

264

2ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
COMO PROBLEMA SOCIAL
EN DONADORES REMUNERADOS DE CIUDAD
NETZAHUALCOYOTL PERIODO 1982 - 1990**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A N :

**GARCIA REY PATRICIA
ZAPATA LOPEZ ELEAZAR**

MEXICO, D. F.

AGOSTO, 1991

**TESIS CON
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

	Página
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I MARCO DE REFERENCIA EN TORNO AL PROBLEMA DEL SIDA EN DONADORES REMUNERADOS.</u>	
1.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	8
1.2. EL CONTEXTO SOCIOECONOMICO DEL PROBLEMA	25
<u>CAPITULO II EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN MEXICO</u>	
2.1. EL ENFOQUE MONOCAUSAL DEL SIDA	43
2.2. EL ENFOQUE MULTICAUSAL DEL SIDA	50
2.3. LA DONACION REMUNERADA EN EL ENFOQUE DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD	58
<u>CAPITULO III LA POLITICA SOCIAL DE SALUD Y EL SIDA EN MEXICO</u>	
3.1. LA INTERVENCION DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD.	64
3.2. LAS ACCIONES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE SIDA	74
3.3. LA SOCIEDAD CIVIL ANTE EL PROBLEMA DE SIDA	86
<u>CAPITULO IV EL PLANTEAMIENTO DE INTERVENCION EN EL PROBLEMA DE LOS DONADORES REMUNERADOS</u>	
4.1. LA JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	92
4.2. EL PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	94
4.3. DESCRIPCION DE LAS ETAPAS DE INVESTIGACION	96

CAPITULO V LA SITUACION DE LOS DONADORES INFECTADOS DE CIUDAD NETZAHUALCOYOTL

5.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE NETZAHUALCOYOTL...	103
5.2. LA SITUACION DEL DONADOR INFECTADO	122
5.3. LA ALTERNATIVA DE LOS DONADORES INFECTADOS	137

CAPITULO VI LA ALTERNATIVA DE TRABAJO SOCIAL

6.1. LA PARTICIPACION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD	143
6.2. DE LA PROPUESTA Y LA ACCION	150
-Programa de educación para la prevención del SIDA en Ciudad Netzahualcóyotl	152
-Evaluación narrativa del programa	159

<u>CONCLUSIONES</u>	162
----------------------------------	-----

<u>SUGERENCIAS</u>	167
---------------------------------	-----

ANEXOS

Anexo 4.1 "Cuestionario".....	169
Anexos 5.1 y 5.2 "Mapa", Centros de Salud y listado de colonias	174
Anexo 6.1 "Diapositivas"	182
Anexo 6.2 "Tríptico"	193

<u>BIBLIOGRAFIA</u>	198
----------------------------------	-----

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

El presente trabajo surgió de nuestro desempeño -- laboral en la Dirección General de Epidemiología (D.G.E) de la Secretaría de Salud (S.S.) en el año de 1989. Durante este período, el contacto con personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) -- creó la necesidad de dar respuesta al problema que había surgido y acrecentado en la década más difícil de la economía mexicana.

Durante la intervención en el problema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), surgieron una serie de limitaciones y espacios para la búsqueda de las alternativas y para el desarrollo de acciones o respuestas inmediatas. Así en el momento de ir dando explicación a las limitaciones e ir diseñando el esquema para la intervención, se pretendió ubicar al donador en un marco general con un categoría social definida, que permitiera conocer el problema de manera objetiva. En este tenor se tomaron en cuenta una diversidad de aspectos que permitieran sustentar teóricamente el quehacer del Trabajo Social en una institución de investigación epidemiológica (clínica), que a su vez se encontraba con una serie de limitaciones económicas y metodológicas para

llegar a la población objetivo, es decir los donadores remunerados, de ciudad Netzahualcóyotl.

La idea de conocer el medio cotidiano de la población donadora, las causas de la donación de sangre, las necesidades del momento y la organización de la población, llevó a enmarcar estos aspectos en un nivel más general que sirviera de marco de referencia, explicando tanto el problema como las acciones institucionales y en este caso dar pie a una acción alternativa, así como a diseñar la manera de rescatar la experiencia y sistematizarla con fines de revalorar la profesión ante aquellos que la ubicaban en un nivel paramédico poco menos que científico y subprofesional.

Por otro lado, el pertenecer a una generación de profesionistas subempleados y formados con un Plan de Estudios casi decadente, la crisis teórico-metodológica e ideológica de las disciplinas sociales, los acelerados cambios y otras situaciones, constituyeron el mayor reto y limitación en nuestro planteamiento, sin embargo después de una serie de cuestionamientos y reformas elegimos como sustento teórico-metodológico, al materialismo histórico dialéctico que ha contribuido determinante a las tesis actuales de la sociología médica y la medicina social, en tanto establece relaciones entre el

capital y el desgaste obrero que se generalizan a ciertos sectores de la sociedad; es vigente en tanto la crisis del capitalismo y la tecnificación ha agudizado los daños a la salud del proletariado visto éste en todas sus expresiones pero sobre todo en el caso que nos ocupa y que es el Ejército Industrial de Reserva al que -- pertenecieron y pertenecen los donadores remunerados.

De esta manera, el primer capítulo fue dividido en dos partes: la primera, corresponde al marco teórico conceptual en donde el problema fue ubicado en la dimensión social, comenzando por analizar los diferentes enfoques que lo explican (monocausal y multicausal), para diferenciar y justificar la elección de aquel que lo ubica como un problema en el proceso de salud-enfermedad, -- con una serie de determinantes económico-sociales, que encuentran sustento teórico a través de categorías como: Producción, Reproducción, Clase, Estado y otras, las -- cuales han sido desarrolladas por diferentes autores que se ubican en la corriente de la medicina social -- desde la perspectiva del materialismo histórico dialéctico.

Lo anterior permitió pasar a la segunda parte en un nivel de explicación menos abstracto pero más histórico, donde se contempló el período 1982 - 1990 como con

texto socioeconómico del problema del SIDA en general y de la donación remunerada en particular en México. En esta parte se analizaron tanto las condiciones generales del país, así como la serie de políticas sociales que el Estado implementó para dar respuesta a las demandas y agudización de los problemas sociales y económicos de la sociedad, principalmente en cuestión de empleo e ingreso. Esto sirvió como sustento y explicación para comenzar a perfilar, por un lado a la población a través de las condiciones generales de vida y por otro lado la organización y respuesta del Estado ante éstas.

Con la idea de que nada es lineal, en el segundo capítulo se aborda el problema del SIDA desde los diferentes enfoques ya vistos teóricamente en el primer capítulo. De esta manera el enfoque monocausal explica a la enfermedad como resultado de una infección viral y se centra en la definición biológica; por otro lado el enfoque multicausal ve a la enfermedad como producto de una serie de factores biológicos y sociales, pero se centra más en los efectos físico-biológicos sin tomar en cuenta las repercusiones sociales; finalmente se explica el problema del SIDA en donadores remunerados, como parte del proceso salud-enfermedad donde se hace referencia a los determinantes sociales de la donación y la ubican como un problema inmerso en la realidad social y econó-

mica del país, lo cual permitió identificar con mayor claridad las políticas del Estado en materia de salud, como respuesta al problema planteado.

Por lo anterior, el tercer capítulo describe de manera general, la organización, participación y limitaciones que tiene el Estado para su intervención en materia de salud, para de ahí explicar las acciones, los momentos y las instancias por las cuales se ha abordado el problema del SIDA. Asimismo se describe, cómo la sociedad civil afectada se fue conformando en grupos autogestivos con demandas muy concretas de atención y propuestas de participación.

Una vez conformado el cuerpo teórico y haber descrito el problema, en el cuarto capítulo se continuó a particularizar el problema de los donadores remunerados de Netzahualcóyotl y a la elaboración de un planteamiento metodológico para la intervención. En esta parte se describen las etapas de la investigación y el esquema que se siguió en ella.

Descrito el proceso metodológico y después de haber analizado los resultados se abrió el quinto capítulo donde se abordan las características generales de Netzahualcóyotl y específicamente de los donadores remunerados lo cual se hace a través de la descripción de

los resultados del muestreo que se llevó a cabo entre los donadores y que explican y coinciden con el contexto social del país y que ubican al donador en uno de los sectores más pobres y desprotegidos de la población, aún más siendo víctimas de la infección. Finalmente se aborda la manera en que el problema en Netzahualcóyotl, llevó a los donadores a la organización creando alternativas para la sobrevivencia.

En el sexto capítulo, se describe cómo el quehacer del Trabajo Social, ha respondido en diferentes momentos históricos a las necesidades del Estado ante la demanda de la sociedad por alcanzar mejores niveles de vida, -- esto ayuda a ubicar la propuesta y acción del Trabajador Social en el área de la salud y concretamente ante el problema del SIDA en Netzahualcóyotl.

De esta manera consideramos el presente trabajo, como apenas el inicio y la propuesta que sirva como base para consolidar proyectos más amplios de participación en las instituciones de salud, con y para la población que espera ser sujeto de transformación y no objeto de experimentación. Pero sobre todo nos permitió abrir un espacio para cuestionar las formas tradicionales que la misma realidad a rebasado y para la cual se deben tener propuestas de trabajo sobre todo en cuestión de preven-

ción.

Por último cabe aclarar que este trabajo no pretende condenar al sistema capitalista sólo porque sí, -- sino que reconoce que, en él ha habido grandes avances científicos y tecnológicos, sin embargo no se puede soslayar que pese a éstos algunos de los sectores de la -- población siguen siendo orillados al pauperismo y a la falta de oportunidades para mejorar sus condiciones.

CAPITULO I

MARCO DE REFERENCIA EN TORNO AL PROBLEMA DEL SIDA EN DONADORES REMUNERADOS

1.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Actualmente existen diferentes enfoques teóricos acerca de la causa de la enfermedad (cualquiera que ésta sea). Por mencionar los más determinantes, que han sido directrices de la atención a la salud están:

a) El modelo monocausal que postula a la enfermedad como el efecto de la presencia de un agente o un riesgo específico y a la vez como proceso biológico⁽¹⁾ por otro lado -- está; b) El modelo multicausal el cual conceptualiza a la enfermedad como una serie de factores interconectados, cuyo "peso causal depende de la cercanía del efecto... -- Así visto no se distingue la especificidad de lo social y de lo biológico, porque en realidad no intenta descubrir los procesos internos sino la asociación entre uno o varios factores agrupados ... y algún efecto definido por

¹ Laurel, Cristina. en: La crisis y la salud en México
p. 124

sus características biológicas. " (2)

Como ya se mencionó, en los anteriores modelos, principalmente es en el multicausal donde descansa el tipo de atención a la salud, de ahí que actualmente la definición de salud aparezca como: " un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo." La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interrelaciones económicas, sociales y culturales, es con ellas, un componente sinérgico de bienestar social. Así la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la igualdad y la justicia social es un derecho esencial de todos". (3)

La anterior definición reconoce la interrelación de factores ecológicos, sociales y económicos como el medio que determina un estado ideal de salud, vista ésta como el efecto de los anteriores. Sin embargo, encubre que -- estos factores actúan en un proceso social de contradicciones y desigualdades que no sólo determinan la salud-enfermedad, sino su mismo contexto, de ahí la vigencia del

² Breilh, Jaime. Epidemiología, economía, medicina y política. México, 1988 p. 21- 22.

³ Plan Nacional de Desarrollo. 1989 - 1994. Poder Ejecutivo Federal. p. 104.

modelo multicausal que desconoce que la salud es en su mecanismo más íntimo, un problema de ajuste y de adaptación a un ambiente total en constante evolución (René Dubos) y es esta situación la que dificulta y hace prácticamente imposible la salud permanente y para todos porque el proceso de cambio en la población y en el ambiente de vida "son permanentes y rápidos. Sin embargo la medicina llamada científica no ha querido comprender así el proceso, negando que la salud es mucho más que la simple curación de la enfermedad y que exige una compleja acción preventiva de naturaleza social, económica y cultural; es decir una política nacional que actúe sobre la población, sin discriminaciones para producir el bienestar (en el que la salud es la parte más importante) evitando las desigualdades" (4)

Para el análisis del problema de la donación de sangre y plasma, se eligió el enfoque que estudia a la salud y enfermedad como un binomio indisoluble, ya que el modo de vivir en sociedad determina los trastornos biológicos particulares llamados enfermedad, la que no aparece divorciada de la salud, sino que ambos son momentos de un mismo proceso en un sistema de desigualdad social, pues la sa-

⁴ Breilh, Jaime, Op Cit.

[#] Este enfoque tiene origen en el estudio de la medicina social y del trabajo que retomaron categorías del materia

lud-enfermedad es un proceso colectivo, determinado históricamente en tanto que tiene dos fundamentos: el dominio de la sociedad sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establecen entre sus miembros. (5)

Esta manera de ver a la salud-enfermedad permite entonces abordarla vinculada estrechamente a los procesos económicos, sociales y políticos; asimismo involucra categorías analíticas que llevan a desglosar las causas específicas del problema de la donación de sangre y plasma -- remunerada como un problema determinado y determinante de una situación económica, social y política en un período histórico específico.

Por lo anterior las categorías centrales para el análisis de las causas y consecuencias de la enfermedad y la salud son: la Producción y Reproducción social.

La categoría Producción se refiere al proceso de creación de bienes materiales sin los cuales no es posible la existencia del hombre. Los bienes materiales creados en el proceso productivo son las cosas y objetos que son utilizados directamente por el hombre o sirven a éste para su desarrollo.

La producción incluye los siguientes elementos:

a) El trabajo entendido como la acción que se realiza.

⁵ Laurel, Cristina Op Cit.
lismo dialéctico, aún cuando Marx no haya abarcado el estudio del proceso salud-enfermedad.

- b) El objeto de trabajo (materiales diversos, naturales o elaborados) y,
- c) Los medios de trabajo que sirven para accionar sobre los objetos (máquinas e instrumentos.).

La fusión entre los medios de producción y los hombres que los ponen en acción conforman las fuerzas productivas, que determinan a su vez el dominio de la naturaleza este dominio del hombre sobre la naturaleza, al darse de manera colectiva, involucra a los hombres en una serie de relaciones de producción, que en conjunto forman la estructura económica de la sociedad.

De esta forma si se toma en cuenta que la estructura económica es la base sobre la que se levanta la superestructura se puede llegar a ubicar la segunda categoría general de análisis que es la reproducción social, ésta es la que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, - expresado en todas " las contradicciones que surgen entre la sociedad y la naturaleza.

Para entender este proceso de relación entre la estructura y superestructura es necesario retomar algunas otras categorías de análisis, de esta manera Breilh propone las siguientes: "mercancía", "valor", "trabajo", "mercancía fuerza de trabajo" y "clase"; éstas permiten explicar las oposiciones dialécticas entre la producción social y -

la reproducción natural". (6) En este mismo sentido se -- considera necesario involucrar la categoría superestructural de Estado, dado que el papel que juega entre las clases enriquece el perfil epidemiológico de clase.

En esta relación entre la estructura y la superes--tructura aparece la contradicción de clases, proletariado capitalista, que conduce a la explotación, aún cuando en forma individual los miembros de ésta no se lo propongan. Ello se debe a que las leyes objetivas del modo de -producción capitalista han mostrado que el desarrollo y consolidación de este sistema social se logra históricamente al incrementarse la acumulación del capital, pero además tiene que ver el juego o intercambio de concesiones entre las clases. La explotación lleva al proletariado a demandar del capitalista una serie de satisfactores para su reproducción social (alimentación, salud, vivienda), a su vez éste responde con una serie de "privilegios laborales (reducción de la jornada, salario etc.)pero -- a su vez se intensifican las jornadas y mecanizan los procesos de producción que propician al paso del tiempo la exigencia de mano de obra calificada, pero sobre todo llevan al agotamiento de la fuerza de trabajo.

El anterior proceso acelerado de mecanización lleva hacia la producción generalizada de mercancías a tal grado

⁶ Breilh, Jaime. Op Cit. p 181

que todo lo que cae en la órbita de tales relaciones se convierte en mercancía, por lo que la fuerza de trabajo no escapa de esta realidad convirtiéndose también en mercancía cuando es comprada por el capitalista. Asimismo el proceso de consumo de la fuerza de trabajo es al mismo -- tiempo proceso de producción de la mercancía y la plusvalía, ya que el capitalismo recurre a diferentes mecanismos para obtener el mayor rendimiento bajo el esquema de intensificar el trabajo.

Por lo anterior las consecuencias del desarrollo capitalista se manifiestan en forma concreta en la salud de los diferentes grupos sociales, determinando el surgimiento de nuevas enfermedades, así como la acentuación y presencia de otras. En este sentido es importante el papel -- que juega el Estado al asegurar a los asalariados ciertos servicios que no tienen que comprar con su salario nominal, es decir no hace otra cosa más que asegurar en nombre de la burguesía el pago de una parte integrante de los salarios, lo que propicia la prolongación del promedio de vida que significa también la prolongación de la vida -- productiva de los trabajadores. (7)

Por otro lado debe tomarse en cuenta que un sector

⁷ Mendel, Ernest. Tratado de Economía marxista. México, ERA, 1980 p. 315, tomo I.

del proletariado, como es el caso del Ejército Industrial de Reserva (EIR), cuyas características socioeconómicas están determinadas por el lugar que ocupan en el mercado de trabajo (subempleo o desempleo) lo hacen el grupo más vulnerable a las enfermedades, dadas las condiciones en que se encuentra por la falta o escasez de medios de subsistencia; así la desnutrición es una de las enfermedades más comunes del proletariado ya que su situación laboral sólo le permite la conservación y reproducción de las condiciones mínimas de subsistencia (desnutrición y hambre).

Por otro lado estas condiciones generadas por las desigualdades entre las clases y al interior del mismo proletariado se modifican en cada fase por la que pasa el sistema capitalista.

Al pasar el sistema por la etapa de acumulación capitalista aumenta el proletariado y disminuye el capital variable, es decir los salarios. Este aumento del proletariado obedece a una serie de cambios tecnológicos que provoca la concentración de la producción en empresas cada vez más gigantes (que constituyen monopolios). El capital bancario e industrial se fusionan y sobrevienen tanto el desarrollo desigual como la subalimentación de las masas. En una etapa posterior sobreviene el imperialismo que genera medios de extracción de plusvalía cada vez más intensos,

en esta etapa "el capitalismo monopolista se apodera de la totalidad de las necesidades individuales y crea otras"(8) que en determinado momento ya no puede satisfacer, dando lugar a una crisis aguda. La crisis consiste en una serie de rupturas sociales y económicas que dan paso a un nuevo nivel y forma de la sociedad capitalista, de las relaciones de producción y de las relaciones entre las clases sociales. Esta situación libera mano de obra que no puede ser absorbida (por su falta de especialización) por los polos más industrializados, lo cual produce un desempleo estructuralmente permanente, que reduce las condiciones de vida de mayor número de gente, a esto se suma la numerosa mano de obra migrante del campo que va en busca de mejores condiciones, que espera tener al emplearse en los centros fabriles de la ciudad.

A esta población demandante de empleo Marx le llamó Ejército Industrial de Reserva (EIR) y se conoce como -- superpoblación relativa la cual aparece en tres formas:

- a) Fluctuante
- b) Estancada y,
- c) Latente.

Estas adoptan funciones de reserva en sentido estricto (el sedimento más bajo lo constituye el pauperismo).

⁸ Alonso, Jorge. Lucha Urbana y acumulación de capital. México, la Casa Chata, 1989, p.20

- La superpoblación fluctuante está constituida por los trabajadores industriales que se emplean y desemplean según la oferta causada por el ciclo industrial.

- De la superpoblación estancada forman parte los obreros en activo, sin embargo su ocupación es irregular e inestable de tal forma que ofrece al capital una masa inagotable de fuerza de trabajo, asimismo se caracteriza por rendir un mínimo de trabajo con un mínimo de salario.

- La superpoblación latente se nutre del numeroso ejército de trabajadores expulsados por la agricultura y que no encuentran acomodo en ella.

Finalmente la última escala que es el pauperismo -- está compuesta por personas que no pueden trabajar o -- están sin trabajo, tambien forman parte de este grupo -- huérfanos e hijos de indigentes (futuros candidatos al - EIR).

De esta manera el EIR lo constituyen los desempleados totales y subempleados, estos no son un producto "funcional" de la acumulación capitalista sino que son tanto su conducción como resultado; manteniendo por tanto una relación dialéctica compleja con las necesidades de valorización del capital. En esta situación se ha ubicado al donador ya que en su historia ha pasado de un nivel a otro, y con la infección se reducen las oportunidades de empleo, que lo llevan al riesgo del pauperismo donde su prole se va convirtiendo en candidatos al EIR.

Ante esta situación las familias obreras tienen - que buscar alternativas a su miseria y reproducen más mano de obra que con cualquier tipo de trabajo puedan lograr la subsistencia familiar, esta situación tiende a ser cada vez más grave en épocas de crisis en tanto que el proceso de trabajo se técnica.

En este orden de situaciones la crisis no es un hecho repentino, sino la consecuencia de la incapacidad del sistema para superar el carácter cíclico del proceso de reproducción. Este se explica porque se da en lapsos periódicos que recorren fases sucesivas, su duración depende del ritmo de recuperación del capital. Es decir, a un período de auge puede seguir uno de crisis debido a las contradicciones que se dan ante la expansión del capital, después puede seguir una fase depresiva en donde se busca la manera de equilibrar los desajustes y permitan el inicio de un nuevo ciclo. (9)

Sin negar la existencia y la importancia del Estado en otras fases del desarrollo del capital en la etapa de crisis el Estado juega un papel determinante en la medida en que se presta para lograr el equilibrio y sirve como amortiguador de las contradicciones que surgen entre las

(9) Aguilar Monteverde, Alonso. La crisis del capitalismo. México. Nuestro Tiempo, 3a. ed. 1985. p 33-45.

clases y las crecientes necesidades del proletariado y el ejército industrial de reserva especialmente.

De esta manera la teoría leninista establece que de acuerdo a los rasgos del capitalismo el Estado participa en el proceso económico y se vuelve un instrumento indispensable para hacer posible el proceso de acumulación y - expansión capitalista, lo cual se logra a través de medidas que se concretan en políticas económicas que involucran a las diferentes partes de la sociedad y sus relaciones sociales.

En tanto que el Estado ha modificado su manera de actuar de acuerdo con cada momento histórico es necesario mencionar el papel que desempeñó en la época inmediata anterior a la actual crisis mundial ya que en ella se sentaron las bases del Estado actual.

Ante la cada vez mayor inestabilidad del sistema, la incapacidad del mercado y los precios para emplear adecuadamente los recursos disponibles y en particular la -- fuerza de trabajo, el Estado se convirtió en regulador de los desequilibrios y benefactor ante los conflictos.

En parte, debido a lo anterior, el financiamiento público adquirió una enorme importancia en dos sentidos: apoyo a la empresa privada y a las grandes empresas gubernamentales; y a la vez éstas le redituaban cierto respaldo económico al apoyo brindado.

El reforzamiento del aparato estatal influy^{en} gran medida en el mercado de trabajo, en la estructura ocupacional y en la forma e intensidad de la lucha de clases. Así a mayor agudez de la crisis era mayor la tasa de demandantes, de beneficio social. En este sentido el Estado instrumentó sus estrategias de acción con base en la aplicación de políticas sociales. (10)

En este sentido la política social se entiende "como aquellas acciones encaminadas a lograr de una u otra forma el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en su conjunto así como también a las que se aplican para la solución de problemas específicos". (11)

Sin embargo ante la recesión y reducción del gasto público el Estado ha cambiado su práctica. "tomando como base las demandas populares, éstas a su vez quedan incluidas la mayoría de las veces a nivel normativo, dentro de los programas sociales gubernamentales, dependiendo de los recursos con que cuente. En la práctica el beneficio social se restringe a grupos "privilegiados" por su capacidad de concentración del ingreso o bien a aquellos grupos que cuentan con la capacidad de hacer presión política y finalmente convertirse en sujetos de atención por parte -

(10) Aguilar Monteverde, Alonso. Ibidem p.24

(11) Hernández A. Ma. Remedios. Contradicciones de la clase y política social. en: México, el curso de una larga crisis. México UNAM/Nuestro tiempo. 1987 p. 19

del Estado. En el caso de los sectores estructuralmente - desprotegidos (como el ejército industrial de reserva) a pesar de que se les atiende en alguna de sus demandas, - los servicios de bienestar resultan por lo general lentos y deficientes". (12)

En la medida que se consolidó el capitalismo la dotación de algunos rubros de bienestar social se establecieron como elementos contribuyentes a la reproducción de - la fuerza de trabajo; esto debido a que fueron auxiliares básicos en el equilibrio del crecimiento económico y se - retomaron obligadamente en la delimitación de la política social estatal.

La política social se puede analizar a través de - tres funciones importantes para el capital:

- a) Como servicios que el Estado proporciona para el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo.
- b) Como amortiguador de las presiones sociales, otorgando paliativos para contener la lucha de clases.
- c) Como incentivo para reactivar la economía, transfiriendo recursos económicos del pueblo hacia el capital.

En la medida en que el capitalismo se recompone como sistema dominante, la política social se convierte - - -

(12) Torres Torres, Felipe y Javier Delgadillo M. Bienestar Social y metodología del Espacio Social México, coed. ENTS/IEC UNAM, 1990 p.26.

en un conjunto de decisiones programáticas que crean derechos y obligaciones en la sociedad. Dicha política es ejecutada a través de una serie de instituciones "especializadas" que conciben mecanismos globales que se concretan en servicios". (13)

Los servicios públicos no son más que la política social traducida y aplicada a través de un conjunto de actividades, que tienen como finalidad la satisfacción de necesidades colectivas que deberán tener características de permanencia y constancia.

Hasta aquí se ha analizado teóricamente cómo el juego entre los elementos estructurales y superestructurales, determinan las condiciones de vida de la población general y cómo estos influyen en la salud. Por lo que a continuación se describirá la serie de medidas económicas que se implementaron durante la década inmediata anterior, para dar paso al análisis de dos aspectos que en lo posterior se verán: el problema del SIDA en México y el gasto público destinado a su atención.

1.2 EL CONTEXTO SOCIECONOMICO DEL PROBLEMA

La importancia de analizar el período de 1982 - 1990 radica en que, es el momento histórico en que aparece

13

Hernández A. M., Remedios, Op Cit. p. 198

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Dicho período se caracteriza por la agudeza sin precedentes de la crisis, la continuidad entre un gobierno y otro, coincidiendo también con el inicio de un sexenio que continúa el proyecto económico que busca dar respuesta a un nuevo patrón de desarrollo capitalista, en este sentido la política social a seguir y sobre todo las condiciones sociales y económicas son determinantes en la solución o alterativa del problema de infección por VIH.

La profundidad de la crisis económica se agravó a partir de 1982 y se agudizó en 1983 con el descenso del producto interno bruto (PIB), de -0.6 y -4.2 respectivamente, (ver cuadro 1.1 y gráf. 1.1), acompañados por la caída de los precios del petróleo, reducción del financiamiento, fuga de capitales y el aumento de la deuda externa.

La política económica del sexenio 1983-1988 para enfrentar la crisis siguió los lineamientos marcados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) a cuya ayuda recurre el Estado Mexicano como fuente necesaria para evitar la quiebra total. De esta manera el F.M.I. "sugiere" un plan de austeridad que reduzca el presupuesto, incluyendo el destinado a las áreas de interés social, servicios, inversión en fuentes productivas, el impulso a la producción de materias primas y manufactureras, así como

la apertura favorable a las inversiones extranjeras" (14)

A estas medidas en su conjunto se le llamó "políticas de ajuste" y consistió en reducir la actividad económica y el ingreso nacional para poder realizar los pagos correspondientes a la deuda externa.

".... Mediante la caída de la actividad económica - de los salarios y del consumo se realiza la transferencia de recursos hacia el exterior, así mismo mediante el pago de intereses de la deuda externa. De aquí que el ajuste - exija que el gasto público busque su autofinanciamiento, ante la dificultad de aumentar los ingresos públicos..... de esta manera se procede a disminuir éste y a financiarlo en mayor medida con aumento de precios y tarifas de los bienes y servicios, lo que implica ajustes en el empleo a menores niveles de producción, generándose así altas tasas de desempleo" (15) (ver cuadro 1.2 y gráfica 1.2)

En lo que respecta al empleo, la política del gobierno de Miguel de la Madrid H. se caracterizó por la implantación de una política de ajuste que ha sido considerada como la más antipopular, ya que ésta provocó la disminución del mayor número de personas ocupadas de 1982 a 1983, manteniéndose el empleo en el mismo nivel que se -

(14) Bermúdez, Roberto. rev. "Estudios Políticos" vol. 2 oct - dic. 1983

(15) Huerta, Arturo. Proceso de ajuste... en: rev. "Ensayos", México. UNAM/DEPPE, vol. 3. 1984 p.6

tenía en 1981 "20 millones de personas" (16) con una caída del 1.2%, mientras continuó el ascenso anual de la población en edad de trabajar sobre todo mujeres y jóvenes (ésta última se incrementó en un millón anualmente) ocasionando desempleo y expansión de subocupados en el llamado sector informal de la economía, definido éste como el último eslabón del mercado de trabajo, donde se ubican -- aquellas personas que no han logrado colocarse en el sector formal y han tenido que crear su propia fuente de trabajo.

Por lo anterior "de 1982 a 1985 se estimó que un millón de trabajadores pasaron a engrosar las filas de vendedores ambulantes, albañiles, prestadores de servicios manuales y otras formas de autoempleo, aumentando el número de desocupados de 1.9 millones de personas en 1981 a 2.7 millones en 1985". (17)

En los primeros meses de 1986 (abril a julio) sucedieron 200 mil despidos y el Congreso del Trabajo señaló que diariamente se despidieron a 1500 trabajadores (18)

La situación de deterioro social y económico de la población en general ha tratado de ser equilibrado a tra-

(16) Martínez Hernández, Ifigenia. Algunos aspectos de la crisis en la distribución del ingreso en México. IIEC/UNAM, México 1989, p.34.

(17) Ibidem. p. 55

(18) Autores varios. La crisis y los trabajadores. México CET. 1989 p. 14 .

vés de diversos programas llamados estabilizadores, que en términos generales se inclinan hacia la reducción de la inflación a costa de la pérdida del poder adquisitivo de la población.

En un balance del periodo 1982 - 1988, que hace el Centro de Información y Estudios Nacionales (CIEN) se dice que los objetivos y estrategias fundamentales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, pasaron por cuatro etapas bien diferenciadas, que coincidieron con cuatro momentos de recrudecimiento de la crisis y con el intento de responder a ésta.

La primera etapa correspondió al periodo de 1983 a 1985 en que la acción de coyuntura estuvo dirigida por el Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) con los objetivos básicos de abatir la inflación como la inestabilidad cambiaria, pero a la vez de proteger el empleo, la planta productiva y el consumo básico y sobre todo recuperar la capacidad de crecimiento.

En 1983 la política económica se orientó a controlar los desajustes producidos en 1982, sin embargo en este mismo año se registró un descenso en el Producto Interno Bruto (PIB).

Para 1984 el objetivo fue evitar un deterioro adicional en la actividad económica, según el balance oficial se logró reducir la tasa de inflación que al inicio de --

1983 estaba por encima del 100% y paso al 59.2% al cierre de 1984.

En 1985 el desplome del precio internacional del crudo y los sismos de septiembre provocaron ciertos trastornos en la política económica.

Como conclusión de esta etapa se tiene que los precios aumentaron y superaron el salario del 80.8% y 67.6% respectivamente y simultáneamente se devaluó la moneda nacional, y aunque descendió la tasa de crecimiento de la inflación, continuó la escasez de fuentes de empleo y el deterioro continuo de los salarios así como también el del consumo popular. (19)

La segunda etapa se vivió en 1986, en ella se definieron las acciones y propósitos que sustituirían al Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) por la política de contención de los efectos negativos de choque externo. Esta política consistió en un ajuste fiscal y una restricción monetaria y crediticia adicionales, el desdoblamiento de la moneda, en elevadas tasas de interés y racionalización de protección comercial. Al lado de estas medidas se inició una renegociación para reestructurar la deuda externa; a pesar de esto no se logró evi-

(19) Ibidem. Martínez H. Ifigenia. p.40

tar el repunte inflacionario que ascendió al 105.7% anual al cierre de 1986. Debido a todo esto la inversión pública y privada tuvieron una caída considerable, asimismo el salario mínimo en este año (1986) tuvo también una de sus peores caídas (cuadro 1.3 y gráfica 1.3) en este mismo año el crecimiento del empleo es menor que el Producto Interno Bruto (PIB) en razón de cambios tecnológicos, del aumento de productividad de la mano de obra, del crecimiento y expulsión de la misma.

La participación del PIB en los salarios se redujo del 40% en 1976 al 28.17% en 1986 (ver cuadro 1.4 y gráfica 1.4). En este mismo año (1986) el salario real se encontraba en un 50.7% por abajo del año de 1976: (20)

Como consecuencia de lo anterior el 61% de los 22 millones de trabajadores en activo (13 millones 420 mil) no recibían el salario mínimo y sólo el 18% (3 millones 900 mil) obtenían arriba de éste, sin llegar a los dos salarios mínimos.

Es también en 1986 cuando el cambio estructural se dirigió hacia la apertura de capital extranjero y en particular a la expansión de las maquiladoras, ocasionando mayormigración de la población desempleada hacia el norte del país y Estados Unidos. (21)

(20) Autores varios. La crisis y los trabajadores p.21

(21) Revista Estrategia No. 84, 1988.

La tercera etapa consistió en la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo a través del Programa de Aliento y Crecimiento (PAC) diseñado originalmente para el bienio 1987 - 1988. Este programa planteó como primer paso la asimilación de los efectos recesivos del cho que exterior para iniciar posteriormente la recuperación gradual; la aplicación del PAC solo fue factible, durante algunos meses. La inflación hacia agosto de 1987 alcanzaba ya una tasa anualizada de 134%. En octubre se desplomó la Bolsa Mexicana de Valores (BMV) y las devaluaciones que el peso sufrió en los últimos meses del año generó una elevada inestabilidad.

Para 1988 la política económica se orientó por el criterio de controlar la inflación aún a costa de una recesión. Esta última ocasionó recortes presupuestales que alcanzaron hasta 14 billones de pesos. La capacidad adquisitiva de la población en general sufrió una pérdida no menor del 45 % durante el sexenio y a pesar del Pacto el desempleo y subempleo no mejoró y afectó a más de 5 millones de personas que equivalen a más del 15% de la fuerza de trabajo, es decir, más de la mitad de la PEA que equivale a 30 millones de personas que no reciben un salario mínimo legal, (los datos oficiales reducen estas cifras a 4% de la PEA). (22)

La cuarta etapa se inició con la firma del Pacto

(22) Centro de Información y Estudios Nacionales (CIEN)
P.64.

de Solidaridad Económica (PSE), el 15 de diciembre de 1987. El pacto introdujo cambios respecto a las propuestas económicas previas, a la vez que consolidó la aplicación de las principales líneas estratégicas ya contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y sentó las bases de la política de continuidad del actual sexenio.

Por otro lado las líneas estratégicas delineadas y ejecutadas son las siguientes:

- 1) Saneamiento de finanzas públicas, "lo que logró sostener la diferencia entre ingresos y egresos del sector público excluyendo el pago del servicio de la deuda", sin embargo se considera que el avance fue mínimo y logrado a un alto costo social y no se logró con esto el fortalecimiento de las finanzas como se esperaba.
- 2) Rendimiento económico del sector público; esta estrategia se realizó con el propósito básico de fortalecer la rectoría económica del Estado, bajo el criterio de que su fortaleza no depende de la amplitud del aparato público, sino de su capacidad para fomentar el desarrollo y de concentrar los recursos en lo estratégico y prioritario.
- 3) Apertura económica, ésta consistió en la vinculación de la economía mexicana con la mundial; se fomentaron las exportaciones no petroleras, mediante apoyos di-

versos.

- 4) Reconversión industrial, el objetivo de esta estrategia fue el de reorientar la planta productiva de las empresas estatales y adoptar las tecnologías existentes a las necesidades nacionales.
- 5) Contención salarial, este rubro observó como ya hemos anotado, un constante y creciente deterioro. (23)

Finalmente es necesario señalar que el descenso en el empleo y la caída del poder adquisitivo del salario, necesariamente repercute en la baja del nivel de vida de los trabajadores. Esta situación comienza por manifestarse en un renglón tan fundamental como es la alimentación estando muy ligada ésta a la salud.

El Instituto Nacional de la Nutrición calculó para 1988 40 millones de personas desnutridas.

Desde la recesión de 1982 cambió la situación, cuando los precios de los alimentos controlados sufren un considerable aumento (155.6%) en ese año, en relación con los no controlados que aumentaron en 97.3% y los controlados 121.8%, en 1987 lo hicieron casi igual con 160.8% y 156.8% respectivamente. (24)

Investigaciones realizadas por el Centro de Estudios del

-
- (23) Centro de Información y Estudios Nacionales (CIEN)
La economía mexicana 1982-1988 análisis anual 1989
México, p. 65-71
 - (24) La crisis y los trabajadores. p.24

Trabajo (CET) muestra que en 1981 se requería el 58.95 - del salario mínimo para adquirir la canasta superbásica (con 19 productos) en tanto que en diciembre de 1985 el costo de la misma representaba el 118.4% de un salario - mínimo; en diciembre de 1987 se requería el 93.7% y en mayo de 1988 el 104%.

Lo anterior ocasiona que 20 millones de mexicanos sobrevivan con ingestión calórica crítica, es decir en peligro de muerte por desnutrición, 55 millones de personas entre ellos los trabajadores tienen una situación nutricional deficiente a consecuencia de la subalimentación en la infancia.

La estrecha relación que tiene la alimentación con la salud hace víctimas de enfermedades a los grupos con menor poder adquisitivo de la población.

Según el IMSS-COPLAMAR quedaban sin atención médica en 1985 20 millones de habitantes, es decir que pueden traducirse a los mismos 20 millones que están en peligro de muerte por desnutrición, tal situación da idea del -- grado de pauperización en que se encuentra una parte de la población que seguramente no cuenta con las garantías mínimas por su bajo poder adquisitivo, (en esta misma situación suponemos que se encontraran a mediano plazo algunos donadores que por su enfermedad no pueden trabajar).

Por otro lado el gasto real de salud de 1982 a 1987 - sufrió una caída de 57.7% en relación con 1981; asimismo la participación del gasto en el PIB cayó 2.6% en 1982 - a 1.7% en 1987, mientras organismos internacionales recomiendan dedicar al menos el 5% (25).

Una vez descrito el marco del problema, aparece la necesidad de plantear y describir el problema desde sus diferentes enfoques, para en lo posterior abordar las respuestas de la política de salud.

(25)

OP CIT, CIEN, p.31

Cuadro 1.1

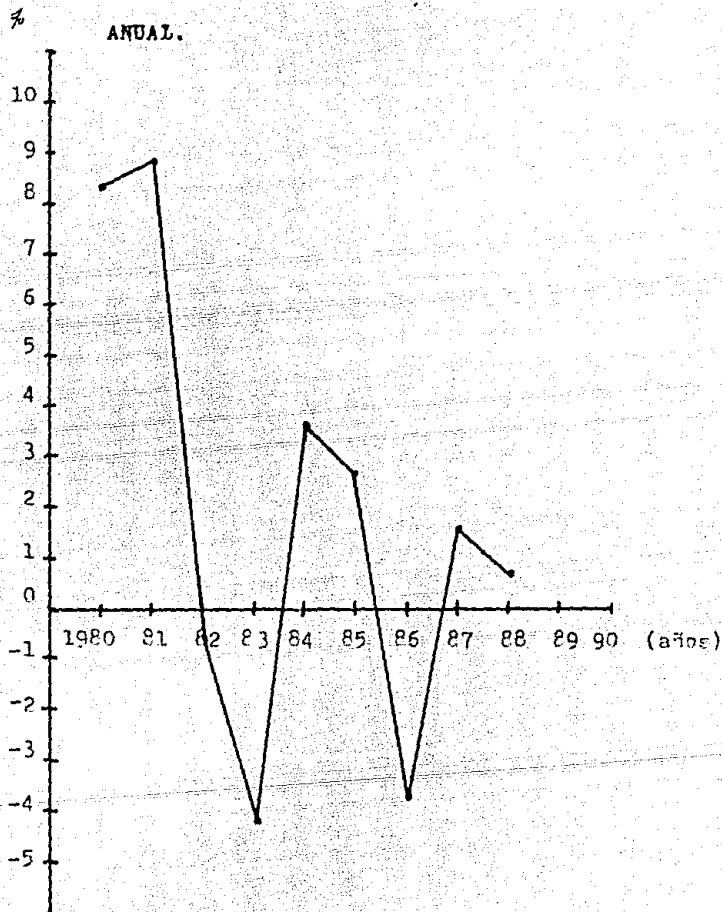
CRECIMIENTO ANUAL DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO. 1980-1988.

PRODUCTO INTERNO BRUTO ANUAL	INCREMENTO %
AÑO	
1980	8.3
1981	8.8
1982	-0.6
1983	-4.2
1984	3.6
1985	2.6
1986	-3.8
1987	1.5
1988	1.1

FUENTE: Catálogo CIHAC'89 de la construcción p.22; elaborado con datos del Banco de México y SPP.

GRAFICA 1.1

CRECIMIENTO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO
ANUAL.



FUENTE: Catálogo CIHAC'89 de la construcción,
p. 22, elaborado con datos del Banco
de México vS.P.P

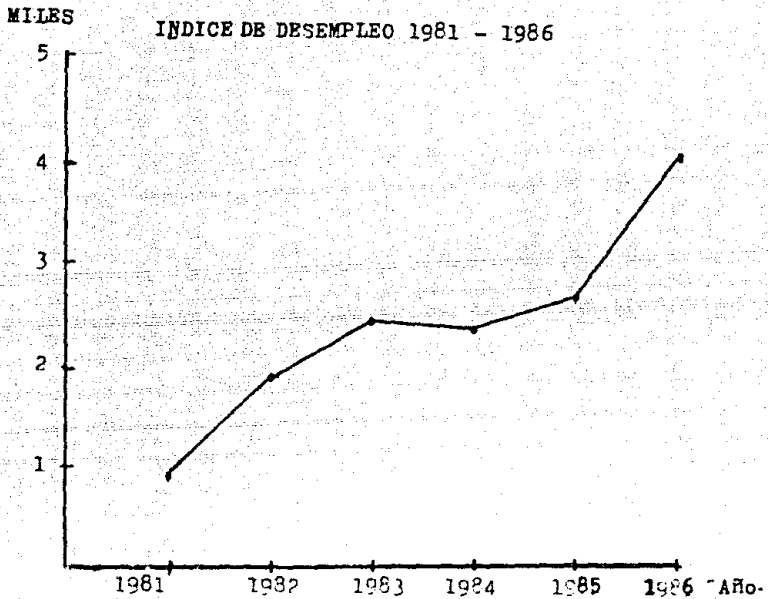
Cuadro 1.2

DESEMPLEO 1981-1986

Años	DESEMPLEO ABIERTO	
	Total (miles)	Tasa de desempleo (%)
1981	910	4.0
1982	1 890	8.0
1983	2 470	10.1
1984	2 460	9.7
1985	2 710	10.3
1986	4 093	15.0

FUENTES: cuadro elaborado por el CET con
datos de Informes de Gobierno y
Wharton Econometric.

Gráfica 1.2



FUENTE: Centro de Estudios del Trabajo (CET) con datos de Informes de Gobierno y de la Wharton Econometric.

Cuadro 1.3

SALARIO MINIMO E INFLACION (1981-1986)
(precios de 1978)

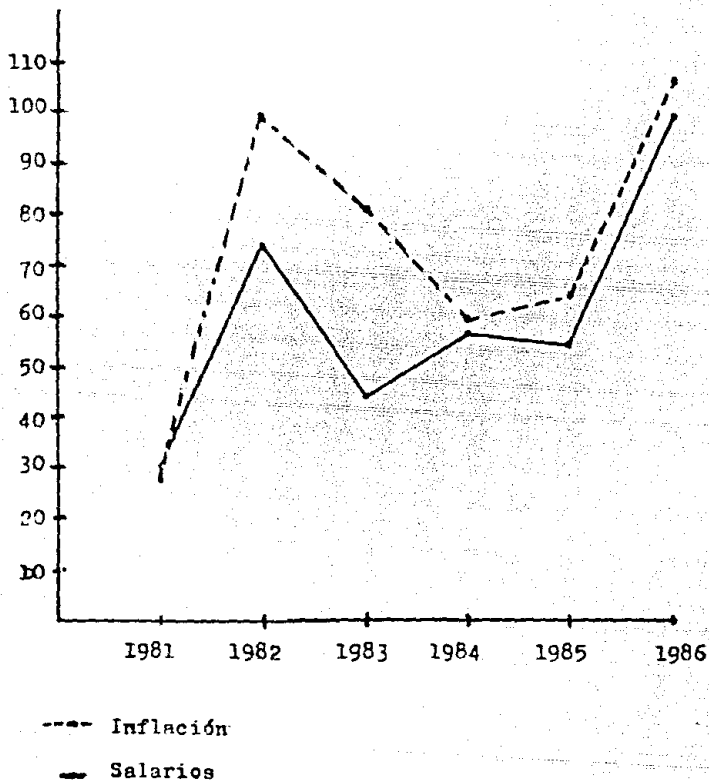
AÑOS	S A L A R I O M I N I M O				INFLACION. (%)
	Nominal(1)	Incremento (%)	Real	Incremento (%)	
1981	183.05	30.1	85.90	1.2	28.6
1982	318.28	73.9	75.04	-12.6	98.8
1983	459.01	44.2	59.92	-20.1	80.8
1984	719.02	56.6	58.96	-1.6	59.2
1985	1107.64	54.0	55.47	-5.9	63.7
1986	2211.60	99.7	53.84	-2.9	105.7

(1) Se refiere al salario diario, al mes de diciembre de cada año y al promedio entre las diferentes zonas salariales.

FUENTES: Cuadro elaborado por el CET con datos del Banco de México y la Comisión Nacional de Salarios Mínimos.

Gráfica 1.3

INCREMENTO ANUAL DEL
SALARIO MÍNIMO E INFLACION (1981 - 1986)
(precios de 1978)



FUENTE: CET, con datos tomados del Banco de México y la Comisión Nacional de Salarios Mínimos.

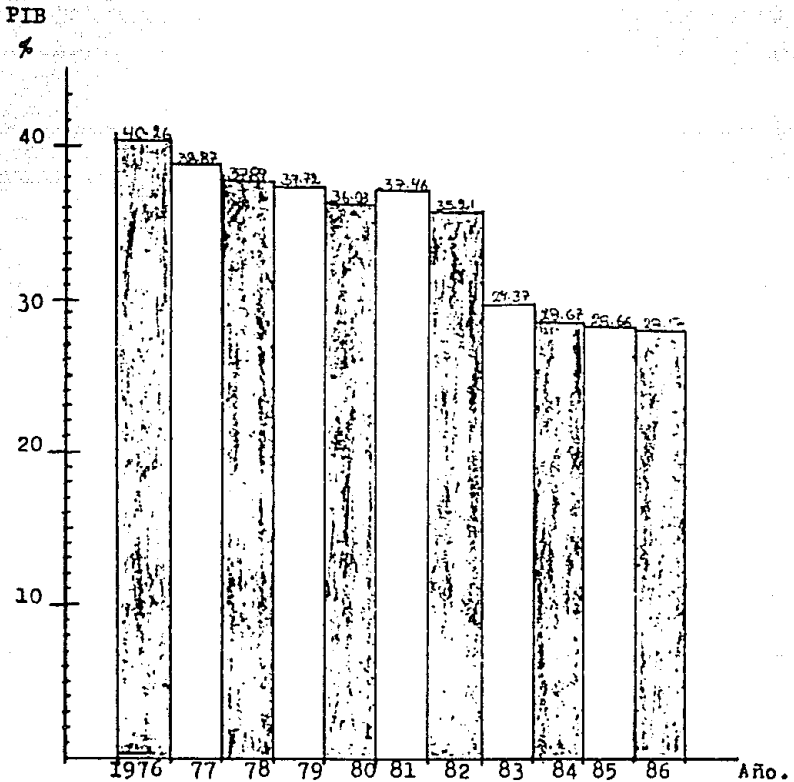
Cuadro 1.4
INCREMENTO ANUAL EN EL
PIB Y REMUNERACION DE SALARIOS
(millones de pesos)

AÑOS	P I B	Salarios	Salarios/PIB %
1976	1 370 968.0	551 999.0	40.26
1977	1 849 263.0	718 737.4	38.87
1978	2 337 397.9	885 660.6	37.89
1979	3 067 526.4	1 157 160.1	37.72
1980	4 470 077.0	1 610 928.0	36.03
1981	6 127 632.0	2 295 444.0	37.46
1982	9 797 791.0	3 450 163.0	35.21
1983	17 878 720.0	5 251 088.0	29.37
1984	29 471 575.0	8 450 119.0	28.67
1985	47 402 549.0	13 585 729.0	28.66
1986	79 353 450.0	22 538 673.0	28.17

FUENTES: Cuadro elaborado por el CET con datos de SPP y el Banco de México.

Gráfica 1.4

PIB Y REMUNERACION DE SALARIOS
(millones de pesos)



FUENTE: CET, con datos de SPP y el Banco de México.

CAPITULO II

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN MEXICO.

Una vez descrito en el anterior capítulo, en qué -- consisten los diferentes enfoques de salud y enfermedad y cómo estos intervienen en la línea de las acciones del -- Estado, tanto o más que la economía nacional (ya descrita -- también); en el presente capítulo se retoman éstos aplicados al problema para destacar la diferenciación de los -- análisis y cómo éstos se han negado a analizar los problemas a un nivel más social como en el caso de los donadores, (hablamos de éste que es el que nos ocupa en este momento).

Por último se aborda el proceso salud-enfermedad -- como un enfoque que nos permitió describir a la donación desde una perspectiva diferente ubicándolo como un problema con determinantes menos biológicas y más sociales y económicas, en este caso no se analiza el SIDA en gen

ral porque se perdería de vista el problema particular; - es decir queremos dejar claro como estos enfoques han de terminado el tipo de atención al problema de la donación y que se puede generalizar al SIDA, de ahí la ventaja del enfoque.

2.1. EL ENFOQUE MONOCAUSAL DEL SIDA.

El SIDA, o infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) se entiende como una enfermedad provocada por un virus que afecta al sistema inmunológico del ser humano, provocando una serie de infecciones y cánceres -- que llevan a la muerte.

Algunas de las primeras definiciones del SIDA que hoy se han vuelto clásicas y conservan una connotación - biológica, son las siguientes:

" El SIDA es el resultado de una infección viral -- que daña el sistema inmunológico. Un sistema inmunológico no puede defenderse contra ciertas infecciones y cánceres, algunos de los cuales pasan a ser causas de defunción, entre éstas infecciones figuran una forma "rara" y diferente de pulmonía, el sarcoma agresivo de Kaposi (un tipo de cáncer), infecciones cerebrales, la diarrea persistente e infecciones de herpes. Dada la manera en que el virus infecta las células, resulta en extremo difícil establecer la cura o crear una vacuna contra la enferme-

dad.(26)

..." Es una enfermedad mortal para la cual no existe cura en la actualidad, originada a través de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que se puede transmitir a través de tres vías comprobadas: Sexual, sanguínea y perinatal; una vez adquirido el virus permanece en el individuo de por vida y no existe cura en el futuro inmediato, recursos inmuno-preventivos o terapéuticos efectivos.(27)

Se tiene que, lo que origina la infección es un virus, que es la más pequeña unidad de vida individual, — llamada retrovirus reproduciéndose únicamente en las células vivas de una especie que les sirve de huésped. cada vez que se divide una célula huésped, se reproducen copias virales junto con más células de este tipo, cada una de las cuales contiene el código viral; una vez que el virus penetra en la célula huésped, la infección es permanente, no obstante un retrovirus puede no causar -- ningún efecto adverso por muchos años; pero en el que el material genético de la célula huésped se active y produzca nuevos virus, éstos pueden ser liberados por las -

-
- (26) The Johns Hopkins University, El Sida una crisis en Salud Pública. rev. Population Reports. serie 1. No.6 Abril de 1987. Baltimore, Miryland, USA. p.3
- (27) Soberón G., Guillermo. Características Generales de un problema de salud pública. en rev. Salud Pública de México, Vol. 30 No. 4, julio-agosto 1988. p.505.

células huésped e infectar a otras células: (este momento es llamado: periodo de ventana).

El sistema inmunológico humano está formado por un complejo de células y órganos que forman parte del mecanismo de defensa del cuerpo ante cualquier infección oportunista; la falla en cualquiera de los componentes puede perturbar todo el sistema.

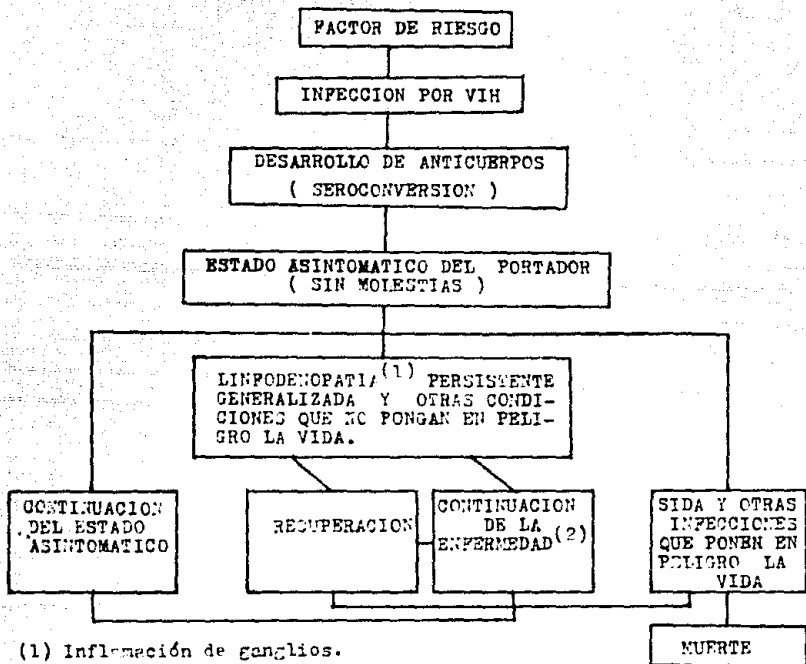
En el caso de los trastornos relacionados con el SIDA, se da una disminución gradual de un grupo especializado de glóbulos blancos denominados "linfocitos". La infección afecta el funcionamiento de dichas células dando que estas se ven imposibilitadas a reconocer sustancias extrañas (antígenos) y de iniciar reacciones inmunitarias a estos antígenos a fin de poderlos eliminar del organismo, la pérdida de inmunidad es selectiva y afecta principalmente las partes del sistema inmunológico que intervienen en la defensa contra organismos, parásitos, víricos y hongos, lo que complica la salud del infectado, ya que está expuesto a una serie de infecciones oportunistas; el SIDA es la manifestación de infecciones que pueden provocar la muerte debido a que la infección no puede tratarse eficazmente. El sistema inmunológico debilitado impide la resistencia a las infecciones oportunistas, las más comunes en los infectados son las siguientes:

- a) La meningitis, ésta suele comenzar con fiebre baja y ligero dolor de cabeza. Puede ir seguida de náuseas, vómitos y visión nublada. Los afectados se vuelven progresivamente letárgicos.
- b) Toxoplasmosis del sistema nervioso central, entre los primeros síntomas más frecuentes o comunes de la enfermedad cabe mencionar los efectos neurológicos como ataques y trastornos cognoscitivos, (la fiebre, el dolor de cabeza, la letargia y la confusión).
- c) La neumonía por pneumocystis carinii, los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, tos y falta de aliento.
- d) Criptosporidiosis (enfermedad protozoaria); causa diarrea debilitante que puede durar semanas e incluso meses y es muy difícil de tratar, entre otros síntomas están los calambres, fiebre, náuseas y vómitos.
- e) El sarcoma de Kaposi, es el cáncer de los vasos sanguíneos más común en los infectados por VIH, en los que es más agresivo. El sarcoma de Kaposi se manifiesta en la epidermis con nódulos (hinchazón) de color azul oscuro o púrpura que aparecen primero en el torso y las extremidades superiores, las personas atacadas por esta enfermedad ocasionalmente sobreviven durante algunos años, por lo general la enfermedad se extiende a los órganos internos y finalmente puede causar la muerte.

- f) Tuberculosis (TB), ésta es causada por bacterias, que puede afectar muchos órganos, la tuberculosis diseminada es común entre los enfermos de SIDA.
- g) El virus del herpes simple, causa lesiones cutáneas - en la boca o alrededor de la misma y en las zonas genitales y rectal, según el tipo de virus. En los casos de SIDA las lesiones son más severas y se repiten con más frecuencia.
- h) La candidiasis, ésta es causada por un hongo; en los infectados por VIH suele presentarse en dos formas:
- Candidiasis bucal, la más común, produce lesiones bucales de color blanco, por lo general indoloras.
 - Candidiasis esofágica, puede causar dolor y dificultad para tragar. La candidiasis responde a tratamiento, - pero es común la recaída por lo que muchos pacientes deben tratarse de por vida.

El siguiente esquema muestra la evolución natural de la enfermedad, desde la concepción monocausal que fue la primera y más difundida entre la gente que inició - estudios acerca del padecimiento y aún en los últimos años es la información a la que comúnmente se puede remitir.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



(1) Inflamación de ganglios.

(2) Infecciones oportunistas comunes relacionadas con el SIDA.

2,2 EL ENFOQUE MULTICAUSAL.

Desdeeste punto de vista y a raíz de que el problema del SIDA se extiende a la población general, la concepción anterior (monocausal) se fue complementando con una serie de explicaciones más variadas pero no por esto sin tendencias biologistas. De esta manera la información que se considera más completa y acabada es la que explica al SIDA de la siguiente forma:

El factor de riesgo está íntimamente relacionado con la actividad o el momento en que el cuerpo estuvo expuesto a ser invadido por el virus; en un principio se hablaba de que la pertenencia a un grupo de alto riesgo (homosexuales o prostitutas) con determinadas prácticas tenía que ver con la infección, sin embargo cada vez estos grupos se han ido diferenciando menos del resto de la población haciéndose más difusos, extendiéndose el virus hacia la población en general y por tanto cualquier persona puede llegar a tener factores de riesgo (por transfusión sanguínea, relación sexual, donación antes de 1986, etc.).

Los factores se relacionan directamente con tres grandes vías de riesgo:

- a) Por transmisión sexual.
- b) Por transmisión sanguínea.
- c) Por transmisión perinatal.

a) Para que la infección ocurra por vía sexual, - debió haber necesariamente una relación (genital y secrecional) hombre - hombre, (homosexual); hombre - mujer (tipo heterosexual); hombre - hombre - mujer (bisexual); en donde uno de ellos por lo menos, haya sido portador del virus VIH o enfermo de SIDA y no haya tenido ninguna medida protectora (como el preservativo o condón).

Los últimos informes que se tienen, en cuanto a las tendencias són: en hombres homosexuales se ha estabilizado el número de casos y ha disminuído, a expensas de otros grupos. En diciembre de 1987 representaba el 47% de los casos; en diciembre de 1988 el 41%; para junio de 1989 - representaba el 39% y en diciembre de 1990 el 40,6% del total.

En bisexuales ha pasado del 19% en 1987 a 21% en 1988; el 20% en junio de 1989 y 24,1% en 1990. Mientras que en heterosexuales en el mismo período se ha presentado un incremento considerable del 4% en 1987 a un 11% en 1988 el 14% en junio de 1989 y un 18,0% para 1990. (28)

b) En cuanto al riesgo por transmisión sanguínea - se tiene que la infección se puede originar por transfusión de sangre o por el uso inadecuado de jeringas o material que haya estado en contacto con sangre infectada.

En este caso no se tiene un cálculo exacto en la tendencia que ha mostrado.

c) Finalmente el riesgo por vía perinatal consiste en la infección del producto durante el embarazo o en el momento del parto si es que la madre o el padre ó ambos fuesen portadores del virus; (al respecto no existen cifras).

Dentro del mismo enfoque se presenta una serie de subdivisiones con las que se intenta explicar la intervención de otras causas de la enfermedad, así se tiene que en cuanto a la distribución de la enfermedad en la población las diferentes clasificaciones que se hacen obedecen a: 1) el factor de riesgo; 2) la ocupación y 3) La edad.

La primera es útil para tener un perfil epidemiológico (más bien médico), la segunda resultaría importante si se analiza desde el punto de vista del impacto de la enfermedad en la Población Económicamente Activa (PEA), finalmente la clasificación por edad tiene su importancia para el análisis por grupos de edad y mantiene íntima relación con la anterior clasificación de ocupación, pues se puede analizar los grupos afectados en edad económicamente productiva, (cosa que no se realiza porque la información resulta parcial).

Clasificación por factor de riesgo; dentro de esta clasificación se encuentran los siguientes:

a) Hombres homosexuales y bisexuales. Desde el inicio de la epidemia este grupo ha sido altamente estigmatizado y responsabilizado por diseminar el virus en la población debido a su preferencia sexual y a su considerada alta promiscuidad.

Según encuestas en el Distrito Federal, este grupo ha pasado del 5% en 1985, al 23% en 1986, 33% en 1987 y el 38% en 1988; a pesar de que se considere que el número se ha estabilizado, el aumento está en relación a aquellos que habían cursado hasta hace dos años sin ningún síntoma y que en este momento presentaron los síntomas propios de la infección, aquéllos que estuvieron enfermos en años anteriores es muy probable que ya hayan fallecido.

b) Prostitutas y prostitutos; desde el inicio de la epidemia este grupo fue también estigmatizado, sino tanto como los homosexuales, fue altamente culpado por pensar que esta población representaba un riesgo en la infección de hombres o mujeres heterosexuales. Aunque ha tenido que ver en la propagación del virus este grupo, también ha sido afectado ampliamente por hombres o mujeres que consideran que por el pago de su servicio quedan obligadas (dos) al riesgo. Asimismo se sabe que su susceptibilidad a contraer enfermedades

venéreas ha facilitado el contagio. En todo esto también tiene mucho que ver el temor de las mujeres y los hombres a practicarse un exámen médico, pues aún prevalece el temor de ser retiradas (dos) de su única fuente de ingresos; por otro lado el uso del preservativo no se ha generalizado en tanto los "clientes" rechazan el uso de éste.

c) Heterosexuales. Este grupo es posiblemente el más confuso, pues en él se pueden encontrar a personas dedicadas a la prostitución, hemofílicos, donadores, bisexuales y hasta homosexuales que encubren su identidad a través de este rubro. La prevalencia de éstos en 1988 era del 7.8% y la seropositividad se asoció a donación remunerada 16.6%; uso de jeringas no esterilizadas -- 5.34%; tatuajes 4.15% y ser pareja sexual seropositiva 3.22%. En otros estudios se investigaron parejas heterosexuales de seropositivos con un prevalencia de 30%, la seropositividad, se asoció a coito vaginal sin condón o preservativo. (29)

d) Niños. De este grupo se sabe tan poco como de su situación general, el dato con que se cuenta hasta diciembre de 1990 es de 207 casos de los cuales el 55.9% son por transmisión sanguínea, 40.3% por transmisión perinatal y 3.8% por abuso sexual. (30)

(29) Programa a Medio Plazo... p. 37
(30) Boletín SIDA, dic. 1990 p 105

e) Reclusos y otras poblaciones cautivas. En 1987 se estudiaron varones pertenecientes a poblaciones cautivas, encontrándose una seroprevalencia de 0.5%. En el período de 1987 a 1989 se estudiaron reclusos varones que habían referido prácticas de riesgo en el Distrito Federal la prevalencia ha sido ascendente de 0.5% en 1987 a 1.3% en 1989. En mujeres reclusas la prevalencia en 1987 y 1988 fue del 0% y en 1989 del 0.4%.

f) Cadáveres. En el período de 1988 a 1989 en la ciudad de México la prevalencia solo en sujetos fallecidos por caídas violentas fue del 1.7% y estuvo asociada a prácticas de riesgo (como relaciones sexuales). Aunque este grupo no debiera tomarse como parte de la población, corresponde a la clasificación oficial de infectados por VIH.

g) Hemofílicos. En 1987 la frecuencia en personas hemofílicas varió de 28% en una ciudad del norte a un 67% en la ciudades de Guadalajara y el D.F. (3)

h) Donadores. Este grupo aunque con algunos datos por los estudios que se han hecho es el que, en menor medida se conoce y el que tiene mayor problema de subregistro.

En 1986 la prevalencia de donadores remunerados resultó del 7.2% a diferencia de la que ocurrió con donadores

dores altruistas, en lo que la frecuencia era menor al 0.02%. A partir de la prohibición de la comercialización de sangre, en el período de 1987 a 1989 las prevalencias han variado de 0.1% a 0.3%. Lo anterior no indica que haya disminuido el número de infectados sino que, no se ha tenido conocimiento de ellos ya que varios han muerto entre 1987 y 1988.

Clasificación por ocupación. En cuanto a este tipo de clasificación los reportes con los que se cuenta, solo son de tipo estadístico y están basados en la distribución de la población de acuerdo a los datos de la Escuela Nacional de Salud Pública de la S.S.

Dentro de esta clasificación se tiene las siguientes:

OCUPACION	CASOS	%
Empleados administrativos.	377	16.4
Trabajadores de servicios públicos personales	362	15.7
Profesionales	235	10.2
Técnicos	58	2.5
Trabajadores de la educ.	160	6.9
Funcionarios públicos	5	0.2
Funcionarios privados	21	0.9
Comerciantes	159	6.9
Operadores de transporte	46	2.0

Obreros	223	9.7
Desempleados	50	2.1
Campeños	80	3.4
Estudiantes	97	4.2
Amas de casa	199	6.6
Otros	207	9.0
Se desconoce ocupación	1081	32.0

Fuente: Datos de 1989. CONASIDA.

Como podemos observar en primera instancia, el contagio es extensivo a cualquier persona y tiene mucho que ver la información y la manera en como es recibida por algunos sectores.

Por otro lado es observable que no se toma en consideración ocupaciones como prostitución y donación que es probable que como otras queden concentradas en el rubro de ocupación desconocida o algún otro lo cual no permite conocer con exactitud el impacto del SIDA en la PEA.

Clasificación por edad y sexo. De acuerdo a las cifras que maneja CONASIDA, "en términos de tasas el grupo con mayor riesgo es el de hombres de 25 a 44 años con 2.1 casos por cada 10 000 habitantes; los que representan un riesgo de 2.8 mayor que el de la población masculina total. En el D.P. uno de cada 2 500 hombres de 24 a 44 años ha enfermado de SIDA. En las mujeres el ries-

go es 7 veces menor que en los hombres, con una tasa -- del 0.2 por 10 000". (32)

Cabe aclarar, que se describieron éstas clasifica- ciones para ubicar y presentar de manera breve el lugar marginal que ocupa el donador remunerado y que tiene mu- cho que ver con los enfoques del Estado en cuanto a la atención a población afectada por el SIDA. Ya que, así como estadísticamente no aparece clasificado o es muy li- mitado en cuanto a mencionar el riesgo, no se toma en - cuenta como grupo de atención y la categoría de donador queda reducida a los rubros como heterosexual, no espe- cificado u otras. Principalmente estos análisis muestran la visión aún corta de la problemática como proceso de salud-enfermedad, parcializando las causas, lo que re- percute en las pautas de atención.

2.3 LA DONACION REMUNERADA EN EL ENFOQUE DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.

Después de haber revisado los enfoques anteriores se hace necesario resaltar la donación remunerada desde una perspectiva más social ya que la información escri- ta es escasa y se refiere (como ya se ha señalado) más bien a aspectos clínicos, lo que ha contribuido al des- conocimiento que se tiene del impacto social del SIDA -

(32) Boletín Informativo SIDA 4. No:1 enero 1990, p.784 y nov.- dic. 89 p.781

en población donante.

- ANTECEDENTES:

En 1986 la Secretaría de Salud y concretamente - la Dirección General de Epidemiología inicio algunos estudios en población donadora de sangre, esto obedeció - al número creciente de personas infectadas por transfusión sanguínea.

Para obtener información se acudió al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea el que informó que el - mayor número de donadores registrados se encontraba en el Estado de México y un foco importante de donación era Ciudad Netzahualcóyotl ya que ahí se localizaba un banco de sangre privado (Industrias Biológicas Mexicanas, IBM). Al acudir a los archivos de este banco de sangre y comparar la prevalencia que presentaba con la que tenía el banco de sangre del Hospital General de Zona del IMSS se obtuvo que la empresa privada IBM concentraba - 9.5% y el IMSS 5% en 3075 pruebas de VIH estudiadas entre junio y octubre del mismo año. Cabe aclarar que aún este porcentaje no correspondía a la situación real del problema en tanto que, no a todos los donadores se les - había practicado la prueba del VIH y en otros casos aún no aparecían los síntomas asociados al virus.

Esta situación y otras (como el incumplimiento de

algunas normas) fueron determinantes en el cierre de — bancos de sangre privados en el país en 1987; asimismo dio lugar a una búsqueda casi persecutoria de los donadores con el fin de obtener muestras para el "estudio — del comportamiento del virus y sintomatología asociada a la infección", más que a atender y/o prevenir la propagación de la infección.

Intentando rescatar la información y los elementos que interactuaron en el problema partimos de que — la donación no fue un hecho casual, puesto que estaba determinada por una serie de factores socioeconómicos — (contexto) del donador, y las relaciones con el capital y el Estado.

Los bancos de sangre, el donador y la comercialización de la sangre.

Durante varios años existieron en México bancos — de sangre privados, en éstos se llevaba a cabo la recolección de sangre y sus derivados (principalmente plasma), que sirvió para la elaboración de productos y paquetes de hemoderivados los cuales eran distribuidos — comercialmente a hospitales tanto privados como públicos. Asimismo durante estos años la fuente de "materia prima" — la constituyó las personas que con regularidad acudían a donar sangre a cambio de una remuneración económica —

de acuerdo a informes de algunos donadores, (en entre--vistas informales), se les daba 2 500 pesos por medio - litro de sangre y otros \$2 500 por cada donador nuevo - que llevaran; haciendo la consideración que hasta antes del cierre de los bancos de sangre el salario mínimo no minal era de 5 951.66 pesos diarios; de esta manera se fue conformando una relación de interdependencia entre el banco de sangre y el donador, es decir, una relación entre capital y fuerza de trabajo.

Esto nos lleva a definir a la donación como la - acción de comercialización de sangre; propia de cierto grupo del proletariado que ante su situación precaria y de extrema necesidad ve a esta actividad, como alternativa "temporal" de subsistencia, en un momento histórico donde las condiciones de desempleo y subempleo en el mercado de trabajo no le garantizan su subsistencia y agudizan sus carencias.

Como ya hemos referido anteriormente, la década - de los 80^a, ha sido uno de los períodos más agudos de la crisis y es también, cuando aparecen nuevas formas de sobrevivencia ante el aumento del Ejército Industrial - de Reserva (EIR), en donde ubicamos a los donadores de sangre, ya que éstos no pasaban de ser obreros o desempleados y durante esta década es que consolida esta ac

tividad; ante tal situación el pago que ofrecía el banco de sangre por cada extracción de sangre representaba un ingreso extra o único en el día, para el donador.

Como podemos considerar el donador de sangre, en las anteriores condiciones no podía gozar de un nivel de salud y nutrición mínimo dado que en ocasiones acudía - hasta dos veces por semana a la donación, cosa que no era recomendable, ya que se sometía al agotamiento físico que lo hacía susceptible a las enfermedades.

El banco de sangre como empresa privada tenía como único fin lucrar con la sangre y vender sus productos al mercado con un proceso a bajo costo, prueba de ello es el hecho que los donadores carecían de garantías como: servicio médico, vigilancia nutricional, salario mínimo, seguro de vida u otros. Por otro lado el equipo usado para la extracción y procesamiento de sangre era reutilizado en varias ocasiones, situación que provocó la diseminación del virus del VIH, así como otras enfermedades infecciosas como la hepatitis entre los donadores y muy probablemente entre los receptores de estos productos.

Como es sabido el capitalista establece alianzas con el Estado, para que éste le apoye, facilite o le concesione ciertos favores, de esta manera "cierto órgano &&

por lo menos una de ellas

&& Este era el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

de la Secretaría de Salud debía vigilar que los bancos de sangre cumplieran con el mínimo de seguridad e higiene, situación que no se dio en la práctica y que propició el uso inadecuado e indiscriminado del material y equipo de extracción y procesamiento de la sangre, y aunque posteriormente se llevó a efecto el cierre de los bancos, cabe aclarar que los responsables de éstos no se hicieron acreedores a sanción alguna, provocando así la pérdida de pistas para la localización de personas infectadas, que en tanto no fueran notificadas del riesgo en que se encontraban seguirían donando clandestinamente o transmitiendo el virus del VIH a sus correspondientes parejas sexuales; y por otro lado dio pie a nuevas investigaciones que provocaron hostigamiento a los donadores de sangre, se acrecentó la demanda de atención especializada en instituciones locales que aún no contaban con la información y recursos necesarios para la atención y/o canalización oportuna.

De esta manera se hace necesario saber y conocer cómo ha trabajado el sector salud en este problema así como la situación que enfrentan los infectados como población demandante de los servicios de salud.

CAPITULO III

LA POLITICA SOCIAL DE SALUD Y EL PROBLEMA DEL SIDA EN MEXICO

3.1 LA INTERVENCION DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD.

La salud en un país es un indicador de sus niveles de desarrollo económico y bienestar de su población, y en este sentido es de suma importancia la participación del Estado en materia de salud que tiene su fundamento legal en los artículos 4o. y 123o. (fracción 14, 25 y 29) constitucionales, de la Ley Federal del Trabajo, las leyes de Seguridad Social y el Código Sanitario Mexicano; todos ellos establecen la estratificación de la prestación de estos servicios a través de formulas de asistencia pública para la población abierta y la seguridad social para la población derechohabiente.

Lo anterior representa los logros alcanzados y concedidos, a través de amplias movilizaciones de sindicatos y organizaciones que desde la época revolucionaria han pugnado por alcanzar mejores niveles de vida.

De esta manera la política de salud constituye una de las líneas de la política social del Estado y se en-

cuentra vinculada a la organización económica y la productividad, asimismo representa en cierta forma una respuesta a la demanda de salud de la población.

La política actual de salud, contempla principalmente las siguientes líneas:

- a) La ampliación de la cobertura.
- b) Ampliación del acceso a las instalaciones médicas.
- c) La modernización del sistema de salud.

Hay que reconocer que estas líneas de acción están orientadas por el modelo curativo hegemónico, que si bien ha permitido el crecimiento tecnológico médico actual, su operación es limitada, dado que sigue operando una mortalidad diferencial que puede ser medida en términos de clase, de sectores ocupacionales y/o grupos étnicos.

El modelo hegemónico estatal al que se hace referencia sigue una práctica que se puede caracterizar de la siguiente manera:

- a) Se han extendido las coberturas basadas en instituciones de seguridad social; el porcentaje de derecho habientes pasó del 20% en 1965 al 49% en 1986.
- b) La extensión se ha dado en forma diferencial, lo que implica una atención desigual a la población económicamente activa. Los recursos económicos, materiales y humanos se han concentrado en instituciones

como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

c) En el conjunto del sector salud domina el modelo curativo que además de ser costoso es de baja eficacia respecto a los principales problemas de salud, un ejemplo de ello es que el IMSS en 1988 contaba con un número mayor de médicos(11,723) que de técnicos (5271); el ISSSTE durante el período 1982-86 asignaba la mayor parte de sus recursos a la atención curativa (84.4% del presupuesto) y el resto lo destinaba a prevención (15.60%)repartido a la capacitación , formación de recursos humanos y la investigación científica, en cuanto a personal de salud ésta institución en 1986 contaba con 12011 medicos, ---- 13849 enfermeras, 2611 paramédicos. (33).

Lo anterior es indicativo del predominio de las - actividades curativas, respecto a las preventivas (que desarrollan por lo general el personal paramédico o técnico), así como el potencial incremento de los --- costos de atención a la salud, el incremento de medicamentación y uso creciente de equipo técnico, favoreciendo así la industria de la salud con sus respectivos efectos en la estructura financiera del aparato de --- salud y el aumento a los factores ambientales que favo--- recen cuadros de morbilidad en la población.

(33) Soberón, G. ET AL. Desarrollo institucional. SSA/ INSP/FCB. México, 1988. tomo III, vol. I

- d) El predominio de este modelo se expresa en la ineficacia o eficiencia limitada de la aplicación de programas que deberían actuar sobre las causas básicas de mortalidad y morbilidad.
- e) Una característica más de este modelo es la influencia que tiene en los procesos de reproducción y legitimación ideológica del sistema pues fomenta de forma directa o indirecta la aceptación de dicha práctica por parte de extensos conjuntos sociales y los conduce a percibir y a demandar este tipo de práctica como "la mejor". Este modelo puede tomar en cuenta los "factores" económico, político o socioculturales, pero de hecho los subordina y los limita e factores biologicistas.

En resumen el Estado juega un papel primordial en la sustentación del sistema, de esta manera su intervención se da a través de dos aspectos: el económico y el superestructural. Esta intervención se hace patente por medio de las instituciones, que se distinguen en tres formas:

- De asistencia.
- De seguridad social
- Privadas

Las instituciones de asistencia, tienen un siste-

ma de cobertura universal gratuita, donde el financiamiento proviene del gasto público vía impuestos o bien de subsidios generados por los fondos o patronatos para la asistencia (como la Lotería Nacional, etc.) y que tienen respaldo en la legislación del derecho a la salud y otorga prioridad a la prevención y la educación para ésta.

En México las instituciones que se clasifican de este tipo son la Secretaría de Salud (SSA), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Departamento del Distrito Federal (DDF).

En estas instituciones la atención se da a población abierta y se aproxima a la jerarquización de problemas y necesidades de la población. Tienen un carácter preventivo, sin embargo en la práctica cuentan con recursos muy limitados que no les permiten ejecutar los programas planteados, además que están subordinados al control político del Estado.

Los organismos de Seguridad Social. Estos ofrecen servicios a derechohabientes (trabajadores asalariados y sus familias) el acceso a los servicios tiene tres formas: -Mediante cuota periódica a través de las cuales se adquiere el derecho a los servicios; y el financiamiento proviene de un aporte tripartito otorgado por cuotas de

los trabajadores, los patrones y el Estado, y se amplía a - El servicio médico mediante el pago específico de aquellas personas que requieren el servicio y no necesariamente son los trabajadores asalariados, y -La medicina ampliada para la población que carece de medios económicos en zonas principalmente rurales. Las instituciones de este tipo son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y los de Petróleos Mexicanos.

Las instituciones privadas, éstas tienen un carácter más bien mercantil y su sistema de cobro es directo al paciente, está dirigida a la población de mayor poder adquisitivo, esta atención se basa en un modelo curativo medicalizado. En este tipo de instituciones se contemplan algunos servicios asistenciales privados, y algunos con métodos tradicionales.

Finalmente una modalidad de intervención del Estado, que si bien no es reciente pero en los últimos años se ha acentuado, es en cuanto a la transferencia de tecnología médica de las grandes "metrópolis" a los países dependientes, ésta ocurre en cuatro casos: en la educación e investigación médica, en las transferencias de

las corporaciones multinacionales, en la asistencia técnica patrocinada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) y, en los programas de ayuda bilateral entre países.

Esto ha servido para impulsar la aplicación de medidas y/o modelos que al querer ser aplicados y ajustados en la población resultan con frecuencia ineficientes. Por otro lado, esta tecnología impone una pesada carga de los recursos financieros para los servicios de salud dadas las difíciles condiciones económicas del país. Aún a pesar del alto costo que ésta implica, resulta necesaria en ciertos momentos y situaciones específicas la importación de esta tecnología considerando que su introducción de esta determinada por " 1) La expansión multinacional ya que las grandes corporaciones transnacionales producen y comercializan de forma constante esta tecnología; 2) La promoción de ventas, pues los profesionales de la salud y los hospitales son inducidos al consumo de la nueva tecnología; 3) Adicionalmente ante la expectativa de estas innovaciones se generan intereses comerciales gremiales a través de grupos de presión locales; 4) El gobierno generalmente ante la presión y la opinión pública cede transfiriendo ciertas

ganancias a corporaciones trasnacionales". (34)

La importancia de abordar el punto anterior está en el hecho de que para el tratamiento del SIDA como de algunas otras enfermedades en México, existe gran entrada de tecnología extranjera a través de diferentes propuestas de pruebas que se hacen con los enfermos o infectados por el VIH.

El agravamiento de los problemas de salud que enfrenta la población para sobrevivir y desarrollarse, — tienen su explicación en el descenso del nivel de vida que ha generado en parte la crisis económica, que llevó a la contracción del gasto público en materia de salud. Con el deterioro en el presupuesto real que se destina resulta cada vez más insuficiente poder hacer frente el problema de salud pública. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) "En 1988 México destinó el 0.3% del PIB a salud, siendo éste el porcentaje más bajo de los países latinoamericanos y similar al que se destinó hace 20 años en México siendo menor la población en ese momento". (35)

" Los obstáculos al acceso de los servicios de salud cumplen el papel equivalente al del precio de bienes

(34) COPLAMAR, Necesidades esenciales en México. Edit. siglo XXI, México 1985. Tomo 4, Salud p. 26.

(35) De la Vega Herrera, Gabriela. El impacto social de la crisis sobre la infancia; en: Momento económico No.4 y 42, 1988 p. 3

y servicios como limitante de la demanda". (36)

Si consideramos a los servicios de salud como parte integral de los salarios ó como parte del llamado "salario indirecto" que el Estado proporciona a la población, se hace necesario defenderlo e impugnar por su incremento en la medida que aumenta la población sin acceso a estos servicios y que combinado este problema con el de desnutrición y exposición a las enfermedades transmisibles ocasionan elevación de las epidemias y estancamiento en la prevención de otras enfermedades.

Debido a que la desnutrición disminuye la resistencia a las infecciones de todo tipo y éstas afectan al estado nutricional, la población mexicana presenta elevadas tasas de mortalidad y morbilidad a causa del sinergismo de la desnutrición y la infección, "...Las causas principales de la mortalidad general configuran un patrón cualitativo mixto que además de persistencia de las enfermedades transmisibles y carenciales, suma las propias de la urbanización y la industrialización.

La insuficiencia de servicios públicos elementales y el decaimiento de programas específicos son la causa de un elevado grado de vulnerabilidad de la población a las enfermedades transmisibles... aunado a esto están -

(36) Neri, Aldo. Salud y política social. 1982 p.110

Los determinantes sociales en que vive la población - como: vivienda carente de servicios adecuados y la ausencia de educación para la salud". (37)

En 1987 se tenía que el 68% de la población contaba con servicios de salud institucionalizados, 38% atendidos por el IMSS, ISSSTE, PEMEX y otras; el 30% por la SSA, y el 32% de la población, poco más de 22 millones de habitantes no contaban con servicios médicos públicos con mínimas posibilidades de lograr atención, ya que en este período la política estuvo dirigida más que a ampliar y mantener los servicios, a programar, elaborar -- estudios y a realizar reformas administrativas." (38).

De aquí se desprende la elaboración y aprobación de la Ley General de Salud, por lo que se pretende hacer efectivo el derecho constitucional a ésta, en ella se contemplan 2 instancias principales; 1) La utilización óptima de la infraestructura con la que cuenta el Estado en el sector salud y 2) Difundir y promover conocimientos para disminuir la incidencia de enfermedades en la población.

En términos reales las enfermedades que predominan en la población son, las infecciones y la desnutri

(37) Almada Bay, Ignacio. La crisis y la Salud en México ante la crisis. México Siglo XXI 1986 p.87

(38) Hernández A.M. Remedios. Salud en México en el curso de una larga crisis p.217.

ción. En este sentido se considera que el 80% de los mexicanos aproximadamente, padecen de deficiencia nutricional, esta situación tiende a agudizarse en tanto que se desvaloriza la fuerza de trabajo y los salarios se reducen.

3.2 LAS ACCIONES INSTITUCIONALES DEL ESTADO EN MATERIA DE SIDA.

En cuestión de acciones Institucionales en materia de sida, el Estado se ocupó a través del Comité Nacional de Prevención del Sida que fue creado en 1986 como respuesta a una solicitud hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los países miembros, a fin de que constituyeran comités en cada país.

En 1987 la Secretaría de Salud puso a disposición un centro de atención a la población en general, el propósito de este centro era el de apoyar las campañas de educación y que se difundieran las acciones que desarrolla, tales como: orientación, apoyo psicológico y prueba de detección del virus VIH, y aunque se ha dicho que también se encarga de la canalización de pacientes a los hospitales de segundo y tercer nivel, lo más correcto sería decir que lo que se hace es recomendar verbalmente a la gente (cosa que de poco o nada sir

ve al ir a solicitar el servicio a cualquier hospital).

En 1988 apareció el Decreto por el cual se creó el Consejo Nacional para la prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (CONASIDA), a su vez esa formalizó la constitución del Comité Nacional de Prevención del Sida.

El objetivo planteado por CONASIDA fue el de promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores públicos y privados tendientes a combatir la epidemia del Sida, así como impulsar las medidas que al efecto se estableciera.

Así mismo se estableció el consejo como un órgano desconcentrado de la SSA y las funciones que realizaría se llevarían a cabo "sin perjuicio de las atribuciones que otras variedades administrativas realice dicha Secretaría en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud". (39)

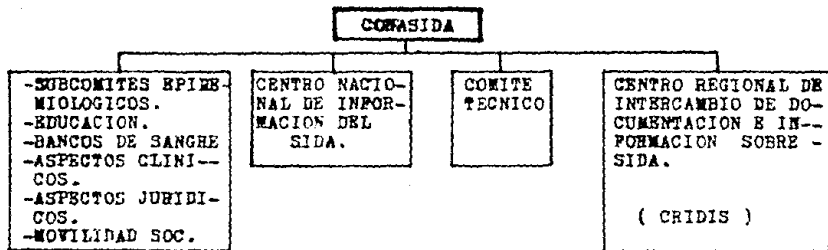
Las funciones de CONASIDA quedan de la siguiente manera:

1. Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración pública

(39) Plan Nacional a Mediano Plazo de la SSA. op.cit.

- blica Federal en lo relativo a los programas de investigación, y centros de epidemia... así como promover la concertación de acciones con las Instituciones de los sectores social y privado...
- II. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los Gobiernos de los Estados.
 - III. Proponer el Programa Nacional para la prevención y control de la infección.
 - 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.
 - VII. Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas.
 - VIII. Proponer formas y términos de la aplicación de los recursos.
 - IX. Expedir sus bases de organización y funcionamiento (40).

Con la creación del CONASIDA, la estructura organizativa quedó de la siguiente manera:



En la medida que se extendió la enfermedad y la demanda de atención creció en los Estados, en 1989 se creó en el Estado de México el Comité de Prevención y Control del Sida, este comité tiene como objetivo el de coordinar las instituciones del sector salud, social y privado en las acciones tendientes a prevenir y controlar la diseminación del V.I.H. y el SIDA en la población del Estado de México.

Sus funciones generales son:

- Coordinar funciones y acciones interinstitucionales para el control del VIH y el SIDA.
- Normar y coordinar la implantación y evaluación de normas de control.
- Lograr la modificación de algunos patrones de conducta relacionados con la actividad sexual.

- Analizar y estudiar las cuestiones jurídicas relacionadas con las medidas de prevención.
- Mantener e incrementar la calidad de los recursos humanos.

La organización estructural queda de la siguiente manera:

- Centro local de información y documentación e intercambio del SIDA.
- Subcomité de vigilancia epidemiológica e investigación.
- Subcomité de promoción para la salud
- Subcomité de bancos de sangre.
- Subcomité de participación comunitaria.
- Subcomité clínico terapéutico.
- Subcomité de asuntos jurídicos.

Por último a finales de 1989 CONASIDA elaboró el Programa de Mediano Plazo para la Prevención del SIDA para un período de 1990-1994.

Se basó en el desarrollo de 4 estrategias funcionales y 5 aspectos organizacionales, acordes con los objetivos generales y específicos del cual se darían objetivos operacionales, actividades, participantes, costos y evaluación.

Los objetivos generales son: 1) Prevenir la transmisión del VIH en México; 2) Reducir el impacto de la

infección por VIH; 3) Reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al VIH; 4) Verificar y coordinar y evaluar los esfuerzos en el combate del VIH y SIDA; 5) Reforzar las infraestructuras clave; 6) Motivar la movilización social y 7) Su desconcentración e incorporación, en los servicios de atención primaria en las acciones de prevención de la transmisión del VIH.

Las cuatro estrategias funcionales son: 1) Prevención de la transmisión sexual; 2) Prevención de la transmisión perinatal y 4) Reducción del impacto de la infección en individuos, grupo y sociedad.

Los cinco aspectos organizacionales son: 1) Información, educación y capacitación; 2) Vigilancia e investigación epidemiológicas; 3) Bancos de sangre y laboratorios; 4) Atención médica; 5) Coordinación, descentralización y evaluación.

Hasta aquí hemos enunciado las principales acciones del Estado en materia de SIDA, a éstas cabría agregar algunas convenciones y encuentros promovidos por CONASIDA, SSA, y otros, donde diferentes instituciones y organismos civiles han expuesto programas y críticas a las acciones del Estado.

Todos estos encuentros desgraciadamente no han --
ido más allá de ser grandes discursos o inicios de ac--

ciones que en su mayoría han quedado inconclusas, de tal manera que no han contribuido en gran medida al mejoramiento de la situación.

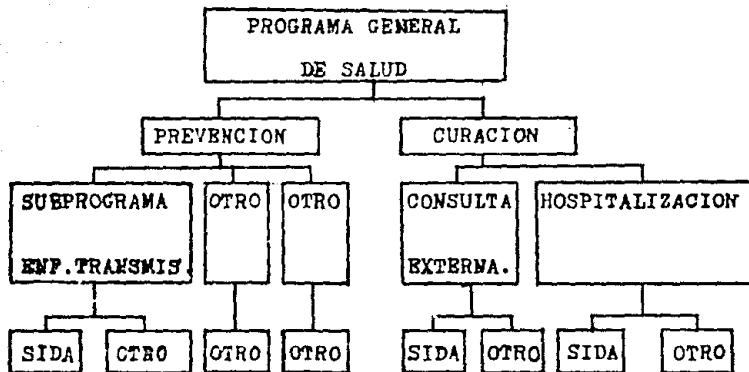
El SIDA al aparecer y reclamar atención se encuentra como ya se ha visto, ante la crisis económica más severa, que ha tenido repercusiones en el gasto del sector salud.

Tomando en cuenta la letalidad de la infección, los costos de tratamiento y el recorte del presupuesto, es necesario, no perder de vista la importancia que cobra la prevención, ya que se considera que para 1991 habrá afectado entre 37 084 y 64 304 personas (según diferentes proyecciones), sólo para 1989 el número ascendía a 22 367 nuevos casos aproximadamente, poco más de la mitad es atendida en centros de seguridad, el resto se distribuye entre los servicios asistenciales de salud y la medicina privada. Sin embargo al respecto vale la pena señalar que, si la tendencia de la población es hacia la pérdida del poder adquisitivo y la falta de empleo, es de esperarse que la demanda se inclinará hacia los servicios asistenciales. En este sentido vale la pena detenerse sobre el análisis del gasto del sector salud y su tendencia a la baja durante la --

crisis económica. (41).

Sobre el gasto del sector salud entre enero de 1982 y diciembre de 1987 el gasto per cápita del sector sufrió un recorte del 48% con una tasa descenso anual del 11%. La caída del presupuesto obedeció a la serie de medidas de ajuste analizadas, seguidas el gobierno.

El aspecto preventivo considera el gasto de los subprogramas (de control de enfermedades transmisibles, detección oportuna de enfermedades y capacitación de la población), de donde se alimentarán las acciones relativas al SIDA, una idea de esto es el siguiente esquema:



(41) González Block, Miguel A. Tendencias del gasto sectorial y requerimientos presupuestales para el SIDA en: SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO, México, PCE. 1989. P. 457.

Lo anterior muestra la mínima parte del gasto, que sería destinada al problema del SIDA, como parte de un subprograma. Es importante entonces analizar la relación entre prevención y curación, ya que de esto depende la atención anticipada de la epidemia y la reducción en los costos de la hospitalización.

Se tiene entonces que durante el sexenio de 1983-1988 el gasto preventivo per cápita mostró una tasa anual a la baja del 11.2 % mientras que la hospitalización tuvo un descenso del 7.9% anual, (ver gráfica 3.1.) (42)

La crisis orilló a que la seguridad social se enfocara más hacia la prevención, mientras el subsector de la población abierta dió preferencia a la atención hospitalaria, sin dejar de lado el esquema preventivo.

El problema en torno al SIDA tiene dos dimensiones: La población afectada por la enfermedad, y la población infectada por VIH, que está en relación al periodo que tarda el virus en aparecer en las pruebas serológicas (periodo de ventana en donde la persona se encuentra infectada pero no hay manera de comprobarlo), ésto configura a dos poblaciones con diferentes recuentos. Sin embargo la magnitud del problema radica en tres situaciones: a) la atención a los infectados asintomáticos y sintomáticos, b) la prevención a población

abierta y, c) la cancelación oportuna de los infectados-- instrumentando una estrategia de trabajo con población-- expuesta al riesgo.

Según proyecciones de González Block " el 0.105% de la población adulta joven ya había adquirido el VIH- en 1987, esto es 46 594 personas. Considerando la estimación de infectados y el número de casos reportados -- para 1987 se deduce la existencia de 44.4 infectados -- por caso registrado (esta cifra está por debajo del -- rango inferior comunmente utilizado para calcular la -- población infectada que es entre 50 y 100 individuos -- por caso) con el supuesto de que se mantenga esta rela-- ción se calcula que para 1991 habría entre 1 872 165 -- infectados y 2 763 203 de acuerdo con otras proyeccio-- nes.

Si la sobrevida actual no se modificara se tiene que para 1991 habrá entre 28 473 y 48 718 sobrevivien-- tes, éstos representarán entre 15 193 y 26 067 pacien-- tes - año de tratamiento.

Si se considera bajo riesgo el 10% de la pobla-- ción adulta entre 15 y 59 años de edad y se plantea su-- control en un lapso de tres años se requeriría de 76 -- millones de dolares 223 440 millones de pesos anuales-

sólo para la prueba de ELISA (43), en 1991 se espera -- que un 60% de los infectados progresen a SIDA por lo cual se pronostica que sólo para entonces se controlará esta población en riesgo. (44) situación que se agrava si se toma en cuenta que el aumento de la infección repercute en la población en edad productiva.

En cuanto a los costos, un paciente con diagnóstico de SIDA recibía en 1989 dos consultas al mes en -- promedio con costos de operación de 26.6 dólares 78 204- mil pesos por consulta y 20 50 800 mil pesos mensuales -- por medicamentos. Si se trata de un paciente con complejo relacionado de SIDA (CRS)(45) se le administran antivirales como AZT, el costo asciende a 8 600 dólares -- 25 284 millones de pesos por tratamiento si, cada paciente es internado en promedio 48.2 días del diagnóstico -- es de un año cada paciente llega a consumir 2880 dólares 8 462.2 millones de pesos en consulta externa y 240 -- dólares \$ 705 600 00 en medicamentos sumados la hospitalización hace un total de 12 760 dólares \$ 375 4400 00 (éste cálculo proviene de la investigación realizada por Block en el Instituto Nacional de Nutrición).

(43) Esta prueba es la más sencilla de laboratorio y menos costosa pero tiene mayor probabilidad de dar un resultado falso positivo ó negativo.

(44) González Block, Miguel A. Tendencias del gusto sectorial y requerimiento presuncionales para SIDA en -- 1991. En SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE. 1989. P.463

Dentro del escenario de crisis se calcula que las instituciones de población abierta gastarán entre 2.3 a 3.9 veces su presupuesto destinado solamente a la atención hospitalaria.

La crisis económica ha sido y continúa siendo determinante en el deterioro de vida de la población en general y en especial de los infectados ya que buen número de ellos no cuenta con un empleo estable o ingreso suficiente para cubrir los gastos por servicios médicos especializados, alimentación recomendada, etc., situación que agrava su estado de salud y reduce las expectativas de vida, además de que debe de tomar en cuenta que la situación de estas personas se agrava cuando se vean imposibilitados a seguir trabajando, éstas ocupan el lugar de jefe de familia y proveedor de los medios de subsistencia.

(45) CRS son las manifestaciones de algunos síntomas que no necesariamente denotan la aparición de la enfermedad.

3.3 LA SOCIEDAD CIVIL ANTE EL PROBLEMA DEL SIDA.

El papel de la sociedad organizada ha tenido que ver en muchos de los cambios, reformas e implementación de diferentes políticas, de esta manera es importante hacer la observación de que en cuestión de SIDA a partir de problemas de segregación y estigmatización primero de homosexuales y después del resto de la población afectada, se comenzaron a gestar movimientos por parte de diferentes sectores como (homosexuales, prostitutas, etc.)⁶ las peticiones de estas personas todavía no constituidos en grupos, había sido por el respeto a su sexualidad, ayuda y orientación médica psicológica y legal a los enfermos, de esta manera se convocaron a constituir grupos voluntarios de ayuda que han influido determinantemente en la manera como se está atendiendo al problema en México.

Entre los principales problemas a los que se han enfrentado los infectados por VIH, destaca el sometimiento a practicarse la prueba serológica, originando que la mayoría de las personas diagnosticadas con resultados positivo, que hasta entonces tenían un trabajo, fueran despedidas de su empleo. En otros casos la pérdida de empleo obedeció a las constantes ausencias en el trabajo debido al decaimiento u hospitalización que provoca la enfermedad y en otros casos la gente fue víctima de

⁶ no se deja de lado la trayectoria de movilización anterior

hostigamiento en el trabajo.

Otro problema en el terreno laboral fue el de -- negarles trabajo a seropositivos ó exigir la prueba a -- cuenta de solicitar empleo cosa que es contraria a -- lo que en 1988 en Ginebra, la OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD), dictó acerca del respeto y las oportunidades que se le debían otorgar a los seropositivos y por lo -- menos hasta 1989 se continuaba segregando a la gente y -- no existía instancia que apoyara legalmente a esta no -- blación.

LA ESTIGMATIZACION Y EL MANEJO DE LA INFORMACION.

En cuanto a estigmatización ésta tuvo mucho que -- ver desde el principio y aún después de conocer el pro -- blema del manejo que se le dio a la información tanto -- por parte de las autoridades como del resto de los me -- dios informativos, ya que al no manejar la información -- abiertamente y al dejarse intimidar por algunos grupos -- de presión el Estado permitió crecer las especulaciones -- en torno a que sí era altamente contagiosa, o en algún -- momento que sí había algún medicamento que aliviaba -- por completo, etc. En 1987 Consideré a andar una -- campaña " educativa en donde se recomendaba la práctica -- sexual monogámica, el empleo del " condón ", el uso de -- jeringas desechables y la búsqueda de información obje --

tiva, sin embargo estas campañas hasta 1989 en Ciudad - Netzahualcóyotl por ejemplo aún no llegaban a toda la - población o a Monterrey donde se tuvieron experiencias - de linchamientos de gente seropositiva o reticencia a au - toridades judiciales (que sí llegaron a proceder) para - detener al " enfermo ". A esto hay que sumarle los di - ferentes niveles y valores culturales de la población - que no se adecuaban a las campañas que se han copiado - de diseños principalmente norteamericanos, incluso se - llegaron a reproducir folletos con el mismo enfoque y - estilos.

Aunque también en 1987 se echó a andar una encue - sta nacional de conocimientos y actitudes, no se ha cu - bierto con mucho éxito a la población con menos nivel -- educacional.

Por otro lado no se logró utilizar la prensa como medio masivo que es, y sí se permitió que se le diera un tono amarillista a la información y a las cifras que se - daban acerca de la epidemia.

Todas estas prácticas descontextualizadas han pro - vocado un retraso considerable en la prevención y aten - ción del problema ya que ni siquiera el personal médico - ó técnico está objetivamente informado de la enfermedad o de los últimos decretos acerca de los derechos que - -

tiene el paciente dentro de la institución y fuera de ella.

Si bien no podemos negar que en cuestión de orientación dentro de algunos hospitales como "La Raza" y el Instituto Nacional de Nutrición¹ algunos equipos profesionales médicos y trabajadores sociales han llevado a cabo acciones importantes & que no dejan de estar aisladas y ser menores. Ante toda esta situación como ya hemos dejado ver, se han ido constituyendo diferentes grupos de autoayuda.

LOS GRUPOS AUTOGESTIVOS

Como sabemos ante la incapacidad del Estado de resolver los problemas se forman los grupos que tratan de darles solución, a través de la movilización y gestión ante las instituciones del Estado.

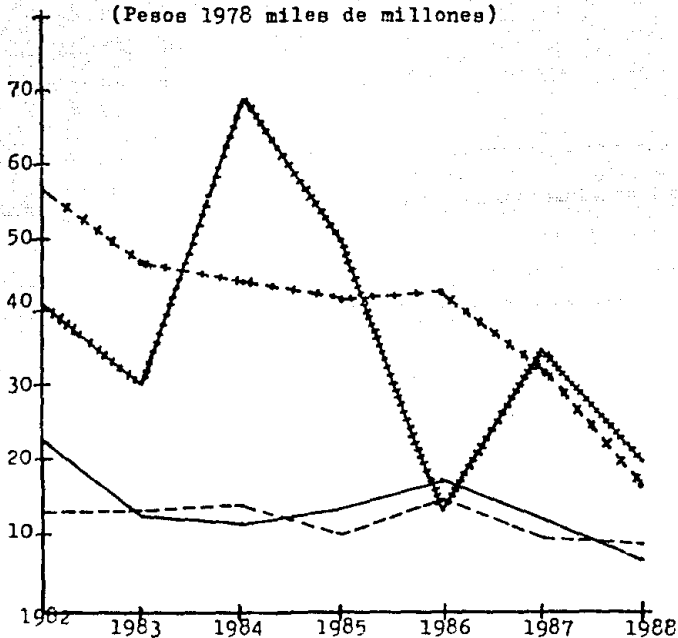
En cuestión de SIDA los grupos que más participan y han llegado a tener representación mayoritaria son: Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, Cáelamo, Shanti de México, AVE de México, Amor y Caridad, Mexicanos -- contra el SIDA y Grupo de donadores Netzahualcóyotl, los cuales han dirigido acciones hacia la orientación psicológica, información, elaboración de pruebas confirmatorias pláticas, cursos, asesorías etc.

¹ Pláticas informativas y de orientación a familiares y enfermos, elaboración de material didáctico, investigaciones sociales.

Las acciones de estos grupos están dirigidas a todo aquel que lo necesite, y el papel que han jugado éstos presionando al Estado para obtener apoyo, les ha valido su subsistencia y cierta continuidad de acciones, pues en 1989 se llegaron a consolidar como una federación que aglutinaba a casi todos los grupos en donde el objetivo era la lucha conjunta y la complementación de propuestas y recursos como alternativa al problema.

Sin embargo en Netzahualcóyotl el grupo de donadores a pesar de tener contactos con diferentes grupos e incluso con CONASIDA, aún sigue siendo un grupo al margen de las acciones del Estado, de aquí que se hizo necesaria una propuesta para la atención de esta población.

Gráfica 3.1
GASTO PER CAPITA SEGUN PROGRAMA Y
SUBSECTOR 1982 - 1988
(Pesos 1978 miles de millones)



HOSPITALIZACION
+++++ Población abierta
+++ Seguridad social
PREVENCION
—— Población abierta
---- Seguridad social

FUENTE: González Block. en SIDA y SOCIEDAD, PCF, 1989.

CAPITULO IV

PLANTAMIENTO DE INTERVENCION AL PROBLEMA DE LOS DONADORES REMUNERADOS

El trabajo Social como disciplina de las ciencias sociales permite actuar sobre el problema de las relaciones entre los hombres y el problema de la reproducción humana, ésto en términos de la organización de la sociedad, está contemplado dentro de las denominadas políticas del Estado entre las que encontramos las políticas económicas y sociales, dicho de otro modo el trabajador social está ubicado entre la necesidad y la satisfacción; de esta manera al abordar el problema del SIDA como un problema de salud en general y en particular en los donadores remunerados de Ciudad Netzahualcoyotl, demanda de nuestra disciplina un quehacer metodológico que permita ubicar al problema en su contexto social y atenderlo como tal.

4.1 LA JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

Sobre la base de que el problema de la transmisión del VIH se había abordado poco desde el punto de vista social, consideramos necesario comenzar por hacer un diagnóstico socioeconómico de la situación de la po-

blación donadora, con dos fines importantes: Dar a conocer la situación de la población afectada y, hacer algún aporte a las acciones institucionales y / o auto -- gestivas de la población.

Específicamente el estudio se llevó a cabo con -- la participación de algunas familias de Ciudad Netza -- hualcóyotl en donde uno de los miembros estuvo expuesto al riesgo de la donación. &

Para ésto se requirió de la elaboración de un -- instrumento a manera de estudio social, así mismo se -- utilizaron instrumentos que se diseñaron para el proyec -- to de "Transmisión de VIH en parejas de Ciudad Netzahual -- cóyotl", éstas fueron: informes , cuadros, controles, -- etc. sin embargo considerando la resistencia de la po -- blación a ser interrogada y por el respeto que ésta me -- rece de nosotros, el estudio no pudo ser cuantitativa -- mente representativo, pero sí se cuidó que fuera lo más -- objetivo posible para dar cuenta de la situación social -- que vive la población afectada por el VIH. Por otro -- lado la creciente letalidad y falsedad de los domici -- lios no permitió ampliar el número de entrevistas. Al -- gunas de ellas se llevaron a cabo con los coordinadores -- de Centros de Salud para enriquecer la información y -- conocer las tendencias de los servicios de salud en la --

& 25 familias que constituyeron el universo de trabajo

atención a esta población, por último se hicieron entrevistas dirigidas a algunos líderes detectados entre la población afectada.

De manera simultánea se hizo la investigación documental que consistió en: Revisión de monografías, censos, publicaciones recientes sobre SIDA, etc.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Para abordar el problema del Síndrome de -- -- --
Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en donadores remun--
nerados de Ciudad Netzahualcóyotl como problema social,
partimos del análisis de que ningún problema se da ais--
lado y que desde una postura dialéctica, la estructura--
económica determina el movimiento interno de lo que se --
identifica como superestructura donde la sociedad se --
matiza como un todo donde las relaciones sociales de --
producción determinan las condiciones de vida de la --
gente, sus problemas y la manera en que los resuelve.

La decisión que llevó a elegir este análisis y --
el tema mismo es porque llamó la atención aclarar cómo --
ciertos grupos, en este caso los donadores de sangre, --
por su condición de desigualdad determinada en el con --
texto de crisis que sufre el país, tuvieron que idear --
formas de subsistencia que los llevó al riesgo de con --
traer el virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH).

Y que tuvieron a bien participar en la presente investi-
gación.

Durante el trabajo en comunidad y a partir de la observación de la situación que vive la gente afectada por el VIH surgieron interrogantes, en torno a las que giró el trabajo de investigación tales como:

- Cómo se explica la donación casi masiva de un grupo de gente de Cd. Netzahualcóvotl ?
- Qué características socioeconómicas tiene este grupo de gente donadora ?
- Cuáles fueron las repercusiones de la donación y en qué contexto socioeconómico se dieron ?
- Qué problema se asocian al problema de SIDA y cómo se pueden explicar éstos ?
- Cuál es la situación actual del problema en general?
- Cómo llegará a ser el problema a mediano plazo y qué pasará en el futuro próximo ?

Finalmente es necesario aclarar que como trabajadores sociales existe un compromiso en lo que se pudiera aportar profesionalmente a través de este estudio, a las instituciones y/o a la población afectada. Es en este sentido que enfatizamos en un planteamiento de análisis socioeconómico general que hablara de la magnitud y realidad del problema así como de los limitantes instituciones que impide hacer llegar los recursos a la población afectada por VIH.

4.3 DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA:

La parte metodológica de este estudio consistió en un primer momento en la inmersión dentro de la comunidad cosa que nos llevó a la observación directa de la vida familiar y las condiciones de vida de la gente (a través de la participación en el proyecto de " Transmisión heterosexual ")(46).

De esta manera la etapa de la investigación participante consistió en acudir a reuniones en centros de salud, con autoridades, con diversos grupos (alcohólicos, neuróticos, y donadores) así como, acudir a visitas domiciliarias, (a familias de donadores) lo que permitió elaborar el diagnóstico del problema.

De esta manera el trabajo se centró en el análisis del contexto socioeconómico general partiendo de la idea de que el problema y la situación que vive el donador en el presente no son hechos repentinos sino que están incertos en un todo conformado por la política económica actual, el papel del Estado, sus instituciones políticas y los enfoques de la política social en mate--

(46) Proyecto realizado en la dirección general de --
Epidemiología de la Secretaría de Salud.

ria de salud. Ya que se considera que cualquier cambio en éste todo es determinante en el proceso salud-enfermedad.

Para contestar las interrogantes hechas en el planteamiento, en un primer momento se diseñó un instrumento a manera de estudio social, sin embargo comprobamos que la población por su situación se siente estigmatizada y objeto de estudio al ser interrogada; es por eso que elegimos de manera alternativa y complementaria el Estudio de Casos. (ver anexo4.1)

El estudio de casos es un procedimiento ó modelo que permite ampliar, profundizar y analizar un problema (47), a través de la observación de la vida cotidiana institucional y grupal, el análisis de documentos y fuentes de información que pueden llevar a tipificar el problema a través de seleccionar indicadores (en este caso de tipo socioeconómico (48).

Lo anterior quisimos reforzarlo con entrevistas a los coordinadores de los centros de salud, ya que por su carácter de prestadores de servicios son informantes clave en este problema.

(47) ROJAS SORIANO, Raúl LA INVESTIGACION SOCIAL, TEORIA Y PRAXIS México. Plaza y Valdes, 1988 P.131

(48) LENERO OTERO, Luis EL FENOMENO FAMILIAR EN MEXICO, México, IMSS, 1983 P. 171 - 172.

Se realizaron también algunas entrevistas dirigidas con personas donadoras que ejercen cierto liderazgo entre los infectados, con el fin de conocer su situación y las expectativas que tienen en torno al problema.

La investigación documental consistió en revisar: libros básicos sobre SIDA, Trabajo Social, Economía y otros, información estadística y monográfica del área de estudio, así como revistas, folletos, periódicos y trabajos mimeografiados, etc..

OBJETIVOS:

Lo que se pretendió lograr a través de este trabajo y que representa el propósito central radica en los siguientes objetivos.

GENERALES.

- Elaborar un marco de referencia donde se pueda ubicar a la población donadora.
- Dar a conocer las causas de la donación y la situación del donador.
- Proponer alternativas de participación en la comunidad a través de acciones específicas.

ESPECIFICOS.

- * Elaborar resultados de la investigación sobre la problemática del donador.
- + Difundir los resultados entre instituciones y el grupo de donadores.
- + Elaborar un programa o proyecto alternativo de prevención.

HIPOTESIS.

El trabajo ha girado en torno a la comprobación de las siguientes hipótesis:

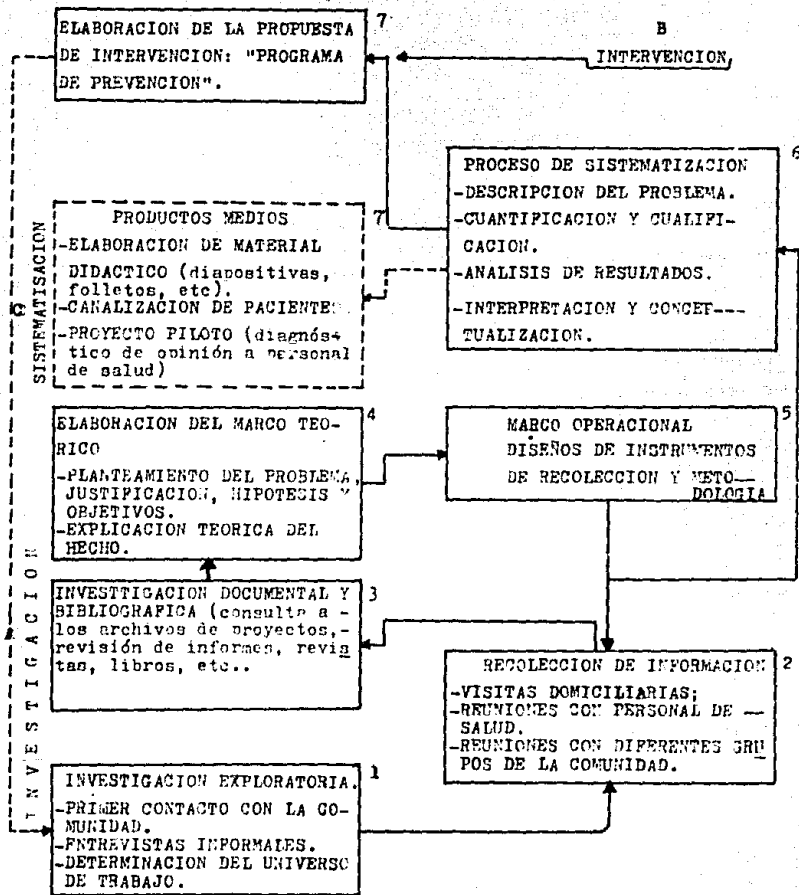
- 1) El contexto socioeconómico de la población donadora propició la venta de sangre en ciudad Netzahualcóyotl.
- 2) La política social actual del Estado repercute en la atención y prevención del problema del SIDA.
- 3) La infección por VIH es un indicador de problemas sociales en el donador y su familia.
- 4) La falta de recursos y apoyo es determinante en los procesos de organización autogestiva de los infectados.

OPERACIONALIZACION:

VARIABLES	
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES
1) Contexto socioeconómico de la población donadora.	- La venta de sangre en Ciudad Netzahualcóyotl.
2) La política social actual.	- Atención y prevención del problema del SIDA.
3) La infección por VIH --- agudiza y desarrolla.	- Problemas sociales en el donador y su familia.
4) La falta de recursos y apoyos.	- Organización autogestiva de los donadores infectados.

INDICADORES DE VARIABLES.	
Independientes	Dependientes
<p>Modo de producción capitalista.</p> <p>Crisis 1982 - 1990</p>	<p>Proceso salud-enfermedad.</p> <p>Empleo, salarios, venta - de sangre como actividad económica; y riesgo en la venta.</p>
<p>El papel del Estado</p> <p>Instituciones y servicios</p> <p>Instrumentos, planes, --- programas, proyectos, etc.</p> <p>Acciones.</p>	<p>Niveles de atención</p> <p>Costos de atención</p> <p>Medios obtenidos</p>
<p>Historia natural de la enfermedad.</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Grupos de la población</p>	<p>Condiciones de vida</p> <p>Servicios públicos, -</p> <p>Empleo, vivienda, etc.</p>
<p>Falta de preparación del personal médico y paramédico</p> <p>Falta de información a la población</p> <p>Infraestructura, tipo de proyectos, medicamentos, etc..</p>	<p>Calidad de los servicios médicos</p> <p>orientación</p> <p>organización de los in---fectados</p> <p>Propuesta</p>

PROCESO METODOLOGICO



CAPITULO V

LA SITUACION DE LOS DONADORES INFECTADOS
DE CIUDAD NETZAHUALCOYOTL.

5.1 CARACTERISTICAS GENERALES DE CIUDAD NETZAHUALCOYOTL
(CONTEXTO DEL DONADOR).

ANTECEDENTES

Ciudad Netzahualcóyotl tiene una extensión de ----
63.44 Km², es el municipio 120 del Estado de México ----
(creado el 20 de abril de 1963) se localiza al este del
Estado. Colinda al norte con el municipio de Ecatepec, -
al este con los de Atenco y Chimalhuacán, al oeste con -
el Distrito Federal y al sur con el municipio de la Paz
y el Distrito Federal.

El municipio forma parte de la mancha urbana, ya
que sólo quedan pequeñas porciones rurales en la zona -
norte las cuales no son aptas para ningún tipo de agri-
cultura, aunque en el sureste quedan pequeñas áreas de
suelos aptos sólo para la agricultura mecanizada.

Los antecedentes de Ciudad Netzahualcóyotl se re-
montan al año de 1822 en que el presidente Benito Juárez
autorizó la venta de los terrenos ubicados en las ori---

llas del lago Texcoco para fraccionarlos. Hasta 1900 -- los asentamientos que existían a la orilla del lago --- eran: Chimalhuacán, San Juan Pantitlán, San Lorenzo y Los Reyes. Hacia 1930 la parte sur del lago de Texcoco fue desecada para repartir las tierras en parcelas. En 1933 se comenzó a poblar lo que ahora son las orillas de la avenida Ignacio Zaragoza; los terrenos de este - lugar habían sido vendidos a precios bajos con el fin - de que los pobladores se dedicaran a la agricultura y así contener las tolvaderas, que dadas las característi- cas de estos terrenos de suelos salitrosos y fangosos -- sin salidas o escurrimientos naturales y la baja preci- pitación pluvial Ciudad Netzahualcóyotl constituía un foco de infección para la población de la ciudad de Mé- xico.

Al no servir estas tierras para los fines espera- dos, dado el alto índice de salitre y los costos eleva- dos que implicaba el tratamiento no resultó ser un atrac- tivo para los agricultores, lo que dió lugar a que se -- comenzaran a vender extensiones importantes de terrenos a fraccionadores.

El núcleo inicial de la población fue el pueblo de San Juan Pantitlán; y las primeras colonias autorizadas fueron La México, El Sol, Estado de México y posterior- mente La Romero, Las Fuentes, Evolución, Atlacomulco y

Maravillas.

En la década de los años 60^B se comenzaron a construir algunas redes de drenaje y alcantarillado y se realizó el trazo de la ciudad; ésto dio lugar a que se incrementara de manera considerable el costo de los terrenos.

Esta situación, de acelerado crecimiento, no estuvo desvinculada del auge industrial de la época, de la creciente demanda de espacio de la población migrante -- del campo y de la población urbana que ya no podía pagar los costos de vida de la ciudad, dando lugar a irregulares y nuevos asentamientos en la periferia a manera de invasiones, cosa que ha caracterizado a Ciudad Netzahualcóyotl durante varios años, incluso actualmente aún se puede observar algunas zonas con estas características -- (en las colonias periféricas).

El gobierno municipal de Netzahualcóyotl amplió e inició algunas obras y servicios en los años 70^B a raíz de la creciente demanda de las diversas organizaciones -- de colonos formadas ante la necesidad de dar solución a los problemas de tenencia de la tierra y dotación de los servicios públicos (en 1969 el 90% de Ciudad Netzahualcóyotl se encontraba sin electrificación).

En cuanto al número de colonias de Ciudad Netza-- hualcoyotl no se conoce con exactitud, pues según una --

monografía municipal cuenta con 83 y según el plano del municipio contempla sólo 47. (ver anexo 5.1 y 5.2)

DEMOGRAFIA.

En el aspecto demográfico según el Censo de Población y Vivienda de 1980 la población de Netzahualcóyotl es de 1 341 230 habitantes (ver gráfica 5.1) aunque un estudio realizado por la Jurisdicción Sanitaria municipal en 1989 calculó que la población ascendía a 2 276 057 personas.

Al respecto cabe mencionar que Ciudad Netzahualcóyotl es considerada como uno de los municipios con mayor crecimiento demográfico debido al volumen de población alcanzado y el ritmo de crecimiento, que se puede apreciar en el siguiente cuadro; en que la población creció en casi 33 veces en 39 años.

AÑO	POBLACION TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
1960	69 297	34 779	34 518	(1)
1970	580 436	295 078	285 358	(2)
1980	1 341 230	666 106	675 124	(3)
1989	2 276 057	--- ---	--- ---	(4)

FUENTE: (1) Atlas de la Ciudad de México, Edit. DDF/COLMEX, México 1988.

(2)y(3) INEGI-SPP. Netzahualcóyotl, Cuaderno de información básica para la planeación municipal, 1990.

(4) Estudio de prevalencia de tuberculosis 1988-89, Jurisdicción Sanitaria del municipio.

Considerando estos datos, para 1960 la densidad de la población era de 1 092.32 habitantes por kilómetro -- cuadrado (Km^2); para 1970 fue de 9 149.36 habitantes por Km^2 ; para 1980 de 21 141.70 habitantes por Km^2 y para -- 1989, según las estimaciones, 35 877.31 habitantes por - Km^2 . Si se compara el ritmo de crecimiento poblacional con el que presenta el resto del Estado se encontrara -- una diferencia proporcional, ya que la densidad de pobla-- ción en estos mismos periodos fue de 88.43 habitantes -- por Km^2 en 1960; de 178.61 habitantes por Km^2 en 1970 y de 352.47 habitantes por Km^2 en 1980. (ver gráfica 5.2)

Por otra parte la población de Netzahualcóyotl -- para 1960 representó el 3.65% con respecto a la pobla--- ción total del Estado de México; para 1970 pasó a ser el 15.14% y para 1980 se ubica en el 17.73%. (ver gráfica-- 5.3).

Según el censo de 1980 el lugar de origen de la po-- blación está dado de la siguiente manera el 39.75% de - la población provino del Distrito Federal y el 60.25% co-- rresponde a la población originaria de otros Estados de la República* (ver gráfica 5.4), lo que demuestra que el crecimiento social estuvo determinado por la emigración campo-ciudad que ha caracterizado a Ciudad Netzahualcó-- yotl como una población heterogénea donde confluyen -- desigualdades socioeconómicas y culturales que determi--

* Colima, Jalisco, Guerrero, Aguascalientes, Zacatecas, Oaxaca, Michoacán, Querétaro etc.

nan una concepción de la realidad y estilos de vida diferentes.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA.

Dada la falta de datos actuales se tomo como referencia el censo de 1980, sin embargo no se descarta la posibilidad de que la crisis económica haya propiciado cambios en la población económicamente activa (PEA) en el municipio. La anterior esta constituida por 415 627 personas de las que el 73.94% corresponde a hombres y el 26.06% son mujeres; la PEA representa el 30.99% de la población total. Sin embargo cabe aclarar que por "rama de actividad" 122 667 personas (29.51% de la PEA) se encuentran ubicados en el rubro de "actividades insuficientemente especificadas" y en cuanto a la "posición en el trabajo" 87 496 personas (el 21.05% de la PEA) se ubican en el rubro de "no especificado. De tal modo es necesario anotar que 44 196 personas (el 10.63% de la PEA) se encuentran en ambos rubros; por otro lado se contempla a 2 960 personas como desempleados, esta situación limita en gran medida una apreciación más real sobre la PEA en Netzahualcóyotl, ya que ésta población por su falta de especificidad no representa ningun valor sustancial en tanto que los rubros de "no especificado" son confusos y susceptibles a un manejo e interpretación inadecuada para

su ubicación en el mercado de trabajo. Sin embargo estas cifras se han interpretado como...."otras formas de obtención de ingresos que rebasan los marcos normativos de las clasificaciones tradicionales. es un lugar común referirse a estas actividades como economía informal o economía subterránea"....(49). Por esta razón la población que se toma como muestra es de 246 700 personas (el 59.35% de la PEA) y se presenta distribuida de la siguiente manera:

SECTOR ECONOMICO	POSICION EN EL TRABAJO					TOTAL	%
	PATRON O EMPRESA- RIO.	EMPLEADO, OBRERO ó PEON.	MIEMBRO DE UNA COOP DE PRODUCC	TRABAJA- DOR POR SU CUERN- TA.	TRABAJA- DOR NO REMUNE- RADO.		
AGRICULTU- RA, GANADE- RIA, CZA- PESCAySIL- VICULTURA.	173	1 416	60	639	266	2 554	1.04
INDUSTRIA	3 991	88 765	1 439	11 025	8 763	113 983	46.21
COMERCIO	3 884	25 797	715	19 881	4 782	55 059	22.32
SERVICIOS	3 023	56 992	1 032	9 757	4 300	75 104	30.43
TOTAL	11 075	172 970	3 246	41 302	18 111	246 700	100
%	4.49	70.11	1.31	16.75	7.34	100	

FUENTE: Elaborado con datos del X Censo de Población y Vivienda.

(49) Rodríguez Ortiz, Imelda A. y Palestino Escoto, Feliciano Ciudad de México y Ciudad Nezahualcóyotl Laberintos de sueños, UNAM, México 1989.

Como se puede observar la mayor concentración de la PEA se haya en el sector terciario que contempla al comercio y servicios sumando 130 163 personas que representan el 52.75% de la PEA (tomada en cuenta). En este sector los empleados representan el 33.55% de la PEA considerada, le sigue los trabajadores por su cuenta con el 12.01%; el trabajador no remunerado con 3.6%; patrón o empresario con 2.8% y el 0.75% para miembros de una cooperativa de producción.

Para perfilar a la población encontrada en el sector terciario debe tomarse en cuenta la existencia de 40 000 locales comerciales, cerca de 700 establecimientos de bienes de consumo básico los cuales corresponden a tortillerías y molinos, 65 tiendas Conasuper y establecimientos de Liconsa, asimismo un número indeterminado de fondas o loncherías, restaurantes, bares y/o cantinas, así como hoteles, tiendas y puestos semifijos.

Contemplando las características anteriores se puede decir que buen número de personas de este sector tienen su fuente de ingresos en el mismo municipio pero en porcentaje mayor se desplaza hacia afuera como es el caso de los empleados, se puede deducir de esto que el salario promedio oscila entre uno y dos salarios mínimos repartidos en una serie de gastos de traslado, alimentación u otros.

En cuanto al sector secundario de la economía que agrupa a 113 983 personas y representa el 46.21% de la PEA considerada; se tiene que 35.98% de la PEA está en la posición de "empleado, obrero o peón", le sigue el 4.47% de "trabajadores por su cuenta"; el 3.55% de "trabajadores no remunerados"; 0.58% de "miembros de una cooperativa de producción" y 1.62% para patrón o empresario.

En este sentido si se toma en cuenta que Cd. Netzahualcóyotl no se compara con otros municipios por su falta de industria y que desde sus inicios se ha caracterizado como zona de residencia o dormitorio, dado el desplazamiento de la población hacia zonas industriales de Nahuacalpan, Tlanepantla, Atzacapotzalco, Vallejo; y por otro lado existen en el municipio aproximadamente 70 industrias de tipo medio y 2 958 establecimientos "industriales" y cerca de 2 000 talleres clandestinos de maquila.

Se perfilan dos poblaciones, la que sale a trabajar y debe contar con un salario mínimo o un poco más, así como algunas prestaciones a las que hay que restarles gastos de transportación y otros; la otra que la constituyen los trabajadores por su cuenta que en algunos casos son dueños de talleres o de las llamadas "pequeñas industrias" y que aún cuando tienen la necesidad de emplear otras personas, el excedente económico o plusvalía se pierde, en tanto que el valor de la materia prima lo absorbe, o el

precio del producto terminado se devalúa al competir en el mercado, bajo el control del mercado monopolista; lo que hace que el ingreso del patrón de este tipo de talleres (no empresario) sea similar al de una familia en donde sus miembros aportan ingresos para el complemento del gasto familiar.

Finalmente el sector primario solo ocupa a 2 554 personas (el 1.04% de la PEA) esto debido a las condiciones geográficas que ya se ha mencionado y que no permite el desarrollo de esta actividad.

Se puede suponer que en base a estudios realizados buena parte de la población obtiene de su actividad entre uno y, uno y medio salarios mínimos y que dos tercios de la población depende del resto lo que se traduce a que cerca de tres personas depende de cada trabajador que no cuenta con un empleo fijo en todos los casos o no puede aspirar a un ingreso superior al mínimo.

VIVIENDA

En el censo de 1980 aparecen registradas 216 mil viviendas de las cuales 214 132 (el 99.01% del total) son particulares y 2 137 colectivas (0.99%).

Las primeras se refieren a construcciones fijas, viviendas móviles y refugios como vivienda (según el censo) y las segundas contempla a hoteles, pensiones, hos-

pitales, orferinátos, internados, conventos y carceles.

CLASIFICACION POR TENENCIA PARA
VIVIENDAS PARTICULARES

TENENCIA	VIVIENDA	%	PROMEDIO DE OCUPANTES
PROPIA	133 764	62.46	6.68
RENTADA	51 880	24.22	5.33
NO ESPECIFICADA	28 480	13.32	5.51
TOTAL	214 132	100	6.19

FUENTE: Censo de población y vivienda 1980.

Como se puede observar más de la mitad de las viviendas son propias y el mayor promedio de ocupantes por vivienda se ve concentrado en este rubro.

Respecto a la tenencia de la vivienda se pudo observar que hay algunos cambios en ella pues algunas personas en los últimos años han construido una o más viviendas extras de uno a dos cuartos para arrendamiento, y si bien no dejan la vivienda propia posiblemente haya aumentado el número de rentadas sobre todo en las colonias periféricas del municipio donde las construcciones de las casas son de tipo provisional y el costo de la vivienda es menor porque se cuenta con menos servicios, como el agua, drenaje y pavimentación.

VIVIENDAS SEGUN NUMERO DE CUARTOS

NUMERO DE CUARTOS	VIVIENDAS	%
1 - 2	119 710	55.90
3 - 4	67 845	31.68
5 y MAS	21 820	10.20
NO ESPECIFICADO	4 757	2.22
TOTAL	214 132	-100-

FUENTE: Censo de población y vivienda 1980

Lo que se puede comentar de lo anterior es que — siendo el mayor porcentaje de viviendas que cuentan con uno a dos cuartos (55.90%) y retomando que el promedio — de habitantes por vivienda está entre el 5.51 el menor y 6.68 el mayor, se obtiene que buena parte de la pobla— ción que vive hacinada en un espacio "mínimo" necesario — para una vida digna y que no cuenta con mayores posibili— dades para ampliarlo y modificarlo pues la misma fuente registra que el 73.84% de las viviendas cuenta con un pi— so de "cemento ó firme", es decir un piso rústico, que — por la observación y los datos nos lleva a suponer que — gran número de viviendas no siguen una planeación estric— ta en tanto son de autoconstrucción por etapas ó perio— dos de auge económico para las familias.

SALUD.

Las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población, la calidad y cantidad de los servicios públicos, la presencia de basureros en las orillas del municipio que con los vientos acarrea una serie de infecciones hacia la zona de asentamientos, las condiciones climatológicas y otros factores han influido negativa y de manera permanente en la población.

Un estudio realizado por el IMSS en 1970 menciona que más de la mitad de los habitantes de Netzahualcóyotl estaban prácticamente desamperados en cuanto a algún régimen de salud. Y las infecciones que atacaban a la población con mayor frecuencia eran de tipo hídrico (amibiasis y tifoideas). Actualmente esta situación pudo haberse modificado no obstante revizando los informes en los centros de salud, aún se encuentran índices similares y la frecuencia de estos padecimientos a los que se han sumado otros de tipo crónico y virales (Tuberculosis y SIDA).

En relación a los servicios médicos con que cuenta la población, se puede decir que siguen siendo limitados y no cubren con las necesidades de la población.

Los niveles de atención principalmente son de dos tipos:

- El primer nivel se orienta a la atención primaria de

la salud, con cinco acciones a) autocuidado, b) monitoreo y vigilancia epidemiológica, c) atención profesional simplificada, d) atención médica general y e) atención de especialidades básicas (acciones de promoción de la salud). Una de las estrategias que sigue la Jurisdicción Sanitaria en este sentido es la vinculación con grupos comunitarios (Alcohólicos Anónimos, Neuróticos y Drogadictos) además del trabajo que se realiza en comunidad con un cuadro de promotoras que son parte del personal de salud.

- El segundo nivel, se encarga de la atención a la población canalizada por el primer nivel y se lleva a cabo en los hospitales generales de zona que cuentan con atención médica especializada y hospitalización.

Hasta 1990 se contaba con 20 centros de salud comunitarios de salud distribuidos en las colonias del municipio, (*) 2 hospitales generales de zona de segundo nivel, todos estos de de la Secretaría de Salud, además de la presencia de instituciones como el IMSS, ISSTE, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de México (SDIFEM) con menor cobertura de atención, que se puede apreciar en el siguiente cuadro.

(*) Ver mapa anexo para localización de Centros de salud

INSTALACION	SSA	IMSS	ISSSTE	ISSEMYM	SDIPEM	TOTAL
HOSPITAL GRAL.	2	-	-	1	-	2
CLINICA (1er. nivel)	20	1	-	-	1	22
CONSULTORIO	-	-	-	-	5	5
TOTAL	22	1	-	1	6	28

FUENTE: Cuaderno de información básica, INEGI, 1990. y
 Datos de la Jurisdicción Sanitaria de la SSA.

Como se puede observar la responsabilidad de la atención recae principalmente en la Secretaría de Salud ya que según el Instituto de Salud del Estado de la Dirección de Planeación para 1986 la población amparada por las instituciones de seguridad social era de 200 787 personas que representa apenas el 14.97% de la población total en Netzahualcóyotl (tomando como referencia los datos del censo de 1980), de los cuales 136 616 personas son derechohabientes del ISSSTE, 43 126 al IMSS y 21 045 al ISSEMYM mientras que el resto de la población se concentra en los servicios de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la distribución de los recursos humanos del sector salud para 1985 se encontraban de la siguiente forma.

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD.

CATEGORIA	SSA	IMSS	ISSEMYM	SDIPEM	TOTAL
MEDICOS	354	43	13	12	422
ENFERMERAS	795	0	24	1	820
PARAMEDICOS	133	0	3	0	136

FUENTE: Gobierno del Estado, Sistema estatal de información estadística

En el cuadro anterior se puede observar que en el personal médico y de enfermería hay más concentración, - lo que responde evidentemente al aspecto curativo, sin embargo, para la población de Netzahualcóyotl existe un médico por cada 3 178.3 habitantes, mientras que el personal paramédico que lleva a cabo las acciones de prevención y educación para la salud, está aún más abajo del anterior, esto es que por cada paramédico existen o le corresponden 9 861.98 habitantes.

En cuanto al número de consultorios particulares u otros servicios de salud, no se cuenta con el dato, pero cabe aclarar que estos se encuentran en la parte centro del municipio o en las avenidas principales.

Finalmente podemos puntualizar que tanto los servicios de salud como las condiciones generales que la determinan son evidentemente insuficientes ante los requerimientos generales de atención y prevención de los problemas de salud crecientes como el SIDA.

OTROS SERVICIOS.

Como ya se mencionó una estrategia de promoción en los servicios de salud de la "Secretaría de Salud" es el coordinarse y promocionar otros servicios.

La problemática particular y el trabajo de campo creó la necesidad de conocer otras Instituciones y poder coordinarse. De esta manera, y a través de la relación con los grupos se obtuvo el siguiente listado de Instituciones y de su quehacer en el municipio.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

Centro Local Netzahualcóyotl.

El Centro cuenta con:

a) Proyectos de Prevención:

- Información pública en escuelas, centros de salud, etc.
- Información a padres, maestros y alumnos de 5o. y 6o. grado en escuelas primarias.
- Orientación familiar para padres que no tengan problemas de farmacoddependencia. Consta de 9 sesiones.
- Grupos organizados. Capacitación a diferentes personas.
- Capacitación en la comunidad durante un año en una sola área.

b) Proyecto de tratamiento para personas con problemas de farmacoddependencia:

- Diagnóstico. Se realiza a través de entrevista inicial, historia clínica, valoración psicológica, --- perfil neurológico e investigación social.
- Tratamiento: Psicoterapias (individual, familiar y grupal).

Para estos servicios no hay límite de edad y está dirigido a la familia o al individuo.

El cobro inicial es de \$ 1,000.00 y según el tratamiento varía el costo.

DROGADICTOS ANONIMOS

Grupo "Un amigo más"

Domicilio: Avenida Tepozanes 414

Colonia Ampliación perla

Horario: De 8 A.M. a 6 P.M.

Grupo " Un Amigo más" II

Domicilio: Generalísimo Morelos y Diagonal Ignacio Zaragoza.

Estos centros son grupos de Asociación civil; proporcionan servicio de albergue.

Población: Mixta, tanto adultos como niños.

No exigen cuota monetaria a los familiares, únicamente la aportación de despensa (víveres).

El grupo I proporciona ayuda a los individuos, en el ---
2o. grupo existe también atención a la familia.

NEUROTICOS ANONIMOS.

Grupos de Asociación Civil.

Dirección: Barca de Oro 115.

Col. Benito Juárez.

Estos grupos han destinado un día alternado de promoción y pláticas en Centros de Salud.

ALCOHOLICOS ANONIMOS.

Oficina Intergrupala de grupos 24 Horas y terapia intensiva de Ciudad Netzahualcóyotl.

Domicilio: Rayando el Sol No.96

Col. Benito Juárez.

Son grupos de Asociación Civil y proporcionan servicio de albergue. Además cuenta con 15 grupos que trabajan -- coordinados con Centros de Salud, dando pláticas y recibiendo cursos de primeros auxilios, higiene y otros.

Finalmente cabe aclarar que la participación en -- estos grupos permitió llegar a la detección de algunos -- casos y facilitó el conocimiento de la población objetivo.

5.2 LA SITUACION DEL DONADOR INFECTADO.

A partir del cierre de bancos de sangre privados en 1986 y a través de los estudios realizados en diferentes instituciones se obtuvo en 1989 y principios de 1990 la siguiente información de los donadores en Ciudad Netzahualcóyotl según el lugar donde se encontraron registrados.

La Dirección General de Epidemiología a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea obtuvo un listado inicial de 350 donadores; en la Jurisdicción Sanitaria (SSA) de Netzahualcóyotl se encontraron registradas 23 personas y en el Hospital General de México se localizaron 5 personas más, tales datos arrojaron un total de 378 donadores en las siguientes condiciones, en el momento de la búsqueda.

DONADORES DE SANGRE	NUMERO	%
POSITIVOS LOCALIZADOS	42	11.11
POSITIVOS SIN LOCALIZAR	156	41.27
NEGATIVOS	163	43.12
FALLECIDOS	17	4.50
TOTAL	378	100

FUENTE: Archivos de la D.G.E, Jurisdicción Sanitaria Netzahualcóyotl, Hospital General de México e investigación de campo.

Como se puede observar en el cuadro anterior, poco más de la mitad de los donadores al momento del estudio aparecieron con resultado positivo, aunque cabe aclarar que de este porcentaje se pudo tener contacto con 42 y - el resto no se localizaron por cambio de domicilio, negaron su identidad o habían falseado algún dato de localización; 163 personas aparecen negativos en el primer análisis pero no se puede asegurar que continuarían en ese estado, pues algunos casos no se les practicó una segunda prueba confirmatoria, o no habían seroconvertido, es decir el virus pudo estar presente en el organismo sin manifestarse en las pruebas. Finalmente se identificaron a 17 personas fallecidas, que sumadas al resto de los casos positivos se tiene la certeza de que el 56.88% de la población donadora de sangre se encontraba positiva.

Por otro lado de las 42 personas localizadas se pudo tener un control de 37 en la siguiente situación.

CATEGORIA	NUMERO
DONADORES CON PAREJA	15
DONADORES SIN PAREJA	3
VIUDAS	4
DONADOR QUE NO NOTIFICA PAREJA	13
MUJER ABANDONADA	2
TOTAL	37

FUENTE: Estudio de campo.

NOTA: 5 personas no colaboraron en el estudio.

De cada categoría se puede decir lo siguiente:

- De los donadores con pareja se comprobó que en 7 parejas ambos estaban infectados y dos mujeres de estas se encontraban con un embarazo avanzado; otras 8 parejas se encontraban uno con resultado negativo y el otro con resultado positivo pero estaban expuestas a seroconvertirse si mantenían relaciones sexuales sin protección o al momento de embarazarse; al respecto se encontraron 5 mujeres embarazadas.
- De los donadores sin pareja uno era del sexo masculino y dos del femenino y ninguno reconoció tener pareja en ese momento pero sí haber tenido "algunos" contactos sexuales no estables, por lo que no se logró localizarlos.
- De las viudas localizadas (compañeras de donadores) se encontraron dos con resultado positivo que presentaban los síntomas propios de la infección y dos que tenían resultado negativo.
- Del donador que no notificó pareja con resultado positivo resultaron 10 hombres y 3 mujeres; en este caso el hecho de no notificar a las parejas fue la situación más peligrosa ya que se corría el riesgo de infectar a la pareja si no se tomaban las medidas adecuadas.
- De las mujeres abandonadas, se obtiene que las dos ob-

tuvieron resultado negativo y que la causa del abandono fue la seropositividad de sus respectivos compañeros.

- Finalmente de niños infectados sólo se obtuvo información de un solo caso, producto de una pareja donde ambos estaban infectados.

De la situación descrita anteriormente se tiene -- que la población afectada, es representativa si se considera que los 378 donadores que se mencionan se han vuelto grupo de atención, en la medida que se desconoce el total real de casos positivos, o la existencia de otros aún no registrados que ignoran su estado de riesgo de infección, se pueden sumar a éstos aquellos casos que se encuentran en subregistros o fuera de control porque su síntoma ó fallecimientos no han sido relacionados con la infección, además de que no se han tomado en consideración los casos de contagio de acuerdo a las proyecciones que se mencionaron anteriormente en el capítulo, -- es decir de los 378 casos se obtendrían aproximadamente 16 632 personas infectadas (tomando en cuenta de que por cada un caso existen 44 infectados más).

De esta manera a mediano plazo la anterior población será demandante de servicios hospitalarios y medicamentos, representando un gasto incalculable para los -

servicios de atención a la salud en el municipio. Por otro lado si en el momento se llega a estabilizar el crecimiento, por la muerte de los donadores infectados, habrá que tomar en cuenta el aumento de la población sujeto de asistencia social y de empleo u otros, en el caso de huerfanos y viudas (familia de los donadores).

Lo anterior tiene su fundamento en los resultados - que se obtuvieron en el estudio con 25 familias de donadores y que comprueban las hipótesis planteadas respecto a que el contexto social fue determinante en la infección y la situación actual de ésta población.

Como ya se mencionó el estudio se centró en 25 entrevistas a 14 donadores y 11 parejas de donadores obteniéndose los resultados en torno a los siguientes indicadores.

- a) Frecuencia de la donación
- b) Motivo y utilidad de la donación
- c) Edad y sexo
- d) Lugar de nacimiento
- e) Estado civil
- f) Escolaridad
- g) Ocupación
- h) Ingresos
- i) Vivienda
- j) Número de hijos

- k) Servicios de salud
- l) Problemas familiares

a) Frecuencia de la donación. Se obtuvo que de los casos estudiados 9 donadores asistían de una a dos veces por semana a la donación, 6 donadores asistían de una a dos veces cada quince días, y en 10 casos no se obtuvo el dato porque la pareja entrevistada no conocía la información.

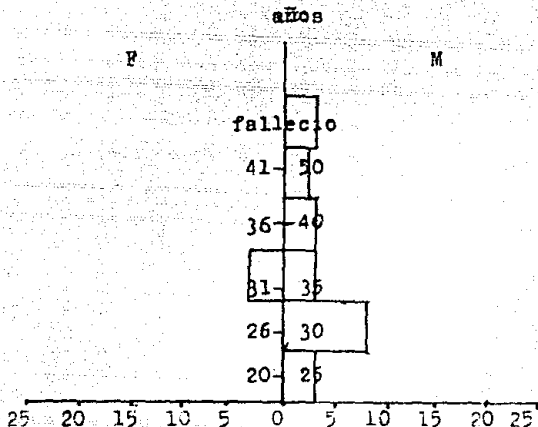
El hecho de no haber obtenido el dato para la frecuencia, impidió interpretar con certeza este indicador, aunque parcialmente pudiera decirse que con mayor frecuencia se acudía a la donación entre una y dos veces -- por semana.

b) Motivo y utilidad de la donación. En este caso - el 100% (25 personas) donaban por la remuneración económica y en cuanto a la utilidad que se le daba a ésta se - obtuvo que el 68% se destinaba al complemento del ingreso familiar y el 32% restantes a gastos personales (transportación, cigarrillos, bebidas u otros). Por lo que ambas situaciones reflejan la búsqueda de los donadores por mayores ingresos, sobre todo destinados al gasto familiar.

c) Edad y sexo de la población. El 62% de la población se concentra en las edades de 26 a 30 años, 24% en el gru

po de 31 a 35 años, 12% para los grupos de 20 a 25 años y 12% para el grupo de 36 a 40, y 12 % para los que por fallecimiento se desconoció su edad.

PIRAMIDE DE EDADES



FUENTE: Entrevistas a donadores

Según lo anterior la infección afecto a los grupos más jóvenes en edad económicamente productiva, que representan a las generaciones con mayor dificultad para integrarse al mercado de trabajo, y que al no lograrlo recurrió a prácticas alternativas de ingreso, en este caso - la donación. En cuanto a sexo se encontraron tres mujeres donadoras y veintidos hombres, ubicadas las primeras en el grupo de 31 a 35 años.

d) Lugar de nacimiento. El 48% de la población es originaria de otro estado, el 44% nació en el Estado de México y el 8% restantes llegó del Distrito Federal. Esta situación da idea de la gama de costumbres y heterogeneidad de estilos y formas de vida con que han sido educada la población.

e) Estado civil. De acuerdo con los datos obtenidos se presenta la siguiente información.

EDO. CIVIL	No. DE DONADORES	%
U. Libre	18	72
Casado	5	20
Viudo	2	8
Total	25	100

Como se puede observar el rubro Unión libre concentra al mayor número de personas (72% de los casos). Tal situación ha sido característica de esta población durante varias generaciones, debido a dos elementos: la actividad sexual es iniciada en los primeros tiempos de la adolescencia, y en algunos casos ante embarazos imprevistos se da la unión forzada de la pareja; en otras situaciones se mezclan las carencias económicas que imposibilita a la pareja a la legalización "formal" de la unión. En el caso del número de casados (20%) estos iniciaron actividad sexual también en edades cortas y hubo presión familiar para el casamiento.

f) Escolaridad. Algunos de los aspectos que caracterizan a la población donadora, como el unirse en pareja en la adolescencia, y el tipo de ocupación que tienen, encuentran su fundamento en el nivel escolar que han alcanzado.

NIVELES DE ESCOLARIDAD EN DONADORES

Nivel	No. donadores	%
Analfabeta funcional	2	8
Primaria completa	10	40
Primaria incompleta	10	40
Secundaria	3	12
Total	25	100

FUENTE: Entrevistas a donadores

Como se aprecia en el cuadro, el nivel escolar más alto es el de secundaria en menos casos que en el de primaria completa e incompleta que tienen una concentración de 40% de la población cada uno, asimismo se observa que en menor medida pero subsisten los casos de analfabetismo funcional, en donde la gente ha aprendido a leer y -- escribir de manera empírica.

g) Ocupación del donador. Retomando la escolaridad del donador se comprende de mejor manera los tipos de ocupación del grupo.

OCUPACION DEL DONADOR

Ocupación	No. de donadores	%
Obrero	2	8
Comerciante ambulante	8	32
Desempleado ‡	5	20
Intendente	2	8
Albañil	2	8
Ama de casa	3	12
Empleado pub.	2	8
chofer	1	4
Total	25	100

‡ Nota: Estas personas se encontraban desempleadas al momento de la entrevista y por causa de la enfermedad.

Como es observable el 32% de los entrevistados se ocupan en el "comercio ambulante", los desempleados figuran en el segundo lugar con 20%, y en los otros casos - aunque pareciera que la gente cuenta con un empleo, éste suele ser eventual o escasamente remunerado. Por otro lado si bien se especula en torno a que, un comerciante obtiene un mayor ingreso que cualquier empleado, especialmente en los casos de los tratamos se pudieron constatar las condiciones de pobreza en que vive esta población, aunado a esto está la infección que no ha permitido continuar a los donadores en su ocupación, y en estos casos la pareja y los hijos han comenzado a buscar

la forma de obtener ingresos, engrosando las filas de EIR^(*)

h) Ingresos. Realacionado al aspecto de ocupación - se obtuvo lo siguiente.

I N G R E S O

Veces el sálario mínimo	No. de personas	%
- de 1 salarío	6	24
1 salario	19	76
Total	25	100

FUENTE: Entrevista con donadores

Es fácilmente identificable que el mayor ingreso es de un salario mínimo, que no alcanza más que para hacer una comida "fuerte" (frijoles, tortillas, y /o huevo) al día durante cinco días, y el resto se consume lo que haya (leche "dotación" frijoles y tortillas). En cuanto a gastos para vestir éstos son esporádicos y más bien se limita a la compra de ropa usada, o regalos; en cuanto a gastos de transportación en algunos casos no hay la necesidad de salir del municipio o la colonia y en otros casos la relativa cercanía del Metro permite caminar - para salir a trabajar.

1) Vivienda. El 48% de los casos renta la vivienda que habita en vecindades o casas de parientes, ubicadas

^(*) Ejército Industrial de Reserva.

éstas en la periferia del municipio, el 36% vive con -
varientes en calidad de préstamo, y el 16% tiene vivienda
propia, la característica general de las viviendas es -
la ubicación en la periferia que a la vez son las zonas
menos urbanizadas.

En cuanto a número de cuartos se tiene que el 92%
(23 personas) tiene un solo cuarto como vivienda el cual
se ocupa como dormitorio y cocina; y el resto 8% (2 pers_
nas) habitan una vivienda con dos cuartos uno destinado
a dormitorio y otro a cocina.

En cuanto a calidad de la vivienda, predominan los
techos de lámina de cartón, se encuentran algunos pisos
de tierra y otros de cemento rústico: en algunos casos
hay ausencia de ventanas y vidrios que son sustituidos -
por plástico o cartón; en cuanto a servicios dentro de
la vivienda cuentan con luz y agua en todas estas, -
aunque no en su totalidad con drenaje.

Finalmente en cuanto a mobiliario de la vivienda -
éste es austero limitándose principalmente a una o dos
camas, un ropero que en ocasiones sirve de pared divisoria
entre la cama de los padres y los hijos, una estufa
de gas o petróleo y una mesa y alguna sillas.

Lo anterior refuerza las condiciones de insalubri-
dad y precariedad con que viven los donadores visitados.

j) Número de hijos. De ésto se obtuvo lo siguiente

Número de hijos	No. donadores	%
1	3	12
2	9	36
3	9	36
4 o más	4	16
Total	25	100

FUENTE: Entrevista con donadores

Si se analiza la anterior información se tiene que el tamaño promedio de la familia está entre cuatro y cinco miembros en los casos más representativos, y en menor medida están las familias de seis o más miembros así como las de tres miembros. Si se toma en cuenta el promedio de cuartos por vivienda comparado con el tamaño de la familia y por otro lado el ingreso se puede decir que estos factores son de fuerte repercusión a la salud del donador infectado.

k) Servicios de Salud. En tanto la ocupación de los donadores no es estable, no cuenta con prestaciones de bienestar social y su ingreso es mínimo la población en un 76% se concentra en la atención que presta la Secretaría de Salud (centros de primer nivel), el 3% cuenta con servicio del IMSS (temporalmente) y el 16% cuenta con ISSSTE.

Los diferentes factores ya descritos y que conforman el estilo de vida de los donadores han sido en gran medida determinantes en la sintomatología y cambios en el ambiente familiar del donador.

- En el acercamiento al donador y su familia se pudo llegar a observar algunos cambios como los que siguen.
- Separación y rechazo de la pareja y la familia hacia el donador, por considerarlo homosexual o polígamo.
 - Negación del donador y la pareja a aceptar el resultado como positivo, argumentando que debió haber algún error.
 - El donador se margina y oculta; y en algunos casos tiene de beber indiscriminadamente.
 - El donador manifiesta violencia y sometimiento de la pareja en la relación sexual y no acepta el uso de medidas preventivas, no le importa infectar a la pareja.
 - Cambios de estado de ánimo y alejamiento de la familia por temor al contagio, aún a pesar de ser orientados al respecto.
 - El donador niega tener pareja para evitar que ésta se entere y lo abandone.

Las anteriores actitudes han provocado un rompimiento afectivo y en pocos casos ha sucedido lo contrario entre la familia.

Los miembros de la familia sienten gradualmente el desmoronamiento de la figura paterna por la culpa y el estado de salud que lo debilita mientras que la mujer no infectada va asumiendo la carga económica y la responsabilidad total de los hijos. En el caso de las mujeres infectadas el problema se complejiza porque ella se siente culpable y no puede confiar en la pareja porque teme la reacción violenta (de maltrato o abandono) por parte del hombre pero además la mujer teme por sus hijos al sentir que los deja "marcados"

Un último elemento por añadir en la situación del donador, es la ubicación geográfica que se caracteriza por la concentración en la periferia menos urbanizada (ver mapa anexo) pero que resulta ser la zona más económica en la renta de una vivienda, y la más insalubre por su cercanía a los basureros.

Por todo lo anterior es indudable que la población donante ha sido y continua siendo uno de los sectores - más pobres del municipio y el hecho de estar infectados agudiza aún más la situación no solo de ellos sino de toda su familia que como en otro momento lo planteamos se convertirá en poco tiempo en población demandante de servicios y beneficios más profundos que el resto de la población en el municipio.

5.3 LA ALTERNATIVA DE LOS DONADORES INFECTADOS

Desde 1986 año en que se cerraron los bancos de sangre privados y tras el fallecimiento repentino de algunos donadores, otros de ellos pidieron ser atendidos en los hospitales del municipio, sin embargo la demanda y la falta de capacitación en éstos provocó que otras personas fallecieran esperando el turno de ser atendidas y los que fueron atendidos fueron desahuciados y limitados a un período de vida no mayor de un año, de esta manera la idea de encontrar otra solución llevó a algunos donadores a integrarse en un pequeño grupo para acudir a otros hospitales. Es en 1988 cuando surgió la idea de integrar un grupo de autoayuda retomando la concepción de los grupos de alcohólicos anónimos, así el primer -- objetivo era brindar consuelo y fortaleza al infectado y a los familiares que lo necesitaran; además se pusieron en contacto con autoridades de la Jurisdicción Sanitaria y de CGNASIDA para recibir ayuda y orientación médica acerca del padecimiento, pues se consideraban agentes de contagio.

De la coordinación con la Jurisdicción lograron la atención regular en el Hospital "La Perla" de la misma Secretaría de Salud, de esta manera comenzaron a trabajar con el área de infectología para orientar a los pacientes

de nuevo ingreso acerca del padecimiento .

A fines de 1989 lograron el contacto con otros gru-
de autoayuda para la obtención de material informativo,
preservativos y algunos medicamentos.

Para 1990 el grupo estaba compuesto por hombres y
mujeres (se calculaban más de veinte personas en activo)
su labor era visitar a personas infectadas e invitarlas
a participr en el grupo, hacer rifas y venta de algunos
artículos para reunir fondos para medicamentos; en este
mismo año se unieron a la Confederación de grupos e in-
tentaron trabajar en un programa que no se elaboró. Hasta
ese momento el grupo no admitía la participación de pro-
fesionistas ni difundía su actividad hacia otras insti-
tuciones lo cual limitaba su trabajo y limitaba las --
propuestas en tanto no se podía contar con ellos.

En ese mismo año se comenzó a trabajar con otros
grupos como alcohólicos y neuróticos y a través de al--
gunos contactos se logró llegar al líder para invitarle
a participar en la elaboración de una propuesta de pro-
grama para la prevención y que es tema del siguiente capí-
tulo.

los donadores

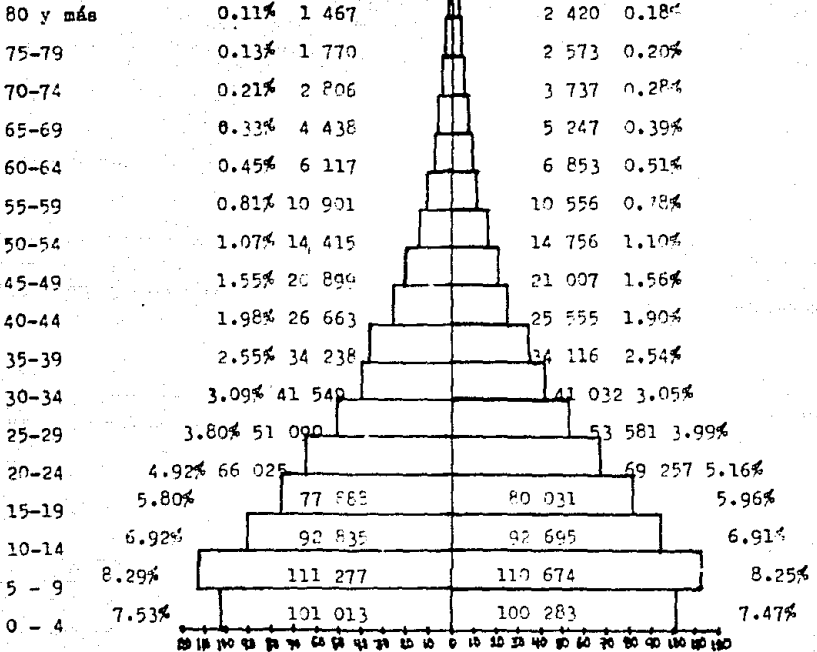
GRAFICA 5.1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD.

AÑOS .

HOMBRES

MUJERES



POBLACION EN MILES DE PERSONAS.

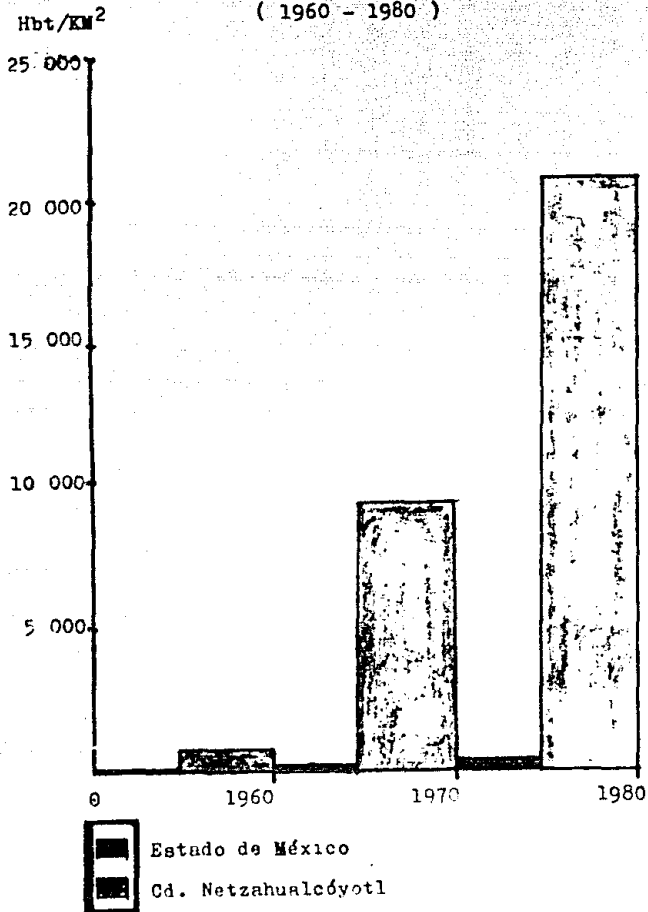
FUENTE: Elaborada con datos del X Censo de Población y Vivienda, INEGI, 1980.

NOTA: Se omite de la gráfica a 715 hombres y 751 mujeres ya que estos aparecen en el rubro de "no especificado".

Gráfica 5.2

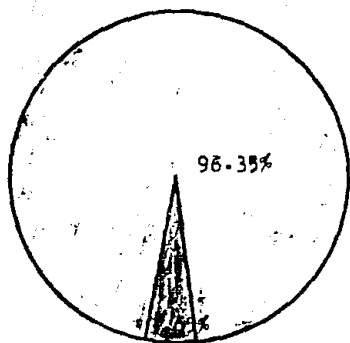
DENSIDAD DE POBLACION EN CIUDAD NETZAHUALCOYOTL
COMPARADA CON EL ESTADO DE MEXICO

(1960 - 1980)

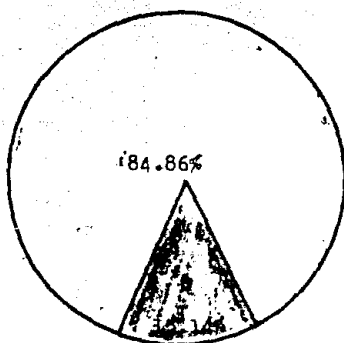


FUENTE: Censo de Población y Vivienda 1980.
INEGI, 1980.

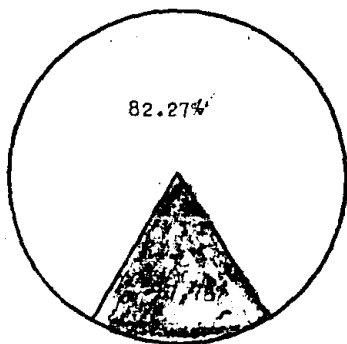
PORCENTAJE DE LA POBLACION TOTAL DE
NETZAHUALCOYOTL RESPECTO AL ESTADO DE MEXICO
(1960, 1970, 1980)



1960



1970



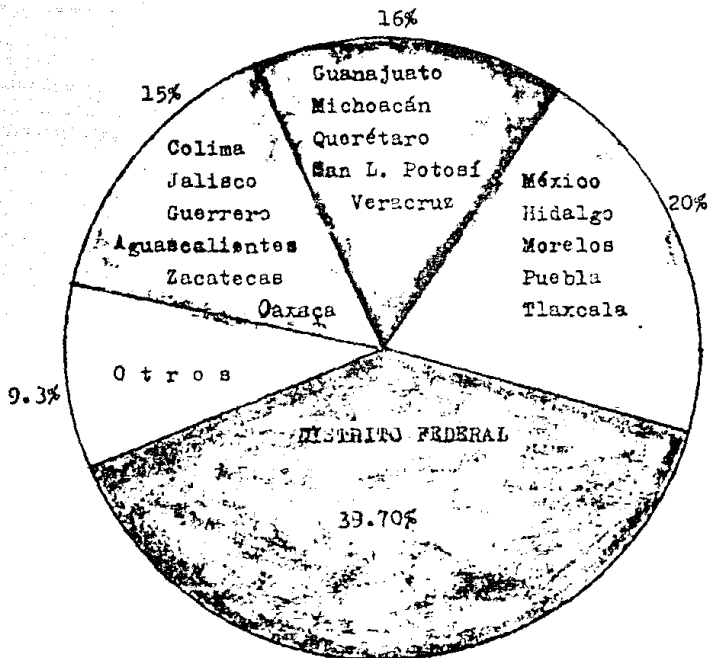
1980

EDO. DE MEXICO

CD. NETZAHUAL-
COYOTL.

Gráfica 5.4

LUGAR DE ORIGEN DE LA POBLACION DE
NETZAHUALCOYOTL



FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 1980.

Ciudad de México y Ciudad Netzahualcoyotl la-
berintos de sueños. Op. Cit. p. 105.

CAPITULO VI

LA ALTERNATIVA DE TRABAJO SOCIAL

6.1 LA PARTICIPACION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

El Trabajo Social, igual que otras disciplinas de las Ciencias Sociales ha evolucionado conforma a los cambios que se generan en la sociedad, de tal manera que se ha perfilado bajo dos principales determinantes que influyen en el proceso metodológico. Uno intenta insertarse directamente en los problemas sociales adquiriendo un compromiso y acción que se determina en la lucha y transformación social del proletariado; y otro que se genera de acuerdo a los requerimientos que el Sistema Capitalista ha impuesto. "Es decir, tanto la formación como el ejercicio profesional responden al proyecto global de dominación que supone una adecuación de los profesionales a las necesidades y expectativas del conocimiento social de la realidad y la forma de intervenir en ella; para el Trabajador Social, en particular, esto ocurre a partir de su inserción en las instituciones del aparato estatal" (50)

(50) Sánchez Mejorada, Cristina y Unzueta V. Rosaura. Historia y Metodología del Trabajo Social. México, Quinto Sol. 1988 p. 131.

En este sentido el Trabajo Social define su campo de acción en la medida en que se incorpora en el espacio de la Política Social a través de su acción en las instituciones en donde su función está encuadrada en las formas de penetración y reproducción de las directrices gubernamentales.

En el área de la salud (donde se ubica el presente estudio) la participación del Trabajo Social ha estado determinada en gran parte por las Políticas Sociales del Estado de acuerdo al contexto social y al momento histórico en que se han aplicado. De esta manera se tiene que en la medida en que ha avanzado el capitalismo, éste a través del Estado demanda un perfil profesional que reúna algunas características específicas que se resuman en una metodología, así han surgido los métodos de Caso, Grupo y Comunidad,

En México el Trabajo Social se inició formalmente con la primera escuela de Trabajo Social de la SEP, en 1933, teniendo sus antecedentes en las "Misiones culturales" de los años 20s, sus principales enfoques fueron el parajurídico y el paramédico, que se sustentaban en método de Casos con una concepción benéfico-asistencial. De esta manera se dan los principios de la participación del Trabajador Social en el área de la salud, cuyas accio

nes se centraban en apoyar al médico como auxiliar en las instituciones de salud, su trabajo consistía en hacer visitas a los enfermos con el fin de orientarlos sobre aspectos de higiene y alimentación.

Posteriormente en los años 40s con la incorporación de Trabajadores Sociales a las áreas de psiquiatría y con la fundación de varias escuelas de Trabajo Social en otros estados de la República, se comenzó en la práctica con grupos terapéuticos y recreativos y es en 1959 cuando se reconoce esta práctica con la incorporación de Trabajadores Sociales a escuelas secundarias del D.D.F.

Es en 1960 con la creación del Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina (CREPAL) se sentaron las bases del trabajo en comunidad; y posteriormente con la Alianza para el Progreso, se impulsó el trabajo en comunidades rurales aunque la labor del Trabajador Social más bien fue paliativa y con fines de contención social ante el peligro de extensión de la guerrilla a raíz de la Revolución Cubana, (51)

Con la finalidad de balancear las necesidades y los recursos, a través de la promoción, extensión y --

(51) Investigaciones que avalan el Plan de Estudios de la ENLH aprobado en 1976. México. UNAM 1985.

organización de la comunidad, el esquema de trabajo estuvo muy ligado a las campañas de vacunación y de prevención (hábitos de higiene, alimentación y otros), éste logró tener cierta importancia y reconocimiento en los años 70s, cuando la Oficina Sanitaria Panamericana, decretó un Plan de Acción basado en el acuerdo que, los gobiernos del hemisferio tomaron para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000" lo cual determinó el impulso de acciones en materia de salud comunitaria a través de la promoción de la salud en los núcleos urbanos "marginados" así como en el área rural. Ejemplo de esta política está la formación de grupos voluntarios de promotoras de salud iniciado en Netzahuatlacóyotl y que con el tiempo pasaron a formar parte de la nómina de la Secretaría de Salubridad, asimismo se crearon otros -- grupos voluntarios de promoción en zonas rurales que despues pasaron a formar parte del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Con estos ejemplos se puede decir que el Trabajador Social no siempre ha estado presente en las acciones del Estado y que en ocasiones ha sido sustituida su labor con personal emp-irico que ha tenido un éxito relativo pero que ha propiciado el estancamiento en el Desarrollo -- comunitario.

En la misma década de los setentas con la llegada del cono sur del movimiento de Reconceptualización, se generó una serie de replanteamientos ideológicos que dieron lugar a la llamada metodología de transición que marcó un periodo de renovación y que puso de manifiesto el desprendimiento de la influencia de la metodología norteamericana y la búsqueda de un método "común" y que da como resultado, la introducción de nuevos elementos teóricos del materialismo histórico dialéctico en el Trabajo Social latinoamericano, el denominado "Método Integrado" que establece cuatro etapas básicas: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación. Todo esto marca un cambio importante en la profesión e intenta responder a una nueva manifestación de la sociedad que enfrenta los problemas surgidos del desarrollo industrial de las ciudades y los rezagos del campo, asimismo se perfila dentro de una política social orientada bajo el marco de la consolidación del capitalismo internacional en América Latina.

A partir de la década de los años 70s también se comenzó a gestar una crisis en el sistema capitalista -- mexicano y se manifestó a principios de la década de los 80s, afectando a la población en general, agudizando los problemas ya existentes y dando lugar a una nueva forma

de demandas organizadas a las que el Estado tuvo que hacer frente a través de una serie de políticas y planes emergentes; esto marca un nuevo periodo para la intervención del profesional del Trabajo Social.

De esta manera la crisis marca también un nuevo proyecto de Estado que plantea su desmantelamiento como benefactor e intenta consolidar una política en la que la participación organizada es fundamental en la solución de sus problemas sociales; sin embargo en algunas ocasiones la organización de los sectores populares ha rebasado la acción del Estado y en este sentido la política de salud no está excluida, tal es el caso del problema del SIDA en donde los infectados han demostrado desde sus inicios y antes que el sector salud, una acción autogestiva de organización .

Lo anterior también se debe a una serie de factores como el hecho de que el modelo de atención primaria de salud que es donde se establecen las estrategias de prevención y promoción para la salud, han sufrido un decremento tanto en el presupuesto como en apoyo de programas de participación comunitaria, aunado a esta situación están los enfoques con que se trabajan cuyo interés se centra en el conocer el comportamiento de las enfermedades no así el prevenirlas.

En este marco entonces se cierran los espacios para el ejercicio profesional dentro de las instituciones. Sin embargo también surge la necesidad de actuar dentro de ellas respondiendo a sus requerimientos y de manera un tanto independiente con la población que demanda -- respuestas de la institución. En este sentido el trabajo consiste en buscar las coyunturas para la promoción dentro y fuera de la institución comenzando a trabajar proyectos viables para ella, con un mínimo de recursos y aprovechamiento de los que existan al interior y entre la población.

6.2. DE LA PROPUESTA Y LA ACCION EN EL PROBLEMA DEL SIDA .

La práctica dentro de una institución como es la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, permitió visualizar de cerca la situación económica (descrita) en el sector salud desde el hecho de no contar con presupuesto para la prevención hasta la llegada de recursos extranjeros para la investigación clínica. Asimismo se experimentó el contacto cercano al problema de la infección y la demanda de atención e información.

En esta situación y retomando la idea de implementar una estrategia profesional se comenzó por el diseño de investigación que sustentara la participación del Trabajador Social en esta área, pero además respondiera a la demanda de atención.

En este sentido se propuso un programa que se centrara en la prevención para el control de SIDA en ciudad Netzahualcóyotl, el programa como se presenta fue aprobado^(*) e implementado en algunas de sus partes y aunque no se concluyó tal cual, sirvió como punto de partida para la participación de otros profesionistas (psicólogos, sociólogos y Trabajadores sociales) de --

(*) Por el director del área de enfermedades crónicas y accidentes de la D.G.E.

otras instituciones y organizaciones. Cabe aclarar que la continuidad del programa no se dio, por cambios administrativos al interior de la institución. Sin embargo se considera haber dado respuesta oportuna y en la medida de las posibilidades a una parte del problema .

A continuación se presenta el programa tal como fue aprobado y requerido, en el se marcan las acciones que se cubrieron y se anexan algunos materiales de apoyo. (en el casos del cuestionario de conocimientos y actitudes no fue posible obtener la información debido a que ésta se encontraba archivada en disco de computadora, por tal motivo sólo se marca la ejecución pero no es anexado).

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA PREVENCIÓN DEL SINDROME
DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN CIUDAD NETZAHUALCOYOTL

INTRODUCCION

El propósito de este programa es proponer actividades tendientes a capacitar al personal de salud y población general en el manejo de la información objetiva acerca de la epidemia del SIDA, así como iniciar una campaña de prevención y control de la infección.

Para estos fines se trabajará en coordinación con las autoridades de la Jurisdicción 03 de Netzahualcóyotl el equipo de investigación de la Dirección General de Epidemiología y el apoyo que se sirva prestar el Centro de Información CONASIDA.

El trabajo consistirá de dos etapas, la primera comprenderá la capacitación al personal de salud, y la segunda se referirá a la promoción para la prevención de la población, respecto a la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Con el fin de que las actividades se apeguen a lo que la realidad nos demanda se considera necesario realizar un diagnóstico que de idea del grado de información y disposición de la población a participar en un -

programa como éste; y por otro lado conocer la postura del personal de salud en relación a la infección.

Una vez contemplada la situación general y tomando en cuenta el diagnóstico, se iniciará una etapa de capacitación al personal de salud para que éste se adapte de acuerdo a sus necesidades propias y de la población su propio programa.

JUSTIFICACION

Durante la etapa de identificación de personas seropositivas y sus parejas, se observó el escaso o nulo conocimiento que tiene la población acerca de la enfermedad, la transmisión, prevención y consecuencias. Asimismo el personal de los diferentes Centros de Salud llegó a tener algunas actitudes de temor en el manejo del material utilizado con los pacientes o en el contacto directo con los mismos.

De esta manera se considera importante la difusión de la información bajo una dirección educativa permanente que le permita, tanto al personal como a la población enfrentar el crecimiento que se espera de población infectada.

PROPOSITO

Este será lograr la participación activa del per-

sonal de salud y la población de Netzahualcóyotl, para generar acciones orientadas a la prevención y manejo del SIDA.

OBJETIVOS.

- Capacitar al personal de salud del área de Netzahualcóyotl, sobre aspectos educativos y de atención a -- pacientes y población general.
- Proporcionar información y orientación a la población general sobre el SIDA y su prevención.
- Integrar grupos de autoayuda entre los donadores y sus familias.
- Elaborar material de apoyo a las actividades educativas y de difusión.

METAS

- Lograr que por lo menos el 75% del personal capacitado logre informar y/o trabajar con población afectada.
- Involucrar al 60% de la población afectada en grupos de autoayuda.

L I M I T E S

Tiempo: Este programa deberá tener una vigencia permanente.

Espacio: Las actividades que se realizaran, serán llevadas a cabo en los diferentes espacios físicos

que las autoridades y la población definan .

UNIVERSO

Directores de Centros de Salud, médicos, enfermeras, técnicos en salud y promotoras.

Personas infectadas por VIH, grupos formados y población general.

PROCEDIMIENTOS

PRIMERA ETAPA.

FUNCIONES

- Investigación

- Sensibilización

ACTIVIDADES

Recopilación y selección de diferentes materiales - de información sobre el tema.

Recopilación de técnicas - didácticas y grupales, que se puedan implementar en - la práctica con grupos.

Formación informal de grupos para la información y orientación.

Información sobre la importancia de la capacitación.

- Diagnóstico

-Aplicación del cuestionario de conocimientos y actitudes.

-Delimitación de necesidades.

- Capacitación

- Dar a conocer material y técnicas que se pueden implementar en los grupos a formar a través del manejo práctico de éstas; - en por lo menos 15 horas de trabajo que podrán abarcar de 2 a 3 horas diarias en donde se revisarán simultáneamente contenidos temáticos, técnicas didácticas y grupales (anexo 6.1 "Diagnósticos")

- Evaluación (primera etapa)

-La evaluación deberá hacerse cada sesión y una al final del cursillo con la aplicación del cuestionario de "conocimientos y actitudes" (el mismo del inicio)

-Elaboración de un programa propio para los grupos.

SEGUNDA ETAPA

- Sensibilización

-Información a la población general acerca del padecimiento del SIDA

- Trabajo en y con grupos comunitarios: Alcohólicos.- Anónimos, Familiares de alcohólicos, Neuróticos anónimos, Drogadictos anónimos,- Donadores etc.
- Elaboración de material - y difusión de este (ver anexo 6.2 "Triptico")
- Detección de líderes para el trabajo de reproducción.
- Formación y capacitación
- Integración de un grupo - o más según disposición de la población (donadores, familiares, grupos comunitarios.

ESTRATEGIA

Consistirá en la flexibilidad de los tiempos y actividades en la medida en que cada grupo lo requiera.

INTEGRACION

Recursos Humanos. 1 psiquiatra, 20 directores de Centros de salud, 20 médicos, 20 enfermeras, 2 trabajadores sociales, 20 técnicos en salud, 20 promotoras. Cabe aclarar que para el cálculo de estos recursos solo se está tomando en cuenta 1 persona de cada nivel escalafonario del personal para no afectar las actividades de cada centro.

CONTROL.

Las actividades se darán a conocer mensualmente a través de informes escritos y sesiones de supervisión a cargo de los responsables de cada grupo y los responsables del programa general.

SUPERVISION

Esta se podrá llevar a cabo a través de un equipo de signado o autodesignado, que cuente con la experiencia y capacidad para tal trabajo.

La tarea en este caso será la de reunir a los representantes de grupo cada determinado tiempo (puede ser cada 15 días) para analizar avances y problemas con los grupos y tratar de complementarse con base a las diferentes experiencias, así como sugerir instrumentos que permitan evaluar el trabajo.

EVALUACION

Se considera conveniente que la evaluación, se haga al final de la capacitación y en el trabajo con grupos. Lo anterior se podrá hacer de acuerdo a un programa evaluativo que abarcará:

- Resultados de los instrumentos de diagnóstico al personal
- Cambios de opinión de la población sobre el problema
- Formación de grupos de autoayuda.
- Detección de casos nuevos.

EVALUACION NARRATIVA DEL PROGRAMA

A través de esta breve sinópsis "evaluativa" del programa, se pretende aclarar cuáles fueron las etapas que se cumplierón y la manera en que se hizo.

Cabe recordar que tanto el presente programa como la misma investigación fueron trabajos complementarios y extras al trabajo que debíamos desempeñar en la D.G.E. aunque no por eso menos importantes pero sí más lentos. Por lo que la primera etapa del programa que se hizo de manera conjunta con la investigación general del problema nos llevó un tiempo aproximado de tres meses, aunque en el último mes de éstos ya se había a trabajar con la segunda etapa de la sensibilización a personal de salud y el diseño del cuestionario de "Conocimiento y actitudes" así como un cuestionario similar para población general - el cual no fue aplicado, asimismo se comenzó con el diseño del material para la información (está hecho ya para el quinto mes de trabajo).

En el sexto mes se dió a conocer el material de "Diapositivas" entre el personal de salud (cabe aclarar que fue el primer material que se hacia de tipo social, dentro de la DGE). Posterior a esto se llevarón a cabo diversas reuniones de información y orientación con médicos interesados en el problema; ésto se debió a que no existía

el convenio formal entre las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria de Netzahualcóyotl y las de DGE, para llevar a cabo el programa como se presentó, por lo que estas reuniones fueron de tipo informal. También en estas etapas se comenzó el contacto con los grupos comunitarios, gracias al contacto de los médicos de los centros de -- salud de la colonia El Sol, y el centro Vergelito quienes nos presentaron con líderes de la comunidad y de los grupos, asimismo apoyaron aún fuera del horario de trabajo las actividades de orientación y búsqueda de -- personas infectadas, a partir de sus necesidades también este programa se complementó con la elaboración de un directorio de instituciones que sirviera para llevar a cabo canalizaciones para las familias de los donadores.

Por lo anterior fue posible entrar a la segunda etapa del programa, con la información a la población y la elaboración del material en el octavo mes, asimismo se tenían reuniones con diferentes grupos como alcohólicos, familiares de éstos, neuróticos y algunos donadores a los que se hizo extensiva la información, este contacto consistió en la asistencia a sus reuniones semanales, durante aproximadamente dos meses. Aunque se puso énfasis en el trabajo con donadores y familiares de ellos

lo cual se logró pero de manera no periódica, éstas reuniones se llevaron a cabo en los lugares de reunión de los donadores.

Finalmente cabe comentar que el programa no fue implementado en su totalidad y como fue marcado, debido a una serie de problemas administrativos en la DGE.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la situación actual económica, social y política; así como de la problemática que genera esta, induce al Trabajador Social a comprometerse en una serie de proyectos alternativos vinculados a las demandas de los sectores populares.

En este caso el trabajo no se considera totalmente innovador, sin embargo intenta rescatar de manera sistemática la práctica del Trabajador Social en un problema de salud no del todo conocido, que permitió una serie de acciones encaminadas a responder a un aspecto específico de este problema, pero sobre todo intenta ser el inicio o aporte a aquellos que deseen darle continuidad al planteamiento y hacerlo extensivo en otros lugares de intervención, sobre la base del conocimiento de la realidad y la influencia que ésta ejerce sobre la población.

En este sentido las conclusiones que aporta el trabajo son las siguientes:

La atención a la salud sustentada en los enfoques multicausal y monocausal, impide ver a la salud-enfermedad como un proceso que analizado a través de categorías económico-sociales, permite ubicar los problemas en un momento histórico que determina a su vez las causas y

las respuestas de atención por parte del Estado.

El proyecto económico de la década de los ochentas y la crisis económica han determinado el tipo de políticas sociales y alternativas con que, el Estado respondió a una serie de problemas, como falta de empleo y decremento en el ingreso per cápita, ocasionadas por la misma inestabilidad económica y que fueron determinantes para que los sectores más afectados optaran por actividades alternativas como fue la donación remunerada.

Los enfoques parciales con que se ha manejado el problema del SIDA han limitado la capacitación del personal médico que ha reducido su práctica a la atención curativa, así como a limitado la difusión de la información y la extensión de acciones hacia todos los sectores de la población.

La política general de salud ha estado limitada, tanto por los recortes y ajustes económicos como por las estructuras tradicionales para abordar el problema de salud, lo cual ha propiciado la expansión del SIDA y los riesgos del contagio, hacia diversos sectores de la población, teniendo una casi nula capacidad de respuesta y contención.

En el caso de los organismos creados para la prevención y el control del SIDA, la falta de un proyecto más acabado, la política burocrática que se sigue y su

centralidad geográfica inmóvil, no permite que su labor abarque y se inserte más allá de un sector limitado; es en este sentido que se han creado grupos sugestivos con acciones muy específicas para la prevención, a través de prácticas seguras, sin embargo esto no es suficiente el establecimiento permanente de coordinaciones y apoyo mutuo.

Sólo a través de la investigación acción fue posible tener claridad sobre el problema del SIDA en donadores, y de esta manera sustentar la participación del Trabajador Social en proyectos de investigación epidemiológica que pueden ser multidisciplinarios. Además de que esta metodología permitió dar respuesta a los cuestionamientos iniciales y de esta manera a comprobar la hipótesis planteadas.

El conocimiento sobre las características generales del municipio de Netzahualcóyotl y la composición de su población permitió perfilar las desigualdades que subsisten y de las que son parte importante el grupo de donadores, que en la medida en que han sido infectados ha recaído en ellos el peso de la discriminación y el pauperismo que afecta de manera directa a las familias.

Los recursos con que cuenta el municipio sobre todo el sector salud se vuelve insuficiente e ineficaz

ante la presencia de enfermedades y elementos ambientales que relacionados entre sí, agudizan y dan paso a otras enfermedades, que no sólo requieren de infraestructura -- sino también de la preparación y actualización del personal de salud, para que de esta manera se atienda tanto el aspecto "curativo" como el preventivo en cada uno de los niveles de atención.

La situación actual de los donadores demanda de atención y de planeación de proyectos que a mediano plazo cumplan con los requerimientos de atención a menores y/o parejas infectadas, viudas y huérfanos rechazados y demandantes de empleo, educación, asistencia y servicios en general.

Se comprobó que tanto la organización de la población como las propuestas de prevención si bien requieren de apoyo material institucional aún más precisan de la coordinación intrainstitucional y la disolución de trámites burocráticos y anteponer la vida de cada persona infectada a intereses particulares por obtener el mérito de una investigación.

Retomando lo anterior se considera necesaria la intervención del Trabajador Social, ya que si bien su participación se ubica entre la población y la institución, no por eso su acción queda limitada a ser el eje-

ctor de las funciones de la institución o de las acciones directas en la comunidad, sino que se abre la posibilidad de que su intervención se dé a nivel propositivo en la formulación de las estrategias de acción que se vayan generando. De esta manera la participación a nivel profesional en el problema del SIDA en donadores se fue dando de tal manera que respondiera a momentos y etapas de desarrollo del problema, asimismo fue proponiendo la participación de la sociedad en la solución de éste. Así la propuesta cumple con una función institucional dentro de la política social, aunque no se logró consolidar, dada la falta de integración de los factores socioeconómicos en el enfoque y la manera que se aborda el proceso de salud-enfermedad que se reduce al modelo monocausal y/o multicausal, así como la manera de dar solución--- a nivel meramente clínico.

SUGERENCIAS

Durante el trabajo de tesis y una vez concluido éste, surgen una serie de ideas y propuestas tanto -- para la institución como para la profesión, básicamente se pueden concretar en lo siguiente:

Para la Institución:

- Abrir la posibilidad de conocer y trabajar de manera multidisciplinaria los problemas de salud pública, y en esta medida modificar los enfoques teóricos para el análisis de éstos.
- Dejar de lado la idea de que a la población no se le puede atender si no se le "cura" y reconocer en ella la autogestión como alternativa a la carencia de recursos institucionales.

Para la profesión: (como sugerencia a la ENTP)

- Actualizar el Plan de estudios en relación con los enfoques teóricos más recientes, así como procurar vincular estos con la realidad, a través de una práctica científica sustentada en una metodología vinculada a los sectores populares.
- Revisar y actualizar los acervos bibliográficos así como el material y las técnicas didácticas para la práctica escolar, que en lo posterior redundara en la práctica profesional.

- Crear y difundir eventos de actualización para los egresados: cursos, encuentros, conferencias etc.
- Impulsar la investigación y la difusión de trabajos entre el personal de Trabajo Social (principalmente) e involucrar a egresados y estudiantes para renovar e impulsar los cuadros docentes y profesionales de Trabajo Social.

ANEXO 4.1

" CUESTIONARIO "

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
ESTUDIO SOCIAL FAMILIAR

DATOS GENERALES

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

FECHA DE LA ENTREVISTA _____
DIA MES AÑO

DOMICILIO _____

ANTECEDENTES DE DONACION

1) Donó sangre antes de 1986 1) Si 2) No

2) Con que frecuencia 1) 1-2 veces a la semana 2) 1-2 c/ 15 días
3) 1-2 al mes 4) Otro cual? _____

3) Porque donaba o que lo llevo a donar sangre y/o plasma _____

4) Cuanto le pagaban por c/ donación \$ _____

5) Para que utilizaba el dinero de la donación _____

6) Solucionaba algún problema este ingreso 1) Si 2) NO

Cuál? _____

7) Considera que la donación le causo algún problema de salud?

1) Si 2) No

Cuál? _____

SERVICIOS DE SALUD

8) Que tipo de servicio médico utiliza usted?

1) Particular 2) IMSS 3) ISSSTE 4) SSA 5) Otro

9) Ha tenido algún problema al utilizar el servicio? 1) Si 2) No

- 10) Cual? 1) Le han negado el servicio 2) Le atienden con agresión []
 3) Otro, cuál? _____

VIVIENDA

- 11) Su vivienda es: 1) Propia 2) Rentada 3) Prestada []

- 12) Comparte su vivienda con otras personas? 1) Si 2) No []

- 13) Con quienes? 1) Compadres 2) Amigos 3) Familiares []
 4) Otro cual? _____

- 14) Su casa cuenta con:
 1) recamara número _____ []
 2) cocina []
 3) sala-comedor []
 4) baño []

- 13) cuantas personas duermen por habitación? _____ []

- 14) De que materiales esta construida la vivienda? []
 1) tabique y concreto
 2) tabique y lámina de cartón
 3) tabique y lámina de asbesto
 4) lámina de cartón o desechos industriales

- 15) Cuenta con los siguientes servicios? []
 1) agua potable entubada []
 2) Luz eléctrica []
 3) Drenaje []
 5) Teléfono []

EGRESOS

- 16) Que cantidad de dinero destina para cada uno de los siguientes :
 1) Comida \$ _____
 2) Ropa y calzado \$ _____
 3) Gas o pretróleo \$ _____
 4) Luz \$ _____

- 5) Agua \$ _____
- 6) Transporte \$ _____
- 7) Educación \$ _____
- 8) salud \$ _____
- 9) Gastos imprevistos \$ _____
- Total de egreso \$ _____

SITUACION FAMILIAR

17) A partir de su padecimiento ha tenido problemas con:

- 1) Pareja
- 2) Hijos
- 3) Vecinos
- 4) Parientes
- 5) Trabajo
- 6) Otro quienes? _____

NOTA: COMO YA SE ACLARO EN EL CAPITULO IV EL CUESTIONARIO NO FUE APLICADO TAL CUAL POR LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO.

CUADRO FAMILIAR

No.	Parentesco	Eto. Civil	Edad	Sexo	Esc.	Ocupación actual	Lugar de Trabajo	Ingreso Mensual	Lugar de Nacimiento	I. de res. en Neza	Adicción			Observaciones
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	
											A	T	D	
											/	/	/	

ANEXOS 5.1 y 5.2

Mapa, Centros de salud y listado de colonias

LISTA DE COLONIAS DE CIUDAD NETZAHUALCOYOTL.

1)

- 1.- AGUA AZUL
- 2.- AGUILAS
- 3.- ATLACONULCO
- 4.- BENITO JUAREZ
- 5.- BOSQUES DE ARAGON
- 6.- CAMPESTRE GUADALUPANA
- 7.- CENTRAL
- 8.- CIUDAD LAGO
- 9.- CONSTITUCION DE 1857.
- 10.- DEL SOL
- 11.- EL BARCO
- 12.- ESPERANZA
- 13.- ESTADO DE MEXICO
- 14.- EVOLUCION
- 15.- FLORES
- 16.- FUENTES
- 17.- IMPULSORA AVICOLA
- 18.- IZCALLI NEZAHUALCOYOTL
- 19.- JARDINES DE GUADALUPE
- 20.- JUAREZ PANTITLAN
- 21.- LA PERLA
- 22.- LOMA BONITA
- 23.- LOS VOLCANES
- 24.- MANANTIALES
- 25.- MARAVILLAS
- 26.- METROPOLITANA
- 27.- MEXICO
- 28.- MODELO
- 29.- NEZAHUALCOYOTL
- 30.- NUEVA SANTA MARTHA
- 31.- PALMAR
- 32.- PALMAS
- 33.- PAVON
- 34.- PAVON SILVIA
- 35.- PERLA REFORMA
- 36.- PIRULES

- 37.- PORFIRIO DIAZ
- 38.- PORVENIR
- 39.- REFORMA
- 40.- ROMERO
- 41.- SAN FELIPE DE JESUS
- 42.- SAN JUAN PANTITLAN
- 43.- TAMAULIPAS
- 44.- VALLE DE ARAGON
- 45.- VERBEL DE GUADALUPE
- 46.- VICENTE VILLADA
- 47.- VIRGENCITAS

CENTROS DE SALUD DE CD. NEZAHUALCOYOTL

1. AURORA

Dra. Ma. de Lourdes Gómez del Castillo- Coordinador Municipal.
Dr. Marco Antonio Padilla Vargas - Director
C. Pedro García Suastegui - Administrador
Calle México Lindo S/N Entre Av. Gustavo Baz y Mañanitas
Col. Benito Juárez
Tel. 7-65-00-29.

2. BENITO JUAREZ

Dr. Carlos Pichardo León - Coordinador Municipal.
Dr. Ignacio Pérez Fajardo - Director
C. Rosa Estela Durán Balderas - Administrador
Av. Lázaro Cárdenas (antes caminante) S/N Esq. 4a. Av.
Col. Benito Juárez
Tel.

3. EL SOL

Dr. Alfredo López Méndez - Coordinador Municipal.
Dr. Humberto Galicia Gutierrez - Director
C. Rubén Romero Mejía - Administrador
C. 35 S/N y Aureliano Romos Col. El Sol
Tel.

4. BILIANO ZAPATA

Dra. Ma. Dolores Martínez Mendoza - Coordinador Municipal.
Dr. José Fco. Rivero Rivas. - Director
Venustiano Carranza S/N Esq. Partes. Gil Col. Ampliación Reyes
Municipio Los Reyes La Paz.
Tel. 8-55-33-20

5. EDO. MEXICO

Dra. Laura Patricia Bejar Lara - Coordinador Municipal.
C. Ma. Teresa Rodríguez González - Administrador
Av. Cuauhtémoc S/N Esq. 4a. Av. Estado de México.
Tels. 7-65-29-79 y 7-65-28-17

6. IMPULSORA

Dr. Rodolfo García Quezada - Coordinador Municipal.
Dr. Marcos Ramírez Sánchez - Director
C. M. Victoria López Camero - Administrador
Hacienda Echegaray S/N casi Esq. con Hacienda de la Noria Col.
Impulsora Popular
Tels. 7-80-13-35 y 7-80-27-43

7. JARDINES DE GUADALUPE

Dr. Gustavo Ramírez Rosales - Coordinador Municipal
Dr. Alberto Palomar Castillo - Director
Daniel Blancas Ugalde - Administrador
C. Chihuahua Esq. con Av. Independencia Col. Jardines de Guadalupe
Tels. 7-94-14-28 y 7-49-15-17

8. ESPERANZA

Dr. Pablo Martínez Sánchez - Coordinador Municipal
Dr. Gustavo Díaz Coz - Director
C. Rocío Rivera Morelos - Administrador
C. 14 S/N Esq. Camá de Piedra Col. Esperanza
Tels. 7-97-28-45 y 7-97-06-89

9. MAGDALENA

DRA. Concepción Romero Brito - Coordinador Municipal
Dra. Ma. Antonia Balleza Mundo - Director
C. Oscar Tapia Rosas - Administrador
Av. Morelos S/N La Magdalena Atlipic Los Reyes La Paz
Tel.

10. LAGO

Dr. Eduardo Morales Hernández - Coordinador Municipal
Dr. Carlos Ocampo Hernández - Director
C. Jose Mayoral Victoria - Administrador
Av. Aeropuerto Lote-3 Col. Cd. Lago

11. LOMA BONITA

Dr. Jorge A. Liumte Miranda - Coordinador Municipal
Dr. José Manuel Reyes Vargas - Director
C. Leticia Ortiz Méndez - Administrador
Calle Rubén Ortega S/N Esq. con Calle Narciso Mendoza Col. Loma Bonita
Tels. 7-97-56-59 y 7-97-93-27

12. REYES

Dra. Lidia Cruz Pascual - Coordinador Municipal
Dr. David Galicia Martínez - Director
C. Irma Castillo Flores - Administrador
Calle Simón Bolívar No. 8 Col. Reyes
Tel.

13. MANANTIALES

Dr. David Loza Bonilla - Coordinador Municipal
Dr. Eduardo Romero Ortigosa - Director
C. Elizabeth Mireles Suárez - Administrador
Miguel Alemán S/N entre calle 24 de Febrero y Nicolás Bravo Col. Manantiales
Tels. 7-65-00-46 y 7-65-01-52

14. MORONILLAS

Dr. Gelardo Robles López - Coordinador Municipal
Dra. Lilia Miranda Martínez - Director
C. Leobardo Estrada González - Administrador
Calle Amecameca y calle 17 Col. Moronillas
Tels. 5-58-44-40 y 5-58-67-21

15. METROPOLITANA

Dr. Gonzalo Lugo García - Coordinador Municipal
Dr. Joel Rodríguez Cerrano - Director
C. Joel Sánchez Macheco - Administrador
Angel de la Independencia y Parques Col. Metropolitana
Tels. 7-65-00-17 y 7-65-01-85

16. NEZAHUALCOYOTL

Dr. Cirilo Domínguez Domínguez - Coordinador Municipal
Dr. Roberto Palma Pérez - Director
C. Agustín Velázquez de León - Administrador
C-23 Esq. con 4a. Av. Col. Estado de México
Tels. 7-97-49-67 y 7-97-46-04

17. PIRULES

Dr. Sergio Gunola Pérez - Coordinador Municipal
Dr. Sergio Lavilla Salgado - Director
C. Miguel Salvador Sandoval - Administrador
Av. 4 Esq. Calle Plateros Col. Pirules
Tels. 7-65-01-81 y 7-65-01-18

18. REFORMA

Dr. Fidel Almaguer Ortega - Coordinador Municipal
Dr. Jesús Martínez Martínez - Director
C. Eduardo González Santana - Administrador
Av. Pantitlán S/N entre Ote. 20 y Ote. 24 Col. Reforma
Tel. 8-55-11-26.

19. VERGELITO

Dr. Victor Rizo Navarro - Coordinador Municipal
C. Georgina Reyes Mendoza - Administrador
Calle Vergelito S/N entre Av. Gustavo Baz y 4a. Avenida Col. Benito Juárez
Tels. 7-97-07-41 y 7-97-07-34

20. VERGELITO

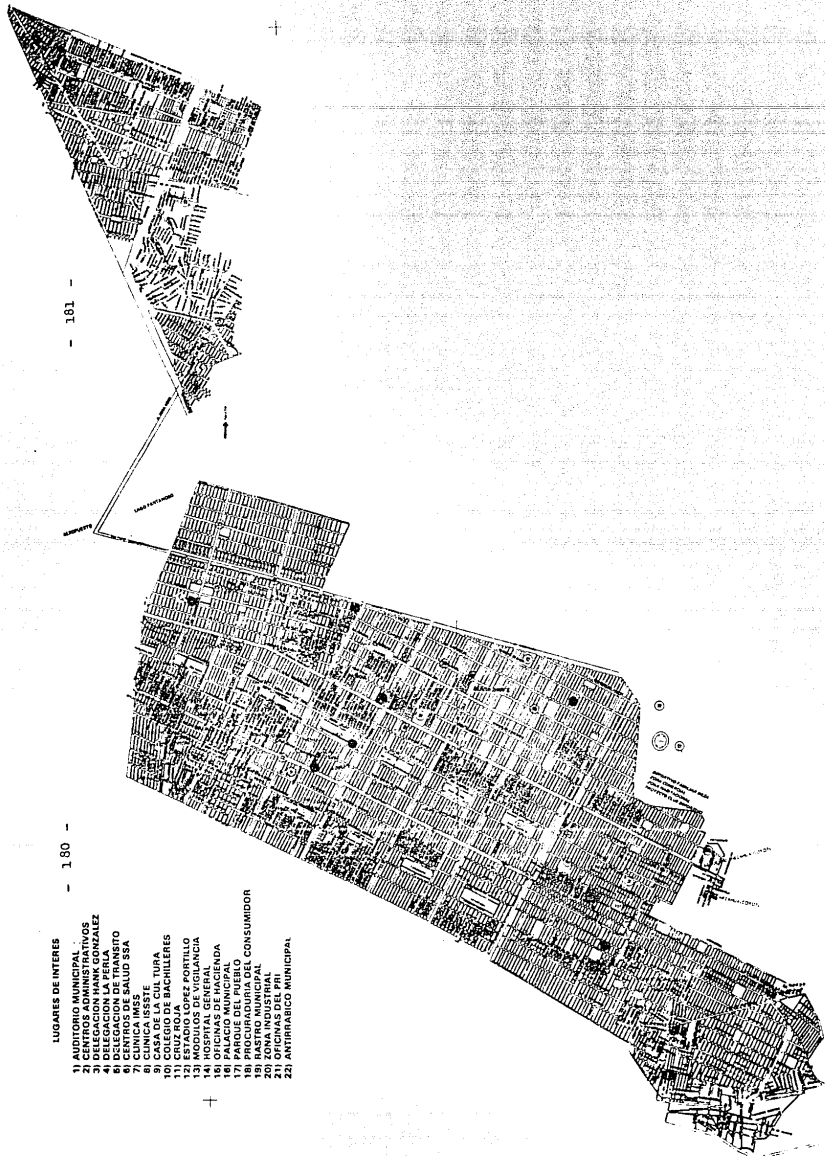
C. Jesús Morales Castulo - Coordinador Municipal
C. Gloria Pimentel Quenca - Administrador
Av. Xochiaca Esq. Av. Neza Col. Tamulipas Secc. Virguetas
Tel. 7-97-52-25 y 7-97-57-87

LUGARES DE INTERES

- 1) AUDITORIO MUNICIPAL
- 2) CENTROS ADMINISTRATIVOS
- 3) DELEGACION HANK GONZALEZ
- 4) DELEGACION HANK GONZALEZ
- 5) DELEGACION DE TRAMITO
- 6) CENTROS DE SALUD SSA
- 7) CLINICA ISSESTE
- 8) CASA DE LA CULTURA
- 9) ESCUELA DE BACHILLERES
- 10) CRUZ ROJA
- 11) ESTADIO LOPEZ PORTILLO
- 12) ESTADIO LOPEZ PORTILLO
- 13) HOSPITAL GENERAL
- 14) OFICINAS DE HACIENDA
- 15) PALACIO MUNICIPAL
- 16) OFICINAS DEL PFI
- 17) PROCURADURIA DEL CONSUMIDOR
- 18) RASTRO MUNICIPAL
- 19) RASTRO MUNICIPAL
- 20) OFICINAS DEL PFI
- 21) OFICINAS DEL PFI
- 22) ANTIRRABICO MUNICIPAL

- 1 80 -

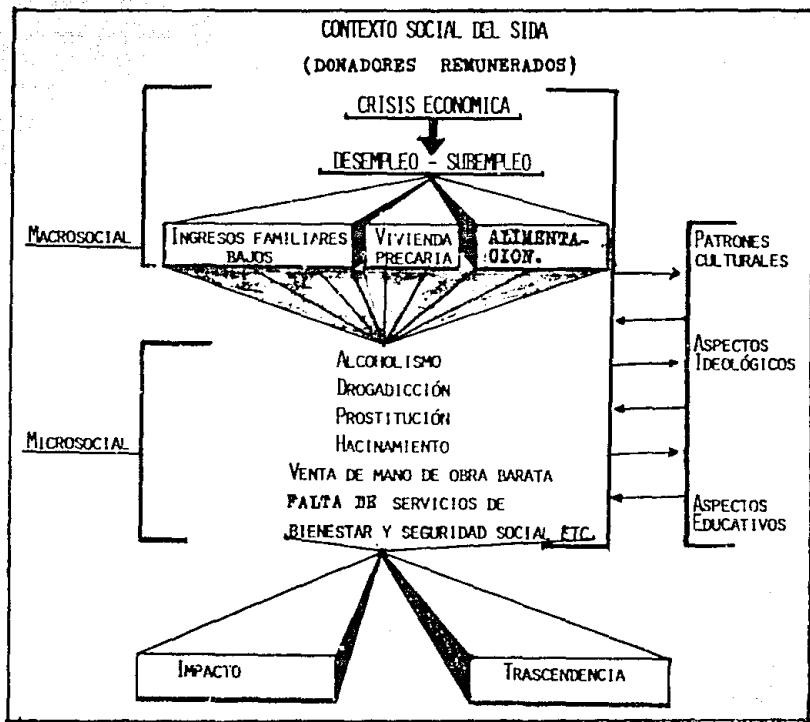
- 181 -



ANEXO 6.1

"DIAPOSITIVAS"

**Material dirigido a personal de salud
del municipio de Netzahualcóyotl, del
Comité estatal para la prevención del
SIDA, y personal del Sistema para el
Desarrollo Integral de la Familia.**



1

La situación general del país y específicamente la crisis económica, ha influido determinantemente en las condiciones de vida de la población general y ha matizado cada problema social y/o de salud de manera especial, es por eso que para explicar el contexto social del SIDA, lo dividimos en dos partes, la primera se refiere al aspecto macrosocial en donde la crisis económica tiene que ver en la generación del -

desempleo y subempleo y éstos a su vez influyen en los ingresos de las familias, la vivienda y la alimentación tomando en cuenta estos aspectos como los más generales que a su vez determinan y son determinados por otros rasgos particulares ubicados en una dimensión microsocial, estos son más bien una gama de problemas sociales como el alcoholismo, drogadicción, prostitución, hacinamiento. Toda esta gama de situaciones ha llevado a que ciertos sectores de la población se vean en la necesidad de vender su mano de obra a precios bajos, estos problemas orrillan a la gente a recurrir a actividades alternativas, para el complemento del gasto familiar, como lo fue la donación remunerada.

Finalmente en todo este contexto están presentes -- factores que no son fácilmente observables pero que influyen y son influidos por los anteriores, así se encuentran los patrones culturales, los aspectos ideológicos como la religión, las costumbres etc. y los aspectos educativos -- expresados en el nivel escolar de la población.

De esta manera se conforma el perfil y el grado en que el SIDA tiene impacto y trascendencia en la población donadora por remuneración.

EPIDEMIA DE SIDA

ASPECTOS SOCIALES

IMPACTO: DAÑOS SOCIALES QUE ESTA CAUSANDO ACTUALMENTE.

TRASCENDENCIA: EFECTO SOCIAL A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

2

Cuando nos referimos al impacto se aduce a los daños que en la sociedad causa el problema, al generar una serie de dudas temores y reacciones generalmente negativas. Y por otro lado cuando se hable de trascendencia nos referimos a los efectos o resultados que en un mediano o largo plazo -- se presentaran no solo en la población afectada (donadores) sino en la población general.

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

NIVELES:

- FAMILIAR
- LABORAL
- COMUNITARIO

3

Cuando se habla del impacto en la sociedad, habrá que preocuparse de los diferentes niveles de participación social que tienen las personas, los más comunes son: la familia que constituye el grupo primario donde las relaciones son más "estrechas" en algunos casos y en los que no es un grupo de referencia que influye en la vida de la gente; otro nivel es el comunitario donde el hombre se inserta en un nivel de participación más amplia con el resto de la sociedad, a través del compadrazgo y el amiguismo, etc; y un nivel más de participación es el laboral donde el individuo encuentra la base de su reproducción material y el desgaste de sus energías.

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

NIVEL FAMILIAR:

- DESINTEGRACION
- INSEGURIDAD
- SEPARACION PAREJA
- FALTA DE COMUNICACION

4

En el nivel familiar se tiene que si un miembro de la familia infectado se produce una serie de desajustes en la organización del grupo. Aparece cierta desintegración --- ante el temor del contagio, aparece la inseguridad ante la idea de la muerte sobre todo si el afectado es el padre o la madre, en la pareja se experimenta cierta separación o -- distanciamiento, también por temor al contagio y por defen sa psicológica que aveces se manifiesta como rechazo, se rompen los canales de comunicación o se tornan tensos por temor a hablar del problema.

IMPACTO SOCIAL DE SIDA

NIVEL LABORAL:

- DESPIDO
- RECHAZO
- MARGINACIÓN
- DISCRIMINACIÓN

5

En el nivel laboral el infectado comunmente ha sufrido el despido injustificado e inmediato y/o rechazo y discriminación por parte de los compañeros debido a la idea errónea del contagio o simplemente por lástima. Esta situación ha resultado desfavorable para el infectado dado que pierde su medio de subsistencia en el momento en que más requiere de medios económicos para su sobrevivencia.

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

NIVEL COMUNITARIO:

- AGRESIÓN FÍSICA
- RECHAZO
- MARGINACIÓN
- DISCRIMINACIÓN
- DESINFORMACIÓN (AMARILLISMO)

6

En este nivel sucede que ante la identificación de la gente: vecino, compadre o amigo e incluso algunos prestadores de servicios la respuesta es la agresión física o verbal, rechazó o rumor. En esta situación tuvieron mucho que ver los medios de comunicación que en un principio del problema desinformaron y deformaron el problema a través de mensajes poco objetivos y falsos.

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

POLÍTICAS LABORALES PARA:

- PERSONAS QUE SOLICITAN EMPLEO
- PERSONAS YA EMPLEADAS

7

Ante esta serie de problemas se han dado algunas propuestas que concretamente en el nivel laboral marcan dos políticas dirigidas a personas que solicitan empleo y a las personas ya empleadas afectadas por la infección.

IMPACTO SOCIAL SIDA

RECOMENDACIONES DE LA OMS POLÍTICAS LABORALES:

- NO SE DEBE SOLICITAR PRUEBAS DE VIH RUTINARIOS.
- CUANDO ALGUN EMPLEADO SEA POSITIVO, SE DEBE RESPETAR SU CONFIDENCIALIDAD.
- EL EMPLEADO NO ESTA OBLIGADO A INFORMAR SU ESTADO DE SEROPOSITIVIDAD.
- NO HAY JUSTIFICACIÓN PARA DESPIDO.
- **PROTECCIÓN AL EMPLEADO.**

8

Las líneas generales estan dadas por la Organización Mundial de la salud en el siguiente sentido: (ver diapositiva)

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

RECOMENDACIONES OMS POLÍTICAS LABORALES:

- LA DETECCIÓN DEL VIH NO DEBE EXIGIRSE AL SOLICITAR EMPLEO.

NOTA: La información deberá ser ampliada con la participación de los asistentes.

ANEXO 6.2

"TRIPTICO"

Material repartido en Centros de Salud del
municipio, Hospital General de México, y
Clinica Hospital No. 25 del IMSS.

El SIDA NO se transmite por:

1. No se adquiere por la saliva, sudor, lágrimas u orina.

2. No se transmite por el aire ni por el contacto casual.

3. No se transmite por los estornudos, saludos de mano, ni por los besos o caricias.

4. No se transmite al compartir los baños públicos, albercas, lavabos, ni tinas con personas infectadas.

5. No se adquiere al usar el mismo teléfono, ropa, utensilios o alimentos de una persona infectada.

6. Ningun animal o insecto se enferma y transmite el SIDA.

Quiénes pueden contraer el virus (VIH) ?

Todos estamos expuestos a contraer el virus.

Cuáles son algunos de los síntomas?

Se presenta en dos etapas: alrededor de los cinco primeros años, la persona infectada puede no presentar síntomas y se le observa como una persona sana. El tiempo puede variar. Sin embargo, en una segunda etapa, se podrá observar algunos de los siguientes síntomas:

1. Enferma de diarrea con frecuencia o la diarrea dura más de dos semanas.
2. Enferma de tos seca y ésta no desaparece.
3. Aparece alguna "bolita" en cuello, axilas, ingles, que no desaparecen y no es resultado de otra enfermedad.
4. Dentro de la boca o garganta aparecen manchas blancas o algodoncillo.

Cómo saber si alguien tiene la infección por el virus (VIH)?

Mediante algún análisis de laboratorio se puede detectar si tiene la infección. Sólo se necesita una toma sencilla de sangre y un breve interrogatorio.

Cuáles son las medidas para evitar el contagio?

1. Evitar relaciones sexuales con personas desconocidas.
2. Uso de condón o preservativo con personas infectadas.
3. Utilizar jeringas desechables, sólo una vez.

4. Evitar el embarazo cuando alguno de la pareja, o los dos, estén infectados.
5. En las mujeres infectadas, evitar el embarazo y la lactancia con leche materna.
6. A todos los donadores se les deberá hacer análisis de sangre.

Necesito hacerme la prueba ?

1. Donó sangre o plasma antes de 1987?
2. Alguna vez recibió transfusiones de sangre?
3. Usted o su pareja, ha tenido relaciones sexuales con diferentes personas?
4. Si es hombre, ha tenido relaciones sexuales con otro hombre?
5. Ha tenido relaciones sexuales con prostitutas o prostitutos?

Si responde con un SI a una o más de estas preguntas o tiene alguna duda, solicite más información.

PIDA INFORMES EN;

**Centro de Salud Vergelito
Calle Vergelito s/n,
entre Av. Gustavo Baz y 4a.
Avenida,
Col. Benito Juárez.**

Dirección General de Epidemiología
Tel. 534-75-91
Dr. Emilio Herrera
Psic. Guadalupe Ramírez
T. S. Patricia García

Hospital Infantil de México
Departamento de Infectología
Dr. Carlos Avila Figueroa
Tel. 761-03-33 ext. 369.
534-75-91 Dir. Gral. de
Epidemiología.

NOTA: Este material fue elaborado por el equipo de Trabajo Social y Psicología, se adecuó y aprobó por la Dirección de Enfermedades Crónicas y Accidentes a donde estamos adscritos.

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

1. AGUILAR MONTEVERDE, ALONSO. La crisis del capitalismo en México. Siglo XXI, México, 7a. edic. 1989
129 p.
2. ALMADA BAY, IGNACIO. Salud y crisis en México. Siglo XXI, México, 1990, 393 p.
3. ALONSO, JORGE. Lucha Urbana y acumulación de capital. Ediciones La casa Chata, México, 1989, 470 p.
4. ANDER EGG, EZEQUIEL. Metodología de Trabajo Social. Ateneo, México, 1985, 244 p.
5. ANDER EGG, EZEQUIEL. Diccionario de Trabajo Social. Ateneo, México. 1984.
6. ASOCIACION COLOMBIANA DE PROFESIONISTAS UNIVERSITARIOS SIDA el desafío contemporáneo. Colombia. 1988.
7. BRILH, JAIME. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Fontamara, México, 4a edic. 1988, 241p.
8. GASALET, MONICA. Alternativas metodológicas en Trabajo Social. Humanitas, Argentina, 1983, 100p.
9. CARMONA, FERNANDO. México, el curso de una larga crisis UNAM/ Nuestro Tiempo. México, 1987, 271 p.
10. CASANOVA, PABLO. México ante la crisis Siglo XXI, - México,
11. COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000 Siglo XXI, 3a edic. 1985 Tomo 4 Salud.

12. COPLAMAR . Macroeconomía de las necesidades esenciales en México . Siglo XXI, México, 1983
13. CREVENNA, PEDRO . Seis aspectos del México Real Universidad veracruzana, México, 1979.
14. DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. Material bibliográfico . México.
15. GALVAN DIAZ, FRANCISCO. El SIDA en México, los efectos sociales Edic. de cultura popular, México, 1988, 399p.
16. G. DANIELS, VICTOR. SIDA Manual Moderno, México, 1988, 81 p.
17. GOMEZJARA, FRANCISCO Trabajo Social y crisis Edic. Nueva sociología, México, 1986, 360 p.
18. KOPINIK, B. y De LA VEGA, B. Dialéctica y conocimiento Taller abierto, México, 1986, 51 p.
19. LENERO OTERO, LUIS. El fenómeno familiar en México LIESAC, 1983, 333p.
20. LOPEZ DIAZ, PEDRO. Capital Estado y crisis UNAM, 1988, 163 p.
21. LOPEZ ACUNA, DANIEL. La salud desigual en México Siglo XXI, 5a edic, 1984, 244 p.
22. MARTINEZ HERNANDEZ, FIGUEROA. Algunos aspectos de la crisis en la distribución del ingreso en México UNAM, México, 1989, 133 p.

23. MEDEL, ERNEST. Tratado de economía marxista ERA, México, 1980, 377 p. Tomo I.
24. MENDOZA RANGEL, MA. DEL CARMEN. Una opción metodológica para los trabajadores sociales ATSMAC, México, 1986, 111p.
25. NAVARRO BERNARDO y MOCTEZUMA DIAZ. La urbanización popular en la ciudad de México UNAM, México, 1989, 244 p.
26. ROJAS SORIANO, RAUL. Investigación social, teoría y praxis Plaza y Valdes, 3a edic. 1988, 180p.
27. ROJAS SORIANO, RAUL Sociología Médica 1988, 108 p.
28. ROJAS SORIANO, RAUL Métodos para la investigación social 1988, 122 p.
29. RODRIGUEZ ORTIZ y PALESTINO ESCOTO P. Ciudad de México y ciudad Netzahualcóyotl. Laberintos de sueños UNAM, México, 1989, 241.p.
30. SANCHEZ MEJORADA CRISTINA y UNZUETA VAZQUEZ, ROSAURA Historia y metodología del Trabajo Social. Quinto Sol, México, 1988 142 p.
31. SEPULVEDA A., JAIMS. SIDA, ciencia y sociedad en México, FCE, 1989
32. TORRES TORRES, FELIPE. Bienestar social y metodología del espacio social . UNAM, México, 1990. 71 p.

33. VARIOS Demografía y condiciones de vida siglo XXI México, 1986,
34. VARIOS SIDA perfil de una epidemia OMS, E.U. 1989
35. VARIOS. Salud y seguridad social México, FCE, 1988
109 p.
36. VARIOS. La crisis y los trabajadores CET, México, 1989, 140 p.

OTROS.

37. Bermúdez, Roberto. rev. Estudios políticos oct-dic. 1983 vol. 2
38. Catálogo CIHAC 89"
39. Centro de Información y Estudios Nacionales (CIEN)
La economía Mexicana 1982-1988 México, 1989
40. CONASIDA Boletín SIDA junio- jul. 1989
enero 1990
41. CONACYT. rev. YCYT vol. 9, 1987, vol. 11 1989.
42. rev. Estrategia no. 84, nov - dic, 1988
43. ENTS. Investigaciones que apoyan la evaluación del Plan de estudios en la ENTS aprobado en 1976. México 1985.
44. De la Vega, Gabriela. rev. Momento económico. 1988 .
45. INEGI. Netzahuacoyotl, cuaderno de información básica para la planeación municipal. 1990.

- 46- IMSS- SOLIDARIDAD. Modelo de atención integral a la salud" 1990.
47. Instituto Nacional de Salud Pública. rev. "Salud Pública" no. 4 jul- ago. 1988
48. Poder Ejecutivo Federal. "Plan Nacional de Desarrollo" 1989 - 1994.
49. Organización Mundial de la Salud. rev. Population reports 1987 no. 6
50. O. M. S. Informe 1988 Ginebra. 1988.
51. O. M. S. Boletín de la reunión consultiva sobre SIDA y lugar de trabajo Ginebra, junio , 1988.
- 52 Secretaria de Salud. Programa a mediano plazo para la prevención del SIDA México 1989.
53. SOBERON, G. et al. Desarrollo Institucional. SSA/INSP/ FCE. México, 1988 321 p. tomo III vol. I