ARCHINO MISTORICO DE INFORMACION

ARCHINO MISTORICO Dominio de Kabajo

Ofi dicionère de 1995

7 214

ARCHIVO HISTORICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METEROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL



DOCENTES:

MA. DE LOS ANGELES GARDUÑO FLORENCIA PEÑA.

EQUIPO:

SALVADOR CAMACHO SANCHEZ.

J'ANESSA DE CARVALHO FIGUEREIDO.

MARTIN IGINIO PEREZ RAMIREZ.

SONIA PATRICIA REYNA GONZALEZ.

ROSA MARIA ROMERO ZUNIGA.

ARCHER TO KIND OF THE PRINCIPLE OF THE P

DICTEMBRE 1998

INDICE

JUSTIFICACION	I
INTRODUCCION	2
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	5
Definición; Etiopatogenia; Epidemiología - revisión general;	
Cuadro elínico; Datos de laboratorio y diagnóstico	
PANORAMA GENL DEL COMPORTAMIENTO DE	
LA ENFERMEDAD EN LA POBLACION	12
Proceso histórico general; Desarrollo del SIDA en México:	
Tendencias en nuestro país; Notificación de casos	
CONCEPTUALIZACION DEL SIDA EN EL DISCURSO	
OFICIAL	37
Modelo explicativo del proceso salud-enfermedad:	
Campañas gubernamentales; Medidas de prevención	
BALANCE GENERAL.	47
POSIBLES LINEAS DE INVESTIGACION	
PARA CONTINUAR EL ESTUDIO	51
ANEXOS	52
BIBLIOGRAFIA	56

JUSTIFICACION:

Elegimos el tema del SIDA por considerarse un problema de salud social emergente, de dificil prevención y costoso en su tratamiento. Retomaremos el tema no sólo desde la perspectiva biológica, sino incluyendo otros factores que nos permitan generar una interpretación distinta a través de la medicina social.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA ha representado un fenómeno nuevo y complejo en el mundo de hoy. Debido a que cuestiona las maneras prevalecientes de entender la salud y el desarrollo humano en nuestra sociedad, exige nuevas y variadas formas de conocimientos y de respuestas. El SIDA está haciendo aparecer temas conceptuales, éticos y programáticos que, en su conjunto, necesitan aún ser plantacados, d. — os y explorados.

A los casi 14 años del reconocimiento de la existencia de la pandemia del VIII/SIDA, su magnitud e implicaciones sociales obligan a los organismos políticos de nuestra sociedad a promover y asumir políticas públicas, asertivas, eficaces y sobre todo integrales que involucren una participación social amplia y responsable.

La crisis del SIDA no es solamente un grave problema de salud pública, en los países económicamente dependientes se convierte a pasos agigantados en un problema que está osbtaculizando las posibilidades de desarrollo económico y social.

Debido a la epidemia paralela de pánico, prejuicio y discriminación que se ha desatado de manera concomitante, ahora resulta evidente que existe también una crisis de nuestro semido humanitario. La calidad de nuestra respuesta ante el SIDA no puede limitarse a propuestas abstractas sino que tienen la responsabilidad de desarrollar y promover propuestas concretas y eficaces que contribuyan a construir una sociedad más justa y auténticamente solidaria. No podemos dejar que los velos ideológicos nos impidan reconocer la realidad del comportamiento en las prácticas sexuales que en los hechos, asume la población sobre todo identificando la de nuestro país México.

Para llegar a entender el fenómeno del SIDA es necesario a su vez comprender todo el bagaje cultural, político y social que plantea y genera. Para iniciar, la forma en que se transmite el VIII causante del SIDA involucra el semen y la sangre, estos son símbolos que han existido prácticamente en todas las culturas existentes alrededor de la tierra; y en segundo fugar , el virus se transmite en un mundo en el que muy pocas culturas lidian abierta y francamente con los problemas sexuales. Para seguir, el SIDA tiene un alto índice mortalidad y hasta el momento no existe una cura. Y por último y quizás el aspecto que hemos considerado más importante es que el SIDA se manifiesta con mayor impacto en los sectores más desprotegidos y a su vez estigmatizados de la población.

El aspecto médico del SIDA ha sido ya sobrepasado por el aspecto social y político del mismo. Los medios de comunicación se han transformados en portavoz de la sociedad amplificando los temores que han nacido en el contexto de la enfermedad, convirtiéndola en una metáfora para los prejuicios y comportamientos hasta entonces restringidos en alguna medida por sanciones sociales y que ahora han pasado a ser aceptados. Así , la pandemia del SIDA ha victimizado a la gente que lo padece.

Los inicios de la socialización del SIDA, esto es, su conversión en un problema médico a uno social o también el proceso de extensión de la preocupación del SIDA en el consultorio médico y las agencias de salud míblica a la sociedad, está marcada por procedimientos que en el espacio social y médico toma. La forma de represión y hostigamiento a los pacientes, familiares, infectados y demás personas vinculadas de una manera u otra a los antes denominados grupos de "alto riesgo". La ignorancia, el miedo a cerca de las causas del SIDA, los mitos y la concentración original de los casos notificados de gente enferma entre múcleos de las capas medias altas y de sectores pudientes así como los sectores más desprotegidos y pauperizados de la sociedad hacen que el SIDA empiece a tomar otras magnitudes que no se pensó que se presentarían.

La presente investigación consta de tres apartados; el primero de ellos plantea el conocimiento actual de la enfermedad en el que se hace una descripción etiológica desde su origen...

concepto, formas de transmisión; dentro de este se trata también, el panorama general del comportamiento de la enfermedad en la población apoyado con datos estadísticos.

El segundo apartado expone el discurso oficial con su modelo explicativo del proceso saludenfermedad y las acciones que ha emprendió en respuesta a esta enfermedad.

El tercer apartado expone un balance crítico del discurso oficial y plantea un abordaje diferente.

Se concluye con propuestas producto de la investigación que coadyuvan a la continuidad de la misma hacia el análisis de distribución de la enfermedad y los determinantes del proceso saludenfermedad en la población.

I.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.-

DEFINICIÓN.

Es un Síndrome (conjunto de síntomas y signos) de inmunodeficiencia (alteraciones inmunológicas del cuerpo) adquirida (no se presenta al nacer, se adquiere).

Se encontrarán en algunas bibliografías que el SIDA es una inmunodeficiencia secundaria, por lo que es necesario explicar a que se refiere tal término. El sistema inmune o inmunofógico es el encargado de detectar, rechazar y proteger al cuerpo de agresiones por microorganismos extraños y de mutaciones peligrosas (mutación quiere decir cambio en las características de un organismo que se da por alteraciones del material que lo constituye). Las células del sistema inmune se encuentran en la sangre pero existen algunas zonas del cuerpo donde se concentran: Bazo, timo, intestino y ganglios linfáticos. Este sistema esta integrado por cuatro elementos:

- 1.- Immunidad de células B, son los anticuerpos.
- 2.- Inmunidad de células T, son los glóbulos blancos
- 3.- Mecanismo fagocítico
- 4.- Sistema de complemento

Cada uno de estos elementos puede actuar independiente o junto con uno o mas de los otros. Si en una persona inmunodeficiente se confirma fa falta de uno o más de estos mecanismos de defensa, se denomina immunodeficiencia primaria. Si el sistema frantune está fisiológicamente bien, es decir con sus cuatro elementos funcionando normalmente, pero se observa una inmunos deficiencia no debida a la falta de los elementos antes dichos, porque se produce células B. T. macrófagos y sistema de complemento, sino a la existencia de un factor extraño que destruye o bloquea su desarrollo entonces hablamos de una inmunodeficiencia secundaria.

El SIDA y la infección por el VIII no es un problema estrictamente nuevo. Se conocen datos de sa existencia al examinar bancos de sucro almacenados en 1959 en África Central, así como por el estudio retrospectivo de ciertos casos en Europa, y Estados Unidos en las últimas dos

décadas. Sin embargo y aunque la infección por el VIII comenzó a propagarse en los países desarrollados y en África en la década de los setentas, el primer caso de SIDA se reportó en el siguiente decenio.

ETIOPATOGENIA:

El agente causal del SIDA fue aislado por primera vez en 1983 por Luc Montaigner y en 1984 por R. Gallo. En 1986 el comité internacional de nomenclatura viral recomendó la denominación del virus de inmunodeficiencia humana (VIII). Se denominó tipo 1 (VIII-1) para diferenciarlo del tipo 2 (VIII-2) aislado en 1986. El VIII 1 es probablemente una mutación ocurrida hace dos décadas. El VIII 2 es un virus similar el que produce inmunodeficiencia en ciertos monos, lo que hace pensar que este virus es una mutación reciente al humano. El VIII-2 se encuentra limitado en la actualidad a una zona de África occidental y causa una mínima proporción de los casos de SIDA reportados hasta el momento. El VIII-1 se encuentra diseminado por todos los continentes y es agente causal de la mayoría de los casos de SIDA, por lo que en lo sucesivo al hablar de VIII nos referimos exclusivamente el VIII-1.

El material genético de este virus está constituido por ácido ribonucléico (ARN) que debe ser copiado en ácido desoxirribonucleico (ADN) para integrarse al ADN de la célula que invade. Este proceso de conversión del ARN viril en ADN prevírico (un material que lo promueve) es llevado a cabo por una sustancia que el mismo posee, la transcriptasa inversa.

El VIII ataca a l s'Iulas que tienen receptores o lugares de unión (molés ul 18 CD4) para el virus. Las células con este receptor son las células T 4 (un tipo de glóbulos blancos), algunas células B y algunas células del cerebro entre otras. Aunque se ha observado que otras células que curecen de las moléculas CD4 pueden ser infectadas, lo que hace sospechar la existencia de otro receptor o mecanismo alternativo de entrada del virus.

El virus se liga a la célula por medio del receptor CD4 de la misma. Cuando el virus entra a la célula del ARN vírico es convertido en ADN provírico, el cual se unirá al ADN de la célula

invadida. Estos provirus integrados (ADN provírico) se duplican junto con los ADN celulares normales en cada división de la célula y todos los ADN de la célula infectada que se reproduce en cada división de la misma contendrá este ADN provírico.

Es oportuno agregar que parte del ADN provírico puede permanecer en forma no integrada en la célula. Se piensa que la acumulación de este ADN no integrado podría ser una de las causas del efecto citopático del VIII.

Aunque el VIII puede infectar otras células, infecta sobre todo a las células T4, lo que parece explicar la mayor parte de la disminución inmunológica observada en el SIDA; pues las células T4 (grupo especial de células T4) recogen información innune y ordenan la proliferación de células T específicas a las células B para que produzcan anticuerpos, es decir, regular la acción de formación de antica por las células B y de ataque directo por las células T. Recordando que la afección de un componente del sistema inmunológico repercute en el funcionamiento global del mismo, la infección de las células T4 origina por lo tanto un defecto grave y complejo cuya expresión final lo constituye el SIDA. Hay un deterioro profundo, progresivo e irreversible de la función inmune que confleva secundariamente el desarrollo de infecciones oportunistas. Así mismo se observan una serie de trastorno y enfermedades no directamente ligadas a la inmuno deficiencia, aunque frecuentemente asociadas a la misma, y que incluyen la aparición de tumores malignos (linfomas no Hodgkin y Sarcoma de Kaposi) y diversos síndromes neurológicos y nefróticos.

EPIDEMIOLOGÍA, REVISIÓN GENERAL.

El VIII no se transmite por contacto casual ni siquiera por el contacto estrecho, no sexual, que se produce normalmente en el trabajo, la escuela o el hogar.

Hasta el momento, solamente tres son las vías de contagio comprobadas :

- 1.- Relaciones sexuales (vaginales o anales)
- 2.- Inyección o transfusión de sangre, productos derivados, tejidos u órganos contaminados por VIII. Aquí se incluye el uso compartido de instrumentos de inyección en la población de drogadictos.
- 3.- Transmisión perinatal, de madre a hijo, durante el embarazo, el parto y con menor frecuencia a lactancia.

La eficiencia de las vías y su participación estimada en el total de los casos es (según la OMS en su Global programme of Aids para 1991) :

- -Transfusión sanguínea: Eficiencia mayor 90% participación 3-5%
- -Perinatal: Eficiencia 30% participación 5-10%
- -Sexual: Eficiencia 0.1-1.0% participación 60-70% vaginal y 5-10% anal.
- -Drogadicción intravenosa: Eficiencia 0.5 1.0 % participación 5-10%
- -Accidentes laborales :Eficiencia menor que 0.5% participación menor que 0.01%

De los datos anteriores resulta evidente que la vía de mayor eficiencia es transfusiones, pero el número de easos por esta vía es pequeña. En cambio, la transmisión madre- hijo (perinatal) constituye un problema de especial importancia, si se considera que las personas detectadas por el VIII se agrupan en la población sexualmente activas. Una mujer VIII positiva que se embarace tiene una probabilidad sobre tres de dar a luz a un niño infectado. Observamos que la transmisión sexual pese a su baja eficiencia tiene, participación en tres de cada cuatro contagios de VIII. Esta aparente contradicción entre la baja eficiencia y la elevada participación sobre el total de casos se explica por la trecuencia de exposición. De los casos transmitidos por via sexual, se estiman que la mayoria corresponden a exposición heterosexual y una menor proporción a exposición

homosexual. Diversos estudios parecen indicar una mayor probabilidad de contagio hombre a nuner que mujer a hombre, pero esto no esta bien definido.

Se han identificado dos tipos epidemiológicos de transmisión del SIDA. El tipo 1 (Estades Unidos y Europa) alrededor del 90% de los pacientes tenían entre 20 - 49 años, el 93 % de ellos eran varones y el 94% podía incluirse en grupos que indicaban un posible medio de adquisición de la enfermedad (varones homosexuales o bisexuales, adictos a drogas por intravenosa, receptores de sangre o tejidos).

En el tipo 2 (en África, países del Caribe y el sudeste Asiático) la transmisión es principalmente heterosexual, se afectan por igual ambos sexos y la homosexualidad no constituye un factor de riesgo significativo. En algunos países latinoamericanos se encuentra una combinación de los tipos 1 y 2 de transmisión epidemiológica.

Aunque la propagación heterosexual de SIDA ha sido lenta, los expertos predicen que ésta aumentara.

El SIDA es la manifestación más grave de una gama de procesos relacionados con el VIII. El riesgo de que una persona infectada por el VIII desarrolle SIDA es del 1 al 2% al año durante los primeros años después de la infección y alrededor del 5% al año anterior. El riesgo acumulativo es del 35-45% al cabo de 10 años de la infección original.

CUADRO CLÍNICO.

Tras la infección por el VIII puede aparecer un amplio espectro de problemas clínicos. Inmediatamente después de la infección y durante un periodo indefinido, puede haber un estado de portador asintomático con negatividad de anticuerpos. Durante este periodo el virus puede estar en un verdadero estado fatente o bien reproducirse tan lentamente que no pueda ser reconocido por el sistema inmunitario. Sin embargo, hay técnicas altamente sensibles de amplificación de los ácidos nucleicos del VIII que son capaces de detectar la infección incluso en la ausencia de amienterpos VIII demostradas. Entre 2 y 4 sentanas después de la infección , una pequeña porción de los pacientes presenta um sindrome agudo similar a la mononucleosis (infección primaria por el VIIII) que dura 3 a 14 días y se caracteriza por: fiebre, malestar, exantema, artralgias y linfadenopatias

A continuación, estas manifestaciones desaparecen (aunque la linfadenopatía suele persistir) y los pacientes pueden volverse portadores asintomáticos con anticuerpos positivos. Durante el estadio asintomático seropositivo, la mayoría de los pacientes muestran una reducción del número de linfocitos CD4 (T4). Algunos de ellos desarrollan síntomas y signos leves, remitentes, que no cumplen la definición de SIDA ni la del complejo relacionado con el SIDA.

El Complejo relacionado con el SIDA (CRS) es una gama de síntomas y signos crónicos manifestados en personas infectadas por el VIII, pero que no presentan infecciones oportunistas o los tumores que definen al SIDA. Estos, signos y alteraciones de laboratorio incluyen linfadenopatía generalizada (LPG), pérdidas de peso, fiebre intermitente, malestar, fatiga, diarrea crónica, leucopenia, anemía, tromocitopenia de origen inmune, leucoplasia vellosa oral y mugret oral, (candidiasis).

Una manifestación grave del CRS es el síndrome de consunción (denominado enfermedad de la delgadez en África), que se caracteriza por una perdida de peso progresiva mayor e igual que el 15% del peso corporal.

El SIDA como tal está determinado por la aparición de enfermedades oportunistas y/o ciertos cánceres secundarios cuya asociación es conocida, como el Sarcoma de Kaposi y el linforma no Hodkin, en especial afoma cerebral primario. Muchos pacientes son atendidos por primera vez con un cáncer o una infección oportunista que amenaza su vida, sin antes haber representado síntomas del CRS.

En el cuadro clínico del SIDA aparecen también infecciones del sistema nervioso central, problemas vasculares, neuropatía periférica, problemas renales, entre otros.

La presentación clínica y el curso de la infección por el VIII en las mujeres no está tan definido como en los varones y los niños. Al parecer la prevalece del VIII es mayor en las mujeres que presentan ciertas ETS y candidiasis vaginales crónicas y rebeldes al tratamiento. (Ver anexo).

DATOS DE LABORATORIO Y DIAGNOSTICO

Se utilizan dos pruebas para detectar los anticuerpos anti VIII:

ò

- 1.- Prueba de ELISA.- Si le prueba resulta negativa o positiva debe repetirse en la misma muestras es positiva en una seg casión se recomienda confirmar el resultado de ELISA con una prueba de mayor especificidad: Western Blot.
- 2.- Western Blot (confirmación).- Los pacientes con pruebas de ELISA repetidamente positivas y con resultados también positivos en la prueba confirmatoria (por ejemplo Western Blot) se deben considerar infectados y contagiados.

Durante los primeros estados de infección por VIII, aun no se ha desarrollado una respuesta de anticuerpos, por lo que pueden obtenerse resultados negativos tanto en el ELISA como en la prueba Western Blot. Si se obtienen resultados negativos con las pruebas anteriores, es recomendable someterse a una técnica muy sensible la reacción de cadena de la pelemizaras (RCP) donde los ácidos ricos dan una respuesta positiva.

En una paciente con SIDA se encuentran los siguientes datos clínicos: Baja de linfocitos CD4, anergia y una baja respuesta de anticuerpos frente antígenos de memoria y antígenos nuevos, baja función de células agresoras naturales, trombocitopenia entre otros.

Si una persona se realiza las pruebas ELISA, WESTERN BLOT, y/o RCP y resultan positivas, indica que tiene el VIII, no indica que tenga SIDA o que necesariamente desarrollara la enfermedad. Pero debido a la existencia de VIII en su cuerpo debe tomar las medidas necesarias que prevengan e l contagio a otros.

II.- PANORAMA GENERAL DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN.

PROCESO HISTÓRICO GENERAL.

Hacia el año de 1981 en Estados Unidos de Norteamérica comienzan a manifestarse fenómenos desconocidos hasta entonces, personas morían sin motivo aparente, atacadas por una nueva enfermedad. Todos ellos presentaban sistemas inmunológicos severamente deprimidos sin causa visible, además todos estos pacientes compartían las siguientes características: Ser todos ellos hombres jóvenes de alrededor de 30 años y además eran homosexuales.

No se sabía absolutamente nada de esta nueva enfermedad patológica: Sus causas, sus síntomas, origen, historia, etc. Empero como todos eran enfermos homosexuales, se les hizo fácil y concreto a las autoridades sanitarias bautizar esta enfermedad como Gay Related Inmunodeficiency (GRID), (este fue en realidad el primer nombre que tuvo lo que hoy se conoce como SIDA), es decir, el GRID era la enfermedad de la inmuno deficiencia relacionada con la homosexualidad. Debido al apresuramiento por parte de las autoridades norteamericanas y a los medios masivos de información se dio a conocer a todo el mundo el fatal y equivocado diagnostico: GRID (Plaga Gay, peste rosa o peste lila).

Poco después del grave error, aparece un nuevo concepto, el de "Grupos de alto riesgo". Esto es porque pronto otros grupos comenzaron a enfermar bisexuales, heroinómanos, hemofilicos, haitimos y africanos heterosexuales.

Conceptualizaremos la enfermedad del SIDA, es decir del Sindrame de innuno deficiencia adquirida, empezando a definir lo que es el discurso oficial de los organismos gubernamentales de salud a) respecto:

"El SIDA se definió como una enfermedad de 1981, cuando se observo que era una enfermedad distinta a las ya conocidas, se calcula que esta denominada "nueva" infección se inició en la humanidad por lo menos hace cuarenta años " (CONASIDA, 1991) Afecta a todos los grupos sociales sin distinción de edad, sexo, raza, estado socioeconómico y religión ". (SIDA: ETS, 1991, 5,12:2064-2081).

De esta manera se deja de lado las implicaciones que tiene una enfermedad propia de la vida sexual moderna. En este sentido contribuyeron grupos de derecha y religiosos de concepciones, verdaderamente obtusas: Estos grupos han adjudicado el rol de observadores y guías de los demas para que respeten la buena moral y las leyes divinas. En tan poco tiempo pocas enfermedades en toda la historia de la medicina han obligado a tan rápidos esfuerzos a nivel mundial para organizar las acciones adecuadas en su contra. La velocidad con que se adquieren nuevos conocimientos al respecto son impresionantes. El SIDA exige un gran esfuerzo para recopilar información saticiente y adecuada, debido a lo que ayer se adquirió hoy puede ser obsoléta. El SIDA nos ha lanzado en una carrera contra reloj en su conocimiento pero esta necesidad de información es reciente producto de un enfoque reduccionista que se la ha dado.

A nivel mundial la literatura al respecto se produce, extiende y divulga muy ampliamente, pero no circula con la profusión adecuada en la sociedad.

Un sujeto al cual se le ha diapnosticado SIDA (y que con ello queda estipulatizado) e aa convencido y sepuro de que morirá pronto. Y no podría ser de otra manera, ya que toda la sociedad comparte esa certidumbre y se comporta además en ese sentido. A partir de ese momento la comunidad se retrae, se aleja, se conduce ante el como si se tratase no solo ya de un muerto sino de una fuente de peligro para todo el entorno, en cada ocasión y en todas sus conductas, el cuerpo social sugiere la muerte a la desdichada víctima que no pretende ya escapar a lo que considera su destino incluetable.

Con todo lo anteriormente expuesto observamos que surgen muchas dudas y prepuntas sobre la causa principal del SIDA y el VIII aparece únicamente como "marcador de riesgo" según Duesberg entra al organismo junto con otros muchos microbios cuando la persona se expone a riesgos inusuales. Qué riesgos?.. NO se explican.

El binomio salud- SIDA puede estudiarse en diferentes niveles destacándose el poblacional que aporta información necesaria para un mayor entendimiento del proceso así como para planear los servicios futuros de la salud. Generalmente este binomio ha sido analizado y comparado unicamente con los niveles molecular, celular, individual, modelos reduccionistas, etc..

El SIDA reûne todos los ingredientes para ser considerada como uma enfermedad biopsicosocial: Es hasta ahorá incurable y no prevenible por mecanismos biológicos como vacunas.

Su principal forma de transmisión se da en el contexto de las denominadas "Más íntimas y privadas del Ser humano: En el terreno de la sexualidad".

Como ha sucedido en diferentes periodos históricos las enfermedades de transmisión sexual han sido consideradas como campo fértil para la interpretación y asignación de significados morales. Tradicionalmente las enfermedades venéreas son calificadas como indicadores de conductas sexuales reprobables y clandestinas, provocando en ello que los enfermos sean aislados y sobre todo estigmatizados , nos interesa conocer la definición de estigma, ya que alrededor del tema del SIDA no puede dejarse a un lado la estigmatización ni de las personas enfermas de este mal así como las conceptualizaciones que se hacen con respecto al tema.

Como definición general un estigma es considerado como, la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social, el manejo del estigma es un vástago de algo básico en la sociedad. La estercotipia o el recorte de nuestras expectativas normativas referentes a la conducta y al carácter. Algunos estigmas son fáciles de ocultar ya que cuentan muy poco en la relación del individuo con extraños.

La proyección del peligro en aquellos grupos marginales señalados como "Grupos de riesgos" permite al resto de la población negar la cercanía de la infección y mantener una conducta sexual que puede inclusive ser arriesgada.

¿Que es un grupo de ricsgo ? Se ha denominado así a un grupo de la población que posce una alta probabilidad para contraer una enfermedad, en este caso al hablar de SIDA no es conveniente hacer mención a grupos de riegos ya que éstos no existen, sino que es más correcto referirnos a practicas de riesgo y éstas son aquellas conductas que se encuentran implicadas en la transmisión de una enfermedad en el caso del SIDA, se denomina a cualquier práctica en la que se pongan en contacto líquidos o secreciones corporales (sangre, semen, líquidos pre- eyaculatorios, secreción vaginal) de una persona sana a una enferma.

La práctica homosexual (grupo de riesgo) puede tener o no practicas de alto riesgo (sexo anal con personas infectadas o no) aunque pertenezcan a dicho grupo. Si no las practica, NO se encuentra en riesgo de contraer SIDA. Si las practica SI estará en riesgo, pero ese riesgo se debe a sus practicas no por pertenecer al grupo homosexual. A su vez un heterosexual perteneciente aparentemente a un grupo que no es de riesgo, puede estar SI en riesgo de contagio si sus conductas o practicas así lo son.



Las practicas de alto riesgo han sido categorizadas de la siguientes manera:

- 1.- Contacto sexual anal.- El coito receptivo conlleva un ricsgo de infección muy alto si el compañero que sume la parte activa en una relación está infectado. Durante este tipo de práctica sexual, la membrana rectal puede desgarrarse con gran facilidad permitiendo que los linfocitos y el virus que contiene el semen penetren en los tejidos y el torrente sanguíneo del compañero receptor.
- 2.- Conducta bisexual.- Las relaciones sexuales con personas de ambos sexos están modificando rápidamente el patrón de transmisión del VIH en el mundo occidental incluso en México. Por otra parte se sabe que las enfermedades sexuales se transmiten con más facilidad del hombre a la mujer, por ello las relaciones heterosexuales que muy bien pueden incluir compañeros bisexuales no declarados abiertamente, están esparciendo rápidamente el virus entre la población de ambos sexos.
- 3.- Compartir agujas y jeringas con otras personas. -Especialmente si son adictos a las drogas intravenosas. El VIH se puede transmitir entre personas que se inyectan drogas y comparten agujas y jeringas, desde luego las personas infectadas por esta vía pueden contagiar a otras mediante el coito. Este medio de contagio es poco frecuente entre los países del Tercer Mundo, sin embargo una gran cantidad de personas se inyectan antibióticos y otros medicamentos para controlar enfermedades. También se han mencionado que el uso de agujas contaminadas en elínicas que atienden enfermedades sexuales pueden convertirse en un medio de propagación.
- 4.- Relaciones sexuales con muchas personas.- Las personas que tienen muchos compañeros sexuales corren mayor riesgo de contagio sobre todo si son numerosas sus parejas y sin la protección de un preservativo.
- 5.- Prostitución.- La comercialización de las relaciones sexuales representa un riesgo de infección tanto para el cliente como el o la que presta su servicio.. Las personas dedicadas a esta actividad deben ser orientadas y concientizadas por autoridades de educación para tomar las medidas para protegerse del SIDA. Además las personas que frecuentemente van a sitios de prostitución deben ser conscientes del riesgo que representa esta situación

Si bien el SIDA comenzó afectando en México y otros países, a una población tradicionalmente estigmatizada y marginada, este ya no es el caso de la actualidad, pues se presenta el virus a todos los grupos sociales. En la actualidad la evidencia científica sugiere que muchas de las personas que se encuentran infectadas con el VIH desarrollan la enfermedad pero

hasta el momento sólo ha ocurrido en el 50% de los casos, después de 10 años de haber contraído la infección. Últimos trabajos han demostrado no obstante que existe un estado de latencia absoluto en la enfermedad y que todos los pacientes tienen virus infeccioso circulante en el plasma, presentando cuando la enfermedad está en fases más avanzadas mayor viremia plásmica y mayor proporción de células infectadas (1% de células CD4+ y 1 por 400 células mononucleares en los pacientes con SIDA).

Ninguna de las enfermedades de la era moderna ha desatado tras de si tantas creencias erróneas como el SIDA. La mortalidad elevada que produce y el manejo sensacionalista de la prensa han visto amenaza de infección en una serie de hechos cotidianos, no obstante, los avances en el conocimiento de las características y medios de propagación del virus ha ayudado a desterrar temores injustificados, por lo que a continuación hacemos mención de los mitos sobre la transmisión del SIDA:

- Transmisión en alberca.- No existe peligro alguno de infección en las albercas ya que éstas poseen el cloro como desinfectante y limpiador debido a que éste extermina el virus éste es muy indeleble ante esta sustancia, la cual ha sido utilizada para la limpieza y ha sido recomendada para el uso dentro de salones de belleza y peluquerías en general para que con el cloro se desinfecte sus instrumentos de trabajo y así poder evitar cualquier contagio.

-Transmisión por medio de besos y estornudos.- Aunque se ha identificado virus en saliva no hay registro alguno de casos de transmisión por medio de los estornudos ni de los besos, aunque se ha tratado de determinar el tipo de besos ya que si éstos no son tan agresivos ni provocan mordeduras sobre las comisuras de los labios no se pueden transmitir el virus.

- Transmisión por medio de los insectos y los alimentos.- Los insectos tampoco representan un medio de contagio pues su estructura molecular no permite que el virus sobreviva, el compartir alimentos o cubiertos (como cucharas, tenedores, etc...) tampoco son indicadores para la transmisión del virus.
- Transmisión por el uso de inodoros- El VIH no sobrevive a la temperatura ambiente por mucho tiempo es muy endeble, de igual manera las sustancias de limpieza lo exterminan.
- Transmisión por convivencia cotidiana- No hay registro de contaminación por VIH por el uso compartido de utensilios y de objetos personales, aunque cabe señalar que como medida

higiénica los objetos de uso personal como el cepillo de dientes y las navajas de afeitar no deben de ser compartidos por higiene personal y por ser posibles vías de contagio.

• Transmisión por contacto casual- El VIH no se transmite por contacto o encuentros casuales en la calle, en los sitios de trabajo, en los espectáculos o medios de transporte, etc.

MENTAL III

EL DESARROLLO DEL SIDA EN MÉXICO.

Al parecer, el SIDA en México aparece de manera oficial, hasta el año de 1985, pero no es hasta el año de 1987 que el gobierno toma cartas en el asunto. Veamos como fue esto: La campaña gubernamental VIH por medio del control comercial de la sangre, deja de lado el aspecto que quizás más importante era del asunto, el aspecto sexual de la enfermedad (pues es correlativo de la misma).

México aunque guiado por las políticas de Estados Unidos en cuanto a la problemática del SIDA, este sin embargo presenta sus particularidades, sus propias culturas, sus propios mitos y sus propias diferencias que no hay que perder de vista.

Es hasta agosto de 1985 cuando por fin las instituciones médicas del país hablan de SIDA. Empero sus primeras cifras son contradictorias. El doctor Soberón da a conocer a la opinión pública el primer informe sobre la situación del SIDA en México. Este, al igual que otros personajes importantes, tratan de calmar los ánimos de la ciudadanía. Por ejemplo, la Dra. Martha Céspedes de Gómez del Hospital General comenta: "No hay para que preocuparse, la población en México, que no pertenece a los grupos de alto riesgo, tienen una probabilidad prácticamente nula de adquirir la infección " (Mejía ,1988:31), El Dr. Manuel Cervantes Reyes, presidente de la Asociación de médicos mexicanos (AMM): "......El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida causará menos estragos en México que en países desarrollados como Estados Unidos, debido a que nuestra población tiene mayores defensas naturales al estar en contacto desde temprana edad con una gran gama de gérmenes...." CITA (Mejía, 1988:32).

En 1986, los periódicos callan, nadie habla de la enfermedad, la peste rosa se ha ido, las autoridades médicas tampoco dicen nada, no hay SIDA en México, no hay miedo, ni grupos de riesgo no hay mal que prevenir.

En 1987, regresa el SIDA: Esta enfermedad se duplica cada diez meses. La enfermedad avanza, hay preocupación en el medio oficial. Comienza la campaña gubernamental de prevención contra el SIDA.

En esencia, el programa gubernamental en relación al VIH/SIDA se mueve estrictamente dentro de los marcos oficiales conocidos, que son el dictamen administrativo y las acciones de vigilancia, cuidándose de no tocar el aspecto sexual, aún cuando ésta sea la principal via de infección. Es por ello que tan solo se trata de controlar la infección del VIH por medio de la prohibición del comercio de sangre.

Así, las acciones oficiales se limitan estrictamente a la detección, el diagnóstico y elasificación del problema. Estas acciones no son extensivas a otras prioridades claves como son las garantías de atención terapéutica adecuada a las personas con la problemática VIH/SIDA, la investigación de terapias aplicables, la difusión de información preventiva a la altura de la prevención social, el estudio científico.

Es a finales de 1987 que se aborda el problema social: La verdadera dimensión del problema no está en la sangre sino en el sexo de la sociedad. Por fin se deja de dar vueltas en torno a supuestos "Grupos de alto riesgo" por el de "practicas de alto riesgo", sin embargo, este cambio de enfoque no es más que formal ,así el problema para las autoridades sigue siendo el mismo: Concebir que la enfermedad como la prevención son problemas y responsabilidad de los otros.

Los inícios de socialización del SIDA, es decir, su conversión en un problema médico a uno social está marcado por procedimientos excluyentes y angustiasteis que en el espacio social y médico tomaron la forma de represión y hostigamiento a los pacientes, familiares, infectados y demás personas vinculadas de una manera u otra a los denominados "grupos de alto riesgo", la epidemia en México empezó afectando a individuos tradicionalmente marginados por la sociedad, como es la población de hombres homosexuales, los drogadictos y las prostitutas, ya que su principal vía de contagio es la sexual. Lo anterior responde a la ignorancia generalizada acerca de las causas del SIDA y la concentración original de los casos notificados de gente enferma entre núcleos reducidos de las capas medias altas y sectores pudientes así como entre sectores marginales de la sociedad, como los homosexuales varones, hicieron que solamente se redujera esta enfermedad a una especie de "castigo divino" o de plano que se intentara comprender como un producto de excesos lúdicos y de presuntos libertinajes asociados a la revolución sexual: Apareció

como un problema moral. Esta postura no sólo era promovida y compartida por la alta jerarquía católica sino también como por una buena parte de los médicos y paramédicos nacionales (público y privado). A pesar de los años transcurridos y de que ya existe una agencia gubernamental encargada de la prevención del SIDA y su control CONASIDA, todavía es difícil sostener que estas formas mitológicas de concepción del SIDA han desaparecido.

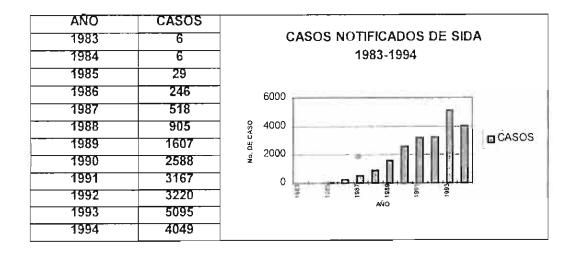
TENDENCIAS EN NUESTRO PAÍS.

La epidemia del SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, hasta finales de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1992 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1993 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia de la estabilización. El comportamiento de la epidemia es el resultado de la conmoción de varios tipos de epidemias con diferentes velocidades de crecimiento determinadas en las diferentes localidades, municipios o entidades por:

- a)antigüedad de los primeros casos autóctonos de SIDA,
- b)modos de transmisión preponderantes
- c)disponibilidad de susceptibles
- d)adopción de medidas preventivas especificas en cada población.

<u>CUADRO 1</u>

<u>CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACIÓN 1983-1994.</u>



NOTIFICACIÓN DE CASOS

Hasta el 10. de marzo de 1995, el Registro Nacional de casos de SIDA cuenta con 22,055 casos. Se registro un promedio de 9 casos diarios de SIDA, 263 se registraron en el último mes, en los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación.

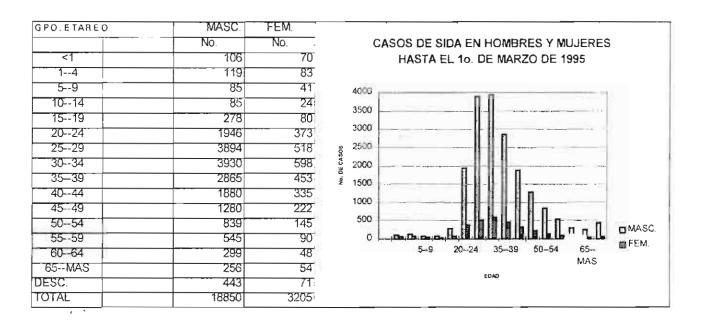
21

La estimación del numero real de casos de SIDA en México es superior a 31,900, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Hasta el 10. de marzo de 1995 se ha observado que el total de casos de SIDA en mayor escala se encuentra en el grupo etareo de 30-34 años , 598 en mujeres y 3930 hombres, edad considerada en nuestro país como PEA (Población económicamente activa) , siguiendo con el grupo de 25-29 años, encontrándose con 518 casos en mujeres y 3894 en hombres, nótese que el SIDA ha afectado a la población joven y que además es aquella que se encuentra en edad sexualmente activa.

Por lo anterior resulta importante resaltar que las características que se han observado en la epidemia desestabilizan todo el entorno y el marco social de reproducciones de la población debido a que los infectados se encuentran en su mayoría en una etapa en donde sus hijos aún dependen de ellos.

CUADRO 2
CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR GRUPO, EDAD Y SEXO.



El menor índice de casos de SIDA se encuentra entre las edades de 10 a 14 años, en donde los casos en hombres es de 85 y de mujeres 24.

Con los datos anteriores de posible observar que existe una mayor incidencia de casos de SIDA en el sexo masculino notablemente superior al de las mujeres.

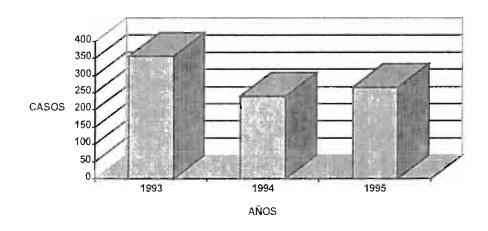
Por otro lado, el VIH tiene solamente tres vías de infección en humanos; el primero y el más importante es la vía sexual (ya que éste se le asocia el mayor número de casos); el de transmisión sanguínea (que en teoría puede llegar a controlarse por completo) y la de madre a hijo o perinatal (que se explica en el caso de México a que en la mayoría de las mujeres su infección sucede por la vía sexual) (Sepúlveda, et al., 1989:263)

Tomando en consideración hasta el mes de febrero de los años 1993, 1994 y 1995 y de acuerdo a los casos notificados en esa fecha, y en función de la vía de transmisión del VIH, tenemos para el caso de México los siguientes cuadros. (Nota: todos los siguientes cuadros fueron elaborados a partir de los datos ofrecidos por la gaceta que edita CONASIDA: CONASIDA (1995). SIDA/ETS. año 9, número 3:2855-2873.

CUADRO 3

TENDENCIA DEL SIDA EN MEXICO (FEB.1993-1995)

AÑO	1993	1994	1995
No. DE CASOS	357	241	266



En términos generales y en base a la cuadro 3, es difícil preveer que la tendencia creciente se haya controlado adecuadamente; si bien es cierto que al parecer la tendencia se ha vuelto menos rápida (exponencial), su crecimiento aún no ha llegado al tope, su crecimiento parece ser menos pronunciado, pero es muy prematuro hablar así.

Cuadro 3a

CASOS DE SIDA POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN

Categoría de transmisión	22.00	casos notificados en ./93 y porcentaje		casos notificados ./94 y porcentaje		sos notificados 95 y poreentaje
Sexual	181	50%	113	46%	133	50%
Sanguínea	41	11%	10	4%	16	6%
Perinatal	2	0.5%	2	0.8%	7	2%
Homosexual/Drogas Intravenosas	4	1%	0		2	0.7%
No Documentada	129	36%	116	48%	108	40%
Total		357		241		266

En este cuadro que se ha realizado en base a las estadísticas de CONASIDA, hemos incluido tanto a hombres como a mujeres, y a todos los grupos etareos.

Con estos datos, difícilmente se puede constatar que en México la principal vía de transmisión sea la sexual. Por otro lado, tanto la vía sanguínea (que abarca la transfusión, a los exdonadores remunerados, a los hemofílicos y a los drogadictos intravenosos) y la via perinatal. son un medio de contagio relativamente bajo en el país.

En cuanto a la clase utilizada por CONASIDA de Homosexuales/Drogadictos Intravenosos, debe de haberse hecho así por cuanto no se tenía la seguridad que la persona infectada se contagiara por vía sexual o intravenosa. Por lo que toca a la clase de No Documentada, la explicación que se da es que ahora una proporción cada vez mayor es captada mediante certificado de defunción y dicho documento no consigna vías específicas de contagio.

Considerando el Cuadro 1 y sus porcentajes, resulta que entre la vía sexual y la de No documentado abarca a casi la totalidad de los casos, es por ello que se propone hacer las siguientes modificaciones para tener una lectura distinta de estos datos.

Si tomamos en cuenta solamente las vías de contagio del VIH, tendremos:

Chadro 3b

Categoría de transmisión		casos notificados en /93 y porcentaje		asos notificados en 94 y porcentaje		asos notificados en /95 y porcentaje
Sexual	181	80%	113	90%	133	85%
Sanguínea	41	18%	10	8%	16	10%
Perinatal	2	0.8%	2	2%	7	5%
Total		224		125		156

Así tenemos que del total y sacando un promedio de los años 1993/94 y 1995, se saca que el 85% del total de casos sucede por la vía sexual, el 15% restantes por las otras dos vías. Si aplicamos este 85% a las clases Homosexuales/Drogadictos intravenosos y No Doeumentados tan sólo para ver la tendencia, tendriamos:

Cuadro 3c

Categoria de transmisión	feb./93	feb./94	feb./95
Homo/D.1.V	(4)(.85)= 3	0	(2)(.85)=
No Doc.	(129)(.85)= 109	(116)(.85)= 98	(108)(.85)= 92
Total	. 112	98	93

Con estos resultados, y sumándolos a los datos del cuadro 2, tenemos:

Cuadro 3d

Categoria de transmisión		sos notificados en 93 y porcentaje		asos notificados en 94 y porcentaje		casos notificados en /95 y porcentaje
Sexual	293	82%	211	87%	226	84%
Sanguínea	52	17%	28	11%	33	12%
Perinatal	2	1%	2	2%	7	4%
Total		357		241		266

Ahora bien, considerando que los casos de contagio perinatal, de manera indirecta, su medio de contagio ha sido básicamente la sexual, nos parece correcto, tan sólo para hacer una mayor estimación de las tendencias por la vía de transmisión, resumimos el siguiente cuadro:

Cuadro 3e

Categoría de transmisión		sos notificados en 3 y porcentaje		nsos notificados en 94 y porcentaje		asos notificados en /95 y porcentaje
Sexual	295	83%	213	88%	233	87%
Sanguínea	62	17%	28	12%	33	13%
Total		357	_	241		266

Manejando así los datos, se evidencia claramente que la principal vía de contagio en México, es la sexual.

En cuanto a las preferencias sexuales, los datos utilizados lo tomamos estrictamente como los maneja CONASIDA; así, tenemos:

Cuadro 3f
CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR VÍA SEXUAL

Preferencia	Nº de casos notificados en	Nº de casos notificados en	Nº de casos notificados
sexual	feb./93	feb./94	en feb./95
Homosexual	66	32	43
Bisexual	58	23	34
Heterosexual	57	58	56
Total	181	113	133

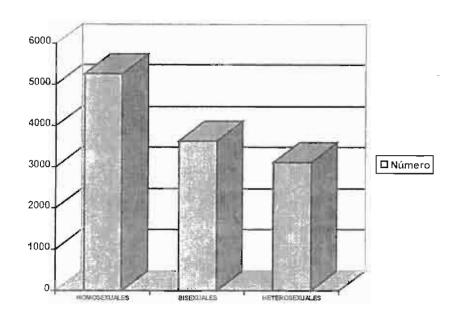
Es interesante observar que su comportamiento, en general, tiene la misma tendencia que la mostrada por la gráfica 1, pero su intensidad distinta. Para 1993, la incidencia era exponencial, para 1994 ésta decrece, y para 1995 vuelve a crecer, pero ahora de manera menos pronunciada.

En cuanto a las clases, la homosexual es la que muestra los eambios más significativos en cuanto a su disminución, al igual que la bisexual, mientras que la heterosexual se mantiene con una tendencia estable, pero con el riesgo que esta se dispare.

CUADRO 3g

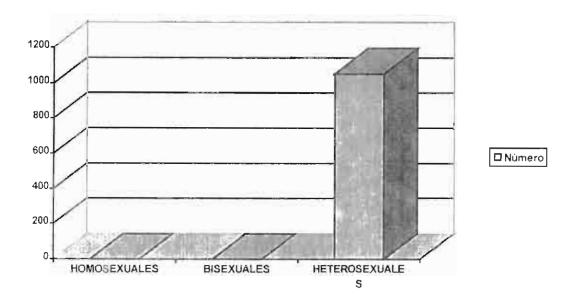
CASOS DE SIDA ACUMULADOS EN EL SEXO MASCULINO, POR PREFERENCIA SEXUAL.

PREFERENCIA SEXUAL	No. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL PRIMERO DE MARZO DE 1995. MASCULINO		
	Número	%	
HOMOSEXUALES	5264	43.47	
BISEXUALES	3604	30.01	
HETEROSEXUALES	3110	25.68	
TOTAL	12108	100.00	



CASOS DE SIDA ACUMULADOS EN EL SEXO FEMENINO POR PREFERENCIA SEXUAL.

	No. DE CAS	OS	
PREFERENCIA SEXUAL	ACUMULADOS HASTA EL		
THUS EXCITOR OBXORE	PRIMERO DE MA	RZO DE	
	1995.		
	FEMENINO		
	Número	%	
HOMOSEXUALES	0	0	
BISEXUALES	0	0	
HETEROSEXUALES	1053	100.00	
TOTAL	1053	100.00	



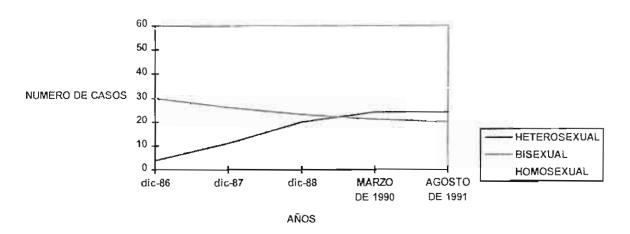
Los primeros casos notificados en México en 1983, correspondieron a hombres homosexuales. Ala fecha (1o. de marzo de 1995), los casos acumulados en adultos por vía exclusivamente sexual ascienden en homosexuales a la cantidad de 5,264 (40%), en el grupo de bisexuales esta cifra es de 3,734 (28%) y en el grupo heterosexual tenemos 4,163 casos (32%).

El siguiente estudio, realizado por Izazola et al., debe de considerarse como indicativo más que representativo del comportamiento sexual en el mexicano: De 312 hombres con prácticas homosexuales, el 56.7% manifestó haber tenido prácticas heterosexuales, el 13.2% había experimentado un promedio de 2.56 relaciones en los últimos cuatro meses. El 82% informó como estado civil, soltero y el 17.9% casado; 17.6% había vivido en unión libre con alguna mujer en alguna ocasión. Por lo tanto, un total de 35.5% estuvo o está viviendo en pareja heterosexual. El 30.5% de los que han renido relaciones heterosexuales ha sido con prostitutas. El 100% manifestó haber tenido coito vaginal y rectal el 20.3% (Sepúlveda, 1988: 282).

CASOS DE SIDA EN MEXICO 1986-1991

	HETEROSEXUAL	BISEXUAL	HOMOSEXUAL
DICIEMBRE 1986	4	30	59
DICIEMBRE 1987	11	26	48
DICIEMBRE 1988	20	23	36
MARZO DE 1990	24	21	27
AGOSTO DE 1991	24	20	34

CASOS DE SIDA EN MEXICO POR PREFERENCIA SEXUAL



FUENTE: Datos tomados de Sepúlveda et al., 1993:128

Para el caso de México, desde un principio resultó evidente que el comportamiento bisexual es muy frecuente y el cual contribuye con un buen porcentaje de los casos notificados.

En los primeros años, el grupo homosexual fue el que presentó el mayor número de casos, pero en base a los datos de la tabla anterior, se ve que su crecimiento va decreciendo, no así el heterosexual. En el caso de la bisexualidad, por tratarse de personas cuya preferencia por ambos sexos es igual, es difícil analizarla. Para el gobierno "......el gran número de bisexuales en la sociedad mexicana forma un puente de transmisión a la comunidad heterosexual" (Sepúlveda, 1993:130). Sin embargo, la bisexualidad es más común de lo que se piensa. Según Kinsey, en su encuesto sobre la sexualidad estadounidense publicada en 1948, la homosexualidad es parte fundamental de la sexualidad humana. La heterosexualidad exclusiva durante toda la vida de un individuo al igual que la homosexualidad exclusiva, pocos la han vivido. El grueso de la población han vivido distintos grados de bisexualidad con predominancia de alguno de los dos componentes (homo-heterosexual) e inclusive esto ha variado en sus distintas épocas (González, 1985) Por ello se debe de ser cuidadoso antes de comenzar a culpabilizar (Base de la estigmatización).

CUADRO 4.

CASOS DE SIDA POR CATEGORIA DE TRANSMISIÓN Y GENERO EN ADULTOS

HASTA EL 10. DE MARZO DE 1995.

CATEGORIA DE TRANSMISION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Transmisión sexual	12,108	1,053	13,161
Transmisión sanguinea	1,340	1,168	2,508
Homosexundes drogadictos I.V.	191	0	191.
No documentar o	4,816	766	5,582
Total	18,455	2,987	21,442

Durante el mes de febrero, el D.F, Edo. de México, Jalisco, Chiapas y Michoacán, notificaron en conjunto el 74% de los casos. Al comparar los casos acumulados en enero de 1993 y 1995, se aprecia que en 14 Estados el número de casos notificados en Febrero de 1995 es mayor al notificado en febrero de 1993, y en 14 es menor, 4 entidades permanecieron sin cambio. del total de casos, 12,462 (56.5%) se acumulan en el D.F., México y Jalisco.

Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el D.F. (753), Jalisco (480) y Morelos (379). Las entidades con menor incidencia son : Chiapas, Zacatecas. Tabasco y Guanajuato. (Casos por estados de la República Mexicana ver mapa en el anexo).

Los factores de riesgo asociados a la transmisión de VIH en los casos de SIDA presentan diferentes proporciones según la entidades federativa, por ejemplo, los más altos índices en transmisión en homosexuales se encuentran en : Yucatán (39.7%), Baja California Sur (37.5%) y Nuevo León (35.3%). Para transmisión heterosexual : Chiapas (42.0%), Tlaxcala (41.3%) y Puebla (41.1%). Por transfusión sanguínea : Nayarit 18%, Puebla 17.9% y Jalisco 17.6%.

Los Estados con mayor proporción de casos en donde el factores de riesgo es desconocido son: Edo. de México 41.6%, Distrito Federal 31.8% y Tamaulipas con el 30%.

, .

Estado	Casos
D.F.	6649
México	3081
Jalisco	2732
Puebla	1188
Veracruz	856
B.C	659
Nuevo León	626
Guerrero	620
Michoacán	583
Morelos	486
Yucatán	433
Coahuila	353
Oaxaca	333
Tamaulipas	327
Guanajuato	305
Sinaloa	304
Nayarit	244
Chihuahua	239
Sonora	223
SL.P.	218
Chiapas	207
Hidalgo	184
Tlaxcala	155
Durango	128
Querétaro	115
Tabasco	110
Q. Roo	107
Aguascalientes	91
Zacatecas	90
Colima	75
B.C.S.	72
Campeche	59
Extranjeros	203

(ver anexos)

Las entidades con mayor razón de casos por habitante son : El D.F. en donde uno de cada 1,328 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento, el Estado de Jalisco con uno de cada 2,083 habitantes y el Estado de Morelos con uno de cada 2,638.

Por medio del análisis se observa que del total de casos, 1246 (56.5%) se acumulan en el Distrito Federal, México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el D.F. (753), Jalisco (480) y Morelos (379). Las entidades con menor incidencia son: Chiapas, Zacatecas, Tabasco y Guanajuato.

Las entidades con mayor razón de casos por habitante son : El Distrito Federal, en donde uno de cada 1328 tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento, el Estado de Jalisco con uno de cada 2083 habitantes y el Estado de Morelos con uno de cada 2,638.

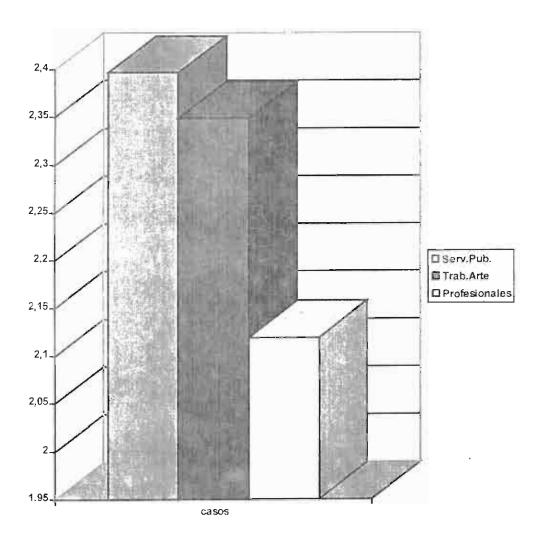
Es importante agregar que sí se reportan los casos de SIDA captados en cada estado sin analizar casos por habitante, Morclos ocupa el décimo lugar, pero si se interpreta en función de ello se le ubica en tercer sitio.

CASOS DE INC	CIDENCIA RELATIVA
(razón	por habitante)
D.F.	1:1328
JALISCO	1:2083
MORELOS	1:2638

OCUPACION.

De acuerdo con la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta entre los trabajadores de servicios públicos con 2,397. Para este rubro de ocupación existen 18 casos de SIDA en hombres por cada caso en mujeres, la segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores del arte y los espectáculos con 2,349 casos por millón de habitantes, con una razón hombre mujer de 57:1, los profesionales ocupan el tercer lugar con 2,119 casos por millón de habitantes, en este grupo la relación por sexo es de una mujer afectada por cada 54 hombres. Las tasas de incidencia más bajas continúan presentándose en las personas dedicadas al hogar, trabajadores domésticos y a estudiantes. Se conoce la ocupación de 16,077 hombres y la de 2,649 mujeres.

OCUPACION	NUMERO DE CASOS
Servicios públicos	2,397
Trabajadores del arte y espectáculos.	2,349
Profesionales	2.119



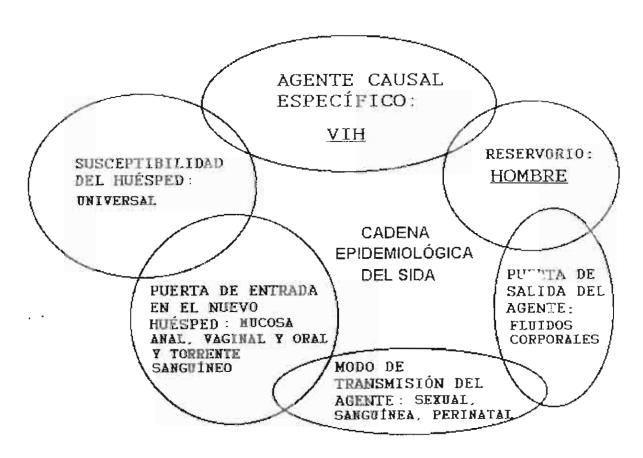
III.-CONCEPTUALIZACIÓN DEL SIDA EN EL DISCURSO OFICIAL

MODELO EXPLICATIVO DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

El problema del SIDA se a tratado de explicar a partir del proceso patológico, en el cual interactúan tres factores :

- 1.- Características del agente causal
- 2.- Las propias del huésped,
- 3.- Condiciones propicias del medio ambiente.

Las enfermedades transmisibles (el SIDA incluido) son un modelo para documentar lo anterior. La interacción de estos factores se representa en forma esquemática en la llamada "Cadena epidemiológica" o "Cadena de transmisión" descrita por C. Chapin, para el caso particular del SIDA tenemos:



1.- Agente: VIH

2.- Huésped o reservorio: Hombre

3.- Puerta de salida del agente : Semen, secreciones vaginales, sangre

4.- Modo de transmisión del agente : Sexual, sanguíneo, perinatal

5.- Puerta de entrada en el mismo huésped: mucosa, rectal, vaginal, oral y torrente

sanguineo.

6.- Susceptibilidad de los huéspedes: Universal.

1.- Agente causal:

Naturaleza del agente.- el VIH es un virus intracelular, es decir, requiere introducirse en una

célula para vivir y reproducirse.

Labilidad. - El VIH es muy frágil en general a las condiciones del medio ambiente, cambios

de temperatura, humedad, pH o la presencia de desinfectantes comunes, son capaces de inactivarlo.

Esto determina que su transmisión sea más eficiente si ocurre cuando la célula que lo contiene pasa

de un individuo a otro, para lo cual se requiere contacto directo como lo es la transmisión sexual,

sanguínea o perinatal. Esto también explica que los fluidos corporales con mayor contenido de

células (sangre y semen) sean los más eficientes en la transmisión.

Infectividad.- La medida básica de infectividad es el número mínimo de partículas

infecciosas que se requieren para producir una infección. Dicho número no se conoce para el caso

del VIH. La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen de los mismos

que se intercambian durante la transmisión influyen en la eficacia de la misma. El semen y la

sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales, por su alto

contenido en linfocitos, y por ello, los más efectivos en la transmisión.

Reservorio.- Al parecer, el único reservorio de la enfermedad es el hombre.

Vía de salida.- La vía de salida son los diferentes secreciones de donde ha sido aislado el

VIH, sangre, semen, secreciones vaginales, básicamente.

Modo de transmisión.- El VIH sólo puede transmitirse por contacto directo, de persona a

persona, porque siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta y éstas a su vez se

38

encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro, sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea y perinatal).

Puerta de entrada.- La puertas de entrada del VIH son : mucosa rectal y vaginal, el torrente circulatorio (vía de entrada parenteral) y transplacentaria y en menor grado la mucosa oral.

Susceptibilidad de la infección .- Todavía no se han descrito poblaciones que no sean susceptibles a la infección por el VIH, por lo que se puede afirmar que se trata de una enfermedad para la cual el hombre tiene susceptibilidad universal. Existen factores que aumentan la susceptibilidad del huésped a la infección a estos se les ha llamado cofactores (infecciones virales, ETS).

ÉNFASIS EN LA INVESTIGACIÓN DEL PROBLEMA.

VACUNAS Y TRATAMIENTOS

Con la utilización de las sulfas a finales de los años 30's y su intensificación con la introducción de la penicilina a mediados de los años 40's, se marcó el inicio de *la gran era de la terapia con medicamentos*. Así existe cada vez más una tendencia por parte de la sociedad a depender de una pastilla para solucionar todos los problemas de la humanidad, físicos, mentales y hasta sociales (Milron, 1983).

Los medicamentos se han convertido en la clave de todas las terapias médicas "El modelo hegemónico de la práctica médica...ha privilegiado a los fármacos como el recurso terapéutico fundamental..." (Milton,1983:17).

En el caso del SIDA, se está buscando una solución en ese sentido. Para el modelo biomédico "El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida representa uno de los retos más grandes de la terapéutica moderna... todos los esfuerzos que se están llevando a cabo (es) para encontrar medicamentos contra el SIDA...orientados a actuar directamente sobre el virus y a reconstituir el sistema inmune del paciente " (Sepúlveda, 1989:217).

Así, el énfasis en la investigación en contra de esta problemática se ha enfocado básicamente en la búsqueda de una vacuna anti- VIH. Se pretende que esta proteja contra todas las cepas y de preferencia contra ambos tipos de VIH, (VIH-1 y VIH-2) al inducir la producción de anticuerpos que actúen sobre los vírus y sobre las células infectadas por este virus. Se está buscando que esta vacuna evite o prevenga que los individuos sanos se infecten y/o útil para que los individuos infectados no desarrollen la enfermedad. En relación a la vacuna anti- VIII, esta serviría para aplicarse con el fin e prevenir la infección evitando su propagación, aplicándola masivamente a la población que se encuentre en riesgo de contagiarse y enfermarse.

De igual manera, gran parte del esfuerzo que se está llevando a cabo es para encontrar medicamentos contra el SIDA y que éstos estén orientados a actuar directamente sobre el virus y/o a reconstituir el sistema inmune del paciente. La estrategia para el desarrollo de este tipo de medicamentos (basado en el conocimiento del ciclo biológico del VIH) está dirigida en contra de las formas de intervención de estos medicamentos sobre estos ciclos o etapas. Entre los medicamentos más utilizados para tantar de controlar esta enfermedad tenemos, entre otros:

Azidotimidina (AZT, retroviro zidovudine).- Este medicamento inhibe la transcriptas reversa del VIH. La manera como actúa es interfiriendo con la síntesis del ADN, durante el proceso de transcriptasa reversa, interrumpiendo la formación de la cadena de ADN y que tiene como consecuencia el bloqueo de la replicación del VIH. Este es uno de los medicamentos más utilizados en contra del VIH/SIDA.

DDC (Di-deoxi-citidina).- Es una pirimidina nucleósida que se parece mucho al AZT y que tiene funciones similares a ésta, como inhibidor de la transcriptasa reversa. Es má criva in vitro que el AZT.

Foscarnet (fosfono-formato).- Este medicamento ha sido utilizado con algún beneficio en las infecciones por citomegalovirus. Inhibe la transcriptasa reversa y en algunos estudios *in vitro* se ha demostrado la inhibición de la replicación del VIH en cultivo de células. Empero, los estudios clínicos en SIDA no han sido alentadores.

CD4 .- Este es una proteína de la membrana celular de los linfocitos T4 (o CD4) que representa el receptor específico del V(H, siendo de esta manera el primer punto de contacto del

virus con las células huésped. Esta proteína ha sido producida por ingeniería genética en cultivo de células. En los estudios *in vitro* se ha demostrado que es altamente eficaz, evitando la replicación del virus. Los estudios de toxicidad en animales y en humanos son muy prometedores, ya que parece ser una sustancia no tóxica.

A pesar de estos monumentales esfrerzos (la utilización de los métodos más avanzados en el área médico celular y molecular), debido a la gran complejidad de este problema, hasta la fecha no se ha logrado elaborar medicamento o vacuna efectivo que pueda curar o prevenir esta enfermedad.

El énfasis de la investigación en este sentido (búsqueda de una vacuna o de un medicamento, el VIH/SIDA) se ve reflejado en el enorme monto de recursos tanto humanos como económicos que a nivel mundial se han dedicado para combatir este mal. (Sepúlveda, et al., 1989).

CAMPAÑAS GUBERNAMENTALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El aislamiento del virus del SIDA (VIH), los avances en la investigación biomédica, psicológica y social de SIDA, pero también una reflexión aguda y objetiva sobre este complejo problema generó un desplazamiento de la comprensión del SIDA, hacia el campo de la saluti pública y consecuentemente de las políticas públicas.

Con todo, la realidad es que hoy, particularmente algunas esferas gubernamentales y en algunos grupos de la sociadad civil, existe la idea de que el SIDA es sobre todo un problema del ámbito de la salud pública, de así de ambigua es la situación : Se impone tendencialmente la regulación fundamental de SIDA, pero en convivencia con formas míticas, lo que dificulta la puesta en práctica de una verdadera política pública de prevención y control del SIDA, pero también de una política social de atención a seropositivos y de personas que viven con SIDA en México.

Las primeras medidas significativas en México se tomaron hacia fines de 1986 y en abril de 1987. Poco después que el anterior secretario de salud, el Dr. Guillermo Soberón, había declarado en Ciudad Juárez luego de unas redadas, que este era un mal ajeno a los mexicanos y sólo un problema de los Norteamericanos.

Aunque tardíamente la creación de CONASIDA y algunas modificaciones a la ley general de salud significaron un avance, frente a la inexistencia de un política pública. Se crea un organismo para prevenir y controlar el SIDA (1986) y luego en 1988 se le dota de funciones indicativas -como organismo desconcentrado- no se le asigna un presupuesto. Se establece que la prueba de VIH es un coto voluntario, no obligatorio, que se puede hacer anónimamente y que los resultados de la misma serán confidenciales. La estrategia fundamental de la acción gubernamental se centra y concentra en el control de las transfusiones sanguíneas de los bancos de sangre y hasta cierto tipo de los "Donadores profesionales". Lo poco que había antes del segundo semestre de 1989 en cuanto a publicidad preventiva del SIDA desapareció casi por completo. De ahí hasta la actualidad no ha aparecido nada nuevo en materia de prevención. El proyecto político más rentable en términos de imagen, no de eficacia, ha sido TELSIDA.

En Noviembre de 1989, se da a conocer a la Comunidad Internacional, y solo un año después se presentó al Presidente de la República Carlos Salinas de Gortari, el Programa de Mediano Plazo para la prevención y control del SIDA en México, I990/1994 (PMP). Este documento es el primer dispositivo integral- coherente y detallado que una instancia del ejecutivo mexicano ha diseñado para enfrentar los requerimientos de una epidemia en desarrollo.

El PMP presenta una gran indefinición en sus contenidos que da lugar a negociar indiscriminadamente con todas las fuerzas sociales interesadas, dejando amplio margen de la ambigüedad, con lo que opera una especie de boomerang contra sus propios objetivos de desestignatizar, de informar y de educar de acuerdo a los principios constitucionales y a los lineamientos de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

No puede negarse que en el PMP hay un avance relativo en cuestiones de educación y derechos humanos, menos aún si uno se limita a la lectura de su índice pero continúa preso de una visión de la educación sexual es principalmente para la salud : El placer no existe en él. Además no especifica ni las estrategias pedagógicas, ni los contenidos concretos de las actividades que promoverá y que justamente serán una base de la que depende su impacto, pertinencia y vinculación con los directivos generales.

En relación al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) las recomendaciones que hace en el sentido de la prevención del SIDA se basa en que el personal involucrado en la vigilancia

epidemiológica del VIH/SIDA en las 36 delegaciones políticas del D.F. deben conocer los lineamientos y procedimientos contenidos en el Manual VIH/SIDA 1990, del Sistema Nacional de Salud.

Se tiene que validar y evaluar con periodicidad mensual la productividad de módulos de atención, notificación de seropositivos, SEDA y contactos. Se le debe brindar asesoría al personal, realizar seguimiento de casos VIII/SIDA, seropositivos y contactos notificados con periodicidad semestral de aquerdo a norma.

Los casos detectados se deben verificar en la Jefatura de Servicios de Salud Pública. El personal involucrado en la vigilancia epidemiológica debe realizar evaluaciones semestrales y anuales para adecuar estrategias operativas, enviando la información a la Jefatura antes mencionada.

El 31 de mayo de 1995 el presidente Ernesto Zedillo, presentó el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (i ND), en donde la salud sexual y el SIDA quedan relegados al ámbito de la salud reproductiva.

En el actual plan, los lineamientos de salud formen parte de un enfoque más amplio e integral en la propuesta del desarrollo social, la cual tiene como objetivos: Propiciar la igualdad de oportunidades, elevar los niveles de bienestar y calidad de vida, disminuir la polyeza y la exclusión social.

Una de las características interesantes de la pandemia de SIDA es que la necesidad imperiosa de ocuparse de ella ha creado vinculos estrechos entre diferentes profesiones. Una vinculación de este tipo es la que se ha establecido entre la comunidad del sector de la salud pública y la de los Derechos humanos. Ya se ha mencionado la interrelación entre la protección de la salud pública y el respeto de los derechos y la dignidad de la que son. Pero la vinculación también ha Ilevado a compartir ideas sobre la manera de enfocar las cuestiones de salud y otros problemas humanos. Algunos de los criterios que se están adoptando en el sector de la salud guardan relación con la protección de los derechos humanos no sólo en el contexto del SIDA sino a nivel general.

La Estrategia mundial contra el SIDA promovida por la OMS, y adoptada por Estados de todo el mundo ha preconizado constantemente la adopción de políticas dirigidas a evitar el estigma y la discriminación y a crear un entorno favorable para los infectados por el VIH y los afectados de

cualquier otra manera por la pandemia de SIDA. Los fundamentos de estas políticas reflejan la creciente toma de conciencia de que para avanzar en el ámbito humanitario y en el de la justicia social deben establecerse vínculos entre numerosos sectores de la sociedad y es necesario la participación activa de las personas a quienes se intenta ayudar. La importancia de este criterio quedó destacada en la Consulta Paneuropea sobre el VIH /SIDA en el contexto de la salud pública de los derechos humanos, organizada conjuntamente por la oficina regional para Europa de la OMS y la Asociación Internacional de derechos y humanidad en Praga en noviembre de 1991. Derechos y humanidad describió este enfoque en un documento presentado en la Consulta Paneuropea.

En el marco de la salud, este cambio de actitud ha sido reconocido por la OMS en los principios de los programas de salud para TODOS y también se refleja en el deseo de que la relación ente médico y el paciente debe ser paternalista y tienda a una colaboración más efectiva. Del mismo modo, en muchos países se ha dejado de considerar que la salud es principalmente una cuestión de lucha contra las enfermedades por parte de la profesión médica, adoptándose en cambio un enfoque más preventivo en el que participan todos los sectores de la sociedad. De todos modos, aún existen diferencias de opinión en cuanto al criterio que debe adoptarse en materia de salud pública. Hay desacuerdo entre quienes reconocen la validez del artículo 1 de la Declaración universal de los derechos humanos, que afirma ".... que todos los seres humanos están dotados de razón, conciencia", y quienes creen que los seres humanos son intrínsecamente irresponsables y deben ser controlados para proteger la salud y el bienestar públicos. En el marco del SIDA, esta diferencia ha propiciado un debate entre quienes propugnan medidas más coercitivas y los que abogan por estrategias voluntarias basadas en el estricto respeto de los derechos y la dignidad de las personas.

En este sentido, el Programa Mundial sobre el SIDA ha pasado ha ser uno de los más avanzados en la OMS, ya que describe minuciosamente las repercusiones que tienen estos principios en las políticas. Algunos de los mejores ejemplos de una ejecución satisfactoria puede encontrarse en los Estados miembros que han aplicado principios de salud pública adaptados racionalmente a su situación nacional. A este enfoque de la salud pública se ha incorporado la idea de una estrecha cooperación con las comunidades que hasta el momento han estado más gravemente afectadas por el SIDA.

En todo el mundo personas con VII/SIDA están creando organizaciones como reacción ante las emsecuencias personales y sociales de la epidemba. Las actividades de salud en México, y dentro de ellas los servicios del CONASIDA, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida para los mexicanos. Esta Norma Oficial Mexicana (NOM) para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana aglutina los puntos de vista, propuestas y resultados de investigaciones que diversos organismos tanto gubernamentales como no gubernamentales y privados han realizado en los diversos ámbitos que ha generado la epidemia.

Básicamente la presente Norma emimera las definiciones de especificación de términos, disposiciones generales, medidas de prevención, medidas de control, así mismo, describe una bibliografía básica de la concordancia que tiene con otras normas a nivel internacional.

La prevención constituye la única medida con la que se cuenta para detener la propagación de la infección por el virus de inmuno deficiencia SIDA/VIH, puesto que no contamos aún con una vacuna o un tratamiento que sea eficez, a continuación se describirán las medidas preventivas de acuerdo a la Secretaría de Salud ,dirección general de epidemiología por los tipos de transmisión :

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL:

La educación para prevenir la transmisión sexual de la infección por el VIII requiere que los individuos modifiquen las conductas que los pudieran poner en riesgo de adquirir la infección ya que educar no sólo significa informar sino además inducir cambios en las diferentes prácticas. Lus tres medidas que se recomiendan a nivel de prevención son :

- A) abstinencia sexual
- B) relación mutuamente fiel con una pareja sana
- C) utilización de preservativo o condón.

Las prácticas sexuales se han considerado "sin riesgo" cuando el intercambio de secreciones es nulo (beso seco, abrazos, masturbación mutua), de "poco riesgo" cuando el intercambio de

secreciones es escaso (besos húmedos, coito con uso de condón), o con "riesgo" (coito sin uso de condón).

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA:

En nuestro medio la mayor proporción de casos debidos a transmisión sanguínea se han asociado a la recepción de transfusiones en mucho menor grado se ha asociado con drogadicción intravenosa:

A) Transmisión sanguínea a través de transfusiones :

En la República Mexicana se llevaron a cabo en 1986 modificaciones a la Ley General de salud para parantizar el suministro sanguíneo, se ha promovido la sustitución de la transfusión de sangre completa por la de sus componentes.

B) transmisión sanguínea a través de instrumentos punzo cortantes:

Se explica tembién por la aplicación de medicamentos por vía intramuscular o intravenosa con agujas o jeringas que no se hubieran esterilizado adecuadamente.

La posibilidad de transmisión existe también en el caso de acupunturistas, tatuajistas, pedicuros y similares que mediante de la utilización de instrumentos punzo cortantes no esterilizados. Se recomienda el uso de jeringas y agujas desechables.

C) Drogadicción intravenosa:

La prevención de la transmisión en los sujetos usuarios de drogas intravenosas es difícil puesto que son grupos que se encuentran fuera del alcance de los mensajes educativos actuales.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL :

Esta prevención se basa principalmente en la difusión de medidas educativas que promuevan evitar el embarazo en personas infectadas o en posibilidad de estarlo.

IV. BALANCE GENERAL

Como podemos damos cuenta en la lectura del discurso oficial sobre VIH/SIDA, la interpretación padece el peso de una construcción biológico- moral centrada en la heterosexualidad puramente reproductiva y en la unicausalidad viral, y desde la que se definen las nociones de los normal y lo patológico, de sexualidad normal y anormal, del comportamiento bueno o malo. Reducen al ser humano a un ente puramente biológico y no toman, como os y debe ser, el aspecto mental y sexual. El área mental del individno aunque tiene un sostén biológico incluye procesos psicológicos que tienen que ver en su visión de lo que es y de lo que puedo llegar a ser, generando con esto una diversidad de procesos que no tienen una explicación biológica; además queda en esta área los aspectos ideológicos que tienen que ver con el individuo mismo y su relación con los demás.

La sexualidad es asociada al peligro, el deterioro y la muerte; esta interpretación actualiza y refuerza concepciones históricas de estigmatización y discriminación, particularmente concepciones homofóbicas y erotofóbicas. Dejan fuera el complejo deseo- placer y la movilidad de la sexualidad. Su visión mecanicista no puede aceptar la participación del amor, puesto que una máquina no puede amar. Dejan de lado también los procesos sociales , económicos y políticos que pueden ser significativos en algunos de los fenómenos de intercambio sexual : Procesos de mercantilización, procesos de control/subordinación en las relaciones de género, e.c... (Grimberg,1995:49).

La sexualidad es una expresión psicológica y social, y no solamente biológica- genital. Y en esa expresión se da un fenómeno que estimula el crecimiento individual y social, promueve la ayuda mutua, la empatía y el bienestar : El amor.

Si un individuo comprende cuerpo y mente (otros agregan espíritu), es un reduccionismo que el discurso oficial explique la enfermedad desde el ámbito biológico, es decir, orgánico; no puede reducirse exclusivamente a este ámbito puesto que toda persona tiene procesos mentales que no siempre se sustentan en lo biológico.

A pesar de que consideran al SIDA como una enfermedad bio-psico-social su explicación es biológica. Su convencimiento de que hay que reducir lo complejo a sus partes constitutivas les

impide considerar al ser humano en todos sus aspectos. Los social y lo biológico no se reconocen como instancias distintas con especificidad propia, sino como factores de riesgo o componentes causales que actúan en distintos niveles. (López y Blanco, 1993:378). En la esfera psicológica una parte del proceso mental tiene sustento biológico, pero lo que no consideran es la parte ideológica que tiene que ver con el individuo y la sociedad. El discurso oficial cree que lo orgánico explica lo mental y viceversa. Por ello en el SIDA al saber que hay falla inmunológica dan por hecho que la hay también en lo psicológico. Como no consideran este otro elemento han transportado al SIDA de lo orgánico a lo ideológico o mental convirtiendo así a una enfermedad en estigma mortal.

La baja inmunológica en un individuo infectado podría no ser tan marcada si no se llevara a la esfera social- ideológica. Hay muchos enfermos que andan por ahí sin percatarse que son portadores del VIH, no les afecta y continúan con sus actividades cotidianas, el problema empieza cuando alguien le dice que está infectado ,que tiene el VIH. Es increíble como esta noticia los aniquila, sus procesos mentales le recuerdan lo que la gente dice del VIH: "VIH = SIDA = MUERTE". Todo individuo debe ser considerado en todos sus aspectos. Cada ser humano tiene características propias gracias a todos los procesos que lo integran. Actualmente nos han homogeneizado, el SIDA se explica bajo esa base. Dicen que el TODO explica las partes. Puede que eso sea cierto para una máquina pero para la humanidad no es aplicable.

Otro de los males de nuestro modelo médico dominante es que su visión biologicistamecanicista se ha enfocado a reparar el daño, la parte afectada: La inmunidad. De ahí que sus
manejos y políticas sanitarias se dirijan a mejorar los mecanismos de defensa del enfermo. Buscan
fármacos y vacunas que induzcan un reforzamiento inmunológico o ataquen al VIH; se concentran
en lo celular y molecular. Creen que el SIDA se sujeta a leyes mecánicas y que todos sus
fenómenos se explican desde su parte específicamente inmunológica. Se olvidan de la participación
social en la expansión del SIDA, no se dan cuenta, o aparentan no darse cuenta que viven en una
sociedad que está organizada sobre la base de que todos pensamos y percibimos la realidad de la
misma manera; sobre el individualismo producto del capitalismo donde el individuo es considerado
una mercancía; donde el sistema de valores apunta hacia la acumulación del capital; donde se vive
sujeto a la influencia de las normas de los países más desarrollados; donde el digno de ser tomado

en cuenta es el que posee grandes capitales, no dándose cuenta que el modelo económico actual puede ser más determinante que el mismo VIH en la expansión del SIDA.

Lo anterior se observa en el área farmacéutica donde se investigan y producen gran cantidad de fármacos, pero más que para bien de la humanidad se hace principalmente por intereses económicos, desde el modelo mecanicista buscan "reparar la parte averiada".

No hay que perder de vista, que en plena era de la terapia a base de medicamentos, todos estos compuestos químicos son tóxicos al organismo en algún grado. Esto es algo reconocido por todos. Por ejemplo, según el ministerio de salud francés "Hay que saber que todo medicamento eficaz tiene efectos secundarios. No hay absolutamente ninguna excepción a esa regla". (Beljanski,1989:14). En este sentido, existen ya algunas voces contrarias a las estrategias seguidas para combatir a VIH/SIDA "Se puede pensar, tanto en materia del SIDA como de cáncer, que si la aproximación es dificil es porque los problemas están mal planteados. Si es así, el dinero, por mucho que sea, no resolverá nada. AZT, interferón, interleucinas.....todos estos tratamientos ruinosos, que son tóxicos y no específicos, e incluso muchas veces cancerígenas no son caballos que puedan ganar la carrera". (Beljanski,1989:64). Debemos superar la idea de que los medicamentos son la panacea a este problema, y es posible que jueguen un papel marginal en el control de la pandemia del SIDA.

Su explicación reduccionista- mecanicista los conduce a considerar que el SIDA se da igual en todas las personas desconociendo que la forma de enfermar y morir está relacionada con la clase social a que pertenece el individuo y el espacio que éste habita y como el SIDA no distingue grupo sociales, edad, sexo, raza, estado económico y religión creen que el problema debe manejarse homogéneamente aparentando desconocer que las distintas clases sociales tienen un acceso diferenciado a los servicios de salud y a la información según su nivel de instrucción. Por ejemplo, la clases trabajadora se encuentra tan preocupadas por otros problemas (desempleo, salud, vivienda, etc...) que probablemente les es difícil captar los mensajes sobre SIDA. El Plan Nacional de desarrollo 1995-2000 relega al SIDA al ámbito de la salud reproductiva, mostrándose nuevamente su visión reduccionista.

Si se frena la carrera de acumulación de capital, si se considera al otro como igual en todos los aspectos; si detenemos el crecimiento del individualismo, egoísmo, de la riqueza material y

dejamos de amar al otro por necesidad, es decir que no se siga diciendo : "Te amo porque te necesito" sino que se empiece a decir : "Te necesito porque te amo". Estaremos resolviendo los problemas desde su perspectiva esencial .

Se requiere analizar la problemática del VIH/SIDA desde otra perspectiva que permita reconocer la especificidad de los social y lo biológico y entender cómo los social se expresa en el individuo (en su cuerpo y mente). Así, el proceso de salud- enfermedad sería la expresión de una compleja estructura, en donde los procesos sociales determinan y subordinan a los procesos bio- psíquicos, planteando que los orígenes de la enfermedad (en este caso el SIDA) no se localizan exclusivamente en el cuerpo sino también en condiciones externas. (López Blanco 1993).

Debe buscarse superar la idea de la enfermedad no como un problema individual sino de la colectividad, lo que significaría tratarlo como un hecho social y por lo tanto, que debe ser manejado tanto en términos teóricos como metodológicos como tal. No sólo necesitamos entender y resolver el hecho individual para solucionar el problema colectivo. (Laurell, 1977).

Cada país debe formular sus propios programas de acuerdo a las características y necesidades de su población, a través de medidas sanitarias específicas, respetando la dignidad humana y la dignidad del individuo, sin distinción, basada en el estilo de vida y el nivel socioeconómico.

El Estado no sólo debe enfocarse a la educación y prevención como forma de control, sino que debería de luchar por una mejor distribución de la información, contando con programas que se ajusten a las condiciones de vida de la población.

Fomentar la solidaridad humana que fortalezca la vida social, a través de la participación ciudadana en la toma de decisiones para la pronta solución de esta pandemia.

Debe atacarse con firmeza en la sociedad, la idea generalizada de que el SIDA es un problema que atañe únicamente a ciertos grupos de la población (básicamente homosexuales), pues la epidemia ya se ha desatado desde hace años en la población más amplia y sigue progresando, mientras que

muchos mantienen una actitud de indiferencia, por considerarse ajenos al mal, sin darse cuenta de que ellos también corren peligro. Es probable que la transmisión heterosexual del SIDA se convierta en el mecanismo predominante de infección a nivel mundial (Master, 1988). El SIDA no es una enfermedad de homosexuales. Es una infección vírica que no discrimina. Este virus ya está en la comunidad heterosexual, quizás la más indefensa por sus fantasías de estar fuera del problema y por ser un grupo muchos más grande.

Las campañas de prevención, deben ser más reflexivas que informativas, pues se ha observado que las pautas de conducta sexual humana son difíciles de modificar. Deben difundir uma información responsable que respete la libertad de decisión de opción de las personas y que les ofrezon elementos para tomar una decisión responsable.

Que se proponga y prigine una respuesta gubernamental responsable, ágil y sobre todo efectiva, cosa que no ha sucedido hasta el momento debido a que los índices de casos con SIDA van en aumento, a pesar de que no se le quiere reconocer su magnitud.

Debemos mostrar nuestro respeto hacia nosotros mismos ya los demás, y hacia la dignidad inalienable de la humanidad, ya que los derechos a los que deberíamos de tener acceso no son un lujo, ni un medio compensatorio sino que son necesidades fundamentales. A través del análisis y observación del discurso oficial hacia el SIDA consideramos que limitar la respuesta institucional hacia la enfermedad a un simple vigilar y castigar se está convirtiendo en un error histórico.

V. POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PARA CONTINUAR EL ESTUDIO

Nos gustaría poder continuar en un próximo trabajo de investigación desde el enfoque que propone la maestría en medicina social el desplazamiento del SIDA hacia las zonas más marginadas del país. Ya que pensamos que el impacto del SIDA será diferencial, y que se constituirá y se sumará como uno más de los males que ya aquejan a los grupos más desprotegidos.

ANEXOS

Clasificación de las manifestaciones de la infección

por VIH, de acuerdo con los CDC

Grupo I. Infección aguda

Grupo II. Infección asintomática

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente

Grupo IV. Otras enfermedades relacionadas con el VIH

Subgrupo A: Enfermedad constitucional (Síndrome de desgaste)

Subgrupo B:. Enfermedad neurológica

Subgrupo C: Infecciones secundarias

Categoria C1

Infecciones clásicas del SIDA

Neumonia por Pneumocystis Carinii

Criptosporidiasis crónica

Toxoplasmosis

Estrongiloidiasis extraintestinal

Isosporidiasis

Candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar)

Criptococosis

Histoplasmosis

Infecciones por mycobacterium aviumintracelulare o kansaii

Infección crónica por citomegalovirus

Herpes simple crónico, mucocutáneo diseminado

Leucoencefalopatía multifocal progresivo

Categoría C2, otras infecciones

Leucoplasía pilosa oral
Herpes Zoster multifocal
Bacterias recurrentes por salmonela no Tiphi
Nocardiosis
Tuberculosis

Subgrupo D. Cánceres secundarios relacionados directamente con el VIII

Sarcoma de Kaposi Linfo : No Hodgkin Linfoma cerebral primario

Subgrupo E. Otras entidades relacionadas con la infección por VIH*

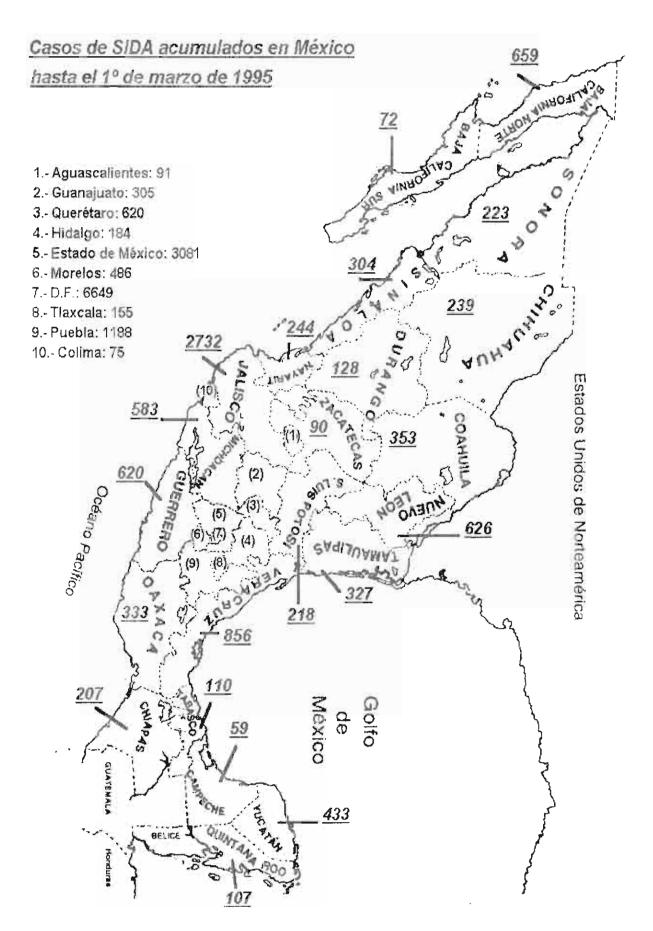
Linforna de Hodgkin
Púrpura trombocitopénica
Dermatitis seborreica
Nefropatía por VIH

^{*}Se incluyen aquí entidades clínicas relacionadas con el VIH e indicativas de inmunodeficiencia; síntomas atribuibles al VIH, o a enfermedades coexistentes, no clasificadas arriba o a enfermedades que pueden ser complicadas o alteradas de alguna manera por el VIH. Los presentes son un ejemplo de éstos.

Infecciones oportunistas o neoplasias

"indicadoras" de SIDA

- 1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- 2. Criptococosis extrapulmonar
- 3. Criptosporidiosis con diarrea con más de 1 mes de evolución
- Citomegalovirus en un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios, en un paciente de más de 1 mes de edad
- 5. Herpes simple con ulceraciones mucocutáneas de más de 1 mes de evolución bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier tiempo de evolución que afecte a un paciente mayor de 1 mes de edad
- 6. Toxoplasmosis encelálica en pacientes de más de 1 mes de edad
- 7. Micobacteriosis o enfermedad producida por el complejo del mycobacterium avium o el M. kansassi diseminado (en un sitio que no sea la piel, los ganglios linfáticos cervicales o los hilares, además de considerar su efecto en los pulmones)
- 8. Neumonía por P. Carinii
- 9. Sarcoma de Kaposi que afecta a un paciente menor de 60 años
- 10.Linfoma primario de cerebro que afecte a un paciente menor de 60 años de edad
- 11. Neumonía intersticial linfoide que afecte a un niño menor de 13 años
- 12.Leucoencefalopatía multifocal progresiva



BIBLIOGRAFIA

- 1. Beljanski Monique y Mirko (1989). La salud secuestrada. España, de. Cobra-Dictext.
- 2. Berkow , Robert (1995). El Manual Merck, España, Ed. Océano Centrum.
- 3. Cahn, Pedro (1992), SIDA un enfoque integral. Argentina, Ed. Paidós.
- 4. Capra, Fritjof (1982). El punto crucial. Argentina. Ed. Estaciones.
- Consejo Nacional para la prevención y control de SIDA. CONASIDA. "Situación del SIDA en México hasta Io. de marzo de 1995". Publicación mensual SIDA/ETS, México, 1995. 3:2855-2873.
- 6. Consejo Técnico de Letra S, (1995). "El SIDA en el PND", El Nacional, Suplemento Letra S. Julio 1995.
- Costa, J.R., A. Damiano, R. Rubio (1992) .La infección por el VIH. España ,Ed. Ministerio de salud. Madrid.
- 8. Diccionario Breve de medicina de Blakiston, (1990), México, Ed. La prensa médica mexicana.
- 9. El Nacional, Suplemento Letra S. 9:8-9.
- 10. García, Duarte N. (1995), "El largo camino de los migrantes". Migración y SIDA.
- 11. Goffman, E. (1988) Estigma de la identidad deteriorada. Buenos Aires, Ed. Amorrortú. 2a. Ed.
- 12. González, Luis (1985). Bases biológicas de la bisexualidad. México, Ed. Katún.
- Grimberg, Mabel (1995), "Sexualidad y construcción social del VIH/SIDA: Las representaciones médicas". Cuadernos médicos sociales, 70:37-51.
- 14. Hernández, Guillermo, Irma P. Juárez, Gloria Licea, Frederico Lima y Esperanza Negrete, (1991). " La política del SIDA: El ámbito gubernamental". Sida en México, 2:26-31
- 15. Instituto Nacional de Diagnóstico y referencia epidemiológica. *Boletin mensual de SIDA/ETS*, (México) 5,12:2064-2081.Diciembre de 1991.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y referencia epidemiológica. INDRI: (1990). Manual de vigilancia epidemiológica VIH/SIDA. México.
- 17. Laurell, Cristina (1977). "Algunos problemas tcóricos y metodológicos de la epidemiología social". Revista centroamericana de ciencias de la salud. 3(6):79-87.
- López, Oliva y José Blanco (1993). Modelos sociomédicos en salud pública: Coincidencias y desencuentros. México. Maestría en Medicina Social, U.A.M.-X. En Prensa.
- 19. Master, W.A.; N.E. Johnson y R.C. Colodny (1988). Crisis, la conducta heterosexual en la era del SIDA. Argentina. Ed. Planeta.
- 20. Mejía, Max (1988), "SIDA: Historias extraordinarias del siglo XX". En: Francisco Galván Díaz (coord.). El SIDA en México, los efectos sociales.
- 21. Oriol, Antonio (1989) Antropología médica. México, editorial Interamericana.
- 22. Ortiz, Federico (1986). La medicina y el hombre. México. Ed. U.A.M.

- Palacios Martínez, Manuel (1995). "Actualización en tratamientos". El Nacional, Suplemento Letra S. 11 -Septiembre- 1995:12
- 24. Quesada Ramírez, Emilio de (1987). SIDA. La Habana, Ed. Científico técnica.
- 25. Scpúlveda, Jaime A., Mario Bronfman y G. Blanco (1991), "SIDA y los derechos humanos". Diez problemas de salud en México y los derechos humanos. México
- 26. Sepúlveda, Jaime; et al (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México, Ed.SSA-r CE.- Instituto Nacional de salud pública.
- 27. Sepúlveda, Jaime; et al (1993). SIDA, su prevención a través de la educación. Una perspectiva mundial. México. Ed. El manual moderno.
- 28. Sida-Manual de trabajadores para capacitado.cs, Secretaría de salud. México.
- 29. Silverman, Milton y Philip R. Lec (1983). Pildoras, ganancias y política. México. I a. S. XXI.
- Sodeman, William A. (1989). Fisiopatologia clínica de Sodeman. México. Ed. Interamericana Mac. Graw Hill.

Comentarios generales: Medision breus Trabajo con buenos integración, aticulado Mégleri da des del discusso biológico bien do cumentados · estiguatización - originatemiento · ildividualización del problemas y de so solución escición del problem de mochas sexuales. L Hatau como problemo de Isalud reproductivo, se des decres los elementos lódicos of placenteros. I udvir reperences del conjutamiento de la opidemia lu oxos paises, principalmente EUA en Sude se esta Habour + que deir la la construción gluirica de las practices sexuales /identidades sexuales of pu la velou dad de municion presentación en q amas de casa, cevia coando el problemo signi sients de major magaixed - Recourse los Liscordos de atos actores: iglasia, grupos conservadores (Pravida), grupos estiguatirados (hace se xvales, jeninistas, prostitutos), ONB, goy sos de breches Mu wows.

AH00792 84373