, claramente identificada por buscar una figura del pater en el Estado, auspicia toda esta serie de fenómenos impactantes en los que los seres humanos rechazan a otros seres humanos por considerarlos como sucios o enfermos sencillamente porque "se lo buscaron".

La epidemia del Sida viene a romper la supuesta pasividad de una sociedad dormida en la rutina cotidiana del vivir en el control; control político social de la sexualidad dormida y claramente dominada por una moral tradicional. Hablar de Sida implica también hablar de sexualidad humana.

Es tratar también con un crisol que abarca además de un sexo biológico, de un sexo de asignación social de hombre o mujer únicamente: de un papel o rol que hay que cumplir de fortaleza o debilidad, de dominador o dominado. Cuando un individuo se siente identificado, se reproduce este

modelo de roles sociales de la sexualidad o en dado caso de que no exista una identificación, el individuo tiende a esconder sus preferencias sexuales para ajustarse a la disciplina impuesta y asumida del control de los cuerpos.

Esta gran gama que involucra la sexualidad del individuo íntegro y social, está determinada históricamente bajo un control social de lo que Foucault llama la "biopolítica de la población" y la "anatomopolítica del cuerpo humano" (14). es decir, que la sexualidad es una forma de reglamentación de los procesos biológicos como la salud, la muerte y el nacimiento entre otros y, la preparación disciplinaria del hombre para convertirlo en una máquina de reproducción biológica y social; combinación idónea de las disciplinas del cuerpo y de las poblaciones a través "la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida" (15).

Para este autor nada escapa a la perfecta red de entramados para a dominación hacia la obediencia, hacia la concepción de un régimen disciplinario individual y social.

14. FOUCAULT, Michel. Historia de la Sexualidad, Tomo I, p.168.

15. Ibidem. p.169.

El Sida significa el quebranto de estas estructuras en la que se desarrolla el equilibrio biopsicosocial, apoyadas en la clásica medicina profiláctica; es romper el paradigma social de supuesta salud comunitaria con el enigma del Sida. La siniestra enfermedad de nuestros tiempos que pone en tela de juicio las líneas hasta ahora preservadas del control jurídico, económico y político de la capacidad de un gobierno en acción.

Toda esta vertiente crítica emana de la transmisión sexual por la que se puede adquirir el virus que desata la inmunodeficiencia humana. Primero fueron afectados los hombres homosexuales, incluso hasta llamarsele "cancer rosa" y las prostitutas (os) a los que se les designó como "grupos de alto riesgo" lo criticable para ellos era su preferencia sexual o su actividad económica, como graves comportamientos antinaturales, o anormales; perversos en sí por la gran imposición del discurso valorativo dominante.

Si bien es sabido que la prostitución es una de las características de la sociedad monógama que nace al mismo tiempo con ella; es utilizada para conseguir empleos, ascensos, cargos, plazas o puestos calificados; es rechazada y propiciada. El mercado de cuerpos cotiza como mera mercancía

de uso y desecho a los hombres y no sólo a las mujeres; lo que hace que el cuerpo sea un medio y no un fin de desarrollo del individuo en su vida diaria.

También es cierto que comúnmente se vea a los enfermos del síndrome como promiscuos, pero qué es la promiscuidad sexual, sino un derecho de libertad de manejar el propio cuerpo; bien ejercida y con responsabilidad no puede coartarse porque sí.

Resultado de todo ello es desproveer al individuo de una autogestión del cuerpo y por tanto, de una atogestión de la vida de la comunidad, en forma de autómatas con reducción de la "desmultiplicación del placer y un aumento del poder que lo controla" (16)

Afirma Francisco Gómez Jara que "igual que cuatro siglos atrás con la aparición de la sífilis, se maneja al Sida como arma de represión" (17), con coerción física, psicológica, social y de rechazo auspiciada por la obsoleta e insuficiente legislación en torno a la enfermedad, libre del uso, e interpretación que se le quiera dar.

16. *Ibidem.* p. 63

17. GALVAN D. FCO. *El Sida en México...*, p.11

La sociedad mexicana ve de una manera prejuiciosa las prácticas sexuales que son fuera de la relación conyugal monógama, que no se ajustan a este tipo tradicional preservado por siglos. A fin de cuentas redundantes en la forma en que se ejerce la sexualidad y con ella la vida sexual de cada individuo. El Sida desde esta óptica, actúa como un "cuartelazo a la revolución sexual"(18), iniciada en la década setenta con movimientos populares llamados a la autogestión individual ahora truncado y vueltos en reversa.

Obviamente, esto repercute de forma directa en toda una mitificación elaborada por parte de la población todavía no portadora del virus acerca la otra población sí portadora de VIH, conceptualizada por algunos autores como "el otro Sida", la enfermedad mental, la que no tiene solución, una "mentopatía" (19) en forma de neurosis y/o psicosis que conjuga una enajenación del riesgo y la segregación social. Se manifiesta palmariamente en autorrepresión, olvido, rechazo, en un pensamiento mágico o en explicaciones morales para justificar la crisis Sida, es lo que en psicología se denomina como mecanismo de defensa con el fin de proteger la personalidad del entorno amenazante., de manera inconciente.

18 Ibidem. p. 225-237

19 ORIOL Anguera, Antonio. "Sida", en Acta Médica, p. 51

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Esto es ¿Que pasaría si yo tuviera Sida? o ¿si el enfermo fuera alguno de mis seres queridos? al enfrentarse alguien ante estas preguntas entra en angustia y se antepone por tanto una explicación para mantenerse al margen de "los afectados por el Sida".

Esta situación se agrava por el hecho de que cuando se posee alguna información ésta es por lo general deficiente, confusa e incomprensible. para conocer el fenómeno hasta caer de nuevo en la angustia o depresión por falta de un conocimiento veraz.

La otra cara de la moneda es ¿qué pasa con el individuo que por alguna manera contrajo el virus del Sida?. A nivel particular, ha de pasar por toda una serie de fases psicológicas desde el momento en que sospecha que tiene la enfermedad, o le dan el resultado positivo de la prueba serológica hasta la aceptación de tener Sida. Estas etapas pasan por la negación a la idea de tener la enfermedad, la estructuración mental, un deterioro de la autoestima, una autodestrucción, la búsqueda de ser maltratado, la vengatividad al percibir como culpables a los demás, el reconocimiento y la aceptación del hecho. Estas líneas psicológicas no constituyen un proceso en sí, dominado por el inconciente, puede girar en torno a una etapa o a varias como

especie de remolinos demarcados por el autocastigo, la ira o depresión o bien, llegar la asunción de la enfermedad.

Todas estas circunstancias son una confluencia a nivel particular, de las características sociales del entorno comunitario. Como el no reconocer como válidas a las distintas preferencias sexuales y expresiones comportamentales de la sexualidad que están fuera de lo impuesto, de la heterosexualidad, de la monogamia; del control social cuya base es la reglamentariedad de cada uno de los cuerpos impuesta desde los individuos mismos.

Puede tener varias implicaciones el conocer los resultados serológicos de las pruebas de laboratorio o confirmatorias en la íntima esfera de la sexualidad como algunas disfunciones sexuales a lo largo de toda la respuesta sexual humana, el cancelamiento de la vida sexual temporal o definitivo o hasta la misma automarginación sexual provocada por la constante introyección de los reproches morales del entorno social convergentes en el autocastigo y deterioro de la autoimagen por la carga culpígena.

Comunmente se han visto estos comportamientos no sólo cuando se entregan resultados seropositivos a los reactivos que detectan anticuerpos en presencia del VIH sino también, en los resultados seronegativos; lo que nos hace caer en la

cuenta que este último resultado no es objetivo en sí, sino que es un estado probalístico con márgen de errores humanos del trabajo en el laboratorio, la falta de niveles de respuesta inmune ante el VIH-1, o simplemente porque la prueba aplicada no detecta el VIH-2.

Este tipo de implicaciones dadas frecuentemente en testimonios tiene como consecuencia que el individuo mismo deje de amarse y de tener la capacidad de manejar su cuerpo a su albedrío. A este nivel el Sida viene a recalcar aún más el humano acercado casi al parejo del autómeta, si tener por lo tanto, una relación afectiva estrecha con la demás comunidad para tirar sus demandas a la basura. Es lo que el Antropólogo Xabier Lizárraga llamó el "Síndrome de la Inadvertida Derrota Afectiva" en el 1er. Encuentro Nacional Sida, Sociedad y Sexualidad (20). Lo que hace vislumbrar el lado oscuro de las consecuencias sociales del Sida, es una pérdida total del afecto entre la comunidad que se dice impactada por el Sida, sean o no portadores del virus, cuya característica es el terror y la impotencia ante la crisis del Sida auspiciados por una política social de la represión enmascarada por la tolerancia a los impactados y afectados por el Sida, a las "otras" preferencias sexuales que se salen de lo impuesto, por la conmiseración y la lástima.

20. Ponencia. "Un día especial en la vida de Jano" por Xabier Lizárraga C. en el I Encuentro Nacional Sida, Sexualidad y Sociedad, 31 de agosto de 1990.

Bien o mal las políticas gubernamentales no han respondido con todas sus fuerzas a contrarrestar estos efectos de estigma y discriminación, de tolerancia y de lástima.

El hombre mismo debiera comenzar por una revolución a nivel de su mismo cuerpo, proclamar la autogestión y utilizar la emergencia de la pandemia para luchar por sus propias libertades y encaminar con ello la lucha contra estos efectos que minan la dignidad humana.

2.4. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA.

La epidemiología tradicionalmente considerada como el estudio o tratado de la magnitud de la distribución de una enfermedad en la población, sirve como instrumento básico para la Administración Pública, en la práctica de la política gubernamental para planear, conducir y evaluar las acciones en la salud pública. Definir las políticas de salud con la evaluación de la situación, sus determinantes y sus tendencias.

Por ello, es necesario que quienes toman las decisiones políticas gubernamentales estén bien enterados de estas aplicaciones de esta ciencia realmente nueva en nuestro país, para poder comprender la situación real de un problema epidemiológico como lo es el Sida, establecer las prioridades, proponer los servicios necesarios y evaluarlos en un proceso constante de retroalimentación.

El panorama epidemiológico de México corresponde a un mosaico de enfermedades resultadas de las desigualdades entre los grupos sociales, económica y geográfica. Destacando los problemas de índole infecciosa como diarreas e infecciones agudas de las

vías respiratorias provocadas por la falta de servicios básicos a la comunidad como lo es el drenaje y el agua potable y, por las inconveniencias de la vida "moderna" (como la contaminación ambiental) que, también incide directamente en las altas tasas de letalidad inducidas por la violencia y los accidentes por un lado y por otro, las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, cirrosis, cardiopatías isquémicas, enfermedad cerebrovascular y tumores malignos.

La mortalidad varía de región en región como es el caso de las enfermedades diarreicas en los Estados del sur y los tumores malignos en las entidades fronterizas del norte.

Se unen a este panorama enfermedades en retirada como el tifo, la difteria y la poliomielitis, enfermedades re-emergentes o reintroducidas en los años recientes con el precedente de una erradicación como el dengue; enfermedades resurgentes como el paludismo que sin haber desaparecido vuelve a tener gran importancia y por último el Sida como enfermedad realmente emergente con grandes índices de morbilidad o

incidencia, trasmisión, letalidad y mortalidad(21).

El Sida como problema epidemiológico debe de ser caracterizado como problema prioritario de la salud pública por su trascendencia social y económica en vista de la susceptibilidad general de contagio en toda la población y una acentuada afección en edades de vida reproductiva biológica y económicamente; un registro de casos en todas las entidades de la República; por la necesidad de recursos humanos, financieros y materiales para tratarlo y por el incremento acelerado del número de casos con Sida, además de las prevenciones necesarias para el número de casos de gente infectada con el virus que varía entre cincuenta y cien por cada enfermo en fase terminal de la enfermedad, según el propio CONASIDA.

Para tratar el problema epidemiológico del Sida en México recurriremos a las estadísticas oficiales emanadas del Sector Salud y del Consejo Nacional

21. ROBERON, "Transición epidemiológica. Perfiles epidemiológicos actuales" en Problemas y Programas de Salud, tomo II, pp. 42-49.

para la Prevención y el Control del Sida en el análisis del crecimiento de los casos, las tendencias en los Estados, la proporción de incidencia en hombres y en mujeres, en los grupos etarios, categorías de transmisión y por instituciones de salud notificantes.

TENDENCIAS DE LOS CASOS DE SIDA.

Oficialmente se ha considerado que los primeros casos de Sida registrados fueron el resultado de una transmisión importada, es decir, gente que viajó o residía en el extranjero básicamente en Estados Unidos, trajeron la enfermedad a principios de la década pasada primero al Distrito Federal, con preferencia sexual homosexual y bisexual y con un nivel socioeconómico elevado.

Lo que hizo marcar una línea de caracteres asociados con la enfermedad que se creían en un principio exclusivos para el Sida, edificando a una enfermedad "mala" y llena de prejuicios; hasta llegar a los famosos "grupos de alto riesgo", que más que grupos de personas con mayores probabilidades de adquirir el virus se convirtieron en grupos con estigmas sociales.

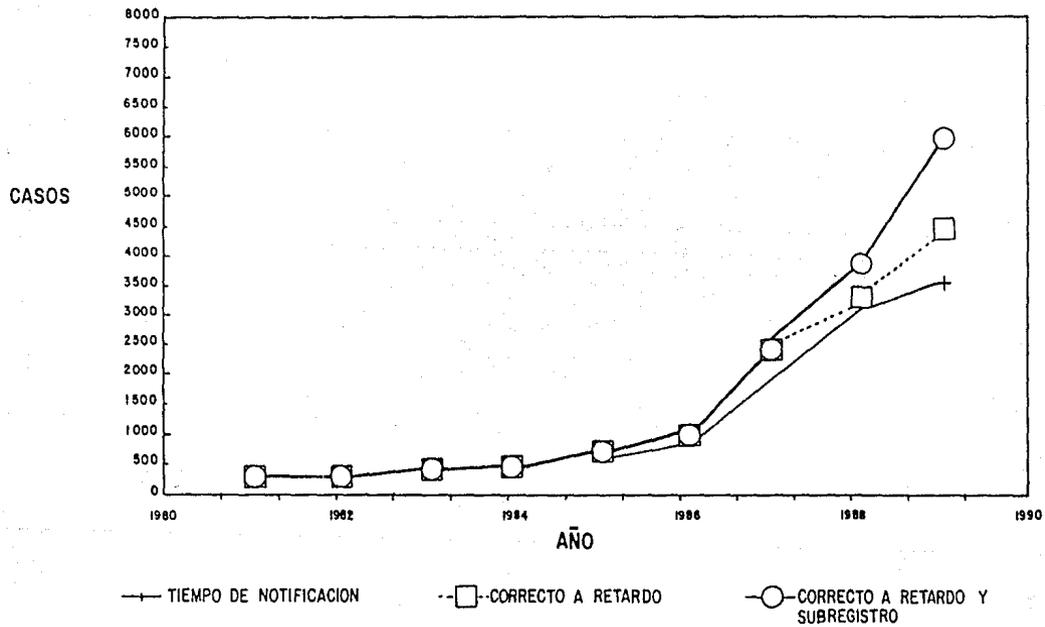
Por las recientes investigaciones biomédicas se sabe que grupo de alto riesgo sólo es uno y lo conformamos la especie humana.

El conteo oficial de los casos de Sida, como enfermedad, llevado en México por el CONASIDA ha sido sólo un somero reflejo de la realidad; por dos razones bien fundamentadas, una es el retraso en la notificación que en promedio es de dos años posteriores a su diagnóstico y la otra es por el subregistro en el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. Lo que arroja que para calcular número aproximado de casos de Sida en fase terminal de la enfermedad hay que "adicionar el 36.7% por retraso, y el 26% de la suma de oportunos mas casos en "retraso" (22).

Así tenemos que hasta el primer semestre de 1990 existían 4,589 casos a los que se adicionan 1,684 por retraso y 1,193 por subregistro lo que hace un total de 7,466 casos de Sida registrados hasta ese momento.

FIGURA 3

CASOS DE SIDA ACUMULADOS POR FECHA DE NOTIFICACION OPORTUNA
POR RETARDO EN NOTIFICACION Y SUBREGISTRO



FUENTE . GIS-SIDA , VIH/AIDS TRANSMISSION MEXICO, S.P.I.

La evolución del crecimiento de los casos ha observado tres periodos: de 1983 a 1986 con un crecimiento inicial con periodos de duplicación de 8 a 10 meses; en 1987 un lapso de crecimiento exponencial con periodos de duplicación de 4 a 6 meses y la tercera etapa de 1988 a 1989 con un crecimiento exponencial amortiguado con periodos de duplicación de 10 a 12 meses.

FIGURA 4

**CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
MEXICO 1983-1990**

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (10 ⁶)	
1983	17	0.2	} CRECIMIENTO INICIAL
1984	26	0.3	
1985	69	0.8	
1986	133	1.6	
1987	804	9.6	} CRECIMIENTO EXPONENCIAL
1988	964	11.3	
1989	1499	17.2	} CRECIMIENTO EXPONENCIAL AMORTIGUADO
1990	619*		
1983 - 1990 (ACUMULADO)	4131	52.9	

* CASOS DEL PRIMER TRIMESTRE

FUENTE. CONASIDA , BOLETIN MENSUAL , VOL. 4, No. 4 pag. 855

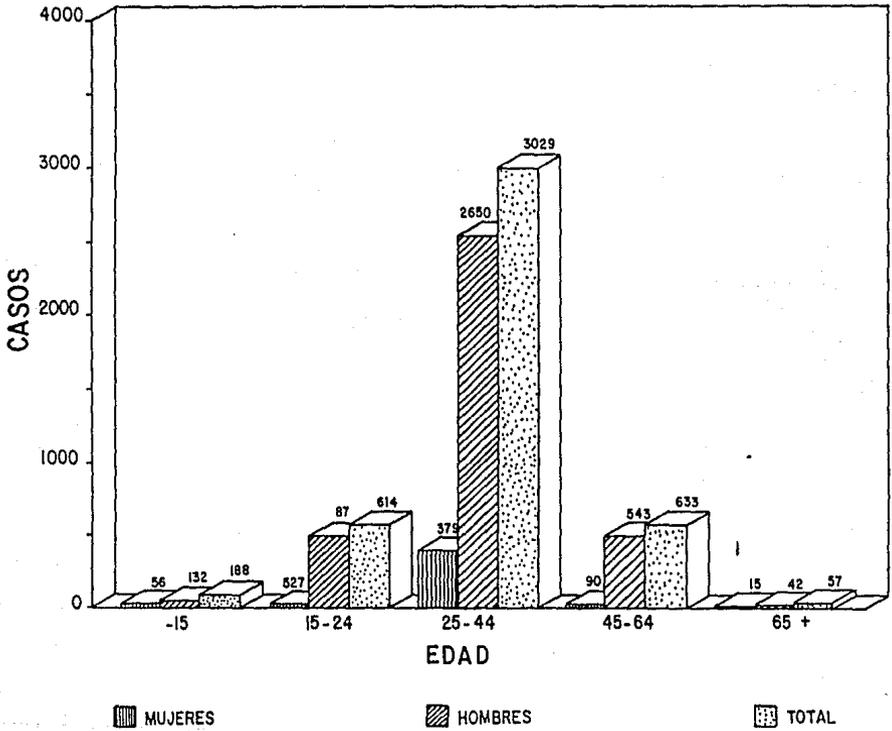
La tendencia del crecimiento de casos por sexo biológico masculino y femenino observa una proporción decreciente y mucho mayor en los primeros y creciente y menor cuantitativamente en mujeres.

De 1980 a 1984 la proporción era de 24 casos en hombres por cada caso en mujeres, en 1987 de 16 a 1, en 1988 de 6 a 1 y desde julio de 1989 hasta este año se ha conservado esta proporción precedida por una de 5 a 1, en promedio, aunque el ritmo de crecimiento es más acelerado en las mujeres con periodos de duplicación de cada 7 meses y con una incidencia del 16% en el total de los casos.

Se han observado cambios en la distribución por edad del Sida en la población, si bien el mayor número de incidencia recae entre las edades de 25 a 44 años que representan el 70% hasta 1986, son ahora el 66.0%; los casos pediátricos han evolucionado de 1.2% a 4.1% y los jóvenes han mostrado un mayor incremento de 3.7 a 13.4, quedando la situación numérica hasta el 30 de julio de 1990 de la siguiente forma:

FIGURA 5

EDAD Y SEXO

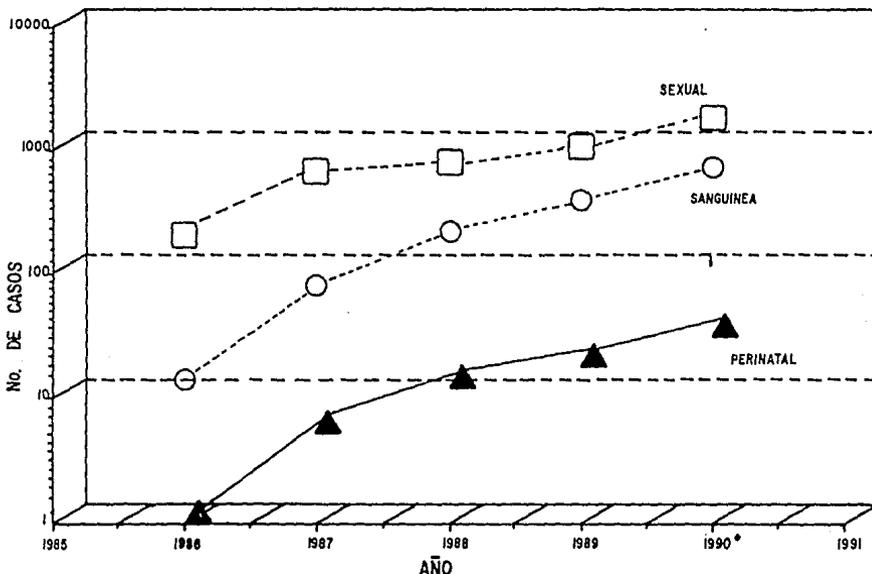


FUENTE. CONASIDA BOLETIN MENSUAL VOL. 4 no. 7 pag. 916

De las tres formas de transmisión del virus del Sida: sexual, sanguínea y perinatal, la primera se ha conservado como el mecanismo más efectivo y frecuente pasando de 1986 con el 94% a 1990 con el 76.5%, la sanguínea con un asombroso aumento del 5% al 20% a pesar de las medidas legislativas en contra del comercio de la sangre, y la perinatal también presenta un crecimiento.

.FIGURA 6

**TENDENCIA DE LOS CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
SEGUN CATEGORIA DE TRANSMISION. MEXICO**



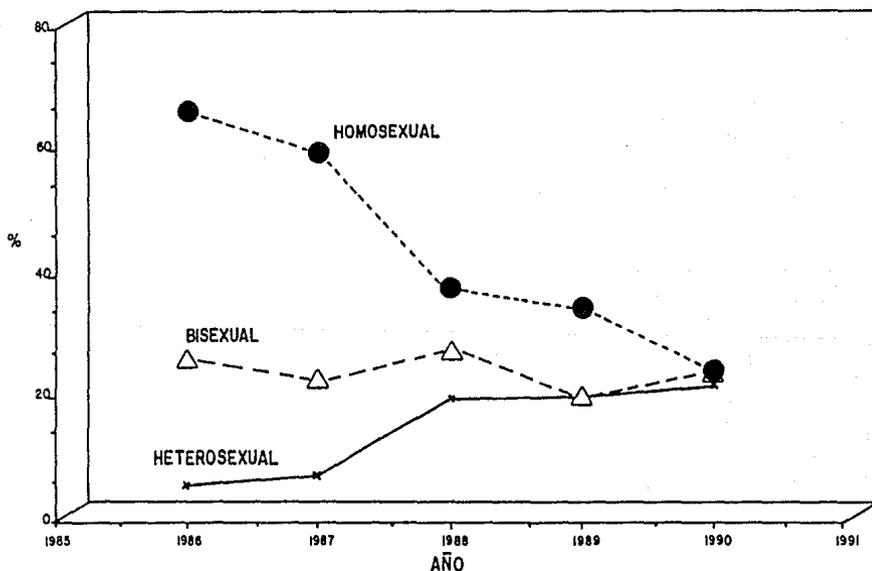
* CIFRAS CALCULADAS A PARTIR DE LOS DATOS DEL PRIMER TRIMESTRE

FUENTE, CONASIDA, BOLETIN MENSUAL VOL. 4 No. 4 pag. 855

Dentro de la transmisión sexual, oficialmente se agrupan las formas de la transmisión homosexual, bisexual y heterosexual, de las que la primera representaba en 1986 el 65.4% a bajar en 1990 a un 24.5%, la segunda clasificación se ha mantenido estable y la heterosexual en ese periodo pasó de un 4.1% a más de un 20%.

FIGURA 7

**TENDENCIA DE LA PROPORCION DE CASOS DE SIDA
POR CATEGORIA DE TRANSMISION SEXUAL
MEXICO 1983-1990 (HASTA EL 31 DE MARZO)**

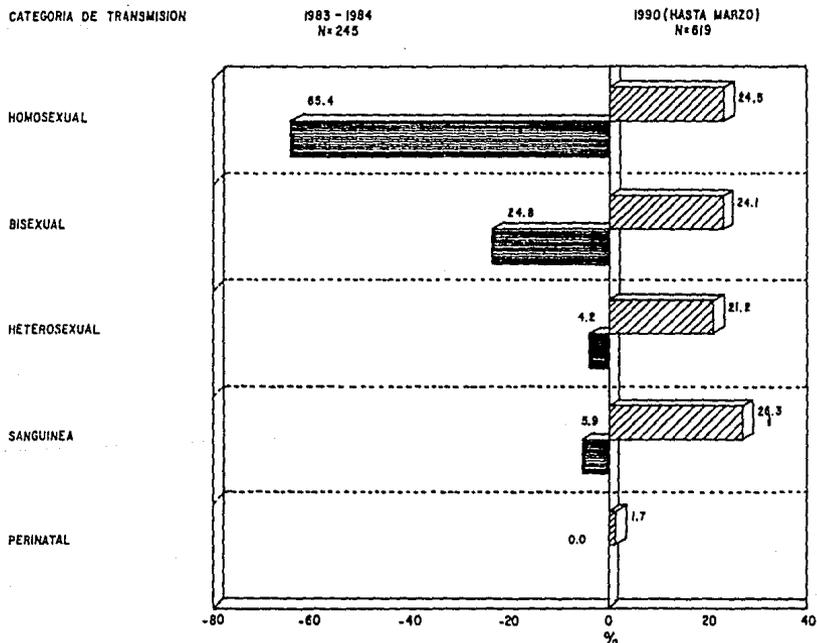


FUENTE, CONASIDA BOLETIN MENSUAL, AÑO. 4 No. 4 pag. 856

Así lo demuestra la siguiente gráfica en la que disminuye la proporción en homosexuales e incrementa seriamente en heterosexuales por transmisión sanguínea y perinatal:

FIGURA 8

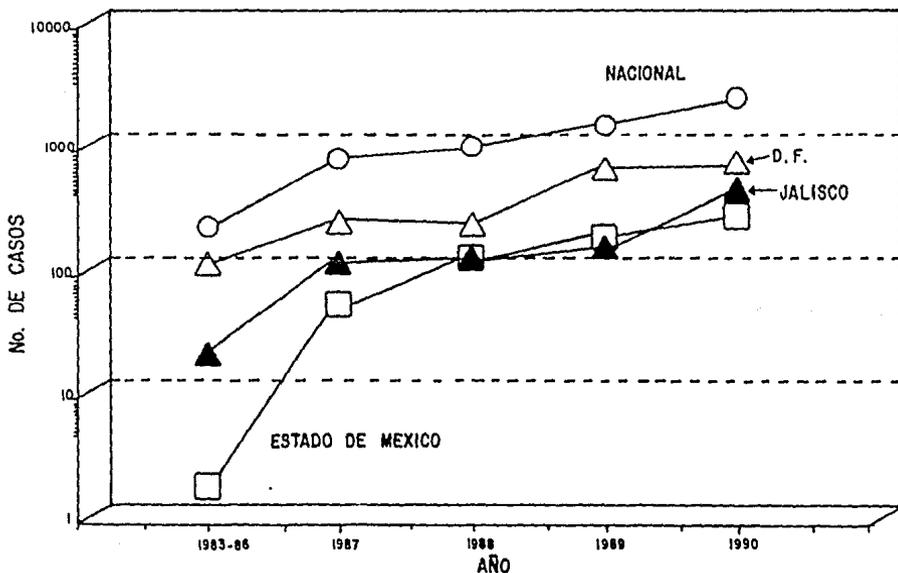
PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA POR CATEGORIA DE TRANSMISION. MEXICO



FUENTE, CONASIDA, BOLETIN MENSUAL AÑO 4 No.4 pag. 856

La distribución de la enfermedad en el país, indica una mayor proporción en la región centro, particularmente en el Distrito Federal con una tendencia de crecimiento amortiguado en comparación con el Estado de México con un total de 158.6 casos de Sida por tasa de un millón de habitantes y, con Jalisco en la región centro-occidente con 55.3 casos y el resto de la República dividido en las regiones norte, centro-oriente y sur con 40.9, 41.5 y 28.6 casos en la misma proporción respectivamente.

FIGURA 5
TENDENCIA DE LOS CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
SEGUN ENTIDADES SELECCIONADAS



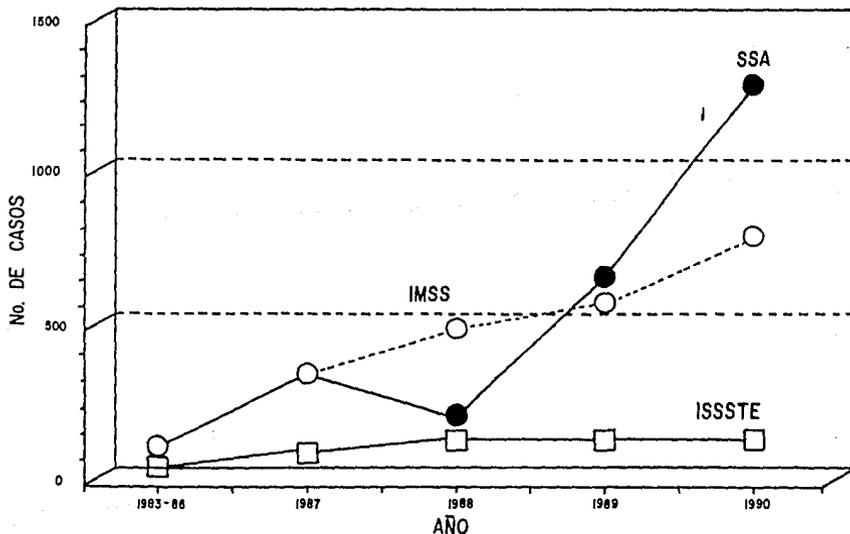
CIFRAS CALCULADAS A PARTIR DE LOS DATOS DEL PRIMER TRIMESTRE

FUENTE, CONASIDA BOLETIN MENSUAL VOL. 4 No. 4 pag. 854

Las fuentes oficiales de instituciones notificantes abarcan a las de la Secretaría de Salud S.S.A., al Instituto Mexicano del Seguro Social I.M.S.S y al Instituto para la Salud y Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado I.S.S.S.T.E. agrupados en el Sistema Nacional de Salud con una tendencia alta en la primera institución para la población abierta y la última con decrementos debidos al subregistro en los meses más recientes.

FIGURA 10

**TENDENCIA DE LOS CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
SEGUN INSTITUCION
MEXICO 1983-1990 (HASTA EL 31 DE MARZO)**

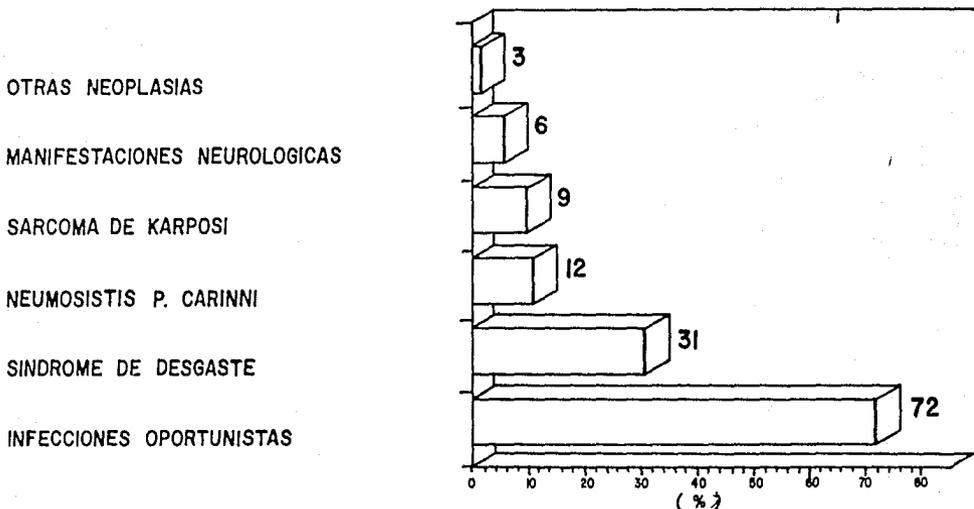


FUENTE, CONASIDA BOLETIN MENSUAL AÑO 4 No.4 pag. 856

Las afecciones más comunes en los pacientes con fase Sida padecen en más de la mitad de los casos de infecciones oportunistas que llegan a provocar su muerte y menos proporciones que en otros países los cánceres.

FIGURA 11

ENFERMEDADES FRECUENTES EN PACIENTES CON SIDA

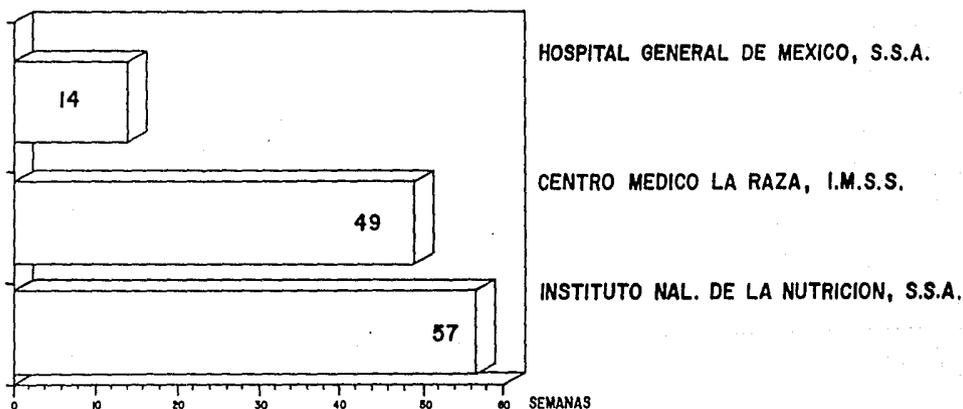


FUENTE, GIS-SIDA, VIH/AIDS TRANSMISSION MEXICO, SPI

Y el promedio de sobrevivencia de los enfermos por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana se mide en semanas que varían enormemente de una institución notificante a otra, tal vez por el monto de recursos (humanos, financieros y materiales) con que cuentan, que para la lucha contra el Sida siempre van a ser pocos.

FIGURA 12

PERIODOS DE SOBREVIVENCIA PARA CASOS DE SIDA DE DIFERENTES INSTITUCIONES. CIUDAD DE MEXICO 1987-1989



FUENTE, GIS-SIDA VIH/AIDS TRANSMISION MEXICO, S.P.I.

De lo anteriormente expuesto se deduce que tan sólo los casos registrados y notificados de Sida en México, representan una mínima proporción del problema; puesto que es comparable con un iceberg, representada la punta con los casos de la enfermedad en fase terminal oficiales, seguidos de los casos con Complejo Relacionado al Sida y con otras infecciones o Linfadenopatía Generalizada, quedando bajo el agua la inmensa mayoría de gentes portadoras del V.I.H. seroconvertidas o no, sin síntomas o con ellos y con conocimientos o no conocimientos de su enfermedad. Independientemente de los casos que no se reportan o lo hacen de manera tardía a la Secretaría de Salud.

CAPITULO III

LAS MEDIDAS GUBERNAMENTALES

3.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL ADOPTADAS DE 1987 A 1990.

El fenómeno del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la población de México, se ha demostrado que es un grave problema de Salud Pública, que por sus alcances inmediatos debe de ser considerado como prioritario. Este carácter se lo dan sus mismas peculiaridades de suma importancia como fenómeno epidemiológico con efectos trascendentales en la vida política, económica y social de la población, puesto que toda ella es vulnerable tanto a contraerla como a sufrir el impacto directo del Sida.

Ahora bien, la puesta en marcha de las medidas gubernamentales se ha desplegado a partir de 1987 a cargo del sector salud enfocadas a dos acciones, la prevención y el control de la epidemia.

Estas medidas provenientes del gobierno mexicano, se ubican en las tres vertientes de la Salud Pública llamadas Medidas de Prevención Sanitaria con el objeto de evitar enfermedades o sus consecuencias:

La Prevención Primaria que tiene como objeto el fomentar y proteger la salud de los grupos con mayor exposición a una enfermedad, en el caso del Sida es toda la población que, si bien es cierto primero se circunscribió sólo a ciertos grupos como "homosexuales", "promiscuos", "hemofílicos" y "prostitutas", se comienzan a dar los primeros pasos desde el nivel gobierno para el resto de la población. Claro está que este nivel de prevención se debe de respaldar con buenos estándares nutricionales, higiene personal, atención psicológica, saneamiento del ambiente, trabajo, recreo, etc.

La Prevención Secundaria encaminada a la recuperación de la salud tiene actividades de diagnóstico precoz y tratamiento clínico correcto para que la enfermedad no progrese hacia la muerte ni produzca lesiones irreversibles. Estas medidas son escasas hasta ahora y sólo se limitan a pocas personas con acceso a los distintos servicios de salud, a los exámenes clínicos de enfermos selectivos y encuestas de selección de casos.

La Prevención Terciaria con actividades de rehabilitación y reinserción social tiene el objeto de disminuir las limitaciones y favorecer la

readaptación funcional (1); por la gran letalidad del Sida este tipo de medidas van dirigidas en los distintos periodos intercurrentes de la enfermedad con muy poca funcionalidad en el país debido a la escasez de este tipo de ayuda en las distintas instituciones de salud y del propio Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida.

Recurriremos al análisis cronológico de las principales medidas adoptadas por el gobierno mexicano en el caso de la prevención y el control del Sida, a partir de 1987 que es cuando comienzan a tener instrumentación los criterios para el control y la prevención de la epidemia.

Para 1987 se comienza a hacer visible la progresión de la enfermedad del Sida como epidemia, con el contexto de la pandemia a nivel mundial y el rápido aumento exponencial en el que se duplican cada ocho meses los casos de Sida para sobrepasar mas de ochocientos en todo el país. Las características son de una alta frecuencia en pacientes con antecedentes de viajes al exterior y/o

1. ESTEBANEZ, P. "Aspectos de salud pública, clínica y tratamiento", Sida un problema de salud pública, p.215,

contacto con extranjeros, el grupo etario más afectado es el comprendido entre 25 y 44 años y, se enfocan "grupos de alto riesgo" con mayor prevalencia de Sida a prostitutas, homosexuales, transvestis, bisexuales y transfundidos. A este último subgrupo se le da la mayor importancia a nivel gubernamental ya que, la comercialización de la sangre estaba en manos privadas y los donadores remunerados conformaban más de la tercera parte de la sangre disponible en el país.

La primeras acciones de peso para controlar la epidemia se dan a través de la vía legal con reformas y adiciones que se han hecho a la Ley General de Salud propuestas por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el poder Legislativo:

El 22 de mayo de 1986 se publicó en el Diario Oficial la norma relativa a la realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país con carácter técnico.

En ese año de 1987 se adiciona el Sida a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (Art. 134); la notificación inmediata de los casos en que se detecte la presencia del

virus del Sida o de anticuerpos al mismo (Art. 136); la supresión de la posibilidad de obtener sangre proveniente de personas que la proporcionan remuneradamente (Art. 332) y la inclusión como conducta ilícita específica al comercio de la sangre (Arts. 462 fracción II y 462 Bis).

En febrero de 1986 se constituye el Comité Nacional para la Prevención del Sida (CONASIDA), presidido por el Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, con la representación de las principales instituciones de salud. Su objetivo es el de normar las acciones correspondientes del Sector Salud para que en forma organizada se tomen medidas que se consideren pertinentes para evitar o limitar los daños a la salud ocasionados por el Sida.

En el siguiente año se dan los primeros pasos para crear los Comités Estatales de Prevención de Sida en Jalisco, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

A su vez el Comité Nacional para la Prevención del Sida se divide en cuatro subcomités:

1. El Subcomité de Vigilancia Epidemiológica e Investigación que se encargó de realizar las actividades de:

* La edición del Boletín Mensual del Sida en cuatro números de 2500 ejemplares cada uno.

* La realización de once cursos de capacitación sobre Sida a 810 profesionales de la salud.

* La aplicación de encuestas seroepidemiológicas a homosexuales y prostitutas como "grupos de alto riesgo" en tres ciudades del país.

* La realización de una encuesta sobre conocimientos de Sida a 1691 personas de más de 15 años de edad en la Ciudad de México mediante entrevistas personales, entrevistas telefónicas y cuestionarios publicados en los diarios.

* La preparación de cuestionarios para establecer estrategias de mercadeo sobre medidas preventivas del Sida y la evaluación del impacto en la estrategia de educación sobre Sida.

* Se adoptó la técnica de pruebas de detección de anticuerpos para el VIH-1 en los setenta laboratorios de la Secretaría de Salud.

* La instalación y el funcionamiento de dos Centros Nacionales de Información sobre Sida con 400 llamadas diarias y la impartición de 150 pláticas sobre la enfermedad.

* El procesamiento de 60200 sueros muestrales para VIH en la Encuesta Nacional Seroepidemiológica representativa de la población a nivel nacional.

2. El Subcomité de Educación para la Salud/Comunicación Social con funciones de la elaboración de estrategias de comunicación para el público en general, poblaciones de "alto riesgo" y personal de salud, con una producción hasta 1987 de 80 000 folletos para el público en general, 40 000 folletos para la población de "alto riesgo", 40 000 folletos del significado de la prueba, 15 000 carteles sobre el riesgo del Sida, 15 000 carteles sobre la transmisión sanguínea, 7500 calcomanías para el uso de preservativos, 3500 calcomanías de riesgo de Sida, 40 000 carteles de boletines de prensa, 30 000 cerillos promocionales con

preservativos, programas de televisión, programas de radio, boletines de prensa insertos y spots de radio.

3. El Subcomité de Bancos de Sangre, tiene funciones de detección de donadores seropositivos, diagnóstico previos para la instalación de puestos de recepción de donación altruista, capacitación y adiestramiento al personal de laboratorio al personal de laboratorios y hospitales de la Secretaría de Salud; supervisión de bancos de sangre, plasma y servicios de transfusión. Se acordó con la Cruz Roja la definición de puestos de sangrado y de donación altruista con apoyo de la Secretaría de Salud.

4. El Subcomité Clínico-Terapéutico cuyas funciones son la elaboración de proyectos de evaluación clínico terapéutico de medicamentos en investigación además de las normas para manejo y tratamiento de pacientes con Sida.

A esa fecha el objeto de creación de CONASIDA se centraba en la educación como un forma de prevención

del Sida, con el fin de modificar algunos patrones de conducta relacionados con la actividad sexual y fomentar la donación altruista de sangre. El énfasis se centraba en lo que consideraban como las formas de transmisión de la enfermedad: coito vaginal o anal sin preservativo, el uso de jeringas compartido y la transfusión de productos contaminados; las conductas alternativas como el sexo seguro que no se ha explicado debidamente a la población; una marcada acentuación en todas las campañas para el uso del preservativo y la no transmisión por contacto casual.

Al año siguiente, el objetivo general del gobierno mexicano sigue siendo el de una supuesta educación a la población para prevenir el Sida. Al frente de esta política sigue estando el CONASIDA con una nueva estrategia llamada: Estrategia de Organización, Coordinación y Acción Interinstitucional, básicamente con las mismas actividades que el año anterior sólo que con una marcada utilización de los medios masivos de comunicación para informar a todo el público. Las principales acciones son las de "capacitar" al personal médico como el único indicado para transmitir la información sobre la enfermedad a los

"grupos de alto riesgo" identificados como a los que resulten seropositivos en las pruebas de detección, los hemofílicos (jóvenes y adultos jóvenes), los homosexuales y los bisexuales masculinos, los heterosexuales promiscuos y las prostitutas.

Tal vez el mayor fracaso de esta política haya sido el no lograr una efectiva prevención a la población sobre lo que es Sida, por la cerrada delimitación y acceso a la información a solo unos cuantos considerados en mayor riesgo, dejando de lado desde un principio a la mayoría de la población sin riesgo. Esta cerrazón de información se ahonda al promover únicamente la utilización del preservativo soslayando, más alternativas como el sexo seguro con una debida y clara explicación.

En enero de ese año, se crea el Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida (CRIDIS) que al igual que el CONASIDA por exigencias de organismos internacionales como la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana para la Salud se logra su establecimiento, además de la ayuda económica para su

fundación. Este organismo tiene el objetivo de intercambiar información y experiencias con otros centros extranjeros y los nacionales, que después se crearon, en las áreas de educación y prevención implantadas en el país, además de dar información sobre el tema a estudiantes y primordialmente a los funcionarios que la requieran.

Entre las principales acciones realizadas por el CONASIDA fue el desarrollo de un programa de Educación Sobre Sida para Jóvenes en conjunción con el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud con la única finalidad de informar a jóvenes de los sistemas escolarizado y no escolarizado sobre el Sida con pláticas y talleres. El diseño de material impreso sobre Sida como el folleto dirigida a la población en general con información básica, el tríptico "Las pruebas de detección de Sida y su significado" para personas que se realizaron las pruebas serológicas, el folleto sobre Sida que explica someramente al Sexo Seguro, el folleto "Viajeros y Sida" y el cartel "El condón hace la prevención". Y la producción del Boletín Mensual Epidemiológico sobre Sida y un paquete de material educativo para personal de salud con un promocional y un diaporama que explica a la

enfermedad, enviado como parte integrante de la Educación para la Salud y Capacitación a Distancia del Programa Nacional de Salud. Para el 24 de Agosto el CONASIDA cambia de ser el Comité Nacional para la Prevención del Sida al Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida con nuevos atributos y mayor peso político dentro de la administración pública, por decreto presidencial. Y se expande la Nacional de Laboratorios (R.N.L.) con la compra de reactivos para tamizaje y la creación de los Centros Estatales de Hemoterapia.

Por otro lado se realizan estudios clínicos como parte de programas como el de Detección y Control del Sida hecho por la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal para la detección, control y tratamiento del Sida en una muestra de homosexuales y prostitutas del Centro de Sanciones Administrativas y de Integración Social.

Continúan la elaboración y aplicación de encuestas como la de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) respecto del Sida a homosexuales, bisexuales, prostitutas y población en general en Guadalajara, Tijuana y la Ciudad de México respectivamente con resultados desalentadores para los programas por la no utilización del condón en

las poblaciones en estudio; la encuesta CAP para personal médico y paramédico de seis ciudades de la República, también con resultados bajos en conocimientos y actitudes para con los enfermos de rechazo y ; la encuesta CAP de conocimientos, prácticas sexuales y medidas preventivas en hombres homosexuales del Distrito Federal, Guadalajara, Acapulco, Tijuana, Monterrey y Mérida de la que se dedujo un alto conocimiento del Sida pero sin generalizar la utilización de las medidas preventivas.

Por su parte otros hospitales efectuaron otros cuestionarios para evaluar los conocimientos médicos generales, hábitos, costumbres personales y actitudes ante el Sida en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán y de conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el Hospital Infantil de México también con resultados francamente desanimadores.

Otra de las actividades de relevancia es la organización del I Simposium Internacional de Educación y Comunicación sobre el Sida en Ixtapa Zihuatanejo del 16 al 20 de octubre donde se expusieron las distintas experiencias de organismos

gubernamentales y no gubernamentales tanto nacionales como extranjeros acerca del tema.

A lo largo de 1989 el incremento de los casos de personas con Sida registrados en fuentes oficiales rebasan más de los mil quinientos aunque su crecimiento se haya amortiguado, sigue siendo exponencial.

Para ese año, el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea reportaba la existencia de 257 bancos de sangre, de plasma y de transfusión sanguínea incluyendo a diversas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Servicios y de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Salud, Petróleos Mexicanos y algunos bancos privados en 29 estados del país.

Las líneas políticas del CONASIDA siguen siendo esencialmente las mismas que desde su creación, contando con estrategias que siguen el mismo orden como la Estrategia de Comunicación Educativa dividida en tres fases:

La fase de sensibilización a la población en general consistente en hacer hincapié en que cualquier persona está expuesta a contraer el Sida y que su transmisión es a través de la vía sexual y la sanguínea. La duración fue de cuarenta y cinco días a partir del 21 de abril.

La fase de motivación para que la población vea que la única prevención es el preservativo, el riesgo en una transfusión sanguínea, la realización de la prueba de detección de anticuerpos a los paquetes de sangre por el Sector Salud y el reforzamiento de que cualquier persona puede adquirir la enfermedad y,

La tercera fase de inducción para la población de "alto riesgo" en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, el papel de ellos como transmisores, la modificación de sus conductas sexuales, la abstención para donar sangre, órganos y tejidos y evitar compartir agujas si son drogadictos intravenosos. También con una duración de cuarenta y cinco días como la fase anterior de la campaña. Esta campaña aún sigue siendo reduccionista al grado de manejar todavía grupos específicos aunque con fines epidemiológicos, los tintes comienzan a figurar como estigmas.

La difusión de las dos primeras fases se hizo a través de medios masivos de comunicación como el radio, con una cobertura 836 radiodifusoras en el país, el spot "Cuidado con el SIDA ... SI...DA... protégete", promocionales de treinta minutos y con un mínimo de siete impactos por emisora, programas en vivo durante doce semanas y con el programa "El mensajero de la salud" de la Secretaría de Salud. La televisión con escasas transmisiones en tiempos oficiales y a la fecha con horarios que pasan de la media noche, entrevistas a especialistas y comentarios periodísticos, documentales y dos programas en IMEVISION (en el Televidente y Ventana a la Salud). La prensa con reportajes, editoriales, artículos, inserciones y boletines referentes a casos de Sida.

Otros medios de apoyo para esas acciones fueron los folletos, audiovisuales, videocassettes, rotafolios, conferencias, mesas redondas y foros dirigidos al personal de salud. Y para el público abierto la nueva línea telefónica llamada Proyecto TELSIDA.

Otro suceso de importancia fue la celebración del II Congreso Nacional sobre SIDA del 13 al 16 de

noviembre en la ciudad de México con carácter académico y multidisciplinario patrocinado por la Secretaría de Salud, la O.M.S/D.P.S y la U.N.A.M. cerrando con un escueta celebración del Día Mundial del Sida, con la publicación del decálogo de cómo prevenir la transmisión de la enfermedad.

Así, en 1990 con más de 4 500 casos notificados de Sida la epidemia sigue creciendo a ritmos agigantados a pesar de las medidas tomadas en años anteriores para prevenirla. Con la muy remota esperanza de encontrar una vacuna o algún elemento inmunopreventivo a no menos de cuatro años, la única alternativa es la prevención. Pasemos a revisar los proyectos políticos manejados para ese año en el renglón indicado.

La prevención VIH/SIDA se centró en el Programa Educación/Prevención del Sida dividido en dos acciones: la primera a nivel social o público donde el Gobierno a través de sus órganos especializados sigue ejerciendo medidas para evitar la transmisión del virus vía transfusiones de sangre humana, de sus derivados o en usos terapéuticos, con los programas de detección y la legislación vigente; la segunda medida correspondió a las estrategias que

intentaban modificar el comportamiento de los individuos en cuanto a prácticas de "riesgo" o con probabilidad de adquirir la infección.

Este programa intentó abarcar a la totalidad de la población dividiéndola en tres nivel.

1. La población en general, subdividida conforme a su vivienda, lugar de trabajo, escuelas, medios de transporte, entre otros. Con el objeto de informarles en torno al Sida, tratar de eliminar mitos y problemas de discriminación y dar informes de los centros de referencia para las personas con "prácticas de alto riesgo".

2. Las personas con "prácticas de alto riesgo" a adquirir la infección del Sida; compuesta por hombres y mujeres dedicados a la prostitución y hombres con prácticas homosexuales con el fin de abundar en la información de los mecanismos de transmisión y medidas preventivas en particular.

3. El personal de salud, como emisor de la campaña educativa, para formarlos como Informador-Educador de las poblaciones ya mencionadas.

Al parecer, las medidas del proyecto son insuficientes y anacrónicas, llenas de errores y faltas de una visión global del problema al sostener que el objetivo para la población en general es sólo tener una mejor visión de la misma sin que se dé una eficiente educación acompañada de una severa concientización acerca de las implicaciones que conlleva la enfermedad clínica y la enfermedad mental Sida.

Por otro lado, lo que se pretendió subdividiendo a la población fue especializar aún más las estrategias para cada grupo poblacional haciendo a un lado el enfoque totalizador que abarca la epidemia. Así lo demuestran los programas de: prostitución, el de niños en la calle, el de mujeres, el de trabajadores y el de estudiantes con objetivos de análisis situacionales.

Algunas actividades realizadas fueron la creación de la Oficina de Enlace Comunitario, una subasta de arte para allegarse de recursos, la

reunión de los 100 Empresario Contra el Sida, la promoción para la creación del Comité de Prevención de Sida del Distrito Federal, la promoción de los Comités Estatales de Prevención de Sida en el interior de la República; la celebración de la Primera Reunión del Comité de Virólogos integrado por la U.N.A.M. el I.P.N Y el Instituto Nacional de la Nutrición organizado por CONASIDA, la Primera Reunión de Material Hispano-Lusso Parlante con Televisa y el Encuentro Binacional México-Estados Unidos en Santa Mónica, California. Además del acostumbrado Día Mundial del Sida 10 de Diciembre con festivales, conferencias, audiovisuales y talleres para conmemorar la fecha.

Al tiempo que se dan las políticas públicas para prevenir la progresión de la epidemia, se elaboran proyectos especiales en el campo clínico durante el periodo en estudio como:

La Encuesta Serológica para el Conocimiento de la Prevalencia de la Infección por HTLV-III en Grupos de Alto Riesgo en el Estado de Colima de enero de 1986 a marzo de 1987 realizado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado. La Evaluación de la Tolerancia del AS-101 en Pacientes con Sida por el Instituto Nacional de la

Nutrición de junio de 1986 a septiembre de 1988. La Valoración de la Tolerancia y Efectos Clínicos y de Laboratorio con el Uso de Ribavirina Oral en Pacientes con Complejo Relacionado al Sida, por el Hospital Regional "20 de Noviembre", de julio de 1988 a mayo de 1989. La Detección de Alteraciones en la Dinámica Familiar en Pacientes con Sida, realizado por el hospital anterior de abril de 1988 a noviembre de 1989 así como también, Las Alteraciones Oftalmológicas en los Pacientes con Sida de octubre de 1987 a octubre de 1988 y La Valoración del Uso del AZT en el Tratamiento del Sida de mayo de 1988 a noviembre del mismo año. Los Factores Biológico Comunes a Pacientes con Diagnóstico de Sida, por el Hospital General "Tacuba" de febrero de 1988 a febrero de 1989, La Flora Bacteriana en Pacientes con Diagnóstico de Sida Causal de las Infecciones más Frecuentes, en las Diferentes Etapas de la Evolución, de mayo de 1987 a mayo de 1989; La Toxoplasmosis Hallazgo de Autopsia en un Paciente con Sida en noviembre de 1988 y Las Alteraciones Morfológicas en Tinciones de Sangre en Paciente con Diagnóstico de Sida de enero de 1987 a noviembre de 1988. La Detección, Seguimiento y Control de Pacientes Seropositivos VIH en Reclusión en la Ciudad de México hecho por el Hospital General "Rubén Leffero" de marzo de 1989 a

diciembre del mismo año. Las Manifestaciones Cutáneas de Sida por el Hospital Regional "20 de Noviembre" de abril de 1988 a febrero de 1989. Y el proyecto del Nivel de Información que Tienen los Derechohabientes de la Clínica Marina Nacional Acerca del Sida realizado por la misma clínica de noviembre de 1988 a diciembre de 1989.

Esta lista de proyectos clínicos realizados sugieren una duplicación de experimentos ya efectuados por otros países vanguardistas en la investigación de la historia natural de la enfermedad. De lo que se infiere que, la investigación en el campo médico está recomenzando tareas ya realizadas que bien podrían aprovecharse para ganar tiempo en la progresión del conocimiento sin desperdiciar los escasos recursos que se dedican a la investigación en el país.

3.2. MEDIDAS GUBERNAMENTALES PROYECTADAS DE 1990 A 1994.

La emergencia de la epidemia Sida ha venido a poner de manifiesto la raquítica infraestructura sanitaria con que cuenta el país para al caso de la invasión de un problema epidemiológico a la población y, en tela de juicio las decisiones políticas tomadas para el control y la prevención de la misma.

Algunas de estas situaciones son la centralización y concentración en las grandes ciudades del diagnóstico y el manejo clínico que debería de proporcionar el Sistema Nacional de Salud en toda la República; además de que los servicios de atención clínica del tercer nivel son muy selectivos y escasos con elevados costos, calculados en cinco veces más altos que los de la tuberculosis pulmonar y dos y medio veces mayor que el tratamiento del absceso hepático amibiano, enfermedades frecuentes en México. Se vincula estrechamente con las actitudes de rechazo del personal de salud en sus intervenciones con los pacientes aunque estén informados sobre los mecanismos de transmisión. En el área de asistencia social para las personas infectadas sólo se cuenta con actividades de

consejería con apoyo emocional y; para la asistencia de los enfermos con grandes periodos en cuarta fase o Sida, los recursos especiales como de habitación o legislación para el trabajo protegidos es nula.

Teniendo en consideración algunos de estos aspectos además de los que involucran a la enfermedad clínica, el sector salud en conjunción con CONASIDA han diseñado el Programa de Mediano Plazo para la Prevención del Sida 1990-1994 como el instrumento básico en la dirección de las políticas gubernamentales y en la acción de la administración pública para prevenir el avance del Sida.

EL PROGRAMA DE MEDIANO PLAZO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA (P.M.P.).

El Programa de Mediano Plazo para la Prevención del Sida en México 1990-1994, es responsabilidad total del CONASIDA en su diseño, coordinación y evaluación de acuerdo con el decreto de su creación.

Se basa principalmente en los resultados de las encuestas realizadas por el propio organismo, según las cuales revelaron que la mayor parte de la

población conoce los mecanismos de transmisión del VIH, pero que subsisten mitos sobre su transmisión y estigmas para con los portadores. La urgencia de educación sexual para la población joven que le permita adoptar medidas preventivas y la adopción del uso del preservativo sólo en los hombres con prácticas homosexuales y bisexuales como práctica rutinaria.

La estructuración del Programa se conforma de seis objetivos generales, cuatro estrategias funcionales y cinco aspectos organizacionales, de los que se derivan los antecedentes, los objetivos operativos, las actividades, los participantes, el presupuesto, las fuentes y la evaluación.

Cuenta con un presupuesto total programado en 82 218.7 miles de dólares, en el que se incluyen fuentes nacionales y externas, en el primer orden provienen de erogaciones del Sistema Nacional de Salud, de partidas de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Turismo, de la Cruz Roja, de la U.N.A.M., de MEX-FAM y de organizaciones civiles como la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, y la Confederación de Organismos No Gubernamentales contra el Sida con el 76% de la suma presupuestal y, el restante otorgado por las

fuentes internacionales provenientes de la O.M.S./O.P.S. y, del apoyo básico de Estados Unidos (U.S.A.I.D., N.I.H., C.D.C.) y de Canadá (I.D.R.C.).

De manera que los Objetivos Generales a seguir en los próximos años son los siguientes:

"1. Prevenir la transmisión del VIH en México

1.1 Prevenir la transmisión sexual

1.2 Prevenir la transmisión por sangre

1.3 Prevenir la transmisión perinatal

2. Reducir el impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y la sociedad en su conjunto en México.

3. Reducir la morbilidad y la mortalidad asociado por la infección por VIH en México.

4. Unificar, coordinar y evaluar los esfuerzos nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) y el apoyo internacional en el combate del VIH/SIDA en México.

5. Reforzar las estructuras clave que participan en el desarrollo del programa de prevención y control del VIH/SIDA en México.

6. Motivar la movilización social, la incorporación de las acciones en la atención primaria de la salud y la descentralización de las

acciones." (2)

Estos objetivos redundan en las líneas de acción seguidas con anterioridad con la variante de la incorporación de los esfuerzos oficiales y los civiles asesorados por los internacionales y, una búsqueda por la forma de descentralizar las decisiones y acciones para la prevención.

Una vez más se recurre a la parcialización del problema dividiendo a la población en las distintas preferencias sexuales y en grupos etarios para dirigir las acciones por distintos rumbos. Se piensa que es un error incurrir de nuevo en esta división ya que sus implicaciones pueden ser de nueva cuenta la enajenación del riesgo y la no advertencia a tiempo a toda la gente. Esto es por que las personas sexualmente activas conforman en su mayoría a lo que se llama epidemiológicamente un grupo de alto riesgo sin importar su preferencia sexual ni conductual, por el elevado porcentaje de los casos de transmisión sexual. Los objetivos se deben abocar a toda la población mexicana, sin descartar tampoco la educación sexual desde los primeros grados de

2. CDNASIDA. Programa de mediano plazo para la
prevención del Sida 1990-1994, p.59.

enseñanza puesto que se han registrado casos de Sida en adolescentes de 17 años y si el tiempo de incubación del virus es de dos a cinco años, la edad promedio de contagio será alrededor de los 15 años. La mejor prueba de ello es que México comienza a ser escenario en que la epidemia pulúa con más severidad en las gentes con preferencia heterosexual y en los adolescentes.

El P.M.P. cuenta con segregadas Estrategias de Prevención que podrían convertirse en "Estrategias del Riesgo". Divididas en:

1. Estrategia de Prevención de la Transmisión Sexual
2. Estrategia de Prevención de Transmisión por Sangre
3. Estrategia de la Transmisión Perinatal
4. Estrategia para la Prevención del Impacto.

1. La Estrategia de Prevención de la Transmisión Sexual tiene los objetivos de incrementar los conocimientos sobre el Sida en la población en general, en escolares adolescentes y en los trabajadores con el fin de evitar estigmas y aumentarlos conocimientos en estudiantes universitarios y en personal docente.

Incluyendo incrementar la cobertura de las acciones educativas en hombres y mujeres dedicados a la prostitución en las principales áreas urbanas del país con conocimientos sobre la transmisión, las medidas preventivas y las pruebas serológicas, la percepción de sus riesgos y sus promocionales; en hombres con prácticas homosexuales con las mismas actividades que el anterior grupo además del apoyo psicológico a los seropositivos y a sus parejas sexuales; en pacientes de enfermedades de transmisión sexual; en parejas sexuales de infectados agregando el apoyo psicológico y el incremento del uso de anticonceptivos y; en los inmigrantes de poblaciones específicas como reclusos.

Las acciones para esta estrategia comprende además del CONASIDA y COESIDAS a instituciones del Sistema Nacional de Salud como la Secretaría de Salud, el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., el D.I.F. y servicios médicos particulares; las Secretarías de Educación Pública, de Trabajo y Previsión Social, de Turismo y de Gobernación y; organizaciones civiles para la lucha contra el Sida, de prostitutas, de hombres homosexuales y bisexuales, asociaciones de padres de familia, de trabajadores del magisterios y de salud y sindicatos.

La evaluación está programada en el ámbito nacional y estatal con visitas de supervisión para llenar las matrices de actividades, cronogramas, presupuestos y responsables.

2. La Estrategia de Prevención de Transmisión por Sangre persigue garantizar que los establecimientos de salud públicos y privados apliquen sangre y sus componentes exentos sólo del VIH-1, soslayando totalmente alguna prevención para detectar el VIH-2; diseñar campañas de autoexclusión a donadores con "prácticas de alto riesgo; mantener e incrementar la utilización racional de sangre y sus componentes; vigilar las medidas de bioseguridad que impidan la transmisión de VIH en establecimientos que utilicen objetos punzocortantes potencialmente infectados y a los trabajadores de la salud; continuar las acciones en conjunto con el Programa Nacional de Farmacodependencia para impedir la transmisión por drogadicción intravenosa y; garantizar que los órganos y tejidos utilizados en trasplantes e injertos no estén infectados por VIH.

Se involucran para esta estrategia el Sistema Nacional de Salud, el CONASIDA, los COESIDAS, la

Dirección General de Epidemiología, El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, los Centros Estatales de Hemoterapia, la Red Nacional de Laboratorios, los Bancos de Sangre, la Cruz Roja y la Sociedad Médica de Hematólogos.

Le evaluación de este rubro se programó con el llenado de las matrices y la supervisión además, de la evaluación con encuestas CAP y el monitoreo del VIH en donadores con análisis clínicos de la Red Nacional de Laboratorios; junto con una evaluación anual con representantes de cada Estado y de la O.F.S. para el Informe de evaluación Anual.

3. La Estrategia de Prevención de la Transmisión Perinatal tiene como fundamentos continuar las acciones de educación sobre esta vía de transmisión con hincapié en mujeres en edad fértil y sus parejas sexuales; reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica en mujeres embarazadas o en posibilidad de estarlo mediante encuestas centinela; continuar con actividades educativas de planificación familiar en mujeres infectadas por VIH y en mujeres compañeras sexuales de infectados; es bien clara la importancia que tiene esta estrategia en la prevención del Sida puesto que el avance de

casos de la enfermedad en mujeres es francamente ascendente, junto con la posibilidad de infección a sus bebés pero; se han hecho a un lado las prevenciones que podrían aplicarse a las mujeres con prácticas sexuales lésbicas que también tienen igual probabilidad de transmisión del VIH.

Otras de las acciones de la estrategia perinatal es promover los servicios de información y detección de anticuerpos en mujeres embarazadas o con la posibilidad de estarlo con VIH/SIDA, las dedicadas a la prostitución y usuarias de drogas intravenosas, con enfermedades de transmisión sexual, o las que han tenido hijos con VIH/SIDA y, a sus parejas sexuales. E instrumentar servicios de asistencia social y apoyos psicológico y educativo a familiares y convivientes de los casos asociados a este modo de transmisión.

Las instituciones participantes son las del Sistema Nacional de Salud; Secretarías de Estado como la de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social y de Gobernación; los gobiernos estatales y municipales; el CONASIDA en sus comités Técnico y Administrativo; COESIDAS y organizaciones no gubernamentales, como las civiles en lucha contra el Sida, de prostitutas y hombres homosexuales y

bisexuales, asociaciones de padres de familia, de trabajadores de la salud y del magisterio y sindicatos.

La evaluación también será con el llenado de las matrices y visitas de supervisión estatales y se medirá el logro de las actividades mediante las encuestas CAP y con monitoreo de la infección con pruebas serológicas centinelas a mujeres embarazadas de varias ciudades del país anualmente para el Informe de Evaluación Anual.

4. La última estrategia llamada Para la Prevención del Impacto tiene como meta que para el final del periodo se ha reducir el impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y la sociedad, reforzando las estrategias empleadas para la educación, de servicios y de asistencia social que modifiquen las actitudes de estigmatización y garanticen los derechos humanos.

Para ello, se programó ampliar la información sobre la enfermedad en la atención primaria de la salud y en el primer nivel acorde con el Plan Nacional de Salud. Ofrecer a las personas con "prácticas de alto riesgo" las pruebas de detección

de anticuerpos contra VIH y seguir asegurando la confidencialidad del examen, creando 24 centros de detección dentro del Sistema Nacional de Salud. Ofrecer los servicios de aconsejamiento al par de los de detección de anticuerpos, elaborando y difundiendo un manual sobre el tema y capacitando al personal de los laboratorios en consejería. Ofrecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno dentro del segundo nivel de prevención, elaborando manuales para la atención primaria y el manejo especializado. Reducir los costos de la atención clínica desarrollando investigaciones sobre los costos y modelos de atención ambulatoria. Entrenar al personal de salud en el manejo clínico, aconsejamiento y apoyo psicológico a los enfermos de Sida. Desarrollar la solidaridad y proteger los derechos humanos de las personas infectadas por el VIH, creando un servicio de asistencia telefónica, realizando talleres sobre asistencia social junto con organizaciones civiles, elaborando programas de albergues y de cooperativas de trabajo para enfermos. Y asesorando legalmente a los enfermos y a sus convivientes.

Intervienen en esta estrategia la secretaría de Salud, el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E, Servicios Médicos del Ejército y de la Marina, PEMEX, D.I.F.,

servicios médicos privados e instituciones no gubernamentales.

La evaluación está contemplada de la misma forma que las anteriores estrategias, con el llenado de matrices, las encuestas CAP y el monitoreo de las atenciones médica y psicológica recibida en los hospitales y establecimientos de salud, que serán agregados al Informe de Evaluación Anual.

Paradójicamente esta cuarta estrategia del programa es la más ambiciosa, compleja, irreal y la que menos presupuesto proyectado tiene con un 25% del total, seguido por un 18% para la medida de transmisión sanguínea, un 30% para la estrategia perinatal y un 35% para la sexual.

Afirmamos que es la estrategia que podría tener mayor número de dificultades para realizarse y pretender prevenir un impacto por la enfermedad sin remediar antes el que ya ha afectado a portadores del virus y no portadores en un ambiente lleno de temores, estigmas y visiones moralistas que extrapolan la situación en lo bueno y lo malo. Es como pretender aconsejar a un impactado por el Sida si se realizó o no las pruebas de tamizaje con un simple manual como si fuera una receta de cocina;

diagnosticar de manera temprana dar tratamiento oportuno con el sólo conocimiento de las pautas que dicta un manual sobre las características de la historia natural de la enfermedad si solo una mínima parte de la población mexicana cuenta con el acceso a los servicios de salud o; el pretender dar una orientación jurídica donde no existe legislación clara para la enfermedad.

El Programa de Mediano Plazo se organiza en cinco aspectos para poder cumplir con los objetivos propuestos:

A. El aspecto de la Información, Educación y Capacitación basado en las acciones de elaborar campañas informativas con mensajes constituidos por spots de radio y televisión de 30 segundos, campañas detalladas y de larga permanencia como la del metro repetida luego en los medios masivos y programas informativos para audiencias especializadas apoyados en el hot line de Telsida para el "público en riesgo". Campañas educativas para apoyar la anterior con videos, programas de televisión, la producción de la Gaceta CONASIDA, manuales sobre sexualidad, Sida, drogas, alcohol y enfermedades de transmisión sexual en conjunción con la U.N.A.M.; la instalación

de Centros de Información Móviles en eventos musicales y museos; la elaboración de un video sobre "Sida y Trabajo" y "Sida y Sexualidad" para estudiantes de nivel secundario; la impartición de pláticas y seminarios en el proyecto "Conferencias Memorables"; continuar la repartición gratuita de condones y al término incluir una cuota de recuperación y realizar el programa de educación pública sobre el poder de la movilización comunitaria. Programas de capacitación que se realicen dentro del programa de creación del Centro Nacional de Capacitación y Tecnología Educativa para el personal de salud y la población civil. Y con el trabajo de CRIDIS en el intercambio de información, adiestramiento y capacitación, servicio de biblioteca, de recuperación y análisis del material educativo y periodístico, información bibliográfica selectiva y la publicación de materiales.

B. El aspecto de la Vigilancia e Investigación Epidemiológica con actividades de notificación de los casos de Sida y la realización de encuestas centinela en grupos específicos, sistematizándolos en hombres homosexuales y bisexuales, prostitutas, prostitutos, hombres y mujeres heterosexuales con múltiples parejas o antecedentes de enfermedades de

transmisión sexual, mujeres embarazadas, prisioneros y otras poblaciones cautivas, tuberculosos, drogadictos intravenosos, hemofílicos y receptores de transfusiones; selección de sitios, grupos poblacionales, periodicidad en la toma de muestras y metodología de procesamiento. Mantendrá evaluado al P.M.P. en los resultados sobre los medios de transmisión, en la vigilancia de certificados de defunción, expedientes clínicos, recetas de medicamentos y se encargará de mantener la elaboración de las proyecciones del número de casos, infectados y poblaciones expuestas.

C. El aspecto de los Bancos de Sangre y Laboratorios a cargo de los tres laboratorios de referencia existentes en sólo en el D.F., CONASIDA y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Las acciones son las de capacitación al personal de bancos de sangre y laboratorios, edición y distribución del manual de laboratorio, la planeación de cursos, implementar 30 laboratorios de VIH, promover el desarrollo de tecnología en reactivos, iniciar la estandarización de técnicas confirmatorias, de aislamientos virales, de otros retrovirus, la preparación de paneles de sueros y su envío semestral a los laboratorios, con

periodicidad mensual de las muestras positivas y el 10% de las negativas y; mantener el control de calidad de los laboratorios y bancos de sangre en sus procedimientos, integrados en un sistema de información y coordinación interinstitucional.

D. El aspecto de la Atención Médica que concentra sus actividades en mejorar los servicios de atención en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, primordialmente en el área de la atención primaria y también en la creación de programas que mejoren las actitudes del personal de salud hacia los enfermos y afectados por el Sida; promocionar sus servicios y poner énfasis en la coordinación, descentralización y evaluación de sus actividades, incluyendo también a instituciones no gubernamentales dedicadas a la salud.

E. El último aspecto organizacional del Programa es el de la Coordinación, Descentralización y Evaluación enfocado a hacer del CONASIDA un órgano público con imagen de coordinador y planificador de acciones con la función central de coordinar las actividades gubernamental, social y privada apoyadas en la internacional. Para lograr esto,

pretende la coordinación de los niveles nacional y estatales a través de los CESIDAS, y de las organizaciones civiles en lucha contra el Sida en forma de trabajo conjunto o cooptado y; evaluar en general las investigaciones y adiestramientos sobre VIH/SIDA y al Programa diseñando un manual que incluya indicadores de efectividad en el impacto, eficacia en el logro de los objetivos y eficiencia en los rendimientos y costos.

Es evidente que el Programa no cuenta con una organización íntegra de sus elementos, le hace falta una estructuración planteada en los actuales niveles de gobierno e incluir los mecanismos de coordinación, concertación y descentralización.

La prueba más evidente es que al primer año de aplicación del P.M.P. se han hecho una serie de modificaciones como la reducción del presupuesto para el primer año de 13803.8 planteados originalmente a 601.1 miles de dólares proyectados y de los 82,218.7 originales a 2341.3 miles de dólares para los cinco años, lo que imposibilita la realización de muchas de las acciones ya programadas

y, que el proyecto original sea reemplazado por otro que tal vez sea diferente y no se logren por lo tanto, los objetivos propuestos. El primer año del programa (1990) pretendió realizar acciones en la educación con información y recomendaciones a grupos con "prácticas de alto riesgo", de detección con pruebas serológicas confidenciales, de consejería a seropositivos y familiares y elaboración de un manual; de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno también con la elaboración y difusión de su respectivo manual, de reducción del impacto económico de la atención investigando los costos, de entrenamiento de personal de salud, de asistencia social promoviendo la solidaridad y defensa de derechos humanos, de asesoría legal difundiendo un folleto a seropositivos con el tema y dando talleres para abogados sobre protección legal.

La duda está en aire si se llegará a desarrollar el programa como se planeó puesto que, se empieza a topar con los primeros tropiezos de la escasez de los recursos financieros, humanos y materiales, la incapacidad muchas veces manifiesta del personal para tratar a los enfermos y a los diagnosticados con el virus del Sida. Existe también una desmesurada confianza para la creación de las

medidas y su evaluación en las encuestas cuando sólo se podría recurrir a ellas como un instrumento además de otros, cuando no se cuenta con un estudio veraz sobre la sexualidad en México y mucho menos estadísticas que apoyen un conocimiento en este plano.

Será necesario, entonces, revisar el programa en su conjunto con el fin de implementar estrategias basadas en hechos reales sobre la situación del Sida en el país para eliminar o al menos reducir la sensación de miedo y la enajenación al riesgo que persiste; modificar actitudes en la transmisión sexual en un viraje positivo hacia la propia sexualidad y hacia la ajena, siempre respaldados en nuevas alternativas de prevención como el Sexo Seguro y la preparación a toda la población sobre todas las materias que involucran a la epidemia para que tenga una noción más real sobre lo que es el Sida, sin distinciones de preferencias sexuales o comportamientos. La alternativa más realizable es idear y llevar a cabo planes con el sector educativo que abarquen los aspectos generales sobre el Sida y un nuevo programa sobre sexualidad humana impartido por las instituciones de la Administración Pública en la educación oficial con el objeto de minar las

actitudes estigmatizadoras y moralistas que sólo llevan a la discriminación.

Es necesario llevar a la práctica una instrumentación de políticas gubernamentales tendientes a un cambio de mentalidad en la población aunadas a las políticas que apoyen a las campañas educativas sobre el Sida; tendientes a la prevención primaria de la salud.

Para ello se proponen las campañas de educación y prevención en la lucha contra la epidemia del Sida en México utilizando todas las potencialidades con que cuenta el Estado Mexicano.

Los pasos a seguir de manera inmediata para la prevención del contagio del Sida se fundamentan en las siguientes propuestas:

- La emisión de timbres postales con una edición permanente por lo menos en el próximo semestre que contengan un slogan sobre la prevención del síndrome.

- La acuñación de una moneda conmemorativa en edición especial de venta para todo el público con

finés de recaudación de fondos y un mensaje de solidaridad con los afectados por el Sida.

- La tirada por lo menos una vez al mes en todos los sorteos de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública de mensajes en los billetes que adviertan sobre la transmisión del Sida.

- Dictar una normatividad para todos los hoteles y moteles del país en el que además del convenio que ya existe sobre las inscripciones o letreros que advierten sobre la transmisión del padecimiento, se provean a todos los usuarios de un paquete de preservativos, que en dado caso de no solventar el importe se carguen a la cuenta del cliente.

- Suspender o suprimir las nuevas adiciones al artículo 199 Bis que aparecen en relación al Sida, explicando las condiciones que se den para el contagio, qué enfermedades se pueden considerar, en qué períodos infectantes y su respectiva comprobación clínica para la aplicación del artículo.

De otra parte, se proponen para la campaña de educación los siguientes puntos:

- La campaña intersectorial para la educación oficial se ha de instrumentar en la inclusión de información adaptada para cada nivel escolar comenzando por la adaptación de información sobre Sida y Sexualidad en el libro de texto gratuito, la medidas necesarias de higiene personal y el cuidado de la salud, la donación altruísta de sangre elaborado con el debido cuidado y supervisión del CONASIDA para evitar emitir información errada, valorativa o tendiente a la discriminación.

- Reelaborar la campaña especial para la población joven del país del CONASIDA reforzando los convenios de colaboración con las asociaciones civiles para que se impartan cursos especiales sobre sexualidad y Sida, y talleres sobre la forma más segura de ejercer la sexualidad; especialmente en los niveles de educación secundaria, bachillerato y superior.

- Especial importancia se le puede dar a la Universidad Nacional Autónoma de México a realizar la tarea de que cuando ingresen los alumnos, además de la aplicación del cuestionario para el examen médico, se les impartan conferencias de salud y talleres de sexo seguro con carácter obligatorio.

Esta estrategia de educación se puede apoyar en las organizaciones civiles dedicadas a la lucha contra el Sida además del propio CONASIDA.

- Utilizar el espacio de los medios masivos de comunicación del Estado en la radio, la prensa y demás medios escritos como revistas y principalmente en la televisión a horas accesibles, para emitir información y educación sobre la epidemia adecuando los mensajes para todo el público ya sea en forma de documentales, caricaturas, fotonovelas, etc.

- Reforzar la educación clínica al personal de salud sobre Sida, abarcando por principio a las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Instaurar una campaña de educación para la prevención perinatal en conjunción del CONASIDA con otros organismos como el CONAPO, que provean en sus actividades de planificación familiar información directa sobre el Sida con orientaciones personales y también en forma escrita en trípticos y folletos.

- Organizar eventos especiales como simposiums para funcionarios públicos en torno a todos los aspectos médicos, sociales, jurídicos y epidemiológicos del Sida con el fin de dirigir las

campañas de lucha contra la epidemia basadas en una correcta toma de decisiones.

- Por último instaurar módulos de información y orientación acerca del padecimiento en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el público derecho-habiente, privado y para toda la población en general.

CAPITULO IV

LOS ORGANISMOS PUBLICOS EN LUCHA CONTRA EL SIDA.

4.1. LOS ORGANISMOS PUBLICOS.

La organización de las sociedades para el buen funcionamiento acorde con los objetivos de dirección estatal, está a cargo de la Administración Pública como puente armonioso que conjuga a la sociedad a través de sus demandas y al Estado que ha de satisfacerlas primordialmente a través de la acción directa del Gobierno.

Para ejecutar las tareas del gobierno, la Administración Pública cuenta con una serie de organizaciones estatales o públicas especializadas. En el orden de la Administración Pública Mexicana, van desde las secretarías de Estado y Departamentos Administrativos, pertenecientes a la Administración Pública Central directamente dependientes del poder Ejecutivo Federal, hasta los organismos de la Administración Pública Paraestatal que aunque también están sujetas a las decisiones del Ejecutivo cuentan con un poder de elección de alternativas, personalidad jurídica y recursos financieros o patrimonio propios, como empresas de participación estatal mayoritaria y, minoritaria y fideicomisos.

En el caso de nuestro tema de estudio, sólo analizamos la primera vertiente de la Administración Pública como parte de las medidas tomadas dentro del orden gubernamental para controlar y prevenir a la sociedad de la epidemia Sida; tomando como referencia a la Secretaría de Salud y sus demás ramales involucradas y al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida y a sus órganos integrantes.

Los organismos creados por el Estado dentro del gobierno como parte integrante de la Administración Pública, que tienen como fin preservar la salud de la comunidad y en especial mantener la prevención y el control de la epidemia Sida; parten desde la Secretaría de Salud con su Dirección de Epidemiología pasando por los Laboratorios de Salud Pública hasta el CONASIDA y sus órganos dependientes en los Estados de la República, en las áreas de documentación, y en apoyos directos al público como la información personal y vía teléfono.

Todos ellos están dirigidos en su quehacer por las líneas políticas marcadas dentro del Programa Nacional de Salud, regidos de acuerdo con la Constitución, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, reglamentos intrasectoriales y,

planificadas sus acciones concretas por el Programa de Mediano Plazo para la Prevención del Sida, ya revisado en el capítulo anterior.

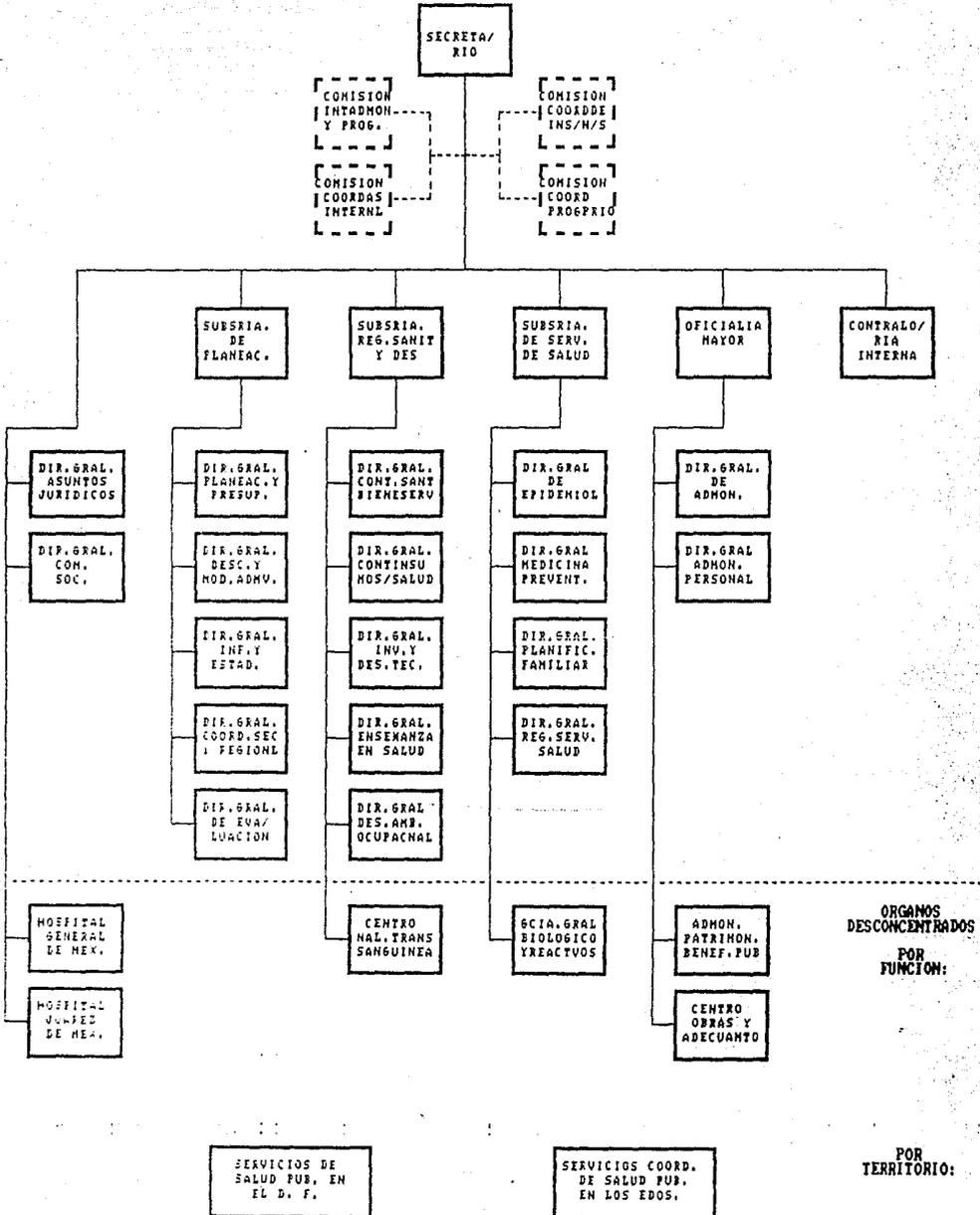
4.1.1. SECRETARIA DE SALUD.

Conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su Artículo 39 corresponde a esta Secretaría de Estado hacerse cargo de la conducción de la política de la salud para toda la población, de su organización, administración, planeación, normatividad y control de este servicio al que tienen derecho todos los mexicanos.

Para este fin se organiza de acuerdo a su organograma con un secretario, una comisión interna de administración y programación, tres comisiones coordinadoras, tres subsecretarías, una oficialía mayor, una contraloría, dieciocho direcciones generales y su cargo el hospital General de México, y el Juárez y demás órganos desconcentrados por función y por territorio dentro del país.

FIGURA 13: ORGANOGRAMA SECRETARIA DE SALUD.

SEPTIEMBRE 1960.



4.1.1.1. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA.

La Dirección General de Epidemiología como parte integrante de la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría, juega un papel importante dentro las funciones del control para la prevención de la transmisión del Sida puesto que a ella corresponden las siguientes funciones:

"Coordinar y supervisar la elaboración del diagnóstico epidemiológico nacional para conocer la situación general, identificar los problemas prioritarios y proponer las bases adecuadas a la política en materia de vigilancia epidemiológica.

Normar, establecer, coordinar, operar y evaluar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, supervisando los servicios regionales, estatales y locales.

Establecer y mantener actualizados los registros nominales de casos de padecimientos crónicos, tanto transmisibles como degenerativos, para su seguimiento y análisis.

Efectuar la vigilancia epidemiológica del crecimiento, desarrollo infantil, la nutrición y el seguimiento de la aplicación de inmunizaciones.

Planear, normar y participar en actividades de investigación analítica y experimental e identificación de enfermedades, en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

Normar, evaluar y operar, en su caso, los servicios de sanidad internacional, cumpliendo con los compromisos de la vigilancia epidemiológica internacional.

Supervisar y evaluar la efectividad de los programas de prevención y control de enfermedades, en coordinación con la Dirección General de Medicina Preventiva.

Difundir la información producida por la vigilancia e investigación epidemiológicas, en coordinación con la Dirección General de Información y Estadística." (1)

1. "Manual de organización general de la Secretaría de Salud", en Ley General de Salud, pp.691 y 692.

De manera que esta Dirección General tiene que ver directamente con el control de la epidemia en los aspectos del progreso del número de las transmisiones y por tanto, con la población potencialmente infectada y enferma a causa del Sida. Su importancia es crucial en el desempeño de sus actividades para ponderar la situación epidemiológica en el diseño de las políticas a seguir dentro del sector salud a nivel nacional que cubra el total de la población.

4.1.1.2. LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA.

Los laboratorios de salud pública dependientes de la Secretaría en cuestión, directamente vinculados con la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo y la Dirección General de Epidemiología, tienen como fin el estudio, la identificación, el seguimiento y el control de los problemas de salud de todas las comunidades que conforman la población nacional con el objeto de promocionar y prevenir la salud en apoyo de las acciones de vigilancia epidemiológica y la

evaluación e identificación de los riesgos para la salud. (2)

Las acciones que cubren los laboratorios son de carácter eminentemente clínico que como en el caso de la epidemia Sida solo analizan a los enfermos, descuidando importantes aspectos tales como la identificación de los portadores, lo que en epidemiología serían los vectores o reservorios, de procesos infecciosos o, la valoración de los riesgos ecológicos que inciden directamente en las enfermedades oportunistas de la etapa final del Sida y, su cobertura en su mayor parte es insuficiente para atender a la comunidad en la que se ubiquen por la escasez de sus recursos.

Los laboratorios de salud pública se componen de tres grupos que interesa analizar como parte estructural de la acción gubernamental ante el problema en cuestión.

2. SOBERON A. "Laboratorios de salud pública", La salud en México: Testimonios, problemas y programas, p. 296.

A. RED NACIONAL DE LABORATORIOS.

La red de laboratorios públicos dirigidos básicamente a la atención de tercer nivel tienen como retos ser independientes y estar escalonados en forma piramidal en tres niveles: el local o jurisdiccional, el estatal o el intermedio y el nacional.

El primer nivel local o jurisdiccional, es muy diverso en cuanto a que está formado por los laboratorios de los centros de salud, las clínicas y los hospitales sin funciones específicas dentro de las actividades de salud pública abocadas sólo a la clínica. Contribuyen en el mejor de los casos, a coleccionar y manejar muestras en los niveles superiores de laboratorio.

El segundo nivel estatal o intermedio lo constituyen los laboratorios de las entidades escasos en número y cobertura. Aunque son la autoridad técnica, estructural y administrativa de los estados. Su responsabilidad es el diagnóstico y la referencia a nivel estatal o regional, el adiestramiento de su personal, la ejecución de

técnicas de mediana complejidad y la supervisión y evaluación de los laboratorios jurisdiccionales.

El tercer nivel nacional, por la extrema centralización y concentración es la autoridad normativa y de supervisión de la Red integrado por dos instituciones: el Laboratorio Nacional de Salud Pública, responsable de la vigilancia sanitaria, del apoyo a las acciones de regulación sanitaria y del control de calidad de los medicamentos y otros insumos que requieren los laboratorios para fijar los Patrones Nacionales de Sustancias de Referencia y de proveer la validación metodológica de la farmacopea mexicana y, por el Instituto Nacional de Salud Pública, que sirve como referencia para los laboratorios de la Red y funge como el principal apoyo para la vigilancia epidemiológica.

Las actividades de la Red Nacional de Laboratorios son adiestrar o educar a su personal para lo que sólo se emplearon los de León, Acapulco, Toluca, Monterrey y Hermosillo, la acción clínica en el servicio de consulta externa se realiza en Mérida, Villahermosa, Ciudad Victoria, Reynosa, Jalapa, Veracruz, Colima y Culiacán, la elaboración y distribución de 13 manuales de procedimientos

técnicos y, la rehabilitación de los laboratorios de la frontera norte conjuntamente con autoridades de Estados Unidos y de la O.P.S.

B. CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSION SANGUINEA.

La reciente creación del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea a partir de 1982 tiene como finalidad impulsar la donación voluntaria de sangre, familiar y altruista de promover el uso racional de la sangre y sus fracciones así como actuar como órgano normativo en la utilización de la sangre humana y sus componentes.

Sus funciones obedecen principalmente a la erradicación de la comercialización de la sangre como fuente importante de especulación y de infecciones de enfermedades que se transmiten vía sanguínea como el Sida. Ellas son promover la donación familiar intrahospitalaria y altruista para disminuir la gran proporción proveniente de los bancos privados y de la donación remunerada; obtener la sangre de las unidades móviles para procesarla, caracterizarla y separarla de sus componentes fraccionándola en las plantas hemoprocesadoras, conservarla y distribuirla a las instituciones del

sector salud nacionales; efectuar el control de calidad en la sangre, reactivos, sueros hemoclasificadores, glóbulos rojos, etc.; normativizar los aspectos en que interviene como la emisión de la norma técnica de mayo de 1986 en que se describen los requisitos que debe de llenar el donador, la investigación de los anticuerpos anti-VIH y la destrucción de sangre cuando resulta seropositiva y; llevar el registro y control de los 257 bancos de sangre y de los 24 servicios de transfusión en 231 hospitales de la S.S.A, el I.M.S.S, el I.S.S.S.T.E, el D.I.F., los Servicios Médicos Navales y los de las Fuerzas Armadas así como los bancos de sangre privados.

Escapa al Centro la importante acción de normar la realización de pruebas serológicas periódicas a las unidades de sangre que llegan y están almacenadas dentro de los bancos de sangre y su supervisión, ya que el VIH no se detecta en un solo intento de tamizaje es necesaria la realización de las pruebas antes de aplicarlas a los pacientes.

C. INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNOSTICO Y
REFERENCIA EPIDEMIOLOGICA

El antecedente directo de este Instituto fué el Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales creado en 1939 para fungir como el principal centro de la investigación biomédica enfocada al estudio de enfermedades infecciosas. Su decaimiento fué inevitable debido al desinterés por las enfermedades infecciosas aparentemente vencidas por los antibióticos y el consiguiente descrédito de la inmunoprofilaxis, la escasa aplicación de los resultados de las investigaciones por el poco contacto con los epidemiólogos, por la falta de interés personal de los mismos investigadores y la falta de voluntad política plasmada en los programas de salud.

A partir de 1985 y recientemente en 1989 se reorganiza el instituto con la nueva emergencia de enfermedades como el Sida, dándole importancia dentro de los programas de epidemiología, particularmente en los servicios de enfermedades transmisibles para cambiar de nombre a Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica.

Sus acciones se centran en el diagnóstico biomédico de las enfermedades en ascendencia y fungir como referencia en el control de las epidemias, supervisa el cumplimiento de los procedimientos en los diversos niveles de la Red, constituye el nivel terciario de referencia de los laboratorios jurisdiccionales o estatales, define el control de calidad de exámenes de laboratorio, funciona como centro de capacitación y enseñanza aún incipiente, proporciona sueros y sustancias de referencia a los laboratorios de la Red y, realiza acciones de investigación básica y aplicada en la tecnología de nuevos métodos apropiados a los recursos del país. Aunque son esenciales sus funciones no alcanza a cubrir toda la demanada de realización de las pruebas a las muestras de sangre para la detección de anticuerpos, que tarda alrededor de quince días en entregar los resultados.

4.1.2. CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CONASIDA).

El antecedente directo del CONASIDA, fué el Comité Nacional de Prevención del Sida creado en 1986 cuyo objeto era evaluar la situación nacional en lo concerniente al Sida y a la infección por VIH, y establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento prevención y control, coordinar la implantación y evaluación de normas pautas y actividades de control. El trabajo del Comité fué insuficiente puesto que estaba en una posición secundaria por considerar como prioritarios otros problemas y por contar con pocos recursos y autoridad.

Así que, por decreto presidencial del 24 de agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida conservando las mismas siglas anteriormente propuestas de CONASIDA, con la intención de comenzar a funcionar en la prevención del Sida.

El Consejo, está directamente coordinado por la Secretaría de Salud, según se lo confieren los Artículos 3o. fracción XV, 5o., 133 fracciones II y IV, 136 y 141 de la Ley General de Salud; 17 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal fundamentados en el Artículo 4o. Constitucional. Pero con carácter desconcentrado de la Secretaría, lo que hace tener un carácter directamente subordinado a la jerarquía institucional y ser administrado en sus escasos recursos (humanos, económicos y materiales) en línea vertical.

El objetivo del CONASIDA por decreto, es el de promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Sida, así como de impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

Las funciones de las que está a cargo el Consejo son las siguientes:

I.- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Sida, así como promover la concentración de

acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados;

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

III.- Proponer el Programa Nacional para la Prevención y el Control del Sida;

IV.- Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Sida;

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

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

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

VII.- Sugerir medidas de prevención y control del Sida;

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

X.- Expedir sus bases de organización y funcionamiento, que hasta el momento están por crearse, y

XI.- Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objetivo. (3)

El CONASIDA cuenta con un Consejo, un Coordinador General y un Patronato como órganos directivos que lo conforman y lo gobiernan.

1. Boletín Oficial, agosto 24 de 1988, p. 16.

Fuera de su alcance está la evaluación concreta de sus acciones, servicios y equivalentes en el interior de la República.

El Consejo está presidido por el Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate Rodríguez. Integrado por vocales, representantes de la Administración Pública Centralizada encargadas de proveer de información estadística y proyectos de investigación que realizan o auspician y; de los sectores social y privado: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Gobernación, Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Turismo, Secretaría del trabajo y Previsión Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Academia Nacional de Medicina, Cámara Nacional de Radio y Televisión, Cámara Nacional de la Industria de la Transformación, Consejo Nacional de la Publicidad, Fundación Mexicana de Lucha Contra el Sida, Fundación Mexicana para la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico

Nacional, Petróleos Mexicanos, Sanidad Militar, Sanidad Naval, IMEVISION y TELEVISA.

Este Consejo debe de reunirse trimestralmente con la asistencia de su presidente o suplente, que en todo caso, sería el Coordinador General del CONASIDA para deliberar sobre los asuntos concernientes a:

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

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

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

- Aprobar y someter al Secretarios de Salud, el Programa Nacional para la Prevención y Control del Sida;

- Someter a la Secretaría de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas, y

- Las que sean necesarias para el cumplimiento de las atribuciones del CONASIDA.

El Coordinador General del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida actualmente es el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, también Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, quien tiene las facultades de:

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

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

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

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

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

VI.- Coordinar las actividades de los Comités ... así como proponer al Consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes;

VII.- Administrar, ya sea directa o indirectamente los recursos humanos, materiales y financieros que se asignen al órgano, y

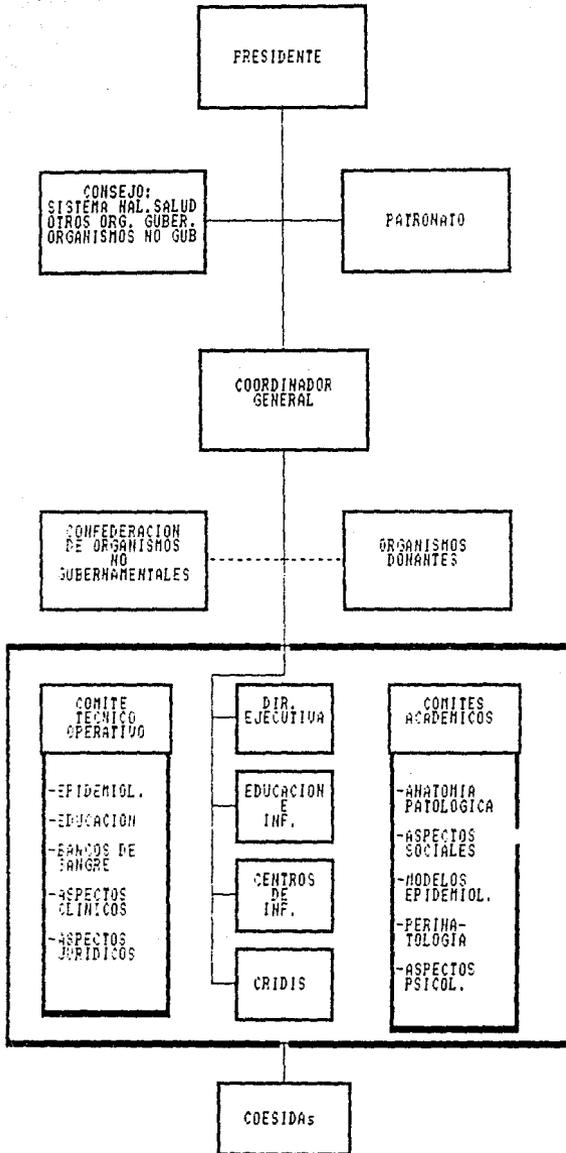
VII.- Las demás que le confiera el Consejo." (4)

Está previsto por el decreto de creación del CONASIDA que cuente con un Patronato de personas pertenecientes a los sectores social o privado o de la comunidad en general propuestos por el Presidente del Consejo, cuyas funciones serán las de apoyar las

acciones del CONASIDA y contribuir a la obtención de recursos para administrarlos hacia el combate de la epidemia. Aunque en la actualidad la integración y el funcionamiento de dicho Patronato no se conforma aún.

Los integrantes de los órganos directivos del CONASIDA y sus funciones se resumen en el siguiente funciograma:

FIGURA 14
 FUNCIOGRAMA DEL CONASIDA



Para la realización de las funciones y el cumplimiento de su objetivo, el CONASIDA se divide en diversos Comités agrupados en el campo técnico y el académico.

Los Comités Técnicos son:

El Comité de Epidemiología a cargo del Dr. José Luis Valdespino Gómez, coordinado por diez personas de la Dirección de Investigación de la Dirección General de Epidemiología y con la participación de instituciones del Sistema Nacional de Salud como el I.M.S.S., El I.S.S.S.T.E., PEMEX, Marina y Defensa Nacional y otros. Sus funciones son las de investigación epidemiológica, realización de cursos de capacitación, encuestas seroepidemiológicas centinelas, encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas y estudios de intervención en la comunidad.

El Comité de Bancos de Sangre dirigido por la Dra. Soledad Córdoba y coordinado por diez personas del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea con, la participación de ochenta y cinco bancos de sangre y el Sistema Nacional de Salud. Sus funciones son la elaboración de normas y la supervisión de los bancos de sangre a través del Centro Nacional de la

Transfusión Sanguínea y de los Centros Estatales de Hemoterapia.

El Comité de Educación para la Salud bajo la responsabilidad del Dr. Rafael Camacho Solís es coordinado por la Dirección General de Fomento para la Salud de la Secretaría del ramo, encargada también de los Programas de Educación para la Salud a nivel nacional. Tiene las funciones de elaborar y ejecutar la estrategia de educación, que como se ha visto, tiene poco de educación y más de información limitada a spots publicitarios por radio, televisión, carteles e impresos.

El Comité Clínico-Terapéutico bajo la dirección del Dr. Guillermo Ruiz Palacios, coordinado por el Departamento de Infectología del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" y en coparticipación con el Sistema Nacional de Salud. Sus funciones son la elaboración de los proyectos de investigación y clínicos, así como de aspectos terapéuticos y la elaboración de normas para el manejo y tratamiento de los pacientes con Sida realizados sólo en el Instituto.

El Comité de Aspectos Jurídicos tiene al frente al Lic. Gonzalo Moctezuma Barragán, bajo el mando de

la Dirección General de Aspectos Jurídicos de la Secretaría de Salud, con participación de la U.N.A.M y de otras instituciones no gubernamentales. Es responsable de ejecutar las funciones de análisis de las cuestiones jurídicas relacionadas con las medidas orientadas a prevenir la transmisión de la enfermedad y, estudiar las reformas y adiciones de la Ley General de Salud que se consideren convenientes, sin resultados aún palpables.

Los Comités Académicos están integrados por:

El Comité de Patología, encargado de sistematizar la experiencia mexicana en el campo de la anatomopatología de pacientes con Sida encargado de efectuar los estudios de casos en los hospitales.

El Comité de Perinatología, responsable de dictaminar las medidas preventivas y terapéuticas para la relación perinatal madre-hijo cuando existe una evidencia o factor de riesgo de infección por VIH, manifiestas en manuales y revistas especializadas.

El Comité de Ciencias Sociales con la función de realizar estudios sobre el comportamiento social en relación con VIH/Sida, sin resultados aparentemente puestos en práctica.

El Comité de Modelos Epidemiológicos en el que se delega el diseño, promoción y aplicación del uso de los modelos matemáticos para el análisis del comportamiento de la epidemia.

El Comité de Aspectos psicológicos que norma y supervisa los aspectos relacionados entre esta ciencia y los pacientes seropositivos y con Sida únicamente.

Estos grupos de comités técnico y académico se encargan de asesorar y dirigir de manera vertical a los componentes estructurales del CONASIDA para la concepción de las tareas y objetivos del Consejo fijados en su creación y en el Programa de Mediano Plazo.

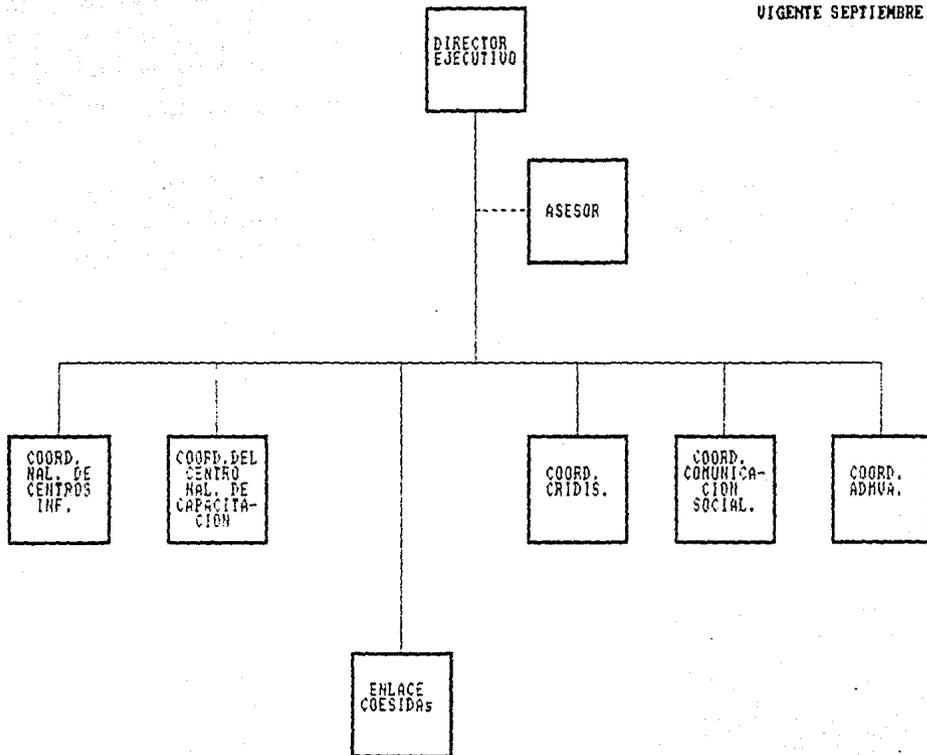
El CONASIDA cuenta con un Director Ejecutivo quien es el Dr. Federico Chávez Peón, un Asesor Gerardo Dorantes Aguilar y las coordinaciones sustantivas: Coordinación de los Centros de

Información, Coordinación del Centro Nacional de Capacitación, la Coordinación del Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida, a cargo de la Dra. Gloria Ornelas Hall, Dra. Patricia Uribe Zuffiga y la Dra. Blanca Rico Galindo respectivamente; la Coordinación de Comunicación Social con la Lic. Mónica Heal H.; la Coordinación Administrativa con el Lic. Jaime Vargas Flores y el Enlace con los Comités Estatales para la Prevención y Control del Sida que es responsabilidad del Dr. Héctor Ibarra Hernández.

La estructura interna del CONASIDA queda expresada en el siguiente organograma:

FIGURA 15: CONASIDA
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

VIGENTE SEPTIEMBRE 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

La Coordinación de Comunicación Social cuenta con un Asesor en Prensa, una secretaria; un enlace con los Proyectos Universitarios, un Ejecutivo de Medios, un Ejecutivo de Cuenta y Coordinación Interna de Información y una área de Investigación Social.

Sus funciones básicas son las de encargarse de la comunicación interna y hacia el exterior con mensajes a los medios de comunicación así como, de emitir los comunicados, boletines de prensa y mensajes especiales con tinte oficial provenientes del propio Consejo.

La Coordinación Administrativa recientemente creada aún con pocas funciones delegadas, administra los recursos financieros divididos en las denominaciones de servicios personales; materiales y suministros; principalmente para la administración, productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio, servicios generales para la difusión e información, de traslado e instalación y; bienes muebles e inmuebles básicamente mobiliarios y equipo de administración. También los recursos materiales y servicios generales con un almacenista, un intendente, un velador y dos vigilantes nocturnos

dominicales y; los recursos humanos que recaen en el coordinador.

Las coordinaciones sustantivas del CONASIDA y el área del Enlace con los COESIDAS son analizadas en apartados especiales debido a la importancia que dan al Consejo en cuanto ejecutoras de las tareas primordiales para el logro de los objetivos.

FIGURA 16: CONASIDA .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

SEPTIEMBRE 1990.

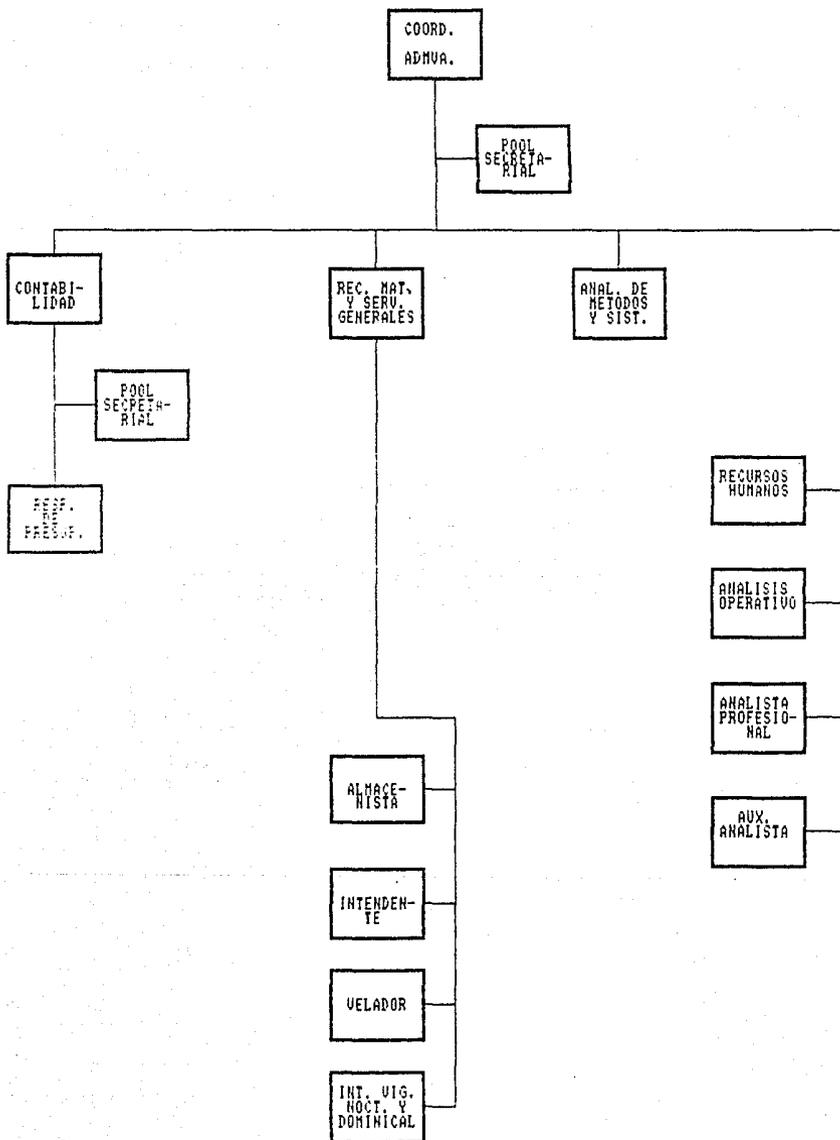
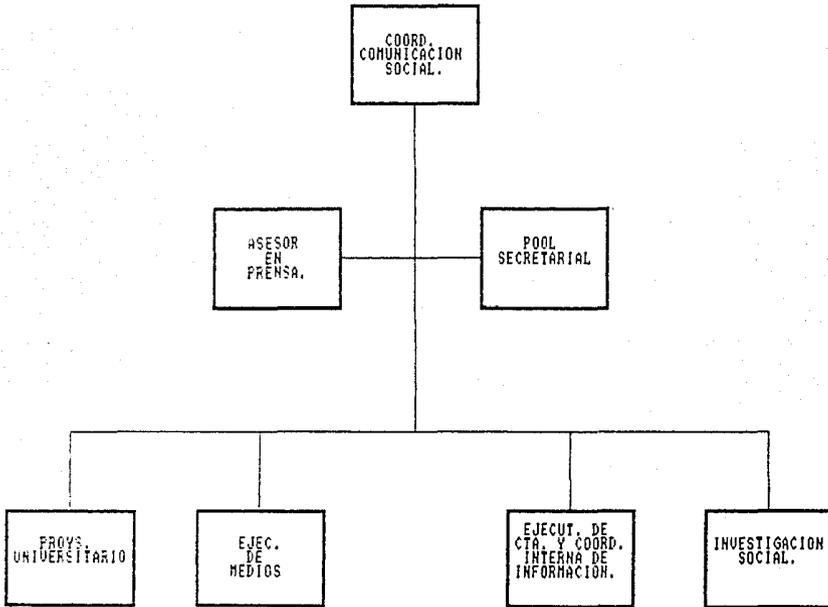


FIGURA 17: C O N A S I D A
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

VIGENTE SEPTIEMBRE 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

4.1.2.1. ENLACE CON LOS CONSEJOS ESTATALES DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA
(COESIDAS).

En cada uno de los Estados que conforman al país, existe a partir de 1988 una representación del CONASIDA a nivel estatal. Cada uno de estos organismos llamados Consejos Estatales para la Prevención y Control del Sida o COESIDAS, debido a su propia problemática poblacional, geográfica, cultural, ideológica, jurídica, económica y política tiene sus propias funciones derivadas del objetivo común de la protección a la salud.

Existen variaciones de un Consejo Estatal a otro en cuanto a su complejidad de organización, acciones, voluntad política y peso político institucional pues, algunos son funcionales y otros se han quedado en el papel como representantes. Por la escasez de los recursos de personal capacitado para la clínica y para la educación, materiales, que en su mayoría reciben del CONASIDA central como material de apoyo: carteles, trípticos, folletos, videos, etc., material de oficina y hasta bienes inmuebles propios y, por la falta de recursos financieros, ya que no se cuenta con un presupuesto

especial para Sida; sus programas, en los lugares donde existen COESIDAS operando, funcionan desviando fondos de otras partidas presupuestales, principalmente de los programas enfocados a las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Por esta diversidad situacional algunos de los COESIDAS llegan a cumplir sus funciones básicas y otros no, de:

- Elaborar el Programa Estatal de Prevención y Control de la infección por VIH.

- Promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado en relación a la prevención y control del VIH/SIDA en cada Estado.

- Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades locales y nacionales.

- Proponer los proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas en cada Estado.

- Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Sida.

La mayor parte de los COESIDAS nacieron a partir de iniciativas de la Secretaría de Salud y del CONASIDA, y a través del Convenio Unico de Desarrollo (C.U.D.) o de los Comités de Planeación del Desarrollo Estatal (C.O.P.L.A.D.E.), pero ninguno

por decreto de creación estatal. Funcionan algunos como el de Chihuahua en conjunción con el I.M.S.S. o alguna otra institución del Sistema Nacional de Salud para la aplicación de pruebas serológicas y realización de acciones de orientación y educación.

Por la misma heterogeneidad, algunos de los COESIDAS cuentan con servicios de Centros de Información, de realización de pruebas de tamizaje, de capacitación de personal, de Centros de Documentación y de línea telefónica para información u orientación.

El CONASIDA cuenta con una área de Enlace con los COESIDAS que tiene el objetivo de intercambiar las experiencias adquiridas en la constitución y funcionamiento de estos organismos estatales entre ellos, el propio CONASIDA y el desarrollo del Programa y, proponer alternativas de solución a los problemas detectados y unificar criterios de trabajo.

El Enlace con los Consejos Estatales tiene las funciones de:

1.- Descentralizar los esfuerzos en la lucha contra el Sida

2.- Reforzar la infraestructura de los COESIDAS con el apoyo de recursos materiales de educación y prevención y, bienes muebles.

3.- Orientar y normar a las COESIDAS en todo lo relativo a los puntos a seguir para la prevención y control del Sida en sus Estados como en la producción de material informativo-preventivo, en el servicio de línea telefónica, en el sistema estatal de vigilancia epidemiológica, en la elaboración y edición de boletines COESIDAS, etc.

4.- Formular un diagnóstico situacional a partir de la información obtenida oficialmente para apoyar a los COESIDAS en la realización de sus campañas.

5.- Entrevistas con todos y cada uno de los Representantes de los COESIDAS en el interior de la República.

Los actuales representantes, sedes y servicios de los Consejos Estatales para la Prevención y Control del Sida en México son:

En Aguascalientes el Dr. Sergio Velazquez García, con sede en Aguascalientes. Está funcionando ya el COESIDA de la entidad.

En Baja California Norte la Dra. Lucrecia de la Mora de la Mora, con sede en Mexicali. Sus servicios son el COESIDA y capacitación a personal.

En Baja California Sur el Dr. José Grajales Montiel, con sede en La Paz. Tiene únicamente al COESIDA.

En Campeche el Dr. Jesús Felipe Ordoñez Torres, con sede en Campeche. Cuenta con COESIDA, centro de información, telsida, Centro Local de Información, Documentación e Intercambio del Sida (C.L.I.D.I.S), capacitación y producción local.

En Coahuila la Dra. Elizabeth Mellado Moya, con sede en Saltillo. Tiene un centro de información y CLIDIS.

En Colima la Dra. Martha Guadalupe Gutiérrez Flores, con sede en Colima. Tiene a su COESIDA y a CLIDIS.

En Chiapas el Dr. Francisco Jorge Cerón Orozco, con sede en Tuxtla Gutiérrez. Sin algún Servicio.

En Chihuahua el Dr. Manuel Gomez Moreno, con sede en Chihuahua. Con COESIDA, CLIDIS y Producción Local.

En Durango el Dr. Alejandro Ibañez Rodríguez, con sede en Durango. Sin algún servicio.

En Guanajuato el Dr. Mario Corona Perez, con sede en Guanajuato. Tiene los servicios del COESIDA, centro de información, telsida, CLIDIS, capacitación y producción local.

En Guerrero la Dra. Rosa Lidia Hernandez Pérez, con sede en Chilpancingo. Sólo con servicio de capacitación.

En Hidalgo la Dra. Graciela Nava Chapa, con sede en Pachuca. Tiene los servicios del COESIDA y CLIDIS.

En Jalisco el Dr. David Diaz Santana Bustamante, con sede en Guadalajara. Cuenta con los servicios del COESIDA, centro de información, telsida, CLIDIS, capacitación y producción local.

En el Estado de México la Dra. Ma. del Carmen Gutiérrez Vázquez, con sede en Toluca. Tiene COESIDA, centro de Información, CLIDIS, capacitación y producción local de su boletín.

En Michoacán la Dra. Yolanda Pineda Tinoco, con sede en Morelia. Cuenta con su COESIDA, centro de información, capacitación y producción local.

En Morelos la Dra. Martha Catalina Serna Cabañas, con sede en Cuernavaca. Tiene COESIDA y producción local.

En Nayarit el Dr. Adelaido Uribe Flores, con sede en Tepic. Cuenta con COESIDA, centro de información, CLIDIS, telsida, capacitación y producción local.

En Nuevo León la Dra. Carmen González Gutiérrez, con sede en Monterrey. Tiene COESIDA, centro de información y CLIDIS.

En Oaxaca el Dr. Miguel A. Colmenares Martínez, con sede en Oaxaca. Tiene su COESIDA, centro de información, CLIDIS, capacitación y producción local.

En Puebla la Dra. Araceli Soria Córdoba, con sede en Puebla. Tiene COESIDA, con centro de información, telsida y producción local.

En Querétaro la Dra. María de la Luz Obregón Molina, con sede en Querétaro. Cuenta con COESIDA, capacitación y producción local.

En Quintana Roo el Dr. Jacobo Hadad Vargas, con sede en Chetumal. Sin algún servicio.

En San Luis Potosí la Lic. María Isabel Acosta Martínez, con sede en San Luis Potosí. Sólo cuenta con su COESIDA.

En Sinaloa el Dr. Víctor Manuel Burgueño Olavarria, con sede en Culiacán. Con COESIDA, y CLIDIS y está en duda la existencia de un centro de información y telsida.

En Sonora al Dr. Gonzalo Robles Monteverde, con sede en Hermosillo. Con COESIDA, centro de

información, telsida, CLIDIS, capacitación y producción local.

En Tabasco el Dr. Juan Guillermo Hernández Bracho, con sede en Villa Hermosa. Con COESIDA, centro de información y telsida.

En Tamaulipas el Dr. Carlos Vila Ruiz, con sede en Cd. Victoria. Sin algún servicio.

En Tlaxcala el Dr. Everardo Jorge Flores Aguilar, con sede en Tlaxcala. Cuenta con centro de información, CLIDIS y capacitación.

En Veracruz el Dr. Alejandro Escobar Meza, con sede en Jalapa. Con servicios de COESIDA, centro de información, CLIDIS, capacitación y producción local.

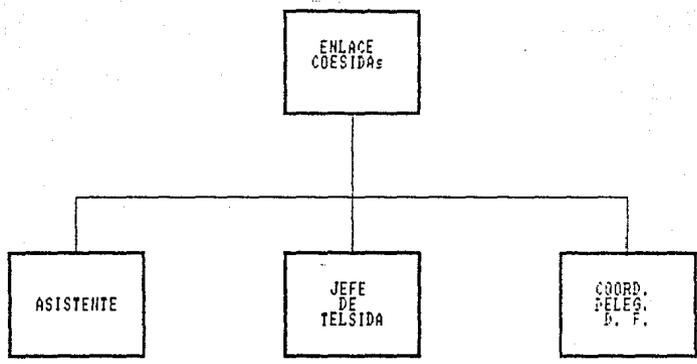
En Yucatán el Dr. Emilio Pavia Carrillo, con sede en Mérida. Sin ningún servicio salvo con la duda de contar con el servicio de telsida.

Y en Zacatecas el Dr. Hugo Villicaña Fuentes, con sede en Zacatecas. Con ningún servicio

Los COESIDAs con mayor número de servicios y que podrían considerarse como los más avanzados en su género son los de Jalisco, Puebla, Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Michoacán, del Estado de México y el de Tabasco, hasta la fecha.

El organograma vigente para el Enlace con los COESIDAs del CONASIDA es:

FIGURA 18: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

4.1.2.2. COORDINACION DEL CENTRO REGIONAL DE INTERCAMBIO DOCUMENTACION E INFORMACION SOBRE SIDA (CRIDIS).

El Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida (CRIDIS), tiene como antecedentes al Centro de Documentación e Información Regional que entra en funciones en noviembre de 1987, por iniciativa del CONASIDA.

En Marzo de 1988, la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) a través de su Unidad de Promoción para la Salud y Educación sobre Sida, en Washington y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) a través del Programa Especial sobre Sida en Ginebra, brindan asesoría y apoyo financiero para ampliar la cobertura y los objetivos del Centro, reestructurándolo como centro regional supervisado por ambas organizaciones.

Los propósitos originales del CRIDIS son:

- 1) Propiciar el intercambio de experiencias y estrategias de prevención y proyectos educativos entre sus responsables, a nivel nacional y regional.

2) Brindar apoyo y asesoría para el desarrollo de programas de prevención del Sida.

3) Proporcionar información oportuna y actualizada sobre las experiencias en la realización de programas de prevención y educativos a través de la recopilación, clasificación y difusión de la misma, así como, del intercambio de materiales antes de que éste se vuelva obsoleto.

4) Tener una cobertura regional que incluya, además del territorio nacional a Centroamérica.

5) Servir de lazo de unión entre las fuentes de información y los investigadores, funcionarios primordialmente, educadores, periodistas, etc. a cargo de proyectos relacionados con el Sida.

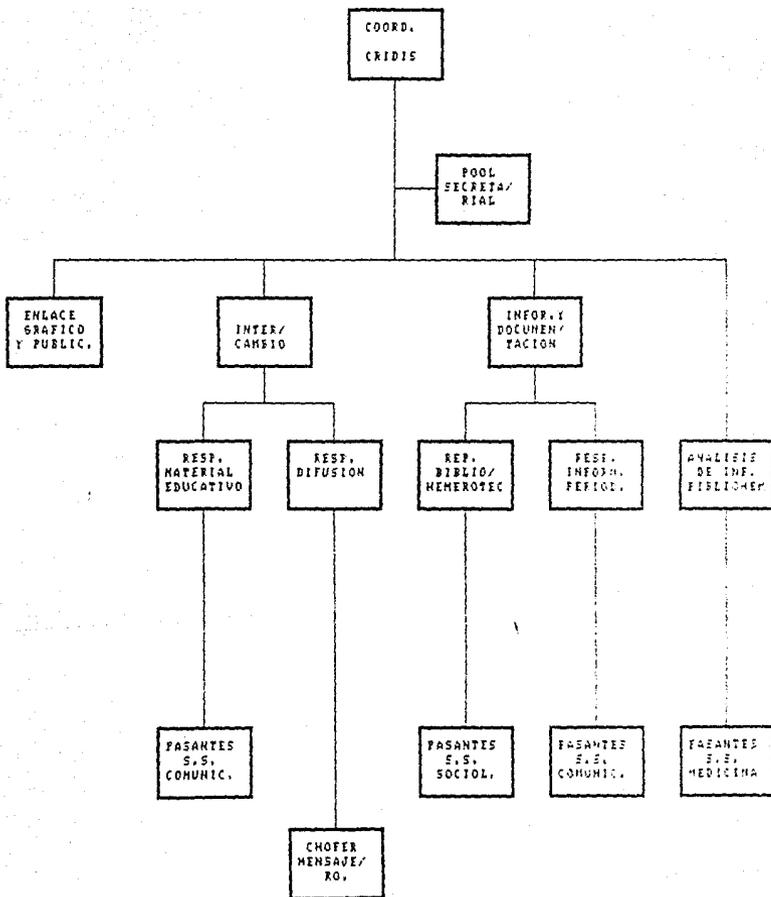
Apenas estructurado y al mando de un médico inmunólogo, el Centro trabaja en una casa-habitación con muy pocos muebles como una mesa y cinco sillas para los consultores y servidores, una línea telefónica y una rudimentaria clasificación del archivo.

El CRIDIS depende estructuralmente de la Secretaría de Salud y del CONASIDA directamente, coordinado por la O.P.S y la O.M.S. quienes además de la asesoría dan un importante apoyo financiero para que funcione el Centro; sin resultados palmarios, también tiene el apoyo y asesoría de la Unidad de Servicios de Información Científica y Tecnológica en Salud de la Secretaría del sector. Sus equivalentes en los Estados son los Centros Locales de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida, (CLIDIS), creados por iniciativa y competencia de los servicios coordinados de salud de los gobiernos estatales y bajo su autoridad; y a nivel de los gobiernos centroamericanos como Costa Rica y Guatemala, los Centros Nacionales de Intercambio Documentación e Información sobre Sida, CNIDIS, a iniciativa de los ministerios de salud respectivos en su creación, organización y funcionamiento.

El organograma estructural interno de la Coordinación CRIDIS es:

FIGURA 19: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

SEPTIEMBRE 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

La Coordinación del CRIDIS, definida como el puesto encargado de planear, coordinar, dirigir, controlar y evaluar las áreas que conforman el CRIDIS, buscando el incremento constante del intercambio y difusión de experiencias, estrategias, proyectos y programas educativos de prevención sobre Sida, así como proyectar las necesidades presupuestales del Centro. Tiene las funciones de:

- Promover el intercambio de información sobre planes y actividades realizadas en relación con el Sida, con países miembros de la región, Estados de la República (a través de los COESIDAs) y países latinoamericanos en su área de influencia: Guatemala, Nicaragua, Honduras, Costa Rica, República Dominicana, Cuba y México.

- Promover el intercambio de información con las diferentes áreas y comités del CONASIDA.

- Planear, dirigir y evaluar la recopilación, clasificación y difusión de información bibliohemerográfica y de material educativo que se encuentre en el Centro, obteniendo bancos de datos veraces, oportunos y accesibles a disposición de los usuarios que lo requieran. De sus funciones es la primaria y la menos alcanzable por el filtro que

pasa la información hasta el investigador; cuanto más la información sobre el CONASIDA es restringida e inaccesible.

- Mantener los mecanismos de coordinación entre el CRIDIS y los representantes de los organismos internacionales que brindan asesoría y apoyo financiero para mantener y fortalecer la infraestructura y funcionamiento del Centro.

- Consolidar y mejorar los mecanismos de intercambio y coordinación de actividades entre el CRIDIS y los presidentes de los CNIDIS y los CLIDIS, realizado por vía telefónica.

- Participar en la dirección y coordinación para elaborar la Gaceta CONASIDA, revisar, opinar y sancionar el material, con énfasis en los editoriales y artículos.

- Sugerir y opinar sobre las posibles opciones de fuentes de ingresos para el Centro, así como participar en la determinación de la forma en que se aplicarán los recursos financieros obtenidos.

El Departamento de Enlace Gráfico y Publicaciones, se enfoca a la planeación, organización y dirección de la elaboración, publicación y distribución del Boletín bibliohemerográfico, la Gaceta CONASIDA y BICO o Bibliografía Comentada tiene las funciones de:

- Coordinar y mantener la colaboración con el Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDIS) para la elaboración conjunta del Boletín Bibliohemerográfico.

- Seleccionar y organizar el material proporcionado por la Oficina de Información Bibliohemerográfica en Salud (Biblioteca) y el CENIDS para la conformación del Boletín y la Gaceta.

- Redactar, comentar y, en su caso, traducir el material seleccionado con el fin de incluirlo en el Boletín o en la Gaceta.

- Establecer los lineamientos que deberán cumplirse para la producción, edición e impresión de la Gaceta y del Boletín.

- Supervisar que las diversas publicaciones a su cargo se emitan dentro de los tiempos programados.

La Jefatura del Departamento de Intercambio encargada de planear, dirigir y controlar los mecanismo de intercambio regional de experiencias, proyectos y programas educativos y de prevención sobre Sida con los países miembros de la zona y, de coordinar y controlar el área de Material Educativo, tiene las funciones de:

- Implementar las estrategias para el intercambio de información a nivel regional, con los CNIDIS y CLIDIS.

- Organizar cursos y talleres para la homogeneización de la metodología de trabajo en los Centros.

- Coordinar las publicaciones del catálogo de material educativo.

- Planear y dirigir las estrategias para la difusión de las publicaciones del Centro y del CONASIDA a nivel regional.

- Establecer mecanismos de evaluación de las acciones del área de Material Educativo y de su propia área.

Dentro de este Departamento se encuentra el Responsable del área de Material Educativo con la función de recuperar, analizar, catalogar y reproducir, en su caso, el material educativo nacional e internacional como carteles, videocassettes, diapositivas y el catálogo fotográfico de los carteles, con el fin de ponerlo a disposición los usuarios que lo requieran, en condiciones de oportunidad y eficiencia. Y el Responsable de la Difusión del material educativo y de intercambio.

El Jefe del Departamento de Información y Documentación definido para coordinar, dirigir y controlar el Departamento a fin de que adquiera, organice y de el seguimiento adecuado a las diversas fuentes de información con que cuenta, así como vigilar que los servicios prestados por el departamento se realicen satisfactoriamente. Tiene las funciones de:

0

- Proponer la adquisición de textos además de la suscripción a publicaciones de revistas que puedan aportar información sobre Sida, en base al análisis de fuentes primarias y secundarias.

- Mantener el enlace con CENIDS para efectuar la búsqueda centralizada de información en el Sistema MEDLARIS en base a las solicitudes de usuarios internos y de la Dirección General del CONASIDA.

- Realizar un Informe Estadístico en el que se refleje el perfil de los usuarios que solicitan el servicio.

- Celebrar convenios con centros de documentación, para realizar intercambios de información impresa y computarizada con la UNAM, su Facultad de Medicina, CONACYT, etc.

- Establecer los mecanismos de coordinación entre las áreas de información bibliohemerográfica en salud y el área de información periodística.

Bajo la responsabilidad de este Departamento de Información y Documentación está el área de

Recuperación y Análisis encargada de adquirir, catalogar, analizar y resumir los artículos sobre Sida publicados en los diarios de mayor circulación dentro del Distrito Federal para conformar el Notisida puesto al servicio a partir de mayo de 1990, así como, en revistas no especializadas, nacionales e internacionales que circulan en el país para proporcionar información sistematizada a los funcionarios del Consejo y usuarios de las servicios. Y el Responsable de la Bibliothemeroteca con que cuenta el Centro a disposición de los usuarios que lo solicitan en consulta interna y préstamo domiciliario.

El Jefe del departamento de Análisis de Información Bibliothemerográfica Selectiva tiene las funciones principales de:

- Vigilar el mantenimiento de los contactos pertinentes, con revistas y boletines latinoamericanos e internacionales que provean de información sobre diversos aspectos del Sida.

- Dictar criterios para la selección y análisis de los artículos que por su contenido ameriten su

difusión en las diversas publicaciones que el Centro emite.

- Establecer los lineamientos que deberán seguirse en la creación y mantenimiento de un banco de datos que concentre la información recabada y que sirva de apoyo a las publicaciones, así como al servicio de consulta.

- Colaborar en la planeación, organización y edición que conforma el contenido de la publicación BICO y verificar que la orientación sea la adecuada.

- Crear y mantener actualizado un directorio que integre las diversas instituciones, organismos y personas con los que se establezcan convenios de intercambio informativo: CLIDIS, CNIDIS, Centros de Información, funcionarios nacionales y regionales e investigadores.

Además del personal de los Departamentos se cuenta con secretarías, un intendente y con pasantes que ayudan en sus funciones a los jefes del CRIDIS, coptados por medio de un convenio con la UNAM.

4.1.2.3. COORDINACION NACIONAL DE LOS CENTROS DE INFORMACION.

La Coordinación Nacional de los Centros de Información orgánicamente está a cargo de los dos Centros Nacionales de Información en el Distrito Federal y, del área de Proyectos Especiales de la que depende la nueva Oficina de Enlace Comunitario y del área de Investigación y Capacitación.

Tiene como funciones principales las de:

- Normar y Coordinar las acciones fundamentales que tienen los Centros Nacionales de Información de orientación, asistencia, de apoyo a la investigación, de capacitación y educación.

- Apoyar y contactar a los Centros Nacionales de Información que se ubican en el Distrito Federal y en los Estados de la República.

- Elaborar los planes y programas para las actividades de educación y capacitación en la prevención de la transmisión VIH/SIDA.

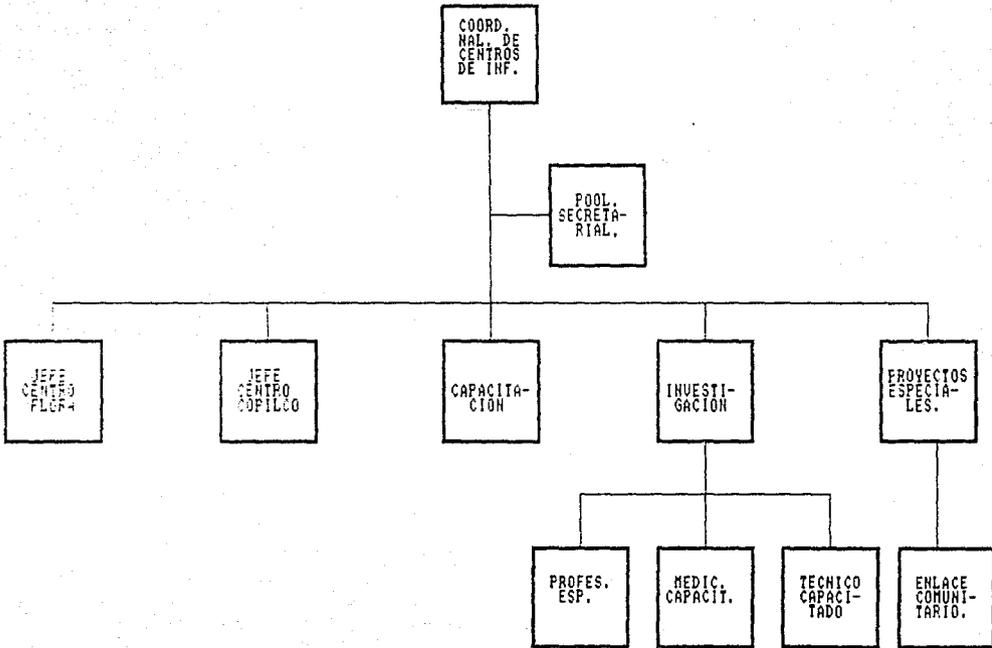
- Mantener y promover el contacto con otras instituciones internacionales y las del Sistema Nacional de Salud en el apoyo de las acciones educativas, de investigación y de capacitación en lucha contra la epidemia.

- Promover y apoyar las acciones de enlace comunitario a nivel personal o con organizaciones que participen en las áreas de salud y de educación así como grupos no gubernamentales en la lucha contra el Sida.

Estas funciones descansan en el objetivo general de pretender una reducción, control y prevención del impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y sociedad.

FIGURA 20: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

FEBRERO 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

4.1.2.3.1. CENTRO DE INFORMACION SOBRE SIDA ZONA CENTRO.

El CONASIDA con su Coordinación de los Centros de Información crea el 22 de abril de 1987 el Centro Nacional de Información como parte de un programa piloto de apoyo a las campañas de prevención del Sida y como parte medular del programa de educación a la población. Su objetivo fue abrir espacios comunitarios, accesibles a la población en general y a grupos de "alto riesgo" al VIH promoviendo la prevención a través de los diferentes servicios que ofrecía.

A partir de 1988 con la creación de otro Centro, pasa a ser el Centro de Información sobre Sida en la Zona Centro ubicado en Flora No. 8 Colonia Roma.

Los objetivos de este Centro son los de:

- * Proporcionar información básica sobre VIH/SIDA a la población abierta con riesgo.

- * Dar atención psicomédica y social a pacientes infectados por VIH o con Sida.

* Ofrecer detección serológica a individuos con "prácticas de riesgo".

* Dar entrenamiento sobre los aspectos básicos del Sida a individuos que lo soliciten para ser multiplicadores de información.

* Promover la investigación.

El Centro de Información Zona Centro se organiza en tres áreas funcionales para cumplir sus objetivos:

A) Area de Educación para la Prevención con los servicios de:

1. Contacto con diferentes poblaciones.
2. Inducción al Centro.
3. Información a través de diversos medios como material impreso, audiovisuales, línea telefónica, entrevista individual, entrevista familiar, etc.
4. Instrucción a diferentes poblaciones.

5. Capacitación por medio de conferencias informativas y de sensibilización a diferentes grupos de la población, realización de talleres específicos y cursos de capacitación a:

a) capacitación y actualización del personal.

b) capacitación de entrenadores.

6. Voluntariado.

B) Area de Asistencia para personas seropositivas con las actividades de:

- Determinar el riesgo de las personas con base en sus prácticas y valoración por medio de cuestionarios para parejas heterosexuales, homosexuales, prostitutas, psicólogo e historia clínica.

- Realización de la prueba de detección de anticuerpos en presencia del VIH anónima y confidencial.

- Asesoría Médica y psicológica.

- Psicoterapia individual, familiar o grupal.

- Seguimiento epidemiológico, médico y psicológico.

- Canalización a servicios médicos y/o psicológicos de segundo o tercer nivel.

- Canalización a otras instituciones sociales en caso de que los soliciten.

C) Area de Apoyo a la Investigación:

- Recolección de información sobre la prevalencia, factores de riesgo, comportamiento sexual de la población a través de encuestas aplicadas en el Centro a la población que acude.

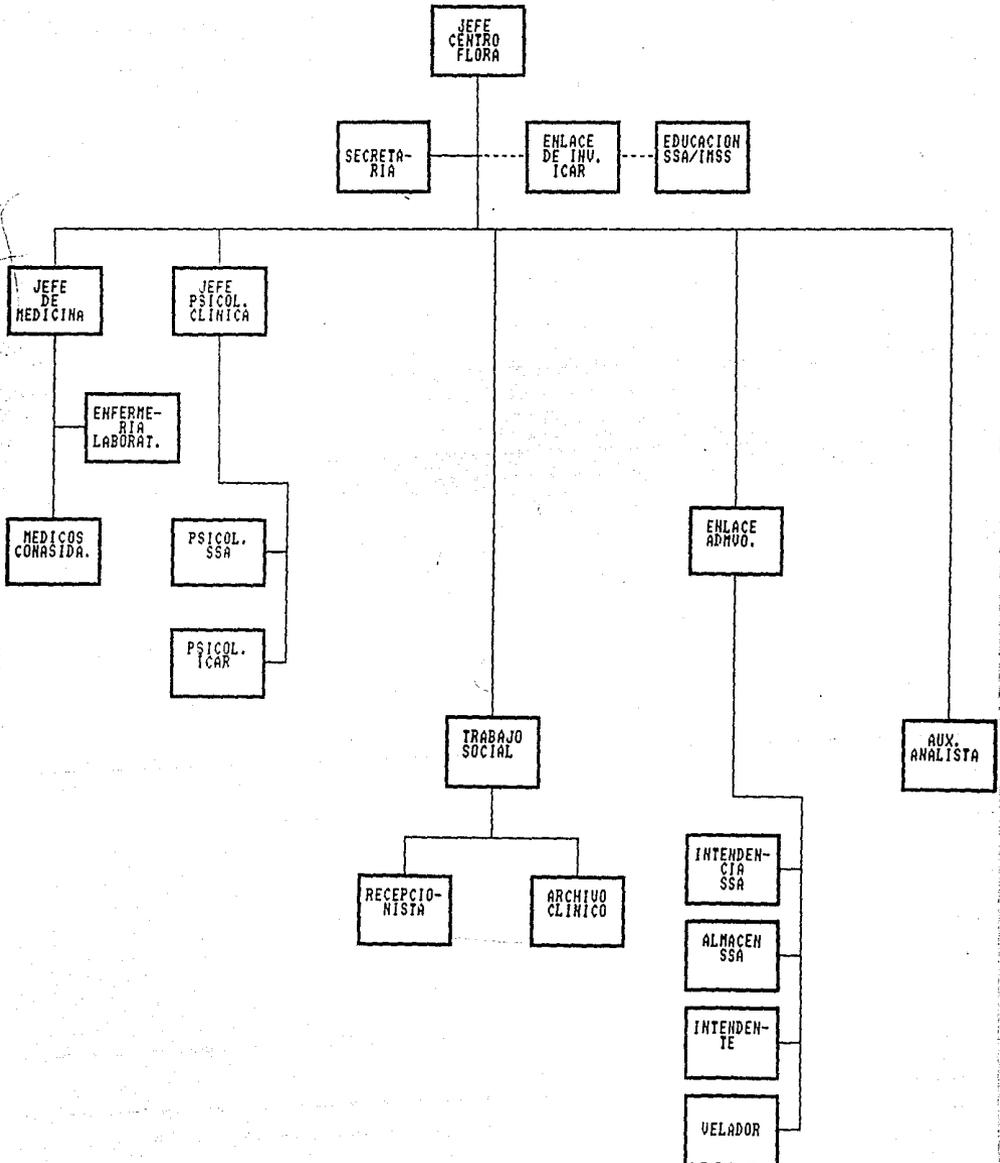
- Evaluación de modelos de atención médica, psicológica y/o social.

- Proyectos específicos de investigación.

La organización del Centro Nacional de Información sobre Sida Zona Centro se esquematiza en el siguiente organograma y diagrama de flujo:

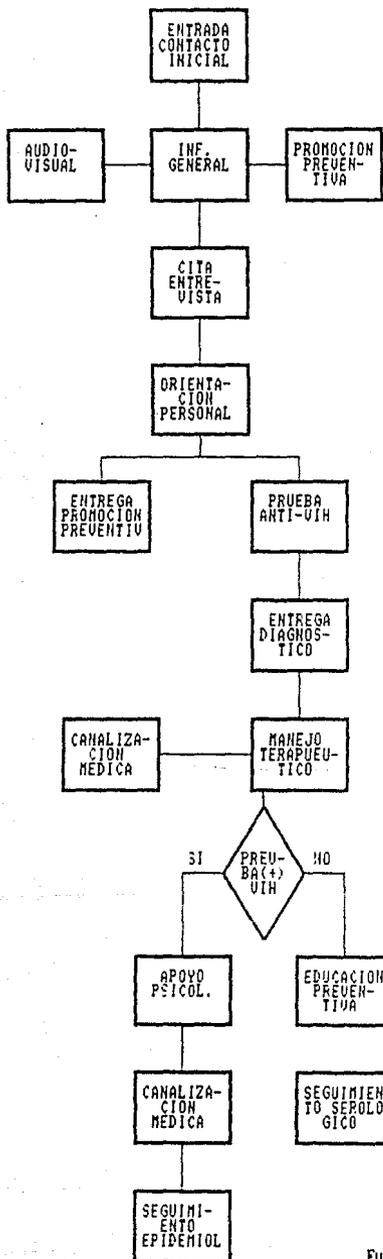
FIGURA 21: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

FEBRERO 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

FIGURA 22
 FLUJO DE ACTIVIDADES
 CENTRO NACIONAL DE INFORMACION.



Fuente: CONASIDA.

El Centro de Información está operando en lo que fuera una pequeña casa habitación de dos plantas. En la plana baja se localizan la Dirección, Subdirección y Administración, la sala de recepción, el salón de usos múltiples, el área del secretariado, oficinas, laboratorio para el procesamiento de las muestras y dos baños públicos. En la planta alta se encuentran el área de detección y, apoyo médico y psicológico, con un cubículo para psicología, tres para consultorios médicos, uno para la toma de sangre, sala de proyecciones con capacidad para 30 personas y un baño para el personal.

Entre los recursos materiales cuenta con una pantalla, videocasetera, proyector de transparencias, pizarrón, escaso material educativo, material de oficina, cajas de condones, etc.

El personal con que cuenta es la directora del Centro que es Griselda Hernández T., una secretaria, dos asesoras coordinadoras de la Secretaría de Salud, 4 enfermeras, 1 laboratorista de la Secretaría de Salud, 2 médicos, 5 psicólogos, 2 trabajadores sociales, 2 recepcionistas, 2 archiveros clínicos, un jefe de Administración, 2 intendentes, un almacenista y un velador

En realidad, el poco material es un obstáculo para que el Centro funcione acorde con sus objetivos por la alta demanda que tienen de sus solicitantes, en su mayoría hombres de preferencia homosexual y/o seropositivos.

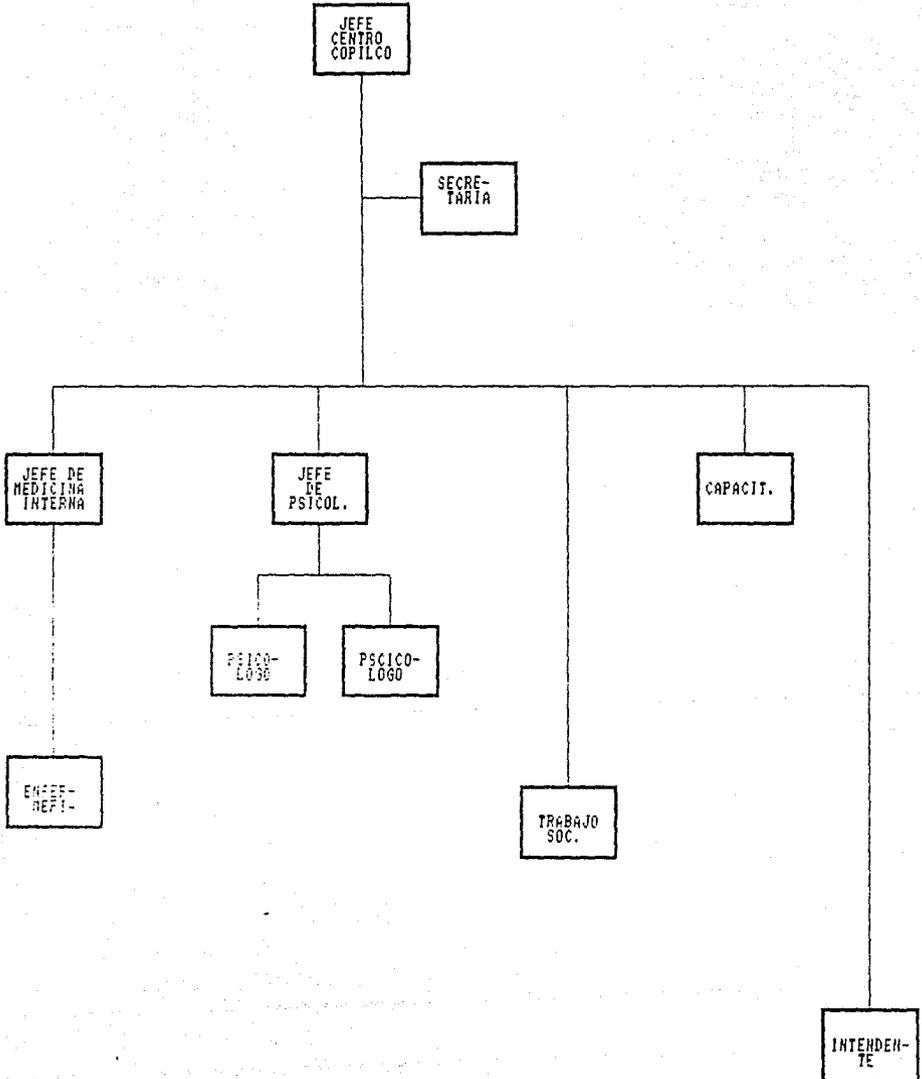
4.1.2.4.2. CENTRO DE INFORMACION SOBRE SIDA ZONA SUR.

Por la gran demanda de información y servicio del ahora Centro de Información sobre Sida Zona Centro, en septiembre de 1988 arranca un segundo Centro de Información sobre Sida con los mismos objetivos que el anterior de informar, detectar, asesorar, entrenar, educar para la prevención y de apoyar a la investigación.

Su estructura orgánica consta de una Dirección a cargo de la Dra. Luisa Rossi Hernández, de una Jefatura de Medicina con una enfermera a su servicio, de una Jefatura de Psicología con dos psicólogos, de dos trabajadoras sociales, de una secretaria y de un intendente.

FIGURA 23: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

FEBRERO 1998.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

En la prestación de los servicios el Centro de Información sobre Sida Zona Sur, se divide para su funcionamiento en tres áreas que básicamente son las mismas que la del Centro de Información Zona Centro:

A) Area de Educación para la Prevención:

- Con la inducción a lo que es el Centro y para quien lo solicite la proporción de preservativos, material impreso como folletos, gacetas, carteles y boletines.

- Información general o especializada a portadores de VIH o a personal de salud.

- Capacitación de tipo educativo en las que se incluyen temas como lo que es el VIH, la transmisión, la no transmisión, historia natural, estadísticas, los que hace el Centro de Información, las conductas de "alto riesgo" y el uso del condón a escuelas, hospitales, clínicas, fábricas y demás centros de trabajo que lo soliciten.

B) Area de Asistencia:

- Asesoramiento a personas con "prácticas de riesgo" y orientación sexual, familiar y de uso del condón a pacientes.

- Detección de infectados con pruebas serológicas confidenciales y anónimas. Las muestras son mandadas al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica y/o en caso de urgencia al Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM o al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.

- Apoyo psicológico opcional con terapia individual, familiar o de pareja.

C) Area de Apoyo a la Investigación:

- Es opcional el seguimiento serológico realizado con la repetición de pruebas de tamizaje cada tres meses y, el seguimiento de caso.

Este Centro de Información se ubica en Comercio y Administración No. 35 Col. Copilco, en una ala de la misma casa donde opera CONASIDA, con dos plantas: en la planta baja se localizan la recepción, la Dirección, el salón de usos múltiples, dos cubículos de psicología, uno de medicina, la zona de

toma de muestra sanguínea, el laboratorio y el baño público. En la planta alta existe un cubículo para dar información y ayuda psicológica por teléfono y un baño para el personal. El Centro es administrado por el mismo apoderado que ocupa el cargo en el CONASIDA.

Salta a la vista que este minúsculo Centro, se enfrenta a mayores problemas que el de la Zona Centro, por la falta de recursos, ahora recortados, por la poca oferta de servicios que dan y la franca inproductividad de sus empleados debida a los bajos salarios que reciben.

4.1.2.4. TELSIDA.

El servicio de la línea telefónica para orientación e información sobre Sida y sus medios de transmisión, tiene como antecedentes el servicio que diera el Centro Nacional de Información a partir de 1987. En enero de 1989 se elaboró un proyecto específico para el crecimiento de la línea tanto a nivel interno como a nivel de promoción en la comunidad, basado en las estrategias llevadas por grupos norteamericanos como San Francisco AIDS

Foundation y el Center for Social Services de San Diego.

Los objetivos de Telsida son:

1. Determinar las necesidades del que llama.
2. Proporcionar información clara y completa de acuerdo a la demanda del solicitante.
3. Alejar temores, angustia e ignorancia, proporcionando apoyo y orientación psicológica.
4. Proporcionar servicio de asesoramiento cuando el solicitante lo requiera.
5. Obtener información valiosa de la población demandante a manera de retroalimentación del servicio.

Este servicio tiene las políticas de:

- Toda la información es confidencial, solo utilizada en la evaluación del servicio.

- El servicio telefónico debe de ser coordinado por un psicólogo y operado por voluntarios para detectar las necesidades del solicitante.

- La información debe de ser proporcionada de la manera más adecuada de acuerdo a las características particulares del que llama.

- Evitar juicios sobre la sexualidad del solicitante y sobre el contenido de la llamada.

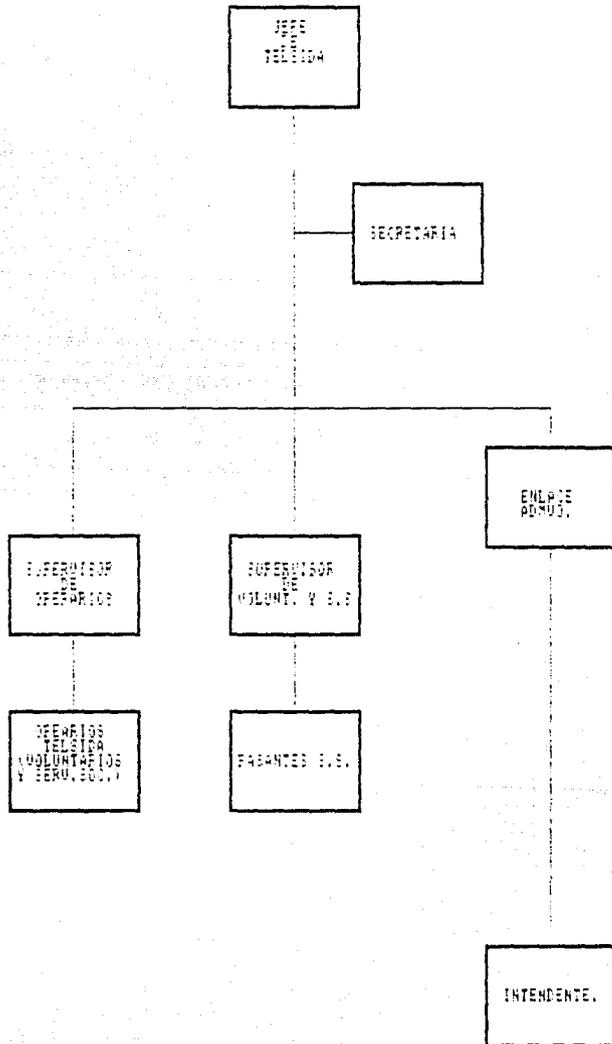
- Respeto absoluto.

Actualmente el servicio telefónico funciona de las 9:00 hrs. a las 21:00 hrs. de lunes a viernes con 10 líneas y la participación de voluntarios entrenados por CONASIDA.

Orgánicamente cuenta con un Jefe director que es la Psic. María Elvira Carrilló y con dos supervisores para los turnos matutino y vespertino de los operarios que son voluntarios, pasantes y estudiantes de servicio social, la secretaria y un intendente.

FIGURA 24: C O N A S I D A .
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL.

VIGENTE SEPTIEMBRE 1990.



Fuente: CONASIDA, COORD. ADMINISTRATIVA.

A partir de la Campaña de Julio de 1989 en los medios masivos de comunicación, Telsida comienza a tener un incremento en el número de llamadas de un promedio de 10 hasta 100 o 120 por día hacia finales de 1989 o lo que es lo mismo una llamada cada 5 minutos. El mecanismo que se sigue es la interrogación-respuesta, afirmación-respuesta, y negación-respuesta. Cada uno de los telefonemas son registrados en una hoja de reporte que contiene los datos para la descripción de la persona (sexo genérico, preferencia sexual y nivel de riesgo), contenido de la llamada (transmisión del Sida, síntomas, pruebas, uso del condón, riesgos, prevención, asesoría o referencias) y la evaluación de la campaña (medio del que se enteró el número, si es una llamada "morbosa" o si colgaron).

Este servicio se nutre de voluntarios para los que organiza entrenamientos cada dos meses incluyendo de diez a veinte personas con la consigna de no contestar el auricular sino de informar con sensibilidad.

Según en Grupo de Investigación Social sobre Sida GIS-SIDA, existe una alta tasa de "no respuesta" de parte de los servidores de Telsida en los siguientes temas:

- Apoyo jurídico-legal,
- información sobre medicamentos,
- referencias de tipo médico,
- información sobre nutrición a enfermos y seropositivos,
- significado de las pruebas (en esencial de perfil inmunológico),
- manejo de los síntomas en enfermedades específicas,
- seguros de enfermedad, de invalidez y de vida y,
- respuestas a solicitantes en crisis.

Esto se debe a cuatro supuestos:

- a) Por la incapacidad para responder a la interrogante.
- b) Por el desconocimiento de la información o insuficiencia en el manejo de la misma.
- c) Por referir los apoyos casi siempre a instancias de la sociedad civil, o a teléfono particulares de personas físicas, que no siempre han autorizado su difusión y que no pocas veces están actualizados; y

d) por un espectro amplio de áreas no cubiertas. (5)

Siendo así el objetivo de la creación de telsida se cumple sólo en la parte de informar de una manera personalizada y anónima al público sin cubrir el renglón de una información plural a las necesidades heterogéneas y dinámicas de una sociedad como la mexicana.

5. 615-5174. "Soluciones ciudadanas para los evaluados"
inicial de la secretaría referencial de Telsida".

CAPITULO V

LAS ORGANIZACIONES CIVILES EN LUCHA CONTRA EL SIDA.

5. LAS ORGANIZACIONES CIVILES.

Fuera del contexto de las organizaciones gubernamentales en lucha contra el Sida, se han agrupado en todo el país diversas organizaciones de la sociedad con diferentes fines, metodologías, concepciones ideológicas sobre lo que es el problema Sida. Se caracterizan además de estos factores organizacionales por los elementos genéricos que los conforman; ya sea por las preferencias sexuales o el objetivo para el que fueron creados.

Esta afluencia grupal de personas conforman a las denominadas por los organismos internacionales las "Organizaciones No Gubernamentales". Dentro de las que se perciben lo que Foucault llama distintos saberes o, "conjunto de elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y elecciones teóricas) formados a partir de una sola y misma positividad, en el campo de una formulación discursiva unitaria"; (1) es decir, que cada grupo tiene un saber distinto sobre la concepción de la epidemia Sida, sin que

1. FOUCAULT, Michel. "Contestación al círculo de epistemología". El discurso del poder, p. 115.

alguno tenga que ser el verdadero, el racional o el científico, sino que en suma conforman el campo de una historia efectiva dentro del conocimiento proyectado en la formación discursiva de cada grupo que emana de "leyes de formación de todo un conjunto de objetos, tipos de formulación conceptos, opciones teóricas que están investidos en instituciones, en técnicas, en conductas individuales o colectivas, en ficciones literarias, en especulaciones teóricas".

(2)

Con fines de análisis sólo se abordan dos organizaciones con saberes confrontados en sus discursos conservador y radical del Comité Nacional Pro-Vida y de Ayuda Voluntaria Educativa de México.

2. Idem.

5.1. COMITE NACIONAL PRO-VIDA, A. C.

El Comité Nacional Pro-Vida, A. C., fundado en 1979, es una asociación de organismos a nivel nacional, que busca en proceso constante en todos los niveles de la población, crear conciencia del "verdadero valor de la vida" y hacer evidentes los errores de quienes atentan contra ella.

Enuncian que el hombre posee derechos y deberes naturales, inviolables e irrenunciables como:

1.- "... el valor más importante y sagrado que posee el hombre es la vida porque Dios se la ha concedido como creador del hombre y al único dueño de la vida y en consecuencia el único que la puede tomar; reconocemos la alta dignidad del hombre como hijo de Dios.

2.- "... a todo hombre como persona, con individualidad propia, libre voluntad y dueño de sus actos para obrar conforme a su creación y dirigirse a su fin último.

3.- "... como contrario a la dignidad de la persona, que cualquier ser humano en cualquiera de sus etapas de vida sea considerado como objeto". (3)

Se pronuncia por los derechos a:

- " El derecho que el hombre tiene a la vida desde antes de su concepción, así como de ser concebido y nacer en una Familia constituida legítimamente.

- El derecho a la libertad entendida como el ejercicio de saber discernir entre el bien y el mal con los límites que le marca su naturaleza, la moral y las exigencias de bien común.

- El derecho de progresar, como el de escoger la forma lícita de vivir buscando su plenitud y realizando sus fines existenciales, materiales y espirituales.

- El derecho a la educación, como indispensable para su realización personal y familiar; ya que la

educación comienza en la familia y sólo a ella le compete.

- El derecho de asociación, en donde se propicie a cada persona realizarse y perfeccionarse para el mejor logro de sus fines.

- El derecho de escoger estado de vida, conforme a su naturaleza y dirigirse a su fin sobrenatural.

- El derecho de libertad religiosa ya que el ejercicio de la libertad no tiene más límite que la que señala la ética y el justo derecho.

- El derecho de formar una familia, ya que esta es la célula básica de la sociedad, con principios y normas inherentes a sus fines que son, el amor, el complemento de los cónyuges, la procreación y la ayuda mutua.

- El derecho de los padres a educar a sus hijos, las escuelas deben de auxiliar y complementar la formación humana e integral en congruencia con la moralidad familiar. El estado tiene el deber de garantizar el derecho de educación y la libertad de enseñanza." (4)

1. Idem.

Y los deberes sociales de:

1.- "El deber de formar una Patria ya que quienes la forman no son una sociedad abstracta sino una sociedad viva, con tradiciones costumbres y valores.

2.- El deber de buscar el bien común, propiciando, organizando, y garantizando las condiciones de orden moral, cultural, jurídico, político y económico que permita al hombre alcanzar su perfección en sus fines temporales y trascendentes.

3.- Reconocemos que el hombre posee para cumplir con sus derechos una serie de deberes en una justa jerarquía de valores.

4.- El deber de amar y servir a Dios.

5.- El deber de respetar la vida propia y ajena, respetarse a si mismo y respetar el derecho de los demás; esta vinculación natural constituye el fundamento de la responsabilidad social y con la convergencia y participación de todos lleguemos a la consecución del bien común.

6.- El deber de trabajar por el bien común, ayudar a la superación de los demás, ya que este es el conjunto de las condiciones externas necesarias para el desarrollo de las cualidades personales, en la vida material, intelectual y religiosa de los demás.

7.- El deber de formar, respetar y defender a la Patria, ya que esta es toda la herencia y patrimonio.

8.- El deber de exigir el cumplimiento de los deberes de los demás, llamándole justicia siendo esta la voluntad constante y perpetua de dar a cada uno lo que le corresponde según su dignidad, sus derechos y obligaciones.

9.- El deber de participar en política, ya que este es el factor determinante y principal de las instituciones democráticas y de las sociedades intermedias". (5)

5. Idem.

De manera que rechazan cualquier "atentado contra la vida" como los métodos o intentos de fecundación "distinto al conyugal" por considerarlos como fuera de garantía de los valores y los derechos de la persona humana en las intervenciones sobre la procreación; todo tipo de anticoncepción, así como las "operaciones mutilantes" que tiene como fin impedir la transmisión de la vida; a la drogadicción, al alcoholismo, la pornografía, las relaciones sexuales fuera del matrimonio, prematrimoniales y demás "aberraciones sexuales" por tenerlas como contrarias a la dignidad del hombre y orden de dios; rechazan todo tipo de "asesinato voluntario" e intencional como eutanacia, aborto y homicidio y; el terrorismo, el secuestro, la tortura etc.

Provida como organización está dirigido por su presidente el Lic. Jorge Serrano Limón y cuenta con diversos servicios dirigidos en temas específicos a abordar en cursos como el realizado en Loma Grande, Veracruz, acerca de la Inclusión de menores en la planificación Familiar; seminarios, conferencias, mesas redondas, simposiums, intercambios grupales, congresos como el 1er. y 2o. Encuentro Nacional de Jóvenes Provida en el D. F. y Monterrey, el Encuentro en Puebla sobre el tema "Anticonceptivos

¿por qué?" y el Encuentro Regional de Juventud por la Vida en Salvatierra Guanajuato y la realización de talleres de Paternidad Responsable, Pornografía, las Líneas de Acción Provida y la Juventud y su Función Social. Otros servicios relacionados con la acción del Comité para el público son los de biblioteca y hemeroteca, material didáctico como audiovisuales, películas en videocassettes, folletos y revistas, especialistas en asesorías en temáticas y técnicas grupales y servicios al interior de la República siempre y cuando se cubran los gastos. Estos servicios se prestan solicitándolos en las oficinas con tipo de grupo, número de participantes, fecha y lugar del evento y proposición del tema.

Todo este ideario de Provida se ha plasmado en sus acciones concretas de total resistencia ante los manejos gubernamentales de la salud y de sus campañas en pro de la planificación familiar y los convenios entre la Secretaría de Salud y el C.R.E.A. en 1985, la venta de anticonceptivos por la CONASUPO argumentando que no son artículos "de subsistencia popular"; la realización de experimentos de fertilización in vitro en tubos de ensaye por la Unidad de Investigación de Biología Reproductiva del Hospital Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E. acusándolos de hechos criminales que experimentan

con seres humanos que tiran a la basura; la reforma y adición del Artículo 67 de la Ley General de Salud que establece el carácter prioritario de la Planificación Familiar entre los menores y adolescentes y la libre elección sobre el número de hijos, refutando el derecho del Estado sobre la decisión legislativa y la espera de la distribución de anticonceptivos; la despenalización del adulterio en Querétaro en 1987 y la campaña nacional de condones y colocación de aparatos intrauterinos por el Consejo Nacional de Población, el Centro de Orientación para Adolescentes, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, la UNESCO y la Fundación Rockefeller; la educación "materialista e indigente" que da el Estado y; la reciente apertura de 291 quirófanos del I.M.S.S. para realizar prácticas anticonceptivas.

De tal forma que la crítica en torno a la epidemia del Sida viene a fundamentarse en que las autoridades gubernamentales están reforzando el desorden sexual para que la sociedad vaya aceptando de manera gradual y pasiva, las relaciones sexuales fuera del matrimonio para que después se acepte la despenalización del adulterio y del aborto. Es evidente que se respalda en la doctrina judeo-cristiana que se afianza en que "la expansión del

Sida pasa por el camino de las relaciones sexuales las más de las veces desordenadas y con frecuencia antinaturales, aunque en ocasiones afecte a seres totalmente inocentes". (6)

En su Análisis de la Campaña de CONASIDA advierten que el gobierno ha tomado medidas muy eficaces para disminuir el contagio por la vía sanguínea, pero no con lo que respecta a la prevención por la vía sexual; arguyendo que las autoridades han cometido muchos errores que han tomado acciones de mala fe y engañan a la población; esto es porque CONASIDA ha respondido a los intereses de los grupos homosexuales que ponen en peligro la salud física y moral de toda la sociedad. Se fundamentan en los siguientes puntos:

1.- Que sabiendo el Dr. Seoúlveda Amor las medidas más eficaces para prevenir el Sida como la abstinencia sexual y las relaciones monógamas, maneja otras que no son las seguras y que son las que reclaman los grupos homosexuales como el preservativo de forma irresponsable e indiscriminada

6. SANTA IGLESIA METROPOLITANA. Moral y sexualidad, p. 24.

promovida en medios escolares, el Metro, las vías públicas, etc.

2.- Que sabiendo CONASIDA que el condón falla no advierte sus riesgos, e invita a su uso; aún a las personas seropositivas y en "periodos infectantes".

3.- Que existe un interés desmedido en promover el condón entre la población juvenil e infantil, en la televisión, las estaciones del metro y en la vía pública incitando a los jóvenes a no "controlar" sus impulsos sino a tener relaciones sexuales cuando quieran y familiarizan a los niños con ese material.

4.- Que falsean las estadísticas, multiplicando por una parte aparatosamente las cifras para impresionar y, por otra falseando una y otra vez los pronósticos que siempre fallan.

5.- Que el CONASIDA se empeña en hacer ver que el Sida es cada vez menor en los homosexuales, que en los heterosexuales, manejando porcentajes de crecimiento en lugar de números reales lo que da una falsa impresión y; que toda la sociedad está expuesta al problema del Sida y que gracias a las campañas de CONASIDA ya son menos los casos de Sida

en México. Según sus argumentos se trata a toda la sociedad como si todos fueran promiscuos sexualmente y que el impacto de la campaña sólo se podrá medir dentro de cinco años cuando las incubaciones se hagan evidentes y no a dos años de iniciada la campaña.

6.- Que tratan de hacer ver que las mujeres ahora son un "grupo de alto riesgo". Porque afirma CONASIDA que la procreación de mujeres con Sida cada vez es mayor y esto es culpa de los maridos infieles; y cuando hablan de esas estadísticas no mencionan que la mayor parte del porcentaje es por transfusión sanguíneas. Así mismo no hablan del porcentaje de mujeres prostitutas afectadas.

7.- Que a las autoridades no les importa la moral de la sociedad sino que sólo quieren llevar a cabo su campaña y que,

8.- A pesar de que saben que falla el condón lo siguen promoviendo y no fortifican la fidelidad conyugal para las parejas casadas y, para los solteros la abstinencia sexual.

5.2. AYUDA VOLUNTARIA EDUCATIVA DE MEXICO.

GRUPO DE ACCION CIVIL EN LUCHA CONTRA EL SIDA.

El grupo de Ayuda Voluntaria Educativa de México, (A.V.E de México), fué creado en febrero de 1988 como Amigos Voluntarios y Educadores al que se le cambio de nombre por designios de la Secretaria de Relaciones Exteriores. Se ubica en el Distrito Federal y se extienden sus actividades en el interior de la República con A.V.E de Uruapan. Tiene el objetivo de "tomar acción inmediata ante la creciente crisis del Sida, para crear conciencia de la gravedad y los riesgos de la enfermedad e, instrumentar mecanismos y acciones especificas para la prevención". (7)

El grupo ha tenido las funciones de:

- Educar al público en general,
- Orientar a los profesionales que se desempeñan

7. A.V.E. DE MEXICO. Amigos Voluntarios y Educadores de México

en áreas relacionadas con el cuidado de la salud, en sus tareas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud,

- Prestar apoyo y servicios vitales a personas con Complejo Relacionada al Sida, personas con Sida, sus familiares y seres queridos y,

- Generar constantemente voluntarios educadores que actúan dentro y fuera del grupo.

Es presidido por el Dr. Francisco Estrada Valle, desde sus inicios declara no tener fines de lucro y constituirse como un Grupo de Acción Civil, paralelo a las acciones gubernamentales oficiales. Su centro de acción es el voluntariado capacitado, que desempeña las actividades de:

1.- Educar e informar a la comunidad sobre los peligros del Sida y cómo evitar el contacto con el virus de la inmunodeficiencia humana mediante la Conferencia de Salud en que se da información audiovisual explicada por un educador sobre lo que es el Sida y su historia natural, vías de transmisión, manifestaciones, consideraciones epidemiológicas, mitos de la transmisión, aspectos psicosociales, tratamiento y, medidas preventivas acompañado de un panel informativo sobre preguntas y respuestas del público.

Los objetivo de la Conferencia de Salud es proporcionar información, actualizada y especializada acerca de Sida y minimizar las reacciones de ansiedad, inseguridad y depresión que pudieran ser causadas por la falta de información clara y precisa acerca de la actual crisis de salud.

2.- Otro de los servicios pilares es el Taller de Erotización de Sexo Seguro que mediante dinámicas, ejercicios, juegos y verbalizaciones el taller propone alternativas para la adopción y erotización del sexo seguro, demostrando que no se trata de una limitación de la práctica sexual sino de adopción enriquecedora de los aspectos físicos y/o emotivos de una sexualidad libre y responsable. Está orientado a advertir sobre las prácticas sexuales sin protección que propician la transmisión de VIH y ofrecer alternativas para disfrutar de un ejercicio de la sexualidad segura, de bajo o ningún riesgo, que permiten evitar la inseguridad, ansiedad y depresión asociados con la práctica sexual. Se especializa para distintos grupos de edades, sexo y preferencia sexual heterosexual, homosexual, lésbica y bisexual, al igual que la Conferencia de Salud.

3.- La capacitación de voluntarios activos en la lucha contra el Sida que contempla cursos en 8 fines de semana de mas de 140 horas de duración y, con una temática que abarca los aspectos de clinica, medicina, tratamiento, sexologia, antropologia, comunicación, tecnicas de oratoria, de saber escuchar, dinámicas grupales, psicologia, régimen legal, etc. necesarias para preparar a la gente que va a fungir como Educadores para la Salud, Educadores de Sexo Seguro, Consejeros y Amigos Acompañantes de personas con Sida.

4.- El servicio de consejeria pre y post aplicación de pruebas serológicas para las gentes que se la quieren aplicar y, de orientación y apoyo psicológico para los familiares o amigos de personas seropositivas a la prueba o con Sida.

5.- El servicio telefónico de ayuda, orientación y referencia al público acerca de otras instituciones de salud estructurado como un hot line.

6.- La preparación de conferencias especializadas en diversos temas sobre el Sida y sexualidad a grupos que los soliciten.

Los servicios se otorgan a las personas que los soliciten, con una cuota de recuperación y la garantía de estar organizados en un grupo no menor de 40 personas y mayor de 20, y el servicio de traslado a los instructores.

La primera estrategia adoptada por A.V.E. de México fué el enfrentamiento con los mitos y dogmas en torno al Sida, "surgidos de la mística machista, promovidos por la ignorancia y apoyados por la difusión parcial y desenfocada que se hace en México hasta la fecha, especialmente los mitos que ponen en riesgo de contagio a quien los considere reales como:

1. Que en todo intercurso, sólo hay riesgo para el penetrado(a) por la vía anal.
2. Que la mucosa vaginal es impermeable al virus.
3. Que la relación sexual lésbica, el contagio es técnicamente imposible".(8)

8. A.V.E. DE MÉXICO. Libro Seguro: alternativas para un nuevo lenguaje erótico.

Basada en las tesis que sustentan de que el Sida no sólo es una enfermedad para la que no existe cura ni vacuna, sino tampoco legislación y que al ser preponderantemente una enfermedad de transmisión sexual, esta cargada con implicaciones sociales valorativas de tipo moral, religioso, político, psicológico y sexual. Fuesto que en América el Sida es el estigma de un estigma: la culpabilización de víctimas que en su mayoría pertenecen a grupos socialmente marginados y cuyo estigma histórico de indeseabilidad por parte de una sociedad erotofóbica, moralista y sexológicamente deficiente, se añade ahora el estigma, implícito o expreso, de ser responsables directos de la propagación de la enfermedad. A su parecer esto se manifiesta en los conceptos que utiliza CONASIDA de "público en general", diferente y distante de "grupos de alto riesgo" ahora substituido por el de personas con "práctica de alto riesgo", así como el de "víctima inocente" (refiriéndose a niños, transfundidos y heterosexuales) que genera la idea de una "víctima culpable", que sería aquella contaminada por su comportamiento sexual estigmatizado por el descrédito social. Para este grupo de A.V.E., los efectos de este manejo informativo son evidentes: una crisis de salud no es socialmente reelevante si

es considerada como un castigo o una conducta reprobada, pero se vuelve importante cuando afecta al grupo mayoritario.

Aseveran que cuando la consideración e implementación de medidas o estrategias para detener la epidemia se emplean instrumentos insensibles a los valores interpersonales como la simple revisión estadística de cifras y proporciones, o bien se emplean criterios formados sobre prejuicios moralizantes y sin fundamento, es lógico que la sociedad se rehúse a tomar conciencia de la magnitud del riesgo y termine creyendo que el Sida y el comportamiento estigmatizado son mitades o partes complementarias del mismo fenómeno.

De ahí que su estrategia educativa se centre en la adopción del Sexo Seguro como un nuevo Lenguaje Amoroso que sensibilice a las personas y cree la conciencia de que es el comportamiento y no la membresía de grupo lo que pone a la gente en riesgo de contagio. Persigue una mejor valoración de los riesgos sociales e individuales que el Sida representa.

Argumentan que ante el miedo y la ansiedad que provocan en el inconsciente colectivo la información parcial y desorganizada sobre la enfermedad, la epidemia se percibe como fuera de control y necesariamente catastrófica, llevando a grupos e individuos a tomar decisiones precipitadas acerca de las acciones que deben tomar; de manera tal que el Sida ofrece un "gancho" donde colgar la hostilidad hacia los grupos cuya conducta no comprenden, promoviendo una autoestima y seguridad artificiales, asentadas en el supuesto valor que significa el no pertenecer a grupos marginados. Y que esta sea la principal razón del incremento del Sida en los grupos heterosexuales y seguirá siéndolo mientras no se enfoquen las campañas preventivas de manera clara, objetiva y desprejuiciada.

Por la experiencia generada en los servicios que ofrece, A.V.E. de México ha encontrado que en tres preferencias sexuales existen culpas y ansiedades que ligan intimamente al Sida con el ejercicio de la sexualidad por razones sexistas y moralistas que lo llevan a un aparente callejón sin salida de cancelación de su vida sexual o la muerte por Sida. Es la razón de la inminente urgencia de proponer al Sexo Seguro para propiciar que estos sentimientos autodestructivos sean reconocidos y enfrentados, así

como el desenmascaramiento de los prejuicios sociales y religiosos sobre los que se cimienta el estigma y que culpabilizan a la sexualidad en general y especialmente a las "otras" preferencias sexuales.

Así que, el Sexo Seguro no sólo será capaz de detener la propagación por la vía sexual, sino redundará en una mejor integración del individuo a su sociedad y a sus necesidades como ser humano, según su premisa; sólo puede erotizarse y volverse deseable, en consecuencia, cuando ofrece la perspectiva de salud física, social y emocional; cuando demuestra al individuo que tiene derecho al ejercicio responsable de su sexualidad libre de roles enajenantes o de etiquetas de estigma y de culpa.

Entre tanto que los derechos humanos básicos deben constituirse sobre una libertad de elección, porque no puede haber libertad donde no existe derecho de alternativa. Nos encontramos en un punto crítico de la historia en el que ya no es posible permitirnos arrastrar el bagaje moralista antisexual del pasado, ya que no sólo es funcional sino que se ha vuelto atentatorio contra la vida humana.

Sustentan que la única arma contra el Sida es la educación; la lucha contra la ignorancia. "la ignorancia sexual ya no puede ser vista como equivalente de la inocencia sexual: la ignorancia sexual es simple y llanamente ignorancia". (9) Y la lucha contra el Sida no es asunto de grupos específicos, sino de toda la sociedad en todos los niveles y en todos los campos de actividad profesional con carácter prioritario y urgente.

Porponen que en:

- * "Las escuelas, institutos y universidades se deben implementar cursos regulares y acreditables sobre Sexo Seguro,

- * las instituciones médicas para el cuidado de la salud, oficiales y privadas, deben ofrecer programas educativos sobre Sexo Seguro, así como condones de látex y lubricantes solubles en agua,

- * la Iglesia debe de proveer de conocimientos sobre el Sida y el Sexo Seguro a sus ministros, de manera que estos puedan orientar a aquellas personas

que acuden a los ministros de la fe que acuden en busca de consejo,

* los medios de información masiva deben de abandonar el tono mojigato y de burla con que manejan los temas sexuales y comprometerse con la adecuada difusión de la necesidad del Sexo Seguro,

* la industria del entretenimiento debe de ofrecer sus mejores talentos para la creación de programas educativos sobre Sida y Sexo Seguro y,

* el ciudadano común debe de proveer algo de su tiempo y de su dinero para el aprendizaje de Sexo Seguro." (10)

Ante las voces que piden toda clase de represión extrema, fuerzas políticas que desean controlar a la gente controlando su sexualidad y religiosos que declaran que el Sida es el juicio de dios contra el mundo inmoral, esta organización promueve al sexo seguro como una solución al problema Sida acompañado de una educación sexual como asunto de vida o muerte.

CONCLUSIONES.

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

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en México como un problema de salud que afecta a todos y cada uno de los individuos del país, ya sea en la susceptibilidad fisiológica humana a la enfermedad y/o en el impacto psicológico en las mentalidades; se proyecta como una epidemia que amenaza a toda la población y por tanto como un problema de salud que rebasa el ámbito individual.

Técnicamente la Administración Pública al fungir como representante del "interés general" ante el Gobierno demanda resolver problemas como las epidemias al mismo tiempo que trata de cumplir su papel de gestor de la acción gubernamental con toda su estructura institucional para solucionar problemas de salud pública; preservar el bienestar comunitario y, reproducir el orden gubernamental y social del Estado Mexicano.

De manera que el Gobierno en su actuación en forma de Administración Pública ha de resolver las necesidades urgentes de la población del país como la salud para hacer cumplir el derecho a la protección de la salud de los mexicanos constitucionalmente concedido.

Partiendo de esta premisa se formulan las siguientes conclusiones desde el punto de vista de la disciplina de la Administración Pública que, devienen de la exposición anterior del trabajo de investigación:

1.- El Sida es en México un grave problema de Salud Pública, que por sus características epidemiológicas de crecimiento exponencial en la población de todo el país y expansión territorial, aunadas a sus características de alta mortalidad y morbilidad en la transmisión se convierte en un asunto de solución prioritaria por el Estado a través de la ejecución gubernamental de la Administración Pública.

2.- La explosión de la epidemia Sida dentro de un país como el nuestro, con grandes carestias económicas, falta en su mayoría de acceso a la educación, cristiano y sin un marco jurídico acorde para el padecimiento requiere urgentemente de un nuevo planteamiento de la política a seguir que incluya a toda la población en la planeación para la prevención y un mayor número de recursos económicos erogados desde la federación, recursos humanos capacitados como educadores consejeros y material de

laboratorio, hospitalario y didáctico para la enseñanza.

3.- La lucha contra el Sida, requiere de una amplia campaña apoyada en el renglón de la prevención primaria de la salud, con el fin de educar a toda la sociedad sin excepciones, incluyendo a los funcionarios públicos y al personal médico con el fin de evitar una posible enajenación del riesgo.

De la misma forma que los funcionarios públicos facultados para ejercer decisiones basadas en la voluntad política, han de recurrir a la ciencia epidemiológica (naciente en México) para tratar de resolver el problema del Sida.

4.- El Sida como problema social, ha venido a interrumpir el continuo desarrollo de la cotidianidad pública y privada de todos y cada uno de los miembros de la sociedad, abarcando todos los aspectos de la vida: creencias, estigmas, culpa, salud, enfermedades, nacimientos, muerte, longevidad, sexualidad, etc. y de la continuidad política del régimen para constituirse como un reto a la racionalidad e imaginación política ante el

carácter impredecible del comportamiento de la epidemia.

5.- El Sida como enfermedad viral es transmisible de una persona a otra y sólo requiere del factor humano, fuera de cualquier característica de comportamientos y practicas sexuales, sexo, edad, expresión comportamental y preferencia sexual (heterosexual, homosexual en hombres y mujeres, y bisexual) para su contagio. Varía en tres modalidades la transmisión del virus para su contagio: sanguínea, perinatal y sexual en, que exista contacto entre cualquiera de las secreciones corporales como las sexuales, leche materna y sangre de un sujeto a otro.

6.- Las connotaciones sociales del Sida enfrenta en el campo jurídico a los derechos humanos como el de la vida frente a los individuales e intereses particulares, amparados por las leyes penales e incluso por la Ley General de Salud al dejar un vacío lleno de ambigüedades en sus artículos, lo que hace del Sida una enfermedad sin legislación apropiada. En el ámbito económico es una enfermedad extremadamente cara y sin apoyo presupuestal para las instituciones de salud en atención a los afectados por la epidemia. A su alrededor giran

misticismos, estigmas, etiquetas y rechazo presentes en la lucha por el control de la sexualidad de los cuerpos y, con tendencias alarmantes de un crecimiento veloz en la población con prácticas heterosexuales, en las mujeres, en la población productiva y reproductiva biológica y económicamente para el sistema de intercambio, una concentración en la región centro del país, básicamente en el Estado de México, una demanda mayor en los escasos hospitales para la asistencia pública que son los que tienen menos recursos del sector salud y con una incidencia frecuente de infecciones oportunistas debidas a la contaminación del medio ambiente.

7.- Las políticas puestas en marcha han escatimado esfuerzos en forma de recursos materiales, humanos y financieros con visiones reduccionistas y parciales del problema delimitando a "grupos de alto riesgo" o con "prácticas de riesgo" el acceso a la información. Desatinadamente apoyadas sólo en encuestas formuladas a muestras de grupos poblacionales sin recurrir a otros instrumentos como la consulta directa de los demandantes y relacionando siempre las campañas con drogas, alcohol y prostitución incluso en sus programas y convenios con otras instituciones; lo que hace suponer el cultivo de la enfermedad mental o bien

llamada El Otro Sida, a parte de la enfermedad clínica. Los enfermos de Sida no cuentan con apoyo jurídico ni material, aún de medicamentos y habitación y, son los únicos con acceso a la consejería y apoyo emocional; en este sentido se descuida a las demás personas impactadas por el Sida aún cuando resulten seronegativos para los que no existen programas psicológicos de atención y muchos menos proyectos. Otra de las poblaciones con creciente incidencia de Sida son las mujeres sólo contempladas dentro del Programa de Mediano Plazo en la estrategia perinatal hacia las mujeres embarazadas o con posibilidades de serlo, soslayando tácitamente a las mujeres con prácticas sexuales íeshicas que tienen igual probabilidad de infección que los hombres homosexuales, los heterosexuales y los hisexuales.

Por otro lado, se ha pretendido observar una Vigilancia Epidemiológica como lo dictan los organismos internacionales, la que se ha cubierto sólo en parte con la notificación de casos con Sida, muchas veces no realizada o retardada por parte de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, dejando de lado los seguimientos de casos, clínicos individuales sólo hecho por los dos Centros de Información sobre Sida en el Distrito Federal, en

que son opcionales para las gentes seropositivas a la prueba el monitoreo serológico.

La excesiva confianza en los manuales como instrumentos únicos de capacitación, cuando se tiene acceso a los laboratorios para la detección oportuna de los signos del Sida en los enfermos por los médicos, y para el demás personal de salud como enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. que son encausados como consejeros para apoyo emocional. Un manual no puede substituir una preparación completa científica y conciente que sensibilice en situaciones empáticas a este personal con los afectados por el Sida.

Aún escapan muchos factores a la intervención gubernamental como la comercialización ahora clandestina de sangre humana, sus derivados y tejidos corporales lo que hace que se siga infectando gente a través de la sangre, aunada a la falta de una verificación periódica para la almacenada en los bancos; de la que se emplearon muchas unidades donadas por países extranjeros en los terremotos de 1985; y cuya única opción es fomentar la "donación dirigida" para el auto-uso de las unidades de sangre almacenadas bajo procesos de congelación en los bancos de sangre. Para el que se

debería de abrir un programa que aún es caro (entre 500 y 100 dólares por tres unidades en tres años) a alejado de las posibilidades de los mexicanos.

La investigación hecha sólo en el campo de la medicina clínica se duplican los experimentos de otros paises vanguardistas en la rama de la historia natural de la enfermedad; la no previsión de un plan o programa para prevenir la entrada del VIH-2 en México y la disyuntiva sobre amamantar o no al hijo de una madre seropositiva cuando es más probable que muera un bebé por desnutrición que por Sida si es que ni siquiera se ha manifestado como seropositivo a la prueba de detección de anticuerpos.

S.- Es menester reenfocar y redirigir hacia toda la sociedad las campañas para la prevención de la transmisión del Sida, el objetivo a eliminar es simplemente la enajenación del peligro de contagio en las diferentes preferencias sexuales, grupos de edad o de actividad laboral, con información concisa acerca de lo que es el Sida y cómo evitar el contagio. La única opción viable es la conjunción de esfuerzos en una estrategia educativa con convenios intersectoriales con la Secretaría de Educación Pública enfocada a la educación sobre el Sida y a una educación sexual vista como la amplia gama que

implica la sexualidad humana, en donde se abarquen aspectos didácticos sobre el sexo biológico, las expresiones comportamentales de la sexualidad y, al sexo de asignación y roles sexuales para que se tenga una noción básica sobre la identidad sexo-genérica que pretenda cada individuo, sin prejuicios valorativos o estigmas de culpabilidad. Todo se tiene que adecuar en planes y programas de educación instrumentados en la enseñanza formal que se imparte oficialmente, con fines meramente objetivos y no valorativos. A lo que se aspira es a una revolución en el campo educativo sobre la sexualidad no vista ya con fines de reproducción biológica sino como un instrumento que comience a cambiar esquemas de pensamiento en la lucha contra el Sida.

9.- Este punto sirve como pilar principal a la autogestión corporal, en la que cada individuo valone su riesgo personal y el de los demás, con el objeto de una auto-administración de los propios organismos basada en las decisiones personales, lo que permitirá romper con el control de la sexualidad externo. De manera que sólo así, se podrá obtener una conciencia real del riesgo que por ser humanos se tiene para contraer Sida; sin caer más en el error de enfocar al preservativo como el único "salvavidas" sino de emitir información sobre su

tratamiento, cuidado, compra y uso; fomentar otras alternativas como al Sexo Seguro en el que se trata de no intercambiar ningún fluido sexual durante la relación sexual de acuerdo con la libre imaginación práctica. Sólo así los individuos sociales podrán tener la opción de escoger y decidir según sus intereses y necesidades sobre el propio estado de salud de cada uno.

10.- Las organizaciones gubernamentales abocadas a la lucha contra el Sida emanan del sector salud en forma vertical de acuerdo a la jerarquía institucional. Parten de la Secretaría de Salud, su Dirección General de Epidemiología y los Laboratorios de Salud Pública hasta el Consejo para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) con sus diferentes servicios.

El CONASIDA ha mantenido el carácter de coordinador en la normatividad, y "planificador" de acciones gubernamentales y sociales siempre apoyado en asesoría y líneas que dictan las organizaciones internacionales de salud. Tratando de adaptar las medidas tomada por gobiernos extranjeros sólo en partes sin tomar en cuenta la realidad nacional, como por ejemplo las campañas de comunicación

imitadas y aún el material como carteles o trípticos.

El Consejo de no ser un organismo desconcentrado por decreto presidencial, tendría que ser descentralizado con las características de personalidad jurídica, patrimonio propio para la libre canalización de sus recursos económicos y lo más importante, sus funcionarios y empleados no estarían tan sujetos a la relación jerárquica con la Administración Pública Central. Resultaría muy interesante una descentralización por servicio conjugada con la descentralización regional y por colaboración tratando de llevar los servicios más esenciales y de interés general hacia todo el país en conjunción con los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal.

En un intento de desconcentración se ha nombrado en el interior de la República los Consejos Estatales para la Prevención y el Control del Sida (COESIDAs), de los que muchos fungen sólo en el papel y muy pocos en la práctica como tales. Su misma heterogeneidad parte en quiénes los presiden, desde un secretario de salud estatal hasta un jefe de oficina, hasta la organización y funcionamiento para la prevención y control del Sida a nivel

regional, con servicios imitados del centro de teléfono, referencia bibliográfica y documental y centros de información.

Por su parte el CRIDIE o Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida, totalmente respaldado y auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, funge como una pequeña fuente de información para los investigadores y estudiantes, pero está a la orden de los funcionarios del CONASIDA; la información que ofrece pasa por un filtro para el acceso común de las fuentes.

Los Centros de Información sobre Sida cumplen de manera muy restringida sus funciones de informar y orientar al público de manera directa, por la falta de recursos económicos, materiales y humanos, recortados cada vez más como el de la Zona Sur y con bajos sueldos. Lo mismo sucede con el servicio de Telsida ofrecido básicamente por voluntarios escasamente capacitados, de ahí su no respuesta a los solicitantes de orientación en los jurídico o seguros de vida y apoyo o consejería a personas angustiadas o en crisis.

Así que el CONASIDA en su conjunto, apenas si alcanza a cumplir algunos de sus objetivos de creación en una incipiente tarea de prevención y control de la epidemia Sida.

11.- Las organizaciones no gubernamentales desde distintos puntos de vista avalados en sus respectivos saberes o argumentos teórico-ideológicos proyectados en discursos, vierten sus opiniones acerca de cómo debería de ser la lucha contra el Sida en México; como el Comité Nacional Pro-Vida, eminentemente cristiano, declara como única arma el fomentar el amor humano, la familia y el respeto entre los individuos hizando la bandera de la monogamia en parejas hechas (admitidas sólo dentro del matrimonio con fines reproductivos) y la abstención de las relaciones sexuales entre los solteros; también tomada por el CONASIDA y desde esta perspectiva actúan conjuntamente. Contrapuesta con la posición de Ayuda Voluntaria Educativa de México que combate al Sida a través de la difusión sobre la enfermedad y promoviendo al Sexo Seguro como un nuevo "lenguaje amoroso" instrumentado en el uso del preservativo y de barreras dentales para no intercambiar fluidos corporales en la relación sexual; que de alguna manera actúa conjuntamente con el CONASIDA al dar servicios como Talleres,

Conferencias y asesorías a personas reclutadas por el Consejo y referenciadas por el Telsida. Sus discursos aunque contrapuestos complementan la acción del CONASIDA, aunque lo critiquen asérrimamente contribuyen a la acción gubernamental al tiempo que formulan sus demandas sociales y reflejan el espectro de opiniones vertidas en toda la sociedad.

12.- La Administración Pública como instrumento estatal de acción gubernamental y agente promotor de la preservación de la salud en la sociedad, debe de desempeñar su mejor esfuerzo en la línea política de prevención y control de la epidemia Sida para llevar los servicios de prevención primaria de educación e información completa en toda la República Mexicana.

ANEXO

EL ASPECTO MEDICO DEL SIDA.

1. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Para efectos de análisis profundo se hace precisa una revisión sobre los aspectos médicos que envuelven al Sida como enfermedad con el fin de tener una visión más clara sobre el problema que nos ocupa y que por su misma peculiaridad se ha convertido en algo público como epidemia que abarca todas las esferas de la vida cotidiana de la población mundial no solo mexicana sino de todo el mundo al afectarlo primero como una epidemia y luego como una pandemia a más de 170 países creciendo a ritmo alarmante.

Este juego de peculiaridades hace del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida una novedad clínica y hasta hace unos pocos años una enfermedad desconocida de la que se ha podido avanzar poco en su conocimiento, para la que no existe vacuna o tratamiento médico curativo y porque se ha visto que estadísticamente hablando inside en la población joven en edad productiva del sistema de producción y reproducción fisiológica que es la comprendida entre 20 y 45 años, sino es que en todas las edades, y sin distinguos de razas, credos y preferencias sexuales.

El Sida es una enfermedad cargada de una serie de estigmas y discriminaciones hacia la gente que lo padece, y es que siempre que se tiene un mal sin causa se buscan "culpables" y para ello se dijo acerca de su origen que era algo propio de haitianos o negros y luego de los mal llamados "grupos de alto riesgo" formado por los homosexuales, prostitutas, drogadictos, intravenosos y hemofílicos, gracias a que los primeros casos estudiados y que saltaron a la luz pública entre octubre de 1980 y 1981 fueron de 5 homosexuales norteamericanos en Los Angeles y otros en Nueva York con Pneumocystis Carinni y Sarcoma de Kaposi respectivamente.

En 1983 el profesor Luc Montagnier y su equipo del Instituto Pasteur publicaron un informe en el que identificaron un virus en el ganglio de un paciente con cuadro previo al Sida al que llamaron L.A.V. o virus de Linfadenopatía relacionada al virus de inmunodeficiencia humana y, un año más tarde el doctor Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer de E.U. declaraba que el virus que causaba el Sida era el llamado por él y sus colaboradores HTLV-III. Estos hallazgos provocaron una pelea por la paternidad del virus hasta que en 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó que se le llamara VIH-1 pues en

ese mismo año se logró aislar el VIH-2 también virus de inmunodeficiencia humana.

En efecto, el Sida es causado por un virus, una enfermedad grave de por sí, que se transforma en gravísima por culpa de la ignorancia y del miedo, aliadas inseparables de los prejuicios, claramente vistos desde especulaciones que se hacen acerca de su origen como si es producto de la guerra bacteriológica inventado por los E.U. o si es derivado del mono verde africano que se transmitió a un humano y de allí su expansión del Africa a América pasando por Europa. El problema no es tratar de averiguar su origen ni tratar de buscar culpables o víctimas inocentes, sino ver que el problema existe y es un problema que incumbe a todos.

Ahora bien, pasando al estudio de lo que es el Sida sus siglas significan lo siguiente:

Síndrome: conjunto de signos (lo que ve el médico) y síntomas (cómo se siente el paciente), que juntos indican una condición particular de enfermedad.

Inmuno: refiere al aparato inmunitario de nuestro propio cuerpo o respuesta inmune que protege de enfermedades.

Deficiencia: quiere decir que la defensas del cuerpo no están trabajando por pérdida, caída o ausencia y,

Adquirida: que no pertenece al cuerpo, no es heredado pero pasa de una persona a otra.

Lo que hace ver esta definición es que ni siquiera en la jerga médica describe algo en particular, puesto que el significado literal del Sida puede ser el efecto en el organismo de una quemadura con fuego, hasta otra enfermedad de la piel o de las mucosas producida por tubérculos que ulceren y destruyen las partes afectadas y cualquiera de estos tres padecimientos producen una agresión al organismo de origen externo o un síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Para comprender más la dimensión del daño celular originado por un virus recurriremos a las ciencias médicas con el único propósito de

comprender qué es el Sida, quién lo causa a través de que medios, sus consecuencias en el organismo.

Supuesto que el virus de la Inmunodeficiencia Humana actúa directamente en células del aparato inmunitario pasamos a explicar lo que este es.

2. RESPUESTA INMUNE

El aparato inmunitario del ser humano es el encargado de prevenir una respuesta protectora o "respuesta inmune" en todo el organismo contra los muy diversos agresores o antígenos externos (microorganismos como hongos, protozoarios, parásitos y virus) e internos (como mutaciones celulares) desde la identificación hasta las diversas reacciones de defensa, "con el objetivo de mantener la integridad del organismo para conservar su salud"(1).

1. CONASIDA. El Médico frente al Sida. p.59

La respuesta inmune cuenta con diferentes tipos de tipos de células especializadas en su funcionamiento como:

A. Las células del Sistema Fagocítico Monoclonar, SFM, encargadas de captar a los antígenos extraños y procesarlos a otras células responsables del rechazo. Se ubican como monocitos en la circulación sanguínea como macrófagos e histocitos con tejidos, como células dendríticas en ganglios y bazo, como células de Langerhans en epitelios de piel y mucosas; como células de Kupffer en el hígado, Sertoli en testículos y en el sistema nervioso en células de la glia.

B. Las células inmunológicas responsables de este rechazo hacia los antígenos se dividen en tres categorías:

a) Linfocitos B.- activados con la muestra que presentan las células de SFM, producen anticuerpos (en los ganglios o bazo) que circulan hasta el antígeno para eliminarlo, es importante señalar que estas células no atraviesan las membranas celulares y por lo tanto no atacan un virus que se encuentra en su interior, sólo contribuyen a eliminar microorganismos extracelulares.

b) Linfocitos T citotóxicos.- funcionan de manera similar que los linfocitos B sólo que éstos tienen marcadores celulares CD8 lo que si les permite atacar virus, microbacterias, salmonelas, hongos y protozoarios que se encuentran dentro de las células dañadas o también reconocer y actuar sobre células que han sufrido mutaciones como las cancerígenas, es decir, destruyen células infectadas por microorganismos intracelulares.

c) Linfocitos Granulares o célula NK (Natural Killer).- Fungen como destructores o "asesinos" de las células tumorales del tejido hematopoyetico en forma de linfomas y leucemias y de células infectadas por un virus.

Todo este complejo aparato inmunitario está coordinado por los Linfocitos T conocidos en medicina como "T colaboradores/efectores" o CD4 por su marcador celular, activan los linfocitos B al secretar sustancias como la interleucina (IL-2), al igual que los linfocitos T citotóxicos y, a los NK en su acción viricida con el interferón y otros mediadores como el MIF y el MAF a los macrófagos o destruir tejidos infectados por gérmenes intracelulares.

Este maravilloso sistema de la respuesta inmune está previsto para actuar contra más de un millón de posibles antígenos diferentes gracias a la organización de los genes que logran la previsión de los diferentes tipos de células "preparado de antemano para reconocer y atacar a todos los posibles antígenos... por la fabricación de un enorme repertorio diez veces mayor al que necesitara de anticuerpos, linfocitos CD8 y linfocitos CD4"(2).

3. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Pasando ahora al estudio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana comenzamos por mencionar que la palabra virus proviene del latín liquido viscoso o veneno, es un ser microscópico que causa enfermedades. Su morfología varía mucho en tamaño, forma y composición," miden entre 20 y 300 nanómetros de diámetro (1mm=10E-6mm). En relación con el tamaño de una célula equivale a comparar la dimensión de un balón con un estadio de fútbol"(3),

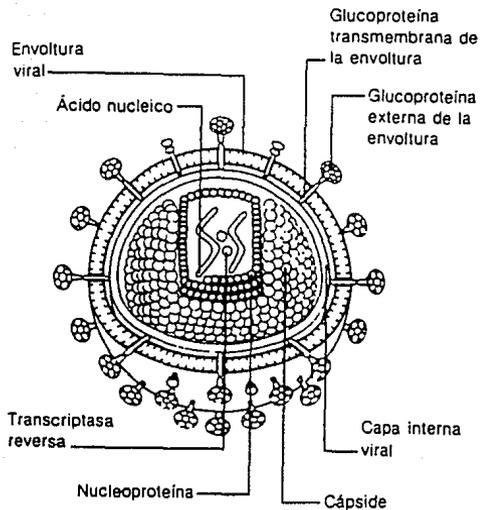
2. IBARRA, J. 1994
3. SEPULVEDA, A. et al. Edda Ciencia y
Salud en México, S. C.

los virus viven sólo dentro de las células pero carecen de la capacidad de reproducirse por lo que son parásitos intracelulares obligados de las que depende su reproducción variación y sobrevivida selectiva están compuestos por los ácidos de la vida ADN -Acido Desoxirribonucleico- y ARN -Acido Ribonucleico-, envoltura y en algunos casos enzimas.

3.1. ESTRUCTURA

De acuerdo con el doctor Luc Montagner del Instituto Pasteur de Paris, el doctor Genderblon del Robert Koch de Berlin y Haseltine y colaboradores del Dana -Farber Cancer de Estados Unidos los principales componentes del VIH son: envoltura, nucleocápside y enzimas.

FIGURA 1
VIRUS DE LA IMMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)



Fuente: CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS, 1980

La estructura del VIH es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro, (0,0000000090m a 0,0000000120m), los elementos que los constituyen son una envoltura externa una capa proteica interna y una nucleocápside, también conocida como nucleoide central.

La envoltura externa está formada de un 5 a un 10% por componentes propios del virus compuestas por proteínas ricas en azúcares conocidas como glicoproteínas de un 90 a un 95% son componentes de

origen no viral procedentes de la célula donde se originó el virus las glicoproteínas (gp) son producidas por un mismo gen llamado env localizados en dos áreas, una exterior sobre la superficie de la envoltura del virus (gp.externa) y otra distribuida en todo el espesor de ésta envoltura (gp.transmembrana).

La gp. externa en el VIH-1 se conoce como gp.120 y la gp. transmembrana como gp.41 y en el VIH-2 la primera como gp.140 y la segunda como gp.36. En los dos tipos de virus la gp.externa tiene el papel de reconocimiento y adhesión a las células que serán atacadas, entre tanto, la gp.transmembrana se sugiere que ayuda a la primera en el reconocimiento pero trabaja básicamente en el mecanismo del daño celular.

La capa proteica tiene forma icosaédrica o poliédrica con veinte caras, localizada inmediatamente por debajo de la envoltura a muy corta distancia de ella forma de el nucleocápside y se desconoce su función.

La nucleocápside en la parte central del virus es una estructura tubular proteica en forma de cono truncado que alberga la información genética

del virus en dos copias idénticas de ARN en el VIH-1 las proteínas se conocen por su peso molecular, p 12/13, p 17/18 y p 24/25 y en el VIH-2 como p 12, p 16 y p26; en ambos se sintetiza a partir de la información del gen gag.

Dentro de la nucleocápside se transporta la información genética viral a través de tres enzimas: el ADN polimerasa que elabora -que elabora dos cadenas de ADN a partir del ARN original-, la ribonucleasa - que degrada al ARN viral original- juntas forman la llamada transcriptasa reversa y la enzima integrasa permite que el ADN de doble cadena recién formado (conocido como provirus) se integre a las cromosomas de la célula parasitada. "El virus permanece en el individuo infectado durante toda su vida como material genético integrado en su DNA celular como provirus y posiblemente como DNA extracromosómico en el citoplasma celular. Al estimularse el linfocito se va a replicar su DNA y consiguientemente el DNA viral, produciéndose virus infeccioso"(4).

4. VIHITS, Guía de Diagnóstico y Tratamiento del VIH, Edición, 0.17

3.2. ANALISIS GENETICO

Adentrándonos de una manera más minuciosa al estudio del VIH abarcaremos el análisis genético del virus para entender mejor la enfermedad.

La información viral se localiza en los genes cromosómicos contenidos en las dos cadenas idénticas de ARN en nueve distintos tipos de genes tanto en el VIH-1 como en el VIH-2:

FIGURA 1

Gen	Estructura general	Estructura repetitiva	Productos	
			VIH1	VIH2
Estructural				
gag		proteínas del capsido	27,018,000	25,018,000
pol		Enzimas		
env		envirus	27,000	25,000
		Proteínas de la envoltura	27,000,000	25,000,000
Regulador				
TAT		Activador de todos los genes		
REV		Regulador de la actividad de los genes estructurales y reguladores		
VIF		Regulador de la infectividad		
NEF		Inhibidor de actividad de todos los genes		
U3		Secuencia de		
VPR		Receptor de		

Fuente: CONSIDA. El Médico Frente al Sida, p.20

El primer bloque de los genes estructurales poseen la información necesaria para la síntesis de los componentes virales y los restantes regulan las actividades de estos primeros.

Como ya antes se mencionaba el gen gag se sintetizan las proteínas de la cápside, con el pol las enzimas entre otras de la polimerasa y con el env las glicoproteínas de la envoltura concluyéndose entonces la biosíntesis estructural.

Por consiguiente los genes reguladores restantes determinan el tiempo de latencia del provirus y con ello el daño celular. Así el tat activa a los genes estructurales permitiendo la síntesis de los componentes virales para la multiplicación del virus y muerte de la célula, el rev controla la síntesis de las proteínas reguladoras y de los componentes estructurales del virus "por lo que se piensa que es el responsable de determinar el paso de la infección latente a crecimiento viral activo"(5), el gen nef detiene el desarrollo del virus permitiendo su latencia. Aún hay dos nuevos de los que se desconocen sus funciones pertenecientes a este grupo el vpr y el vpu.

5. CONSIDERA. El Médico frente al Sida 1987

Junto a los componentes genéticos para la activación viral existen otros activadores celulares proteicos como el NF- κ B que favorecen a la división celular y por ende la proliferación viral.

Una vez iniciada la síntesis de información que crea una nueva generación de virus entra en acción el último gen llamado vif que regula la infectividad al permitir que el VIH pueda parasitar una nueva célula.

3.3. MECANISMO DE INFECCION CELULAR

Como parásito intracelular obligado el VIH depende totalmente para vivir y reproducirse de las células blanco humanas. Para ello cuenta con el siguiente mecanismo de infección:

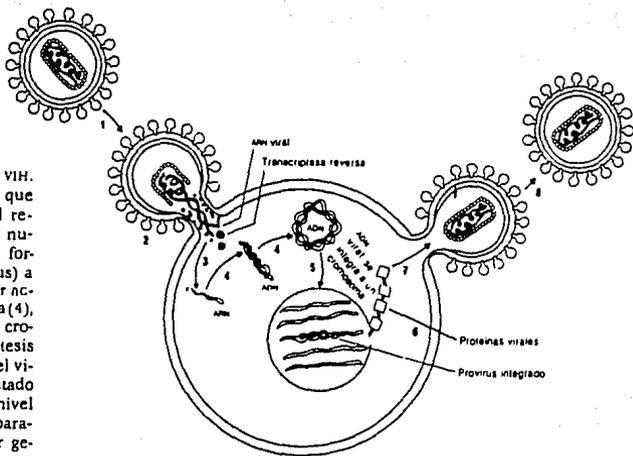


Figura 3. Ciclo de vida del VIH. Reconocimiento de la célula que va a atacar (1), adherencia al receptor celular (2), entrada del nucleocápside al citoplasma (3), formación de ADN viral (provirus) a partir del ARN viral original por acción de la transcriptasa inversa (4), integración del provirus a los cromosomas de la célula (5), biosíntesis de los diversos componentes del virus (6), ensamblado y empaquetado de los componentes virales a nivel de la membrana de la célula parasitada (7), salida del virus por gemación (8).

... El médico frente a SIDA, p. 17.

El virus sólo infecta a las células que tienen un marcador en la membrana CD4 (células integrantes del aparato inmunitario encargado de reconocer antígenos y comunicarse con las otras células) a través de las glicoproteínas de la envoltura gp120 en el VIH-1 y gp140 en el VIH-2 rastrea en la superficie de las células ese tipo de receptor para incrustarse como un llave con la exacta combinación para abrirla y fusionar su membrana con la de la célula en un tipo de unión receptor-ligando.

Una vez abierta la membrana el VIH infecta su nucleocápside al interior de la célula por endocitosis mientras que la envoltura sigue adherida a la célula como antígeno.

Con la introducción de la nucleocápside, las enzimas de la transcriptasa reversa comienzan a funcionar como se explicó anteriormente, la polimerasa formando una primera cadena de ADN a partir de ARN original del virus y la ribonucleasa, formando la segunda cadena de ADN integrado aquí el provirus con un ADN similar al de la célula. Se degradada en este proceso la cápside. La tercera enzima de la nucleocápside integra parte del provirus a los cromosomas en el interior del núcleo celular y el resto queda en el citoplasma. Quedando integrado al genoma la información viral para que al reproducirse la célula se reproduzcan también nuevos viriones, aún se desconoce lo que pasa con el provirus que queda en el citoplasma. Este provirus puede quedar latente por mucho tiempo.

La segunda mitad de vida del VIH consiste en la producción de nuevos viriones o partículas virales infectadas, de ello se encargan los extremos de las secuencias génicas viral llamado LTR o Long Terminal Repeat al inducir a la célula a formar

enzimas que copien el ADN del provirus en ARN para los nuevos virus a través de una biosíntesis.

Se fusionan moléculas de la cápside y enzimas del virus con otras moléculas en un extremo de la célula para formar una protuberancia a la que ingresan segmentos del ARN para ser embalsamados con componentes de la membrana celular recibe también gp externa y gp transmembrana.

Una vez empaquetado el nuevo virión se libera por gemación o infecta directamente a otra célula. Puede ocurrir que por la explosión celular se dañen las membranas celulares o que se produzcan sinicios que atraen a las células con receptores CD4 gracias a que funcionan como células gigantes con explosión de la gp viral con efecto antígeno, o se alberguen en monocitos y se transporten a ellos.

El doctor Stanislaw C. Stanislawski afirma que "se estima que por cada virus que ataca a una célula se producen y liberan cerca de 200 nuevos virus todos ellos infectantes" (6).

Otro rasgo que tiene el VIH es que es muy mutante en su capa externa, por la acción del gen env de la glicoproteína, lo que lo hace el "maestro del disfraz" difícil de identificar para el aparato inmunitario y por su gran heterogeneidad misma para encontrar una vacuna pues, a medida que muta es más agresivo, incluso en un mismo individuo se puede encontrar gran diversidad de cepas unas más atacantes que otras.

Fuera del medio celular el VIH es sumamente lábil a las condiciones ambientales y de temperatura y por su composición rico en lípidos de la envoltura puede ser destruido fácilmente con procedimientos comunes de limpieza como agua jabón, blanqueadores caseros, o hipoclorito sódico, 0.5% de cloro disponible, cloramina al 2.0%, alcohol etílico al 70%, alcohol isopropílico al 70%, yodopolividona al 2.5%, formaldehído al 5.0%, glutaral al 2.0% y peróxido de Hidrógeno al 6.0%; o por esterilización por vapor a presión durante al menos 20 minutos a 121 G.C. (250 G.F.), por calor seco durante 2 horas a 170 G.C. (340 G.F.) en horno eléctrico o por ebullición durante 20 minutos en un recipiente adecuado(7).

7. COPASIDA. "Guía de técnicas eficientes de esterilización". Boletín Mensual Bixa. 0440-150

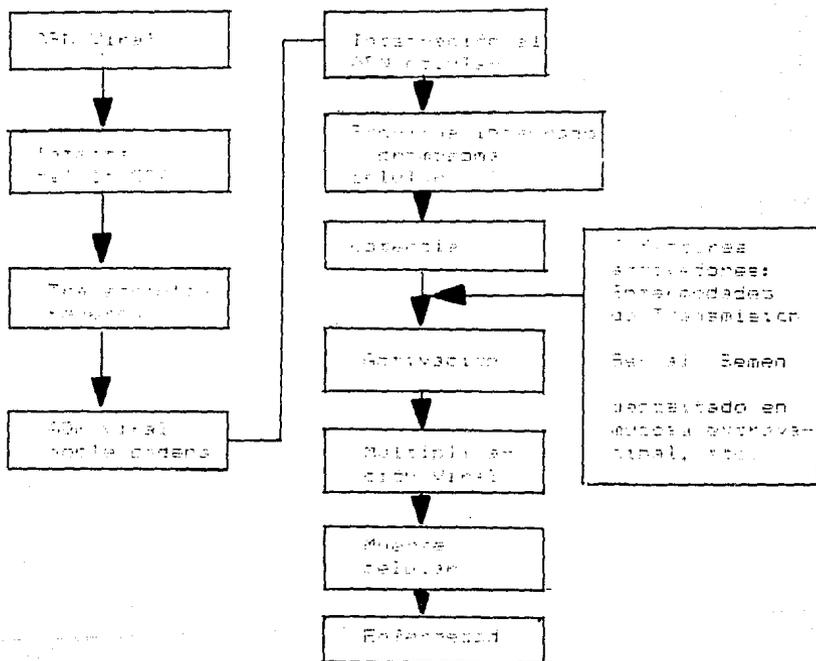
3.4. EL DAÑO AL APARATO INMUNITARIO

De manera que ambos tipos del virus de la Inmunodeficiencia Humana atacan sólo a las células humanas con marcador D4 y en casos experimentales del chimpancé. Este tipo de células corresponde la aparato inmune encargadas de su coordinación (linfocitos T colaboradores) ubicadas por todo el organismo, a los linfocitos B en tejido linfoide y sangre, al Sistema Fagocítico Monocular S.F.M. del tejido linfoide sangre y epitelios que efectúan como monocitos fijos o circulantes accesorios de la inmunidad, a las células guía del Sistema Nervioso Central S.N.C.; a la célula del Sistema Enterocromafin del tubo digestivo y vías aéreas y del endotelio de ganglios, Sistema Nervioso y mucosas aún están en estudio otros tipos de células susceptibles al VIH como la inmunoglobulina Fc y su complemento C3b.

Una vez que el VIH penetra en la célula blanco y le transfiere su información genética, como provirus puede permanecer latente por un tiempo indefinido como "infección asintomática" hasta destruir la célula y desencadenar una nueva generación de virus de lo que resulta una "progresión de la enfermedad". Este paso de

activación de la infección asintomática se da como resultado de la intervención de los cofactores.

FIGURA 1
MECANISMO DE ACCIÓN DEL VIH Y COFACTORES



Fuente : CONADIDA, El camino frente al SIDA, p. 82

Las consecuencias del daño al aparato inmunitario son devastadoras, la respuesta inmune pierde control apareciendo una deficiencia

inmunológica por la pérdida cualitativa y cuantitativa de los linfocitos con receptor celular CD4, quedando así el organismo sin defensa alguna ante cualquier enfermedad como infecciones y cánceres oportunistas que están precisamente allí donde no existe fuerza que lo contrarreste ya sean externas o internas pues hay más susceptibilidad al existir ya en el cuerpo microorganismos intracelulares que se activan ante la baja de linfocitos CD8 básicamente.

Los monocitos infectados transmiten el VIH a los macrófagos fijos en tejidos del Sistema Nervioso Central y a sus células glía, lo que da una interferencia en las funciones de las neuronas y en la biosíntesis de la mielina lo que explica trastornos neuropsiquiátricos desde una temprana infección.

De igual manera se afecta el Sistema Enterocromafín en las neuroendocrinas presentes en el intestino y en el pulmón como lo demuestran investigaciones del Dr. Stanislawski que controlan la velocidad de los movimientos intestinales de la función digestiva provocando diarreas y malabsorción intestinal aumentadas por la secreción excesiva de

interleucina 1 que también incurre en la fiebre crónica.

Al afectarse las células del S.F.M. que sirven de transporte y reservorio para el VIH se contribuye al mecanismo de transmisión sexual por vía linfática y sanguínea de las células de la de Langerhans en la epidermis y epitelio del pene y mucosa cervico-vaginal.

Así mismo el virus puede acortar la vida de los linfocitos B, lo que da como consecuencia infecciones por microorganismos patógenos principalmente en niños y fenómenos autoinmunes.

Finalmente, entre otras consecuencias del daño inmunológico el VIH puede estimular otros antígenos como el citomegalovirus a través de los monocitos fijos y circulantes que actúan sobre el tejido nervioso para desarrollar neoplasias en los vasos sanguíneos como el sarcoma de Kaposi.

4. LAS MANIFESTACIONES CLINICAS

Para poder comprender que es lo que pasa en el organismo humano desde el momento en que entra el VIH, hasta que se desencadena la enfermedad Sida, revisaremos la esquematización básica que han propuesto diversos autores denominada Historia Natural de la Enfermedad.

Parece ser que la más aceptada es la de los C.D.C. (Centers for Disease Control) de los E.U. dividida en cuatro etapas:

A. Infección aguda.- Esta primera etapa varía en su presentación e intensidad ya que hay otros cuadros clínicos que se parecen a éste; ocurre desde el momento de la infección (aún indeterminable por pruebas clínicas) hasta 3 o 6 semanas después sólo una minoría (cerca del 10%) presenta una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa caracterizada por el crecimiento de los ganglios (adenomegalias) en cuello y axilas de 1 a 5 cm movibles a un dolor, malestar general con dolores musculares y articulares, falta de apetito, apatía, fiebre y dolor de cabeza; en algunas ocasiones pueden desarrollarse artralgias o inflamación de las articulaciones, exantemas, o manchas en la piel con

ronchas, y en otras más el cuadro se acompaña de síntomas como encefalopatía aguda particularizada por la pérdida de estado de alerta de desorientación e incapacidad de concentración intelectual, o bien con dolores intensos de cabeza y dificultad para movilizar el cuello, meningitis, y otros síntomas característicos son el dolor abdominal y la diarrea. La mayoría de los individuos infectados son asintomáticos, es decir, cerca del 90% no presenta síntomas pero pueden desarrollar anticuerpos, anti VIH las primeras seis semanas de la infección con una variación de dos semanas hasta un año(8), pueden de ésta forma, ser detectable en las pruebas de laboratorio pues se dice que se ha convertido la respuesta inmune.

Este conjunto de síntomas desaparece en forma espontánea en un lapso menor de tres semanas para el que no hay tratamiento médico.

B. Infección asintomática. Ocurre cuando el VIH ha entrado a las células susceptibles sin replicarse pero con la formación ya del provirus, por lo tanto, ésta etapa la pasan los pacientes que

ya se saben infectados pero sin presentar manifestaciones de la enfermedad o cambios inmunológicos detectables por el laboratorio, "entre términos generales, un 60% puede continuar asintomático por un lapso de seis años, el resto evoluciona a otras etapas de la infección"(9).

C. Linfadenopatía generalizada. Se refiere a la enfermedad de los ganglios linfáticos, manifestada con dolor, crecimiento de más de un centímetro y cambios en su consistencia al tacto, en por lo menos dos regiones anatómicas, axilares, cervicales posteriores, supraclaviculares, aunque también pueden ser submaxilares u otros menos los inguinales, persistentes más de un mes. De un 25 a un 40% de los pacientes infectados pasa por esta etapa en los primeros cinco o seis años y los ya diagnosticados con pruebas de laboratorio además de los signos evidentes un 25% evoluciona a Sida en tres años y un 60% a los cinco años de ésta tercera etapa.

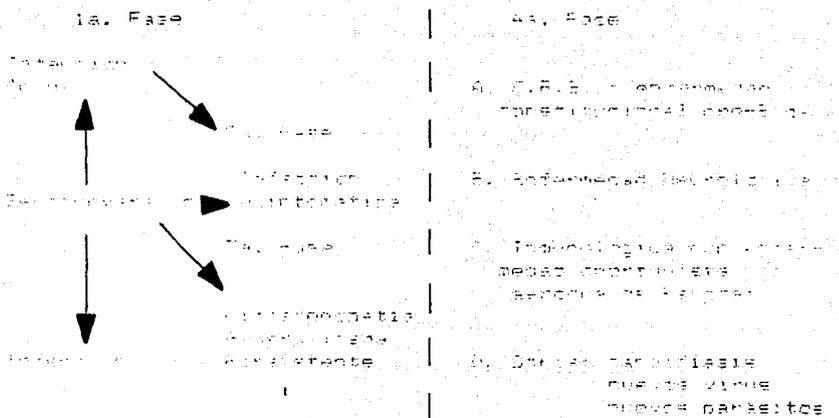
Para 1987 los C.D.C. incluyen un nuevo concepto en los casos de Sida, el complejo relacionado al Sida -C.R.S. ó A.R.C.- como una fase pre-Sida que abarca "únicamente a pacientes con linfadenopatía generalizada persistente, o a los seropositivos sin linfadenopatía con algunas manifestaciones de inmunodeficiencia (candidiasis oral, leucoplacia pilosa oral) o bien con trastornos neurológicos (disminución o alteraciones en la capacidad sensorial, trastornos cognoscitivos menores) pero que aún no llenan los requisitos para ser considerado como Sida" (10), o sea, como un conjunto de signos y síntomas de desgaste antes del Sida.

D. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida. En este último grupo se incluyen los individuos con el deterioro total del aparato inmunitario que presenta signos de la enfermedad constitucional caracterizada por el 10% de pérdida del peso habitual, fiebre de más de 38 G.C. intermitente o constante por más de 30 días, diarrea con igual periodo con más de tres evacuaciones líquidas al día y falta o decaimiento de fuerza -astenia- de una manera crónica.

Encefalopatía por VIH o trastorno neurológicos como demencia, meningoencefalitis con cefaleas con meningitis crónica y trastorno del sistema nervioso periférico, son casi el 70% de los casos en que se presenta; infecciones oportunistas con insidencia en un 60% y neoplasias en un 30% asociadas con infección por VIH.

De manera que la evolución de la infección no es lineal, ni puede predeterminarse clínicamente que secuencia llevará ya que desde que el individuo pasa de ser portador asintomático en el periodo de ventana a desarrollar niveles detectables de anticuerpos llamando seroconversión pueden transcurrir hasta cinco años o más, en la que pueden intervenir además de las alteraciones inmunológicas la presencia de microorganismos que actúan como los ya citados cofactores, factores genéticos del huésped o del individuo infectado; características biológicas del virus, embarazo etc. haciendo de la progresión a Sida algo semejante a lo descrito a continuación:

FIGURA 3
EVOLUCION DE LA INFECCION



Fuente: Curso de capacitación de A.V.E. de México

Las enfermedades oportunistas actúan cuando la respuesta inmune está relativamente paralizada a fin de invadir el cuerpo con éxito y producir la enfermedad, puesto que cuando se encuentra en buen estado es capaz de repelerlas. Las principales infecciones que incurren en un paciente con Sida son:

-La infección por citomegalovirus que se disemina en todo el cuerpo y provoca esofagitis dolorosa, colitis, demencia, pulmonía e infección de

retina que de no tratarse puede llevar a la ceguera.
Incide de un 40% a un 50% de pacientes.

-La infección por herpes simplex, no sólo puede llegar a la boca, piel y ojos sino que puede causar encefalitis, mielitis y pulmonía.

-Pulmonía por pneumocystis carinii acompañada de tos, fiebre, respiración corta y restricción del pecho.

-Toxoplasmosis causada por el toxoplasma gondi, con complicaciones neurológicas provoca crisis convulsivas y encefalopatía, además de infecciones en el corazón y los pulmones.

-Strongyloidiasis extraintestinal caracterizada por que se parasitan los pulmones y meninges.

-Candidiasis, infección por hongos en la región orofaríngea, esófago o vaginitis.

-Criptococosis provoca meningitis por hongos e infección pulmonar.

-Histoplasmosis diseminada que desencadena su gente patógeno de hongos pulmonía, hepatitis, insuficiencia adrenal, infecciones de las válvulas cardiacas y meningitis.

-Infecciones micobacterianas por M. avian y M.kansasii provocan fiebre, demacración y fatiga.

-Leucoencefalopatía multifocal progresiva, complicación neurológica que lleva a la incapacidad de hablar o afasia, cambios mentales orgánicos y produce un deterioro rápido (11).

Otros pacientes desarrollan algunas enfermedades como la tuberculosis, candidiasis orofaríngea, herpes zoster, dermatoma y bacteriemia recurrente de Salmonella entre otras infecciones que pueden ser todas las que la imaginación permita, estudiadas o no.

Entre las neoplasias que mas incidencia tienen en pacientes con Sida son el sarcoma de Karposi, en individuos menores de 60 años en forma

11. MARTINEZ, JOHNSON y KOLSON. Crisis cognitivas agudas bacterianas en la era del Sida. pp.174-180

de manchas elevadas color rojo-violáceo, nódulos y lesiones por ser un cáncer de los vasos sanguíneos y el linfoma de Burkitt o cáncer del tejido linfático que afecta al sistema nervioso central si bien son los únicos tumores que aparecen en enfermos en fase terminal (12).

5. LAS VIAS DE TRANSMISION

Por lo que respecta a las vías de transmisión del virus, resulta que por todo lo anteriormente expuesto el VIH al ser un parásito intracelular sólo pasa de una célula humana a otra célula humana, de un individuo a otro y por contacto directo de fluidos a fluidos corporales con mayores concentraciones como son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y leche materna; se han encontrado menores proporciones en otros líquidos de desecho corporal como saliva, la orina y las lágrimas pero con muchas dudas de su transmisión. Fuera del medio celular y por su labilidad el virus muere cuando se cambia de ambiente por su temperatura, humedad o niveles de acidez o alcalinidad (ph) distintos.

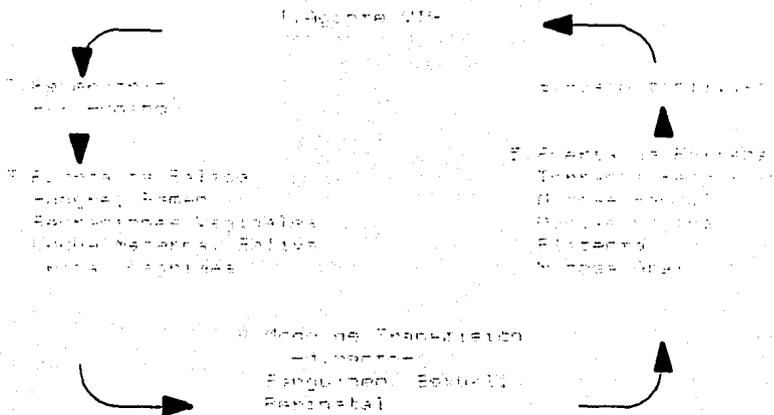
12. "Infecciones por VIH" en el Boletín de Información Clínica-Terapéutica.

De aquí que se manejen hasta el momento tres maneras en que puede transmitirse el virus de la inmunodeficiencia adquirida: la vía sanguínea, la vía sexual y la vía perinatal, la eficacia o riesgo de la transmisión es variable "depende de la capacidad infectante del transmisor, la susceptibilidad del receptor, los mecanismos específicos de transmisión y posiblemente la cepa vírica (capa proteica de la membrana viral cambiante), o al menos se relaciona con dichos factores." (13)

La transmisión del VIH se puede comparar con el sin fin hasta el momento, de una cadena o círculo vicioso que pasa al ser humano a través de los fluidos corporales por las tres vías de transmisión a otro individuo infectado e infectante pues es el reservorio de este antígeno.

Quedaría esquematizado de la siguiente manera:

FIGURA 6
 CADENA EPIDEMIOLÓGICA O CADENA DE TRANSMISIÓN



Fuente: EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, 1984, 11, 244.

El primer modo de transmisión del virus en estudio, el más eficaz y el que más incidencia tiene es el sanguíneo; la sangre por sus grandes concentraciones celulares y por ser el modo de vida del virus puede transmitirse en forma completa por recepción de sangre y sus productos como el plasma y algunos factores de coagulación como los utilizados en pacientes hemofílicos. Se ha demostrado que la transfusión de sangre de un donador infectado produce la infección en un 70% de los casos, esto depende en que grado de avance de la

inmunodeficiencia este el donador ya que entre mayor tiempo, mayor es el riesgo; "el periodo de incubacion calculado como intervalo entre la transfusion y el diagnóstico de Sida, es el promedio de 31 meses en el adulto y de 14 meses en el niño"(14). De manera similar, el compartir agujas por via intravenosa en repetidas ocasiones induce el intercambio de sangre en casos de usuarios de drogas inyectables, automedicación y escarificación, puesto que el riesgo está en la administración y el número de contactos al contrario que una pinchada accidental o por punción ocupacional es muy bajo y los casos así registrados hasta el momento no han desarrollado la enfermedad. Aún no existe evidencia biológica o documental de la transmisión por vacunas obtenidas del plasma humano como la de la hepatitis B y otros componentes como inmunoglobulina o gamaglobulinas, ni por medio de picaduras de insectos hematófagos como chinches o mosquitos.

La segunda vía de transmisión es la sexual, ésta es la más escandalizada por sus connotaciones morales y estigmas sociales ya que anteriormente sólo se limitaba a los hombres

14. CONACIDA. El Nación Exento al Sida p.31

homosexuales y hasta ahora se ha demostrado que incluye a todas las preferencias sexuales incluyendo al contacto heterosexual (de hombre a mujer o de mujer a hombre) y al contacto sexual de tipo lésbico (de una mujer a otra) y por lo tanto a los bisexuales, individuos con prácticas sexuales con gente de su mismo sexo y del sexo contrario, esto es por los siguiente:

Las relaciones sexuales anales son las prácticas sexuales que más probabilidad tienen de transmisión del VIH, independientemente de la inclinación sexual de la(s) pareja(s), pues no se reduce sólo a la homosexual, al contrario, "el coito anal... es más frecuente en las parejas heterosexuales de lo que muchos miembros de la profesión médica creen... <comparado con el coito vaginal>... el riesgo es 1.8 veces mayor para la relación anal que para la vaginal... era el mismo que para la infecciosidad del homosexual receptor anal" (15).

15. "Sida relación sexual anal y heterosexual"
en The Lancet p.213

Anatómicamente, el tejido epitelial del recto que cubre la porción final del intestino grueso se forma sólo por una parte de células de forma cilíndrica, la irrigación sanguínea es muy abundante y además está rodeado de tejido limfoide o células de Langerhans pertenecientes al Sistema Fagocítico Mononuclear, permitiendo el contacto del VIH con células del receptor CD4 captadas y/o almacenadas. Por otro lado, el penetrador puede también tener laceraciones o traumatismos por la fricción coital en el pene proveniente de su compañero(a), que aunque no se vean existe la probabilidad de entrada del virus.

Este mecanismo de infección aumenta la posibilidad puesto que en el hombre la uretra tiene la doble función urinaria y genital, en su primera porción anatómica es urinaria y en el resto es genitourinaria por dar paso a la orina o al líquido espermático. La del cuello de la vejiga, por detrás del pubis en su primera porción atravesando la próstata para situarse por delante de él y dirigirse por el pene hasta el meato del glande. Por lo tanto como conducto excretor funge como vehículo de salida del semen (que después de la sangre lleva enormes concentraciones de VIH) e igualmente de entrada al no tener una válvula de contención.

Por parte del epitelio de la mucosa vaginal y por ser otro de los fluidos sexuales que contienen VIH además del líquido de la eyaculación femenina evacuada por la uretra, es también muy frágil por estar constituido por varias capas de células de forma aplanada escamosas y que si bien contienen células de Langerhans en pocas cantidades, las hay. El riesgo de transmisión del VIH aumenta en periodos menstruales por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal, por la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo y por la presencia de sangre provocados por la creciente vascularidad en esos días.

Es también considerable la probabilidad de transmisión del virus por prácticas sexuales orales, que abarcan el contacto de la mucosa oral con el pene -fellatio-, con la mucosa rectal -anilingus- con la mucosa vaginal -cunnilingus- e intercambio de saliva y de secreciones de estas mucosas y fluidos sexuales. Aunque es difícil de valorar las probabilidades "parece que la actividad sexual oral se asocia al riesgo de contaminación por VIH".(16)

16. "Transmisión del VIH a través de prácticas sexuales orales" en el Inc. Lancet, p. 137

La tercera manera de transmisión del virus es la perinatal y ocurre antes del nacimiento con un riesgo del 50 y 75% de la probabilidad de que una madre embarazada infecte a su bebé por vía transplacentaria -in utero-, se ha podido demostrar en los tejidos de un feto de 15 o 20 semanas de gestación y el virus ha sido aislado de la placenta y del líquido amniótico; ésta transmisión es tan eficaz como la sanguínea, puesto que se transporta el VIH a través de la placenta. Las mujeres en éstas condiciones tienen el doble de los partos espontáneos en el primer trimestre de embarazo que las no infectadas. Durante el parto se corre también el riesgo de existir contacto de sangre de la madre y del bebé, al pasar por la vagina entra en contacto con las secreciones vaginales y cervicales, por eso es recomendable un parto por cesárea. Acerca de la inseminación artificial no vaginal, es intrauterina, el riesgo radica en la incursión del espermatozoide o semen contaminado y por el traumatismo, la infección por sangre o el riesgo de hemorragias más que por la infección vaginal.

Por último la vía post-parto más frecuente de infección es la lactancia de madre a hijo, pues la leche materna y el calostro tienen altas cantidades de VIH. Es una disyuntiva resultante que

las madres no puedan amamantar a sus hijos, por el riesgo de la infección cuando en nuestros países mueren por diarrea con lactancia artificial y los niños que logran nacer de madres infectadas nacen con apariencia sana, pero se ha observado que alrededor de los 7 o 12 meses desarrollan Sida rápidamente, desencadenando "infecciones repetidas y graves en las vías respiratorias, urinarias y en los huesos o infecciones generalizadas, retraso o ausencia en el desarrollo psicomotor, falta de crecimiento cerebral, aumento en el volumen del hígado, de los ganglios de todo el cuerpo, diarrea y dificultad para aumentar de peso".(17)

17. URIBE R. "Cómo se transmite el virus del SIDA de madre a hijo?" en Boletín OMS 1984, p.4

6. LAS PRUEBAS DE DETECCION

El diagnóstico de los enfermos de Sida tiene que realizarse a partir de un interrogatorio y exploración, de un cuadro clínico con signos (mayores y menores) y síntomas, el estudio del perfil inmunológico que incluya el conteo de la población de linfocitos T, dermorreacciones y estudios de monitoreo (que sólo se pueden efectuar en países desarrollados) y el status serológico.

En México las pruebas que se hacen en su mayoría son las que detectan anticuerpos que produce el organismo en presencia del VIH estas son hechas por el Sector Salud y Privado y la más generalizada es la técnica de ELISA o Estudio Inmunoenzimático Aplicada en Sueros, por eso cuando resulta el estudio positivo se dice que es "seropositivo" y el que no posee los anticuerpos es "seronegativo" para ello se requiere que el individuo se seroconvierta y no este en periodo de "ventana" o con infección asintomática porque los resultados serían falsos. Esta prueba puede dar falsos positivos de un 2% a un 11%, según el fabricante como margen de error o cuando los paciente han sido politransfundidos, con cirrosis, con trastornos autoinmunes o mujeres que

hayan tenido varios embarazos y otros, o resultados de falsos negativos de un 0 a un 15% también según el fabricante o por defectos del reactivo o errores humanos de la técnica de aplicación. Esta prueba tiene la ventajas de ser la más económica, rápida y permite estudiar un gran número de muestras, ya que sólo requiere 3 ml. de sangre para su realización.

Existen otras pruebas llamadas confirmativas, con el objeto de salvar la duda de los falsos positivos y las verdaderamente infectados, son la IFA o de Inmunofluorescencia Indirecta, WB Western-blot, RIA o Radioinmunoanálisis y RIPA o Radioinmunoprecipitación que detectan proteínas específicas del virus pero son menos prácticas por el costoso equipo como el microscopio de inmunofluorescencia para la técnica IFA, el equipo de medicina nuclear para la RIA, etc.

Las más utilizadas son la IFA y la WB, ésta última proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre aunque también tiene la inconveniencia de dar resultados falsos, diferencias de los resultados entre distintos laboratorios por problemas en la interpretación. Su margen de error es de una a tres pruebas falsas por

cada cien mil estudios en las falsas positivas y en los falsos negativos por bajas de anticuerpos o defectos en la calidad del reactivo, además de las que ocurren también en la técnica de ELISA.

7. LAS INTERROGANTES DEL SIDA

Alrededor de la enfermedad analizada existen todavía muchas interrogantes sobre el virus mismo y la enfermedad en sí, toca a ciencias especializadas como la Biología Celular aclararlas sin dejar de lado todo el aspecto social que concierne por tratarse del humano como huésped, receptor y transmisor de la epidemia afectante.

Algunas consideraciones que quedan todavía en el aire y en incógnita son los resultados de estudios científicos como el que cada individuo pueda desarrollar la enfermedad de una manera distinta a otro aunque se muy similar como gemelos del mismo cigoto debido a su heterogeneidad viral, manifestada en distintas respuestas de inmunidad, en la capacidad de replicación variable y los efectos citopáticos diversos sobre las células, esto explica la pluralidad de los cuadros clínicos y la

afirmación resultante de que existen tantos tipos de Sida como individuos infectados.

El VIH-2 a diferencia del tipo 1 tiene efectos atenuados y no citopáticos aunque tengan las mismas características estructurales como lo vemos pero, con diferencias genéticas y una limitación geográfica hasta el momento documentada de África Occidental, Europa y Nueva York; por la cercanía con esta última ciudad y la constante emigración-inmigración hacia el vecino país, no es de dudarse que ya se encuentre en México, donde cabe recordar no existen técnicas de detección de virus.

La interrogante de que la mayoría de los individuos infectados no evolucionan hacia la enfermedad Sida, esto varía de grupos en grupos poblacionales y aún en un mismo grupo endógeno, como un ejemplo evidente es que "las prostitutas de los países centroafricanos existe una seropositividad hasta del 80% y sin embargo no se ha encontrado ningún caso de Sida manifiesto" (18). De ahí que el diagnóstico que se haga en la seropositividad no

18. BENTLEY BRIBIERON. "El Sida dogma o

interdiscutible" en Gaceta Médica de México, vol. 111

quiere decir que el individuo necesariamente tenga que llegar a la fase de Sida y el error de muchas campañas de información de que el Sida es igual a la muerte. Hemos visto que para que esto se llegue a dar se tiene que pasar por varios fenómenos coadyuvantes que permitan que un enfermo llegue a la total destrucción inmunitaria y con ella a enfermedades oportunistas o neoplasias, como el efecto de las drogas recreativas (marihuana o poppers) y las drogas mayores (cocaína, heroína etc.) que deprimen al aparato inmune. "Más aún recientemente se ha informado que algunos sujetos con seropositividad pueden dejar de fabricar anticuerpos y transformarse en seronegativos" (19), o bien los que ha padecido de otras enfermedades como las de transmisión sexual son susceptibles a presentar Sida.

Se deriva de aquí la inferencia que existen grandes grupos de individuos seropositivos sin manifestaciones clínicas, algunos otros de este grupo con linfadenopatía generalizada o síndromes atenuados y un grupo menor con Sida propiamente

dicho. Muchos de los supuestos seronegativos son falsos y por lo tanto individuos afectados e infectantes sin saberlo.

Por otro lado, el rango de tiempo en que se desarrolla el Sida, varía mucho aunque el promedio y tal vez el más significativo sea un estudio de donadores infectados con estudio retrospectivo que aun después de 6 a 7 años no manifiestan la enfermedad; pudiera ser que existan varios individuos en esas condiciones en el país, baste recordar que la donación de sangre remunerada era bastante frecuente como modo de vida y las grandes cantidades de paquetes sanguíneos ingresados a México en los terremotos de 1985 provenientes de otros países.

Finalmente existe la paradoja de que si toda la población es susceptible al Sida, y si existen un alto número de personas infectadas y potencialmente infectantes, resultarán ser siempre pocos los recursos que se destinan a la investigación, prevención y tratamiento para la atención médica en México, como lo demuestra claramente el que sólo dos hospitales en el país presten los servicios del seguimientos de infectados con pruebas para el conteo de linfocitos a su

estimulación y otras pruebas biomédicas como lo hace
le Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador
Zubirán, y el Centro Médico la Raza en el D.F. que
ya están sobresaturados de pacientes con este
padecimiento.

BIBLIOGRAFIA
Y
HEMEROGRAFIA.

L I B R O S .

1. BREILH, Jaime. Epidemiología, economía, medicina y política, México, Ed. Distribuciones Fontamara S.A. 1988.
2. CONASIDA. El médico frente al sida, México, Ed. Pangea Editores S.A. de C.V., 1989.
3. CONSELLERIA DE SANITATA I CONSUM. Sida, Valencia, Ed. Generalitat Valenciana, 1986.
4. Constitucion Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Ed. Comisión Federal Electoral, 1987.
5. CORDOBA, Alejandro. LEAL, Gustavo y MARTINEZ, Carolina. El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochentas, México, Ed. U.A.M.-Xochimilco, 1989.
6. FOUCAULT, Michel. "Contestación al círculo de epistemología", El discurso del poder, Ed. Folios.
7. FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, Ed. Siglo XXI editores, S.A de C.V., 1989.
8. FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber, México, Ed. Siglo XXI editores, S.A de C.V., 1989.

9. FOUCAULT, Michel. Microfísica del poder, Madrid, Ed. Las ediciones de la piqueta, 1979.
10. GALVAN Díaz, Francisco (coord.). El Sida en México: los efectos sociales, México, Ed. Ediciones de Cultura Popular, S.A y U.A.M-Azcapotzalco, 1988.
11. GOMEZ Jara, Francisco, AVILA J., Roselia y MORALES R., Martha. Salud comunitaria teoría y técnicas, México, Ed. Ediciones Nueva Sociología, 1981.
12. GUERRERO, Omar. La Administración Pública del Estado capitalista, México, Ed. Distribuciones Fontamara S.A., 2A. ed., 1988.
13. HANLON, John. Principios de administración sanitaria, México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1973.
14. HARRIS COUNTY MEDICAL SOCIETY AND HOUSTON ACADEMY OF MEDECINE. Aids a guide for survival, U.S.A., 1987.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA. Revista de Administración Pública. Administración del sector salud, R.A.F. 69/70 enero-junio 1987.

16. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. Informe anual de actividades 1988-89, México, Ed. Libros de México S.A., 1989, pp. 23-42.
17. JIMENEZ Castro, Wilburg. Administración Pública para el desarrollo integral, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2a. ed., 1975, pp.181-184.
18. Ley General de Salud, México, Ed. Porrúa S.A., 5a. ed., 1990.
19. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, México, Ed. Porrúa S.A., 14a. ed., 1985.
20. MASTERS, w., JOHNSON, V. y KOLODNY R. Crisis comportamiento heterosexual en la era del Sida, México, Ed. Diana, S.A. de C.V., 1989.
21. PAREDES Rivera, Manuel. Tesis: la descentralización de los servicios de salud como instrumento de la Adminsitración Pública para el cambio estructural, México, E.N.E.F-Acatlan, 1988.
22. ROJAS Soriano, Raúl. Crisis, salud, enfermedad y práctica médica, México, Ed. Plaza y Valdés Editores, 1990.

23. SAN MARTIN, Hernán. Administración en salud pública. Teoría, práctica e investigación, México, Ed. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V., 1988.
24. SANTA METROPOLITANA IGLESIA CRISTIANA MEXICANA. Moral y sexualidad, México, Ed. Instrucción pastoral, 1986.
25. SEPULVEDA Amor, Jaime. et. al. Sida, ciencia y sociedad en México, México, Ed. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de Salud, 1989.
26. SAGRADA CONGREGACION PARA LA EDUCACION CATOLICA. Orientaciones educativas sobre el amor humano. Pautas de educación sexual, Roma, Ed. Tipografía Poliglota Vaticana, 1983, pp.9-17, 30-34.
27. SOBERON A., Guillermo, et.al. Derecho constitucional a la protección de la salud, México, Ed. Miguel Angel Porrúa, 1983.

28. SOBERON, KUMATE, LAGUNA (comp.). La salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo institucional. Institutos Nacionales de Salud, Tomo III, vol.3, Biblioteca de Salud, Serie Testimonios, México, Ed. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 70-90.
29. SOBERON, KUMATE, LAGUNA (comp.). La salud en México: Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México, Tomo IV, vol. 2, México, Ed. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1989, pp. 227-238.
30. SOBERON, KUMATE, LAGUNA (comp.). La salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud, tomo II, México, Ed. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1988.
31. U.N.A.M. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS. Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas. El Sida Régimen Jurídico, año IV, num.12, México, Ed. U.N.A.M. septiembre-diciembre 1989.
32. U.N.A.M. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos Comentada, México, Ed. U.N.A.M., 1985.

33. USIETO, Ricardo (comp.). Sida, un problema de salud pública, Madrid, Ed. Ediciones Diaz de Santos S.A., 1987.
34. VEGA Franco, Leopoldo y GARCIA Manzanedo, Héctor. Bases esenciales de la salud pública, México, Ed. La Prensa Medica Mexicana, 1989.

ARTICULOS
DE REVISTAS.

1. "AIDS--the challenge to the designer London Lighthouse", Hospital Development, New regional development for southport & formby, May 1988, vol. no. 10, pp. 25, 27, 28.
2. ALVAREZ-SUAREZ Y. y col. "Donadores sanguíneos remunerados: un nuevo grupo de riesgo para desarrollar Sida en México", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 31, no. 5, septiembre-octubre de 1989, pp. 242-244.
3. ASPE, Pedro y BERISTAIN, Javier. "Distribución de los servicios educativos y de salud" en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., volumen del Simposium Salud, Población y Desarrollo Económico en México, vol. 31, no. 2, marzo-abril 1989, pp.240-283.
4. BENITEZ-BRIBIESCA, Luis. "El Sida dogmas e insertidumbres" en Gaceta Medica de México, vol.125, nos. 3-4, marzo-abril de 1989, pp.113-119.
5. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año I, no.3, junio 1985.
6. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año I, no. 4, julio-septiembre 1985.

7. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año II, no.10,
julio-agosto 1986.
8. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
12.
9. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
14, mayo-junio.
10. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
15, julio.
11. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
16, agosto.
12. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
17, septiembre.
13. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
19, noviembre.
14. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año III, no.
20, diciembre.
15. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año IV, no.
21, enero.
16. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, año IV, no.
22, marzo 1987.
17. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, editorial,
septiembre 1989.
18. COMITE NACIONAL PRO-VIDA. Vida si, órgano de
información y difusión del Comité Nacional
Pro-Vida, A.C.. s.f.

19. CONASIDA, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA.

"Guía de métodos eficaces de esterilización y desinfección extensiva contra VIH". en Boletín Mensual Sida, año 2, no. 9, septiembre 1988.

20. DONABEDIAN, Avedis. "Viente años de investigación en torno a la calidad de la atención médica 1964-1984", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 30, no. 2, marzo-abril de 1988, pp.197-201.

21. DORFMAN, Sally F. "Sida y embarazo", en Infectología, año 9, no. 5, junio 1989, pp. 401-404.

22. "El Sida en América, el surgimiento de una crisis de salud pública", en Infectología, año 9, no. 6, junio 1989, pp.335-336.

23. EPISCOPADO MEXICANO. "El Sida: algunas reflexiones cristianas del Primer Encuentro Nacional sobre Sida y Participación Social, México, D.F. Mayo 1989.

24. FRENK, Julio. Ensayo: "La Salud Pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 30, no. 2, marzo-abril de 1988, pp. 246-253.

25. HERRERA Zárate, M. y GONZALEZ, Torres R. Ensayo: "Dilemas del financiamiento de la salud", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 31, no.6, noviembre-diciembre de 1989, pp. 800-810.
26. "Infecciones por VIH", en Boletín de Información Clínica-Terapéutica, Academia Nacional de Medicina, Vol. III, no. 3, mayo-junio 1988.
27. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Salud Pública de México, órgano oficial de I.N.S.P., vol. 30, no. 4, julio-agosto de 1988.
28. "La Iglesia ante el Sida" en El Hijo de la Virgen, año 6, no. 27, marzo-abril de 1990. pp. 10-11.
29. "Legal Rights and communicable disease: Aids, the police power, and individual liberty", en Journal of health politics, policy and law, Duke University Press, Columbia University, vol.14, no. 4, winter 1989.
30. O.P.S. "Criterios para los programas de detección del VIH", en Boletín, sida número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, pp.709-717.

31. O.P.S. "El Sida en México: tendencias y proyecciones", en Boletín, Sida, número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, pp.490-495.
32. O.P.S. "Epidemiología (transfusiones)", en Boletín, Sida número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, pp.606-613.
33. O.P.S. "Prevención del Sida por medio de la promoción de la salud: guía para planeación", en Boletín, Sida número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, pp. 729-736.
34. O.P.S. "Programa O.M.S-O.P.S" en Boletín, Sida número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, pp.674 y 675.
35. G.P.S. "Sida en México", en Boletín, Sida número especial, vol. 105, nos. 5 y 6, noviembre-diciembre 1988, p.578.
36. ORIOL Anguera, Antonio. "Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)" en Acta Médica, I.F.N., Escuela Nacional de Medicina, vol. XXIII, enero-marzo 1987, pp. 45-52.
37. "Pruebas anti-VIH falsamente positivas en las donaciones de sangre" en The Lancet (ed. en español), vol. 12, no. 6, junio de 1988.

38. "Reacciones de inmunotestación Western falsamente positivas frente al VIH en donaciones de sangre" ; en The Lancet (ed. en español), vol. 10, no. 2, febrero 1987.
39. RUIZ DE CHAVEZ, Manuel y col. "El papel de la jurisdicción sanitaria en los sistemas estatales de salud", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 30, no. 2, marzo-abril de 1988, pp. 179-201.
40. SEPULVEDA Amor, J. y col. "Previsión de la transmisión sanguínea del VIH. La experiencia mexicana", en Infectología, año 9, no. 6, julio 1989, pp.335 y 336
41. "Sida" en El Hijo de la Virgen, año 6, no. 27, marzo 1990, pp. 9, 11 y 12.
42. "Sida relación sexual anal y heterosexuales" en The Lancet (ed. en español), vol. 13, no. 3, septiembre de 1988.
43. SOBERON, G. y col. "La salud sin fronteras y las fronteras en la salud", en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., vol. 31, no. 6, noviembre-diciembre 1989, pp.813-822.
44. "The church has Aids" en Newsweek, noviembre 27 de 1989.
45. "Transmisión del VIH a través de prácticas sexuales orales" en The Lancet (ed. en español), vol.13, no. 5, noviembre de 1988.

46. URIBE, Patricia. "¿Cómo se transmite el virus del Sida de madre a hijo?", en Gaceta CONASIDA, 2a. ed., año I, no. 3, septiembre-octubre de 1988, pp. 3 y 4.
47. VELEZ Fernández y VARELA F. "Deuda, reglamentación y crecimiento económico en México" en Salud Pública de México, órgano oficial del I.N.S.P., volúmen de Simposium Salud, Población y Desarrollo Económico en México, vol. 31, no. 2, marzo-abril de 1989 pp. 206-210.

D O C U M E N T O S

1. Actividades educactivas grupales. A.V.E. de México.
2. Análisis de la campaña de CONASIDA. Comité Nacional Pro-Vida.
3. Antecedentes de Pro-Vida. Comité Nacional Pro-Vida.
4. Anteproyecto de un decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida en el Distrito Federal. CONASIDA.
5. Amigos Voluntarios y Educadores. Grupo de acción civil en lucha contra el Sida. A.V.E. de México, Septiembre 1988.
6. Artículo 119 Bis. Código Penal (el vigente, el propuesto y el definitivo. Voz Humana.
7. Catálogo de videos. CONASIDA.
8. Centro de Información sobre Sida Zona Centro. Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología y CONASIDA Noviembre 21 de 1988.
9. Centro de Información sobre Sida Zona Sur. Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología y CONASIDA, Noviembre 21 de 1988.

10. Centro Nacional de Intercambio, Documentación e Información sobre Sida CRIDIS, Programa junio-mayo 1990. S.S.A., CONASIDA, Resp. Blanca Rico Galindo.
11. Centro de Información y Documentación sobre Sida. CONASIDA.
12. Coordinación Nacional de Centros de Información, objetivos, acciones y estrategias, CONASIDA.
13. Cuestionario con fines de investigación médica (para hombres). S.S.A, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología.
14. Cuestionario llenado por el psicólogo para la descripción del paciente. Centro de Información sobre Sida Zona Centro, Departamento de Psicología.
15. Cuestionario para parejas heterosexuales. S.S.A., Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología.
16. Cuestionario para mujeres. S.S.A., Dirección General de Epidemiología.
17. Decreto de creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida. Diario Oficial, agosto 24 de 1988.
18. Epidemiological and Research Committee. CONASIDA.

19. Estrategias para la reducción del impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y la sociedad. CONASIDA.
20. Guía de monitoreo/evaluación. Programa de prevención y control del Sida. O.P.S. y O.M.S, Washington D.C., noviembre de 1988.
21. HIV/AIDS Transmission Mexico. CONASIDA.
22. Hoja de reporte Telsida. CONASIDA.
23. Hoja para llenado por el médico del paciente. S.S.A., Dirección General de Epidemiología.
24. I Simposium Internacional de Educación y Comunicación sobre Sida, Ixtapa-México, octubre 16-20 de 1988.
25. Ideario del Comité Nacional Pro-Vida. Comité Nacional Pro-Vida.
26. Lineamientos para las actividades grupales Conferencia "Entendiendo el Sida" y Taller de Erotización del Sexo Seguro. A.V.E. de México.
27. Lista de los representantes de los COESIDAs en los Estados. CONASIDA, Enlace con los COESIDAs.
28. Manual de organización CRIDIS. CONASIDA, CRIDIS, febrero de 1990.
29. Medium Term Program. Ojetives and strategies. CONASIDA.

30. Normas y lineamientos de los voluntarios. A.V.E de México.
31. Organograma estructural CONASIDA. CONASIDA, septiembre 1990.
32. Organograma estructural Coordinación Administrativa. CONASIDA, septiembre 1990.
33. Organograma estructural Coordinación de Comunicación Social. CONASIDA, septiembre 1990.
34. Organograma estructural Coordinación CRIDIS. CONASIDA, septiembre 1990.
35. Organograma estructural Coordinación Nacional de Centros de Información. Propuesta. CONASIDA, febrero 1990.
36. Organograma estructural Enlace COESIDAS. CONASIDA, septiembre 1990.
37. Primera Reunión del Comité de Virólogos. CONASIDA.
38. Política económica para una nueva enfermedad. Por Francisco Pamplona, Primer Encuentro sobre Sida y Participación Social, mayo 30-31 de 1989.

39. Problemas Sociales del Sida. CONASIDA,
Coordinación Nacional de Centros de
Información, septiembre 1990.
40. Programa anual Telsida 1990-1991. CONASIDA.
41. Programa COESIDAs 1990. Descentralización de
actividades de prevención y control del Sida
en México. CONASIDA.
42. Programa de capacitación y difusión de aspectos
jurídicos relacionados con el VIH/SIDA.
S.S.A., Dirección General de Asuntos
Jurídicos Internacionales y Comité de
Aspectos Jurídicos del CONASIDA, marzo 1990.
43. Programa de Comunicación CONASIDA. CONASIDA,
1990.
44. Programa de Mediano Plazo para la Prevención del
Sida 1990-1994. CONASIDA, México, 1989.
45. Programa Nacional de Mediano Plazo para la
Prevención y Control del Sida. CRIDIS,
Reunión de Donantes, Querétaro, México, 5 y
6 de marzo 1990.
46. Proyecto CONASIDA. CONASIDA, enero 1989.
47. Proyecto del Centro Nacional de Capacitación y
Tecnología Educativa 1990. CONASIDA.
48. Proyecto Educativo General. Amigos Voluntarios y
Educadores de México, septiembre 1988.

49. Reflexiones ciudadanas para una evaluación inicial de la estrategia referencial de Telsida. GIS-SIDA, Mtro. Rodolfo N. Morales, Ponencia presentada en la I Asamblea de Representantes del D.F., febrero 22 de 1990.
50. Sexo Seguro: alternativas para un nuevo lenguaje amoroso. Amigos Voluntarios y Educadores de México, Ponencia presentada en el I Encuentro Nacional Sida y Participación Social, mayo de 1989.
51. Servicios del Comité Nacional Pro-Vida. Comité Nacional Pro-Vida.
52. Sida: la lógica y la estrategia del riesgo. Apuntes para la revisión de los criterios educativos empleados en la lucha contra un virus. A.V.E. de México, Mtro. Jesús Calzada, Ponencia del I Seminario en torno al Plan de Mediano Plazo, octubre 23-27 de 1989.
53. Ubicación de los laboratorios regionales del I.M.S.S. para Sida. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.