

3006095



**UNIVERSIDAD LA SALLE**

ESCUELA DE DERECHO  
INCORPORADA A LA U.N.A.M.

ASPECTOS DE LA SOCIOLOGÍA JURÍDICA  
ENTORNO AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA  
ADQUIRIDA

**TESIS PROFESIONAL**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN DERECHO**  
P R E S E N T A  
**MA. DE LA LUZ RODRÍGUEZ RIZO**

ASESOR DE TESIS:  
MTRO. GONZALO VILCHIS PRIETO

MÉXICO, D. F.

2000

28/88



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

***A mis padres***

***Daniel Rodríguez Arellano***

*Porque estoy segura que si vivieras  
hubiera sido el mejor regalo como hija.*

***María Luisa Rizo Bravo***

*Por fomentar en mi el deseo por  
conseguir metas en la vida.*

***A mis hermanos***

*Por su cariño, apoyo y por impulsarme  
para la realización de este trabajo.*

***Al Mtro. Gonzalo Vilchis Prieto***

*Por haberme dedicado parte de sus conocimientos y  
tiempo, para que una idea se convirtiera en realidad.*

***A César***

*Por su apoyo, motivación, colaboración y sobretodo  
por el interés que despertó para que este trabajo  
llegara a su culminación. Gracias.*

***A Angelina***

*Por preocuparse por mi desarrollo personal y laboral,  
sobretodo por su calidad humana. Gracias por creer  
en mí.*

*A mis amigos, compañeros de trabajo y a todas aquellas  
personas que demostraron interés para la realización  
de este trabajo, gracias por su confianza.*

*A todos los enfermos de VIH/SIDA para que sus derechos  
humanos sean respetados por la sociedad en general.*

# *Índice general*

---

Agradecimientos	<i>i</i>
Índice general	<i>ii</i>
<b>Introducción</b>	<b><i>iv</i></b>
<b>1. ¿Qué es el SIDA?</b>	<b>1</b>
1.1. Definición y Clasificación.	1
1.2. Orígenes del SIDA.	7
1.3. Aspecto Clínico.	13
1.4. Epidemiología y Mecanismos del SIDA.	19
1.5. Aspectos Socioculturales.	25
1.6. Aspectos Políticos.	28
<b>2. Situación del SIDA en el Mundo</b>	<b>33</b>
2.1. África.	34
2.2. América.	38
2.3. Legislación Internacional sobre el SIDA.	43

<b>3. El SIDA en México</b>	<b>56</b>
3.1. Datos Epidemiológicos.	56
3.2. Medidas Adoptadas por el Sector Salud. Epidemiológicas del SIDA.	64
3.3. Creación de “CONASIDA” Centro Nacional de Información del SIDA.	70
3.4. Decreto por el que se crea CONASIDA.	73
<b>4. Derechos humanos y SIDA</b>	<b>76</b>
4.1. Derechos humanos relacionados con las personas que viven con el VIH/SIDA.	78
4.2. Ordenamientos aplicables a los casos de VIH/SIDA contemplados en la Ley General de Salud.	84
4.3. Ordenamientos aplicables a los casos de VIH/SIDA contemplados en la Ley Federal del Trabajo.	87
4.4. Garantías individuales contenidas en nuestra Constitución Política que resultan aplicables a las personas que viven con VIH/SIDA.	92
4.5. Derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA en México.	95
<b>Conclusiones</b>	<b>99</b>
<b>Propuesta</b>	<b>103</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>105</b>
<b>Glosario</b>	<b>109</b>

# *Introducción*

---

Actualmente, se presenta en nuestra sociedad una enfermedad que amenaza con destruir al hombre denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que ha llamado la atención del mundo entero. El SIDA es un problema de salud pública complejo con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud por lo que es importante contar con una legislación que contemple todos estos aspectos.

En este trabajo se presenta un panorama de la situación del SIDA en México, abarcando los aspectos y problemas de la infección del VIH/SIDA, pretendiendo dar aportaciones significativas en nuestra legislación mexicana.

El desarrollo del trabajo se dividió en cuatro capítulos: el primero con el nombre “¿Qué es el SIDA?” cuyo contenido incluye información histórica, clínica, epidemiológica, sociocultural y política, su definición y clasificación.

El segundo capítulo “*Situación del SIDA en el mundo*”, se abordan temas como el origen del VIH/SIDA y su medio de transmisión en África, la situación mundial de esta enfermedad mencionando los principales países de América que se han visto afectados y las medidas que han adoptado al respecto, así como su legislación internacional.

En el tercer capítulo “*El SIDA en México*” se hace referencia a los aspectos relacionados con la epidemiología de la enfermedad durante los primeros 17 años de la aparición del VIH/SIDA en México, así como los avances y logros alcanzados recientemente.

*“Derechos humanos y SIDA”* es el título del último capítulo por abordar consideraciones generales relacionadas con el tema de derechos humanos, su significado, la violación que sufren las personas que viven con VIH/SIDA, las consecuencias de la discriminación, la defensa de éstos y la importancia de su defensa como requisito para la prevención del SIDA.

# *1 ¿Qué es el SIDA?*

---

## **1.1. Definición y Clasificación**

### **1.1.1. Definición.**

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA\*) es una enfermedad infecciosa y mortal que ataca las defensas de nuestro organismo y es provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que puede entrar en nuestro cuerpo al tener relaciones sexuales con una pareja infectada y mediante el intercambio de líquidos corporales (semen, líquido preeyaculatorio, flujo vaginal o sangre cuando existen heridas en la piel), a través de transfusiones de sangre contaminada y, finalmente por contagio directo de la madre infectada al bebé durante el embarazo o en el momento del parto.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microbio que cuando penetra en el organismo puede permanecer "dormido" sin producir síntomas por mucho tiempo.

Una vez que el virus "despierta" o se activa, daña los mecanismos de defensa del cuerpo humano que combaten las enfermedades. Así, la persona afectada queda expuesta a contraer y desarrollar infecciones muy variadas y ciertos tipos de cáncer que acaban con su vida.

\* *Se entiende por:*

*Síndrome: el conjunto de síntomas de una enfermedad que tiene múltiples causas.*

*Inmunodeficiencia: el debilitamiento del sistema inmune o de defensa.*

*Adquirida: que se adquiere por algún mecanismo de transmisión.*



La detección del VIH, se lleva a cabo a través de una prueba de sangre con la cual se detectan anticuerpos que el individuo infectado ha desarrollado contra este virus.

Un resultado positivo de la prueba significa que la muestra de sangre se sometió a dos pruebas de detección. Una prueba inicial llamada ELISA y una prueba confirmatoria que recibe el nombre de WESTERN BLOT O INMUNOFLUORESCENCIA resultando todas positivas, lo que quiere decir que ha sido contagiado con el VIH y su organismo ha producido anticuerpos (defensas). Se ha demostrado que la mayoría de las personas con anticuerpos contra el VIH presentes en sangre tienen el virus en su cuerpo, por lo que pueden transmitirlo a otras personas.

Un resultado negativo de la prueba ELISA significa que los cuerpos contra el VIH no han sido encontrados en su sangre. Existen tres posibles explicaciones de este resultado:

- 1) El individuo no ha estado en contacto con el virus.
- 2) El individuo no se ha infectado.
- 3) El individuo está infectado con el virus pero su cuerpo todavía no ha producido anticuerpos. El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la aparición de anticuerpos es usualmente de 6 a 8 semanas.

Cuando un individuo está infectado por el VIH, y se realizan las pruebas de laboratorio para detectarlo, se descubren anticuerpos contra el VIH en el suero, si la prueba resultara positiva, al individuo se le llamará seropositivo.

Además, si todavía no se ha desarrollado alguna de las enfermedades que caracterizan al SIDA; se trata de un portador asintomático, que ya es capaz de infectar o de transmitir el virus a otras personas.

Sin embargo, pueden pasar varios años sin que el infectado o seropositivo tenga alguna enfermedad relacionada con el SIDA. En el momento en que presenta manifestaciones de alguna de ellas, se considera que ya está enfermo de SIDA.

El virus se encuentra principalmente en la sangre, el semen o fluidos vaginales de las personas contagiadas, así que solo puede transmitirse si estos fluidos corporales entran directamente a otra persona por vía sexual o sanguínea. También puede transmitirlo una mujer embarazada, portadora del VIH, a su bebé, durante el embarazo y el parto.

Las únicas formas de transmisión conocidas según su frecuencia son:

- 1) Vía sexual.- Cuando existe intercambio de líquidos corporales, principalmente de semen, secreciones vaginales y sangre, entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homosexuales o heterosexuales. Más aún si estas son con parejas múltiples o frecuentes.
- 2) Transfusión sanguínea.- De un donador de sangre infectada.

### 1.1.2. La Clasificación de la Infección por el VIH.

Las consecuencias clínicas de la infección por el VIH son muy variadas y oscilan entre un estado asintomático y una enfermedad muy grave, se clasifica<sup>1</sup> en:

**GRUPO 1. Infección Aguda.** La mayoría de los pacientes presentan síntomas o signos que no se reconocen en el momento de la infección inicial, aunque algunos enfermos desarrollan un proceso agudo aproximadamente de las 3 a 6 semanas tras la infección primaria. Este cuadro agudo se caracteriza por signos y síntomas inespecíficos, como fiebre, escalofríos, artralgias, mialgias, erupción cutánea maculopapular, urticaria, calambres abdominales, diarrea y meningitis aséptica. Este síndrome dura entre 2 a 3 semanas y desaparece espontáneamente.

**GRUPO 2. Infección asintomática.** Aunque el tiempo transcurrido desde la infección inicial hasta la aparición de la enfermedad clínica varía en gran medida, el período medio se ha estimado entre 8 a 10 años. Durante este tiempo, los pacientes se encuentran en la fase de infección asintomática. Aproximadamente el 75% de los pacientes presentan algún tipo de sintomatología, incluyendo un cuadro de sida florido (36%), durante los primeros 7 años tras la infección inicial, y hasta grado de deterioro de la función inmunitaria durante los 3 primeros años de la infección, habitualmente sin síntomas.

---

<sup>1</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest L., "Bibliography of the epidemiological, social, legal and ethical aspects of Aids 1989". Bibliographical serie 1, Instituto de Estudios del Caribe, Universidad de Puerto Rico, pág. 49.

**GRUPO 3. Linfadenopatía generalizada persistente.** Ciertos pacientes asintomáticos desarrollan una linfadenopatía generalizada persistente. Este síndrome se define como la presencia de linfadenopatías palpables (aumento de tamaño de ganglios linfático más de 1 cm) en dos o más zonas extranguineales, que persiste durante más de 3 meses en ausencia de algún otro proceso o enfermedad distinta de la infección por el VIH que pueda explicar esta alteración. Se ha postulado que este fenómeno, en ausencia de otros síntomas, representa la fase de contención inmunitaria del virus, y que es un signo favorable. No obstante, los enfermos que alcanzan esta fase suelen presentar una progresión, de forma que la contención viral que se produce es sólo transitoria.

**GRUPO 4. Otros.** La fase de la infección por el VIH que ha desafiado una clasificación clínica exacta es la de los signos o síntomas inespecíficos con o sin disminución importante en el número de células T4. Esta fase se ha denominado habitualmente de forma empírica como complejo relacionado con el SIDA (CRS) precoz cuando los pacientes presentan uno o dos signos o síntomas del grupo de fatiga, fiebre, pérdida de peso, erupción cutánea persistente, leucoplasia oral pilosa, herpes simple y candidiasis bucal.

**Subgrupo A. Afectación constitucional.** Se ha definido como complejo relacionado con el SIDA (CRS) avanzado cuando el paciente presenta más de dos de estas manifestaciones.

La línea divisoria entre el CRS y el SIDA florido no está clara, y la aparición de sintomatología constitucional debe considerarse como indicativa del SIDA.<sup>2</sup> Este último grupo está definido por la presencia de uno o más de los signos o síntomas siguientes: fiebre que persiste voluntaria de peso superior al 10% del nivel inicial, o diarrea que persiste durante más de un mes sin otra causa que explique estos síntomas.

**Subgrupo B. Afección neurológica.** Es frecuente en los paciente infectados por el VIH, entre el 40% y el 60% de los enfermos con SIDA presentan disfunción neurológica, y el 80% a 90% tienen alteraciones neuropatológicas en la autopsia, el trastorno neurológico más frecuente es la encefalopatía por VIH, también denominada complejo SIDA-demencia. Cuando aparece este síndrome o un cuadro de mielopatía o neuropatía en

---

<sup>2</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest, pág. 50

ausencia de un trastorno simultáneo o una enfermedad diferente a la infección por el VIH, se puede hablar de un proceso indicativo de SIDA. Otras complicaciones neurológicas del SIDA son la meningitis criptocócica, la toxoplasmosis del sistema neurológico central (SNC), el linfoma primario del SNC, la leucoencefalopatía multifocal progresiva, la infección por la citomegalovirus (CMV), la neuropatía periférica, la mielopatía vacuolar y la meningitis aséptica.<sup>3</sup> La presencia de una lesión ocupante de espacio en el SNC de un paciente infectado por el VIH debe considerarse como toxoplasmosis o un linfoma primario del SNC, mientras no se demuestre lo contrario.

Subgrupo C. Enfermedades infecciosas secundarias. La manifestación más frecuente de SIDA es una infección oportunista. No es raro que un paciente con SIDA presente más de una infección oportunista de forma simultánea, puede presentar las siguientes enfermedades:

- <i>pneumocystis carinii</i>	- herpes simple
- citomegalovirus	- herpes zoster
- candida albicans	- <i>cryptosporidium</i>
- <i>mycobacterium avium-intracellulare</i>	- isosporabelli
- <i>mycobacterium tuberculosis</i>	- especies de <i>salmonella</i>
- criptococos neuformas	- neumonía
- toxoplasma gondii	

Subgrupo D. El sarcoma de Kaposi se caracteriza anatomopatológicamente por la proliferación de una población celular mixta que incluye células endoteliales. A menudo, es la manifestación clínica de presentación del SIDA.

El VIH no es la causa directa del sarcoma de kaposi, y no existe ninguna prueba de transformación maligna de células. Clínicamente se caracteriza por la aparición de nódulos vasculares multifocales en la piel y vísceras. Su evolución puede ser indolente,

---

<sup>3</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest. pág. 53

con presencia exclusiva de manifestaciones cutáneas, o fulminante con afectación visceral difusa.<sup>4</sup>

Tumores linfoides. Existe un aumento en la incidencia de linfoma no Kobkin de alto grado de células B, incluyendo el linfoma cerebral primario de células B.

---

<sup>4</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest, pág. 60

## 1.2. Orígenes del SIDA

Entre los años 1978 y 1979, al Centro de Control de Enfermedades (de Atlanta, Georgia, Estados Unidos) comenzaron a llegar informes alarmantes: se trataba de casos aislados en las ciudades de Nueva York y los Angeles, que tenían en común un factor insólito. Los informes revelaban la incidencia inusual de un tipo de cáncer muy raro el Sarcoma de Kaposi en un grupo de hombres homosexuales. Al mismo tiempo, los especialistas informaban una forma de neumonía, muy rara también, causada por el neumocitis carinii (un pequeño protozoo parásito) que provocaba enfermedades pulmonares, pero que nunca antes había sido asociada con la aparición de brotes de epidemia.

Todos estos casos eran inesperados, y los expertos comenzaron a observar con mucho interés la coincidencia de estas enfermedades poco comunes entre las comunidades homosexuales de los Estados Unidos.

Por lo general, las células del Sarcoma de Kaposi y los microorganismos causantes de la neumonía del tipo neumocitis carinii siempre habían sido controladas eficientemente por el sistema inmunológico del cuerpo. Pero los científicos ahora se enfrentaban también ante un conjunto de síntomas, es decir, un síndrome en el que los sistemas normales de inmunización fallaban totalmente. Además, se trataba de una característica adquirida (no heredada) y, quizás, transmitida de persona a persona a través de un proceso de sensibilización o mediante una infección. A partir de entonces, el fenómeno comenzó a denominarse como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Una condición que a partir del año de 1992 se ha reconocido oficialmente por sus siglas SIDA (en español) y AIDS (en inglés).<sup>5</sup>

Después de los informes que reportaban los primeros casos del SIDA, la enfermedad comenzó a detectarse en emigrantes de Haití que no eran homosexuales, y entre personas adictas a las drogas especialmente, en diversas ciudades de los Estados Unidos. Pero, al mismo tiempo, se daban a conocer los primeros casos del SIDA entre pacientes hemofílicos que habían recibido transfusiones de sangre.

---

<sup>5</sup> Gmex D Mirko, "Historia del SIDA", ed. Siglo XXI editores, S.A. de C.V., págs. 25 a 48, México, D.F.

Sin embargo, estas hipótesis no podían sustentarse en ninguna base científica ni lógica. La homosexualidad es una condición universal y conocida desde las más antiguas civilizaciones; pero la enfermedad, en cambio resultaba algo completamente nuevo para el hombre. Mientras el número de casos de SIDA iba en aumento y, paralelamente se comenzaba a difundir hipótesis e ideas que se convirtieron en verdaderos mitos acerca de este mal, los cuales fueron originados lógicamente, por la ignorancia de los primeros momentos:

En África, por ejemplo culpaban de la epidemia a los "hombres blancos" por haber empleado un arma genocida; en muchos otros países se sospechaba de un virus experimental escapado de algún laboratorio; y hasta se llegó a comentar la posibilidad de que se trataba de armas secretas y de conspiraciones extraterrestres.<sup>6</sup>

Ante todo, era necesario identificar el virus causante del SIDA. Precisamente, el primero que recibió toda la atención de los científicos fue el citomegalovirus, un virus común en el ser humano y que se hallaba presente en las células del Sarcoma de Kaposi; luego de muchas investigaciones, los expertos desecharon esta posibilidad ya que este tipo de virus documentado oficialmente desde varios años, cuando aún no se había presentado la epidemia del SIDA.

Asimismo, se realizaron estudios acerca de la hepatitis B, ya que esta condición se propaga de una manera similar al nuevo síndrome. Pero las evidencias epidemiológicas refutaban esta hipótesis, pues en zonas donde tradicionalmente se habían presentado altos niveles de hepatitis B, no se detectaban niveles comparables de SIDA. A partir de entonces, los expertos comenzaron a plantearse la idea de que podía tratarse de un retrovirus.

Ya se había conocido acerca de un tipo de retrovirus que causaba la leucemia en los gatos, y se sabía que los animales infectados por este microorganismo no hallaban la muerte debido a la enfermedad en sí, sino como consecuencia de otras condiciones llamadas enfermedades oportunistas (porque invaden el organismo cuando se debilita el sistema de defensas). También se había observado otro retrovirus causante de la leucemia en el ganado vacuno.

---

<sup>6</sup> Gimmex, págs. 58 a 62.

Posteriormente, en el año de 1981, los científicos hallaron un retrovirus que infectaba a las células, en particular, al linfocito T-4 (una célula blanca o leucocito muy relacionado con el control inmediato de la inmunización).

Asimismo, el virus de la leucemia humana el HTLV-1 fue descubierto en los pacientes de una variedad de leucemia que es común en Japón y en algunas regiones del Caribe.

Finalmente, en el año 1983, los expertos detectaron un virus estrechamente relacionado con el HTLV-1: en los Estados Unidos lo denominaron HTVL-3; y en Francia lo llamaron LAV.<sup>7</sup>

Solo unos años después se confirmaría que este virus conocido de dos modos distintos es responsable de desencadenar la enfermedad mortal y a partir de entonces, se le conoce como VIH (es decir, virus de la inmunodeficiencia humana), o virus del SIDA.

De acuerdo con la opinión de los expertos, lo más probable es que el virus del SIDA no sea de reciente formación sino que su existencia se remonte a millones de años. Existe una gran similitud entre el material genético (es decir, el responsable de los caracteres hereditarios) de las células humanas y el material genético del propio virus del SIDA, así como el de la familia del virus a la cual pertenece. Esta coincidencia ha motivado a los científicos a plantear ciertas hipótesis acerca de que el virus existe en nuestro planeta desde tiempos inmemorables. Además, se trata de toda una familia de retrovirus, cuya primera aparición científicamente comprobada pudo haber ocurrido mucho antes de la década de 1980.<sup>8</sup>

En efecto, ya en el año 1959, en una muestra de sangre obtenida en el centro de África exactamente en una región al sur del desierto del Sahara, se había detectado el virus como una mutación de otro virus muy parecido, el cual era el causante de la deficiencia inmunológica en los monos. De hecho, existe una hipótesis que trata de explicar el surgimiento de la epidemia actual como resultado de una mutación del llamado virus de la inmunodeficiencia simia. Es probable, entonces, que debido al contacto tan estrecho que

---

<sup>7</sup> Broder, S. y R.C. Gallo "A Pathogenic Retrovirus (HTLV-III) Linked to AIDS", *New England Journal of Medicine*, 311, 1989 págs. 1292-1295.

<sup>8</sup> Broder y Gallo, pág. 1295.



ha existido durante años entre monos y seres humanos en esa parte del mundo, el virus haya evolucionado creando una forma letal que afecta a los seres humanos.

Por otra parte, la propagación del virus también ha sido un tema en que los expertos han centrado toda su atención después del año 1959 especialmente, durante la década de los años 1960 a 1970, la población mundial se ha movido en grandes grupos de un lugar a otro del planeta debido a múltiples factores, entre ellos:

- Las guerras de guerrillas en África.
- El desplazamiento de tropas internacionales.
- La guerra de Vietnam.
- Las migraciones y el éxodo masivo de poblaciones enteras, del centro de origen a otras áreas distantes.
- El incremento de turismo.

Todo este movimiento masivo entre países y continentes, pudo haber influido de una manera decisiva en la propagación de un virus que inicialmente estuvo confinado a un área específica del planeta. Asimismo, pudieron haber incidido en ello otros factores también importantes. Por ejemplo durante los últimos treinta años, la población africana del Subsahara que es la más afectada por el SIDA, se ha urbanizado considerablemente.

En un inicio cuando comenzaron las investigaciones acerca del virus del SIDA, los científicos rechazaban la idea de que la inmunodeficiencia humana tuviera sus precedentes en los simios. Sin embargo, hoy este hecho parece cada vez mas convincente. La doctora Beatrice Hahn y el doctor George Shaw, especialistas en virología Molecular de la Universidad de Alabama (Estados Unidos), han presentado evidencias de que el virus simio que afecta a los monos hallados en África Occidental, también transporta los mismos materiales genéticos (o hereditarios), del VIH-2 (es decir una de las dos cadenas de aminoácidos del virus del SIDA humano). Según los investigadores, "cada vez existen más razones para considerar que el virus del SIDA se ha originado en los monos".<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Essex, M. y P.J. Kanki "The Origins of the AIDS Virus", Scientific American 259.4, 1988, págs. 64 a 71.

Sobre este particular, se han dado muchos argumentos con el propósito de hallar una explicación a este fenómeno, incluso hasta se ha sugerido la posibilidad de que algunos monos con los que se habían realizado investigaciones, pudieron haberse escapado de laboratorios. Pero, según la mayoría de los expertos esta hipótesis no es plausible ya que la enfermedad es común a los monos y en ellos ha existido desde siempre.

Otra hipótesis sugiere la posibilidad de que la causa se halle en ciertas vacunas contra la poliomielitis (algunas de las cuales pudieron haber sido contaminadas accidentalmente con el virus simio), en particular, la vacuna desarrollada por la doctora Hilary Koprowski en la década de 1950, la cual se aplicaba directamente en la boca de los pacientes. Según algunos especialistas, en caso de que ciertas muestras de la vacuna de la doctora Koprowski estuviera infectada, su forma de inoculación permitía que el virus pudiera sobrevivir más tiempo hasta su incorporación al sistema sanguíneo, a través de alguna cortadura o lesión en las mucosas de la boca. Se calcula que en el año 1967 este tipo de vacuna se empleó en más de 200,000 pobladores nativos de la zona de Zaire, exactamente en la misma región de África donde, en la actualidad, los reportes de casos del SIDA son sumamente alarmantes.

Precisamente, debido a las dudas y las sospechas que existen entorno a este asunto, los expertos han propuesto que se analicen las muestras congeladas de la vacuna original de la doctora Koprowski, las cuales podrían hallarse en el Instituto Wistar (Filadelfia, Estados Unidos), en cuyos laboratorios había trabajado la Doctora Koprowski cuando dirigía esta institución científica. Hoy, esta teoría del contagio ha creado una gran controversia y la refutan otros científicos.<sup>10</sup>

Por otra parte, algunos investigadores han tratado de explicar el contagio entre el mono y el hombre basándose en un hecho muy singular. Se trata de la evidencia de que ciertas tribus africanas han mantenido la costumbre ancestral de inyectarse sangre de estos animales en el cuerpo, con el fin de aumentar la potencia sexual. Asimismo, otros especulan que quizás el traspaso del virus entre los monos y los seres humanos puede haber ocurrido mediante una simple mordedura de estos animales.

---

<sup>10</sup> Gmex, págs. 72 a 75.

A partir del año de 1981 fue cuando se empezó a sospechar de la presencia del SIDA en África.

Se organizaron varias misiones científicas y médicas con autorización del gobierno de Zaire: la mayoría de los laboratorios volvió a sacar los sueros recolectados en África para otras investigaciones antiguas, en especial durante el curso de los estudios sobre la vacuna contra la hepatitis B, y siguieron los primeros resultados: Zaire y África Central estaban contaminadas por el virus del SIDA.

La investigación de los anticuerpos dirigidos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana, testigo de una infección causada por el Virus del SIDA, ofrecía valores de lo más contradictorios sobre el estado del SIDA en África, y en especial en lo que concernía a la situación de la población normal. Algunos informes mencionaban la contaminación masiva de diferentes países: en realidad se trataba de falsas reacciones, debidas a la calidad de los sueros africanos y sobre todo a su mal estado de conservación.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Gmex, págs. 76 a 80.

### 1.3. Aspecto Clínico

Las manifestaciones clínicas del SIDA pueden aparecer en diversas partes del organismo. Esta enfermedad afecta directamente al sistema inmunológico encargado de defender al cuerpo de los ataques del exterior. Si las defensas están bajas, la susceptibilidad para enfermar aumenta. Los padecimientos pueden ser los mismos que se presentan en personas sin el VIH, pero adquieren una evolución diferente en quienes si tienen SIDA. Por otra parte, se conocen daños característicos a este padecimiento, sin embargo, precisamente porque la inespecificidad de las mismas pueden generar confusión en el diagnóstico, se vuelve indispensable la orientación que brinda la historia clínica.

El antiguo recurso del interrogatorio médico descrito en la historia clínica se convierte en un medio fundamental para conocer al paciente. Este acude a consulta por lo regular cuando presenta síntomas de algún padecimiento cuya causa hasta ese momento ignora pudiera ser el SIDA. Algunas de las preguntas ineludibles deben considerar la vida de la persona entrevistada; este aspecto se maneja con excesiva precaución por el rechazo que en general manifiestan las personas que buscan atención médica por motivos aparentemente no relacionados con el aparato genital.

El interrogatorio médico y la exploración física exhaustivos proporcionan al médico general y los especialistas datos valiosos para elaborar diagnósticos.

En la primera etapa, de las cuatro semanas a los cuatro meses; pueden aparecer síntomas parecidos a los de una gripe. En el lapso de tres años es probable encontrar síntomas leves como fiebre, sudoración, fatiga, pérdida de peso sin relación aparente con alguna patología, náuseas, diarrea, linfadenopatía. Se considera que cerca del 50% de los enfermos de SIDA se encuentran en este caso. Quienes tienen un cuadro clínico con tres años de evolución y presentan síntomas graves pueden ser entre el 15% y el 20%. Los síntomas son: neumonía, sarcoma de kaposi, micosis en el esófago y diarreas graves.

### 1.3.1. Manifestaciones gastrointestinales.

El conducto gastroentestinal es de los principales órganos afectados en los enfermos de SIDA, más comúnmente por infecciones sin neoplasia. Las primeras pueden ser generadas por microorganismos no oportunistas como algunas bacterias: salmonella, shigella; protozoarios: entamoeba histolítica, giardia, lambia; virus: herpes simple, hepatitis y hongos. También intervienen microorganismos oportunistas: micobacteriayum avium o tuberculosis, crytosporibium, isosporabelli, citomegalovirus, candida alpicans.

Entre las neoplasias más frecuentes esta el sarcoma de kaposi, que afecta principalmente la submucosa del estómago y el intestino proximal. Este puede manifestarse por hemorragia gastrointestinal cuando afecta una zona muy extensa.

El síndrome gastrointestinal que más comúnmente aparece en el SIDA, ya sea al inicio o en el curso del padecimiento. Esto ocurre en más del 85% de los pacientes; le sigue la disfagia, y la odinofagia.

En la boca se puede encontrar candidiasis oral, sin que este sea criterio de diagnóstico. Tales lesiones se presentan como placas blanquecinas o úlceras dolorosas. Es frecuente que las lesiones del esófago provoquen disfagia. La causa más común de diarrea son las infecciones del intestino delgado y del colón. La enteritis se manifiesta con diarrea prolongada y en los casos más graves, con colitis hemorrágica o con perforación de colón. En algunos enfermos se encuentra mala absorción sin relación de infecciones, probablemente secundaria o desnutrición.

En el hígado y las vías biliares hay frecuentemente alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático, aunque no existen lesiones específicas del SIDA.

### 1.3.2. Manifestaciones cutáneas.

En muchos casos las manifestaciones en la piel son los primeros signos de la enfermedad. Pueden presentarse padecimientos comunes con características atípicas, floridas con escasa respuesta al tratamiento.

Las infecciones virales más comunes se producen por herpes simple genital, perinatal y oral. Las lesiones por hongos, especialmente por candida, se localizan en la mucosa oral y otras áreas del cuerpo como la región genital y las uñas.

Los pacientes con desnutrición manifiestan algunos cambios en la piel: cambio de coloración del pelo y unas quebradizas, es frecuente la dermatitis ceborrérica. En pacientes con SIDA se han registrado la leucoplaquia pilosa y la foliculitis eosinofílica; la primera se caracteriza por placas blanquecinas en los bordes laterales de la lengua, la segunda por pápulas foliculares muy pruriginosas en el tronco y las extremidades.

### 1.3.3. Neumonía.

Esta generalmente es producida por un microorganismo llamado *Pneumocystis Carinii*; este tipo de neumonía es frecuentemente mortal en diferentes grupos de pacientes con inmunosupresión.

Es factible lograr la recuperación de los pacientes que presentan el primer episodio, pero el pronóstico no es tan bueno en los episodios subsecuentes debido a la mayor posibilidad de infección simultánea.

La presentación clínica se caracteriza por fiebre elevada mayor de 39 grados centígrados y tos en exceso que aumenta en intensidad y frecuencia; posteriormente aparece dificultad para respirar.

### 1.3.4. Sarcoma de kaposi.

Se trata de la neoplasia más comúnmente del SIDA. Es de una complicación que ocurre en un 25% del total de casos de SIDA; alrededor del 10% de esta porción desarrolla este tumor como una infección oportunista. Sin embargo, los diferentes grupos con riesgo de

SIDA, parecen tener distintas sensibilidades al desarrollo de este cáncer. En homosexuales es unas cinco veces mayor que en los otros grupos de riesgo, un 40% de homosexuales con SIDA se desarrollan con sarcoma de kaposi. No se ha aclarado la razón de esta frecuencia en estos pacientes, pero se piensa que el sarcoma de kaposi, es causado por un virus oportunista hasta la fecha no identificado, diseminado en la comunidad homosexual pero raro en otros grupos.

No se conoce la célula exacta aunque se piensa que surge de las endoteliales, como las que recubren los vasos sanguíneos. La transformación maligna causa graneado de la pared interna de los vasos sanguíneos pequeños con células tumorales en forma de uso. Es posible observar un cuadro similar cuando el sarcoma de kaposi afecta ganglios linfáticos y órganos internos. El crecimiento continuo del tumor puede producir obstrucción linfática y como resultado los miembros afectados se tornan tumefactos y los órganos pueden congestionarse y crecer. No dan etactasis, es multifocal y afecta numerosos sitios, con predilección por el aparato digestivo, de la boca del ano.<sup>12</sup>

De lo observado hasta ahora resulta que alrededor del 50% al 70% de pacientes con SIDA y el 25% de pacientes con complejo relacionado al SIDA presenta la llamada demencia asociada al SIDA (DAS), la cual se inicia con temblores y lentitud de movimientos y evolución hacia una demencia grave en la que encontramos mutismo, incontinencia y parálisis parcial.

La casuística ligada al estudio del SIDA no permite aún determinar la carga neurológica que se vincula al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, pero algunos investigadores consideran que el principal daño ocasionado por esta enfermedad es el neurológico.

La forma de ataque al cerebro parece ser directa a través de macrófagos contagiados quienes pueden ser, según evidencias cada vez más firmes, los causantes del cuadro demencial. Otros autores (la mayoría) señalan un porcentaje de 40% de sujetos afectados por el SIDA, que se complican con un cuadro demencial.

---

<sup>12</sup> CDC (Center for Disease Control), "Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men- New York City and California", *Morb. Mortal, Weekly Rep.* 30 1, 1981b., págs. 305 a 308.

Los pacientes con demencia asociada presentan anormalidades típicas en relación con las funciones cognitivas, motoras y del comportamiento. Al iniciarse el padecimiento hablan de necesidad de hacer listas de actividades que deben desarrollar y que ellos ven como insuperables; pierden interés en su trabajo y en otras actividades, y aparece un cuadro depresivo, que al parecer esta más relacionado con alteraciones bioquímicas y no debe ser confundido con la depresión que ocurre como parte de la reacción al saber el diagnóstico.

Más tarde, aparecen trastornos motores que se inician con un temblor fino e inseguridad al caminar y se encuentra que hay un retardo en sus reflejos.

Continúa el deterioro, se agudiza la apatía, se hace lento el discurso y el deterioro mental puede llevar hasta el mutismo total, la demencia severa, hipoquinesia general e incontinencia. Se han reportado un número menor de casos con psicosis asociada al síndrome orgánico cerebral.

Los estudios del cerebro con tomografía computarizada indican una atrofia importante de las sustancias blanca y gris. En fecha reciente se demostró la presencia de material genético VIH en células cerebrales.

En resumen los cambios principales del cuerpo demencial asociado al SIDA son:

- Encefalopatía
- Cambio de personalidad
- Falta de concentración
- Alteraciones de la memoria a corto plazo
- Desorientación
- Deterioro del habla
- Deterioro de la visión.

Algunos pacientes desarrollan serios estados de agitación, con un cuadro de tipo maniaco o cuadro parecidos al Síndrome de Parkinson.



### 1.3.5. Complicaciones neurológicas.

Las complicaciones neurológicas más frecuentes varían en su presentación, según en la fase de la enfermedad en que se presenten.

Así por ejemplo, en la fase aguda terminal vamos a tener más frecuentemente la presentación de una meningitis encefalitis aguda aséptica caracterizada por fiebre cefalea, signos meníngeos de pares craneales. También se presentan alteraciones del sistema nervioso periférico como sería la polirradiculitis, la polineuritis y la polineuropatía periférica.

En las etapas clínicas tempranas y final puede presentarse: linfoma primario del sistema nervioso central; linfomas sistémicos con compromisos del sistema nervioso central; sarcoma de Kaposi del sistema nervioso central.<sup>13</sup>

En la etapa clínica final pueden presentarse como complicaciones las infecciones oportunistas del sistema nervioso central, el infarto cerebrovascular y la hemorragia cerebrovascular.

No hay tratamiento específico ni para la encefalopatía ni para el cuadro demencial asociado al SIDA; puede dar algún resultado, el uso de medicamentos estabilizadores del ritmo cerebral, el uso de antipsicóticos, cuando el cuadro se ha complicado a una psicosis, y el uso de la psicoterapia y la rehabilitación con objetivos adaptados al proceso progresivo del cuadro demencial.

---

<sup>13</sup> CDC (Centers for Disease Control, "Pneumocystis pneumonia-Los Angeles", *Morb. Mortal, Weekly Rep.* 30. 1981a. págs. 250 a 252

## 1.4. Epidemiología y Mecanismos del SIDA

En cierto sentido, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ha pasado de ser una enfermedad de transmisión sexual, perinatal y sanguínea a un padecimiento de transmisión social, por sus implicaciones que han tenido fuertes efectos sociales, políticos, culturales, económicos; su diseminación responde ahora más a la actitud de los pueblos y sus gobiernos, sus instituciones, a la educación, información, etc.

Cada país maneja de una manera diferente sus programas contra el SIDA, particularmente aquellos encaminados a la educación y a la información sobre el padecimiento, pues los mensajes emitidos y la efectividad de los planteamientos depende del conocimiento que se tenga de sus rasgos culturales, sus hábitos, tradiciones, costumbres, etc..

Los factores socioculturales han determinado que en el mundo aparezcan diferentes patrones de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Europa y Estados Unidos conforman un patrón en el que el SIDA esta más concentrado en las comunidades homosexuales y entre los toxicómanos que emplean jeringas para aplicarse las drogas; el segundo patrón lo constituyen África, Haití y algunos países latinoamericanos como México y Brasil, en los cuales el contacto sexual entre heterosexuales es una vía de contagio muy importante, de hombre a mujer y de mujer a hombre, con implicaciones perinatales muy significativas, de la madre al hijo por vía intrauterina, durante el parto o la lactancia. En el caso de México y Brasil la tendencia a incrementarse el número de enfermos de SIDA en heterosexuales se debe fundamentalmente a la existencia de un puente de transmisión entre homosexuales y heterosexuales; se trata de las personas con hábitos bisexuales, quienes representan un sector difícil de control y de comunicación porque realizan sus prácticas sexuales de manera clandestina. El tercer grupo esta localizado en los países de Asia, en Centroamérica y algunos de Sudamérica; estos mantienen una prevalencia bastante baja de la enfermedad y el mayor número de casos reportados se debe a infección por sangre contaminada, muchas veces importada.

Así la educación se plantea considerando las diversidades epidemiológicas y las conductas sociales. Pero el hecho de que se establezcan estos 3 patrones no significa que

debe restarse importancia a los otros aspectos epidemiológicos y formas de transmisión menos significativos en estos momentos, pues podrían convertirse tarde o temprano en factores primordiales si no se les atiende preventivamente.

Los patrones de transmisión establecen diferencias epidemiológicas en distintos grupos de naciones, cuyas características culturales y sociales determinan tales resultados epidemiológicos desde su aparición en México, el SIDA ha adoptado un desarrollo particular en cuanto a su transmisión, muy diferente al de Estados Unidos, África, Asia o Europa, incluso la evolución de la enfermedad presenta distintas proporciones para los tipos de infecciones que la acompañan o de padecimientos derivados de inmunodeficiencia. Hay diferencias en cuanto a los microorganismos oportunistas que más daño causan en este proceso, lo mismo sucede con los períodos de sobrevida en mexicanos con síntomas del padecimiento.

#### 1.4.1. Agente causal.

El VIH es uno de los llamados retrovirus, el cual solo el ADN podía servir de apoyo para la síntesis de otros nucleicos: nuevo ADN durante la duplicación y ARN durante la transcripción.

En efecto, ciertos virus contienen ARN capaz tanto de dar origen a ADN en el citoplasma de las células que parasitan, como de duplicarse para formar nuevas cadenas de ARN.

Cuando la célula infectada se divide, el provirus se duplica junto al ADN de los cromosomas y aparece inexorablemente unido al material genético de las dos células hijas y al del grupo de células derivadas de éstas.

Esto ocurre con el VIH, cuya célula huésped, que pertenece al sistema inmunitario, es un tipo de linfocito, el llamado T, encargado de estimular otros linfocitos, los B producen los anticuerpos, y de activar otras células del sistema inmunitario llamadas macrófagos, que normalmente captan y digieren a los microorganismos extraños.

Con respecto a los macrófagos, los investigadores están convencidos de que los descubrimientos sobre el papel de los macrófagos con relación al comportamiento del virus del SIDA, pueden explicar porque los pacientes son especialmente vulnerables a algunas enfermedades y no a otras.<sup>14</sup>

Los macrófagos sirven de huésped al virus del SIDA, porque el virus se reproduce en ellos pero no los mata, como mata a las células T. En estas últimas, el virus es expulsado cuando se produce. En los macrófagos, el virus brota en el interior, permaneciendo en las células en lugar de ser expulsado.

Los macrófagos infectados pueden transmitir el contagio a otras células, posiblemente por contacto. Pero este tipo de células, al ser invadidas por el virus del SIDA, neutralizan las defensas normales del cuerpo, de manera que no se inicia la producción de anticuerpos contra el virus. Esto podría explicar, según los investigadores, los casos en que los pacientes desarrollan el virus del SIDA sin que desarrollen anticuerpos contra este virus. Cada vez es mayor el número de investigadores que estudian los macrófagos en busca de una explicación.

Cuando el virus obstaculiza y anula la acción de los linfocitos T, sobreviene el problema al quedar inutilizado en gran medida el sistema inmunitario, puesto que ni los macrófagos son activos, ni se producen suficientes anticuerpos.

Al deprimirse la producción de las defensas del organismo, éste queda expuesto a la acción de muchos agentes patógenos que si antes eran rápidamente controlados y eliminados, ahora desarrollan sin obstáculos su agresividad hasta causar la muerte del sujeto agredido.

---

<sup>14</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest, pág. 53.

## 1.4.2. Mecanismos de transmisión.

Basándose en los grupos de riesgo en que se ha identificado el SIDA, hay pruebas firmes que sugieren que el virus del SIDA se transmite:

1. Por contacto sexual, tanto homosexual como heterosexual.
2. Por transferencia perenteral en sangre o productos hematológicos.
3. Por compartir agujas y jeringas, especialmente quienes usan drogas intravenosas.
4. Por transferir transplacenteria y perinatal de la madre al niño.

Se ha aislado el virus en linfocitos de la sangre periférica, células de la médula ósea, líquido cefalorraquídeo y tejido cerebral, ganglios linfáticos, plasma sin células, saliva, semen y lágrimas.

La exposición a cualesquiera de estos líquidos corporales, si están contaminados, representa un riesgo. Sin embargo, el peligro de infección depende mucho de la vía de exposición.

### 1.4.2.a Contacto sexual.

Las relaciones sexuales transmiten el virus del SIDA a través del semen, las secreciones vaginales y anales, siempre y cuando haya una solución de continuidad a través de la mucosa, por lo que el riesgo de contagio en la actualidad se acepta que es el mismo, tanto si se toma el papel activo como el pasivo, sexualmente.

Sin embargo, se considera que la penetración anal, implica el riesgo más alto de infección ya que la pared rectal y la piel del pene son relativamente más delgados y frágiles que la pared vaginal.

Hay múltiples opiniones que sugieren que el SIDA es una enfermedad viral clásica de origen hematológico, muy similar a la hepatitis B. Según esto, las lesiones leves

permitirían la salida de pequeñas cantidades de sangre y en consecuencia el paso del virus de un compañero sexual a otro.<sup>15</sup>

Se sabe asimismo que el virus del SIDA se encuentra en las secreciones cervicales y la sangre menstrual de mujeres infectadas y ello explicaría su medio de transmisión durante las relaciones sexuales vaginales. El virus pasaría a través de cualquier solución de contacto o alteración en el recubrimiento del pene. Se ha sugerido que los varones no circuncidados tienen mayor riesgo, ya que el recubrimiento interno del pene puede presentar un 50% del área de superficie del miembro cuando está erecto, aumentando así el riesgo de adquirir el virus del SIDA a través de una alteración de la piel. Aunque no se ha confirmado, es una observación interesante, ya que se sabe que tanto el herpes genital como la sífilis son más comunes en varones no circuncidados.

Las dos enfermedades dependen de una rotura o abrasión en la piel que les permite penetrar al cuerpo.

#### 1.4.2.b Transferencia parenteral.

Hay abundantes pruebas que indican que la sangre, los productos hematológicos o el concentrado del factor VIH obtenidos de pacientes de SIDA llevan el agente causal. Sin embargo, para que se transmita, al parecer es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor. La sangre contaminada que cae en la piel o en los alimentos probablemente no es suficiente para causar una infección.

#### 1.4.2.c Transmisión perinatal.

Se ha comprobado que el feto puede adquirir el virus del SIDA por vía transplacentaria, y que los lactantes también pueden adquirirlo a través de la leche materna o por el contacto estrecho después del nacimiento.

---

<sup>15</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest, pág. 55

## La saliva y el SIDA.

En fechas recientes se ha comprobado la existencia del VIH en la saliva humana. El virus se ha aislado en individuos portadores sanos del SIDA o en quienes han tenido contacto con pacientes de SIDA. Ello plantea la posibilidad de que el supuesto agente se transmita con el beso o en forma por la tos y el estornudo. En consecuencia, la siguiente etapa debe establecer el potencial infectante de la transferencia salival. Hasta la fecha, los investigadores no han señalado las cifras de virus contenidos en la saliva. No existen pruebas epidemiológicas que sugieran que los pacientes se hayan infectado por esta vía.

Algunas investigaciones recientes han demostrado que no es probable la transmisión salival, ya que esta contenía dos sustancias inhibitoras que inactivaban el virus del SIDA.<sup>16</sup>

## Período de incubación.

El patrón inicial de crecimiento lento del padecimiento sugiere un período de incubación relativamente prolongado de varios años después de la infección con el agente del SIDA.

Pruebas más específicas han precisado un período de latencia de la infección de 6 meses a más de 6 años. El promedio del período de incubación es de unos 28 meses.

---

<sup>16</sup> Cunningham Ineke, Cunningham Ernest, pág. 60.

## 1.5. Aspectos Socioculturales

El SIDA se ha convertido en un problema social que despertó el interés de las instituciones que prestan servicios médicos por tomar en cuenta no solamente la dimensión biológica de la enfermedad, sino los aspectos sociales que influyan de manera directa o indirecta en la propagación de la misma.

Considerar el enfoque social a fin de establecer medidas que permitan reducir la expansión del SIDA, significa hablar de aspectos económicos, socioculturales, educativos, ideológicos y políticos en la prevención y atención del SIDA.

Lo anterior, implica que no se puede desconectar a los individuos de su ambiente social, ya que tanto aquéllos que pertenecen a grupos con prácticas de alto riesgo como los que se encuentran en grupos con menor probabilidad de contraer el SIDA, son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico.

Este hecho insoslayable, nos lleva a reconocer que los individuos tienen un cierto modo de vida condicionado por la forma como trabajan y obtienen sus recursos económicos y el monto de éstos. Los individuos poseen también determinados patrones socioculturales y expectativas que modelan sus ideas y actitudes, así como la manera de comportarse socialmente.

El problema del SIDA y su relación con los aspectos sociales no puede verse de manera mecánica, ya que aún cuando desde la perspectiva biológica se demuestra la inexistencia de una historia natural de la enfermedad, debemos también preocuparnos por conocer la historia social de la enfermedad del SIDA. Es decir, en que circunstancias sociales surge, cuales son los grupos mas afectados y porque causas se presentan; que variables socioeconómicas y culturales influyen para que se difunda la enfermedad, como perciben los individuos desde su marco sociocultural las campañas de educación sexual para la prevención del SIDA y que conducta adoptan frente a dichas medidas.

Debe tenerse en cuenta que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro, y por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como



se difundan en los distintos grupos sociales deberá responder a los marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos respectivos.

Asimismo, la manera como los individuos captan los mensajes que se difunden en medios informativos para prevenir el SIDA depende también de su aspecto sociocultural y económico.

Sin duda, los grupos sociales que por sus recursos han tenido mayores oportunidades de alcanzar estudios medios superiores tendrán una mayor receptividad hacia los mensajes del sector salud, ya que disponen de cierta cultura médica. Aquellos grupos que por sus precarias condiciones económicas tienen bajos niveles de escolaridad pueden pensar que el SIDA no es su problema principal e inmediato, ya que viven cotidianamente serios problemas como son el desempleo y subempleo, la desnutrición y la falta de vivienda con los servicios básicos.

En tales circunstancias, los graves problemas que enfrenta diariamente la población mayoritaria de nuestro país impidieron que ésta capte correctamente los mensajes del sector salud y, por lo tanto, que cambien sus hábitos sexuales por otras que sean menos riesgosas para su salud. (En otras ocasiones puede tenerse conciencia del peligro de contraer la enfermedad, pero ante una realidad llena de frustraciones y un medio social agresivo, el individuo se refugia en el alcohol y en las relaciones sexuales pasajeras como un desahogo momentáneo de sus males).

La respuesta social ante este problema, tiene un largo camino por recorrer para asumir este compromiso que es responsabilidad de las autoridades, los medios masivos de comunicación, los líderes comunitarios, los sectores involucrados y toda la población.

El SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha planteado dilemas lo mismo en el orden de la salud pública, que de la psicología, el derecho y la moral; se ha constituido en una sombría y mortal amenaza, ha vuelto relativos los triunfos que la medicina logró durante más de doce siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud-enfermedad y ha suscitado reacciones demasiado semejantes a las de antaño en esferas sociales, políticas y científicas.

Es de esperar que la enfermedad y muerte por SIDA se incremente en los próximos años, y considerando el número de individuos que involucra, los modos en que se

transmite, el impacto que tiene y las reacciones que provoca, bien podría ser llamada una enfermedad social.

Pese a que en los comienzos de la epidemia no parecía haber razón para dudar de que los problemas planteados por la nueva infección podrían ser rápida y eficientemente resueltos por el saber médico, el largo período asintomático de la enfermedad, el no menos largo lapso en el que se prevé que será posible encontrar una vacuna efectiva, así como el carácter íntimo y privado en que se lleva a cabo la mayor parte de los contagios, han hecho del SIDA un problema de salud pública.

## 1.6. Aspectos Políticos

La epidemia del SIDA en México se inició en 1981, año en que se realizó el diagnóstico retrospectivo de los primeros pacientes. A partir de entonces el número de casos ha aumentado en forma exponencial, hasta constituir en la actualidad uno de los principales problemas de salud en el país. De ser un padecimiento que afectaba a grupos urbanos de nivel socioeconómico alto, principalmente a hombres homosexuales y bisexuales, se ha extendido hacia regiones rurales, atacando a personas de todos los niveles socioeconómicos, así como a mujeres, niños y personas con prácticas heterosexuales.

La participación de la comunidad ha evolucionado paulatinamente a diferentes instituciones tanto públicas como privadas, las cuales han tomado parte en la aplicación de las medidas destinadas a prevenir uno de los mecanismos por los que se transmite la infección sexual, sanguínea y perinatal. Cada uno de ellos requiere de actividades preventivas específicas, de cuya realización es responsable la población en su conjunto.

De esta manera, la prevención del contagio por vía sanguínea ha requerido la organización de las autoridades sanitarias, la educación del personal de salud y la participación de la comunidad.

La prevención del contagio por la vía sexual es particularmente compleja. Esto se debe a que implica la modificación de hábitos de los individuos que se interrelacionan, poniendo en juego múltiples aspectos de su subjetividad. Por tanto, prevenir esta vía de transmisión requiere en mayor grado de la colaboración activa de los sujetos cuyo hábito los pueden poner en riesgo de adquirir la infección.

La prevención del SIDA requiere que la comunidad la asuma como compromiso propio.

La sociedad mexicana a este respecto ha presentado una respuesta social organizada proveniente de múltiples grupos, tanto públicos como privados y es con su concurso que se logrará un avance para detener la diseminación de esta enfermedad.

Las actividades educativas de algunas de estas asociaciones se han dirigido hacia aquellas personas con prácticas o conductas que las pueden poner en riesgo de adquirir la infección. En nuestro país la mayor proporción de casos se asocia con la transmisión

sexual en varones homosexuales y bisexuales; en menor proporción se han presentado casos en sujetos heterosexuales.

Entre las agrupaciones que han orientado sus esfuerzos en este sentido se hallan las siguientes:

- Fundación Mexicana de lucha contra el SIDA
- Colectivo Sol
- Red Utopista de Información
- Intercambio y Debate Homosexuales (RUIDHO)
- Centro de Información y Documentación homosexual (CIDHOM)
- Grupo Nueva Batalla
- Guerrilla Gay
- Amigos Voluntarios Educadores
- Grupo de Asociación Civil en lucha contra el SIDA
- Circuito Cultural Gay
- Grupo Universidad
- Brigada en Campaña contra el SIDA (Comisión Promotora del Comité de Madres, familiares e involucrados contra el SIDA)
- Grupo Cálamo y Seropositivos Anónimos

Otra forma de organización grupal se ha dirigido hacia sujetos que si bien no han mostrado signos de infección por el VIH, sus hábitos, su edad u otras características la ponen en riesgo de exponerse a la infección. En esta situación puede situarse a adolescentes y jóvenes, a obreros y empleados.

En algunos casos se han formado grupos cuyas actividades se orientan exclusivamente a la lucha contra el SIDA, como:

- Fundación Mexicana de Estudios contra el SIDA

Otras asociaciones como:

- Centro de apoyo a la mujer violada
- Coordinación Nacional de Lesbianas
- Grupo de alcohólicos y homosexuales

Una de las estrategias ha sido dirigir las campañas educativas hacia organismos que pueden tener influencia sobre adolescentes jóvenes y en general sobre aquéllos que son susceptibles de adquirir la infección. Una de las actividades principales ha sido el entrenamiento a capacitadores. Las instituciones que se han interesado por estrategias han sido:

- Consejo Nacional de Recursos para la atención de la juventud (CREA)
- Universidad Pedagógica
- Mexfam
- Banco Comermex
- Cementos Cruz Azul
- Personal de Salud de diferentes órganos de seguridad social (IMSS, ISSSTE)
- Sindicatos (Spicer, Pronósticos Deportivos, etc)
- Delegaciones políticas e instituciones estatales y paraestatales (Pemex, Secretaría del Trabajo, Comisión Federal de Electricidad)

Entre las organizaciones que han incluido programas de prevención de SIDA se encuentran:

- COPARMEX
- Diferentes asociaciones religiosas y comunitarias (Club de Leones, Voluntariado Mexicano)

Algunos de estos grupos encaminan sus labores especialmente hacia los niños y los jóvenes, como:

- Protección y Desarrollo Integral para la niñez Abandonada (PROSINA)
- Artesanos Nazaret
- Internado Infantil Guadalupano
- Hogares Providencia
- I.A.P.
- Oscar, A.C
- Instituto Proinfancia y Juventud Femenino A.C

- Casa Alianza A.C.
- Consejo Tutelar para Menores
- Héroes de Celaya
- La Madre Teresa de Calcuta.

Los programas de estas asociaciones y sus actividades son múltiples. Van desde la organización de pláticas, conferencias, producción de material impreso, auxilio telefónico, entrenamiento de voluntarios, talleres sobre temas de sexo seguro y otros específicos relacionados con la prevención escolar y laboral, orientación psicológica, servicios de referencia, servicios legales, etc.

Las organizaciones mencionadas no son de ninguna manera todas las que han participado en la prevención del SIDA. Es necesario extender y profundizar las actividades educativas a adolescentes, jóvenes, mujeres u otros grupos que antes no se consideraban en riesgo de adquirir la infección.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por la vía sexual ha hecho que tanto el Estado como la sociedad manifiesten una mayor disposición a reconocer los cambios que indudablemente se han dado en las conductas sexuales. Aspirar a una educación sexual adecuada y exenta de tabúes, que se imparta desde la niñez, se ha vuelto una necesidad sentida y un asunto que atañe a la salud pública.

Ante el desafío que el SIDA representa, distintos sectores se han visto compelidos a plantear y definir mejor algunos de los problemas que los aquejan, así como a progresar en los procedimientos y métodos que se han utilizado, y a innovar en la medida de sus fuerzas y posibilidades.

Las políticas de salud deben alentar y coordinar los esfuerzos de la sociedad civil por participar activamente y por corresponsabilizarse y asumir como tarea colectiva la prevención, el control y la erradicación del SIDA, pues el éxito de las medidas de salud y educación públicas depende necesariamente de la cooperación de la sociedad en su conjunto.

Por otra parte, es muy importante que se preserve la capacidad social para que las estrategias de lucha y las medidas concretas sean producto de análisis razonados y de

decisiones respaldadas por el conocimiento científico, de modo que no haya margen para improvisaciones, producto de la presión, el miedo y la irracionalidad.

En suma, las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender el bien público. Por ello, es importante que se insista en informar y educar, en especial a los enfermos, de manera que las reacciones antisociales no influyan en ellos disolviendo los lazos que tienen con la colectividad, e imposibilitando su colaboración en la lucha.

Es tarea de las políticas de salud y de la sociedad en general desmontar las ideas y actitudes que tienden a parcializar el fenómeno del SIDA, al considerarlo como enfermedad privativa de un grupo, o como enfermedad problemática que únicamente compete resolver a las autoridades sanitarias.

## *2 Situación del SIDA en el mundo*

---

Sin duda la situación que ha provocado la incidencia del virus VIH causante de una enfermedad tan terrible como el SIDA, es muy preocupante. Para finales del siglo actual, se estima que habrá alrededor de 120 millones de personas infectadas con el mortal virus en todo el mundo, se considera que en el mundo ya han sido infectadas alrededor de 13 millones de personas. Estas cifras exceden las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyos estimados sólo alcanzan entre 30 y 40 millones los pacientes infectados para principios del siglo XXI.

Por otra parte, el número de pacientes infectados con el virus VIH que ya han desarrollado la enfermedad del SIDA, ha experimentado un aumento significativo, por lo que el número de niños infectados es en realidad muy elevado.

Por último, se estima que la epidemia del SIDA se extenderá substancialmente en Asia en los próximos años, aunque hasta la fecha, los Estados Unidos y África han sido las regiones del mundo más afectadas desarrollándose así mismo en varios países, como India, Pakistán, Turquía y Egipto, los cuales, serán las regiones en donde en un futuro inmediato, se hallará el mayor riesgo de contagio del virus VIH causante del SIDA.

El número de casos reportados a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta el 10 de septiembre de 1999 ascendía a 996,711. Del mismo modo, de acuerdo con estas estadísticas, el número de ya fallecidos a causa de esta enfermedad mortal entre la población de los países americanos es de 182,148 casos. Sin embargo, estas cifras oficiales no pueden ser consideradas como reflejo de la realidad, pues no contemplan las deficiencias que existe en muchos países para llevar estrictamente las estadísticas y reportar los casos.



## 2.1. África

### 2.1.1. La transmisión del SIDA en África.

La pandemia que actualmente hace estragos es resultado de la superposición de por lo menos dos epidemias diferentes, provocadas por gérmenes distintos que no están genéticamente vinculados entre sí por descendencia directa. La primera epidemia, debida al HIV-1 (Virus N.1), fue identificada por médicos estadounidenses como una enfermedad particular y hasta entonces desconocida; la segunda epidemia, debida al HIV-2 (Virus N.2), probablemente habría pasado inadvertida si la gravedad de la primera no hubiera agudizado la visión de los médicos y orientado las investigaciones de los virólogos. Esta segunda epidemia estuvo limitada a un solo foco en África occidental, mientras que la difusión mundial del SIDA se inició en tres focos, uno en África Central y los otros dos en las costas de Estados Unidos, es preciso tomar en consideración un conjunto de factores en los cuales lo biológico y lo social están inexplicablemente mezclados.<sup>17</sup>

Entre los enfermos africanos hay tantas mujeres como hombres y la edad promedio es de alrededor de treinta y cuatro años. En Zaire, se considera que hay 380 casos por cada millón de habitantes y la incidencia en el año de 1987 se calculaba en alrededor de 500 a 1000 casos por cada millón de habitantes.

Una de las formas de transmisión es la vía sanguínea no solo en el momento de las transfusiones, sino también a causa de la contaminación de la sangre, debida a las deficientes reglas de higiene hospitalaria, la falta de esterilización de jeringas y la repetición de su empleo de un enfermo hospitalizado a otro. Pero la forma de transmisión más difundida en África es la vía sexual, de hombre a mujer, pero también de mujer a hombre, ya sea que se trate de Zaire, de la República Centroafricana, de Kenia, de Rwanda o de Nigeria. Se considera una progresión del número de mujeres prostitutas infectadas, de un 7% en el año de 1980, aumentó a un 51% en 1994, para llegar alrededor

---

<sup>17</sup> Merlin M. et. al "Epidemiology of HIV-1 Infection among Randomized Representative Central African Populations", *Annals L'Institut Pasteur/Virology*, 138 (1987) págs. 503 a 510

del 95% en 1998. También se observa un aumento en el número de hombres contaminados por el contacto sexual con prostitutas, confirmando así la transmisión de mujer a hombre, todavía poco frecuente en Europa o en África del Norte.

### 2.1.2. La infección de los monos.

Desde la primera aparición de la enfermedad se diagnosticó el linfoma maligno y se observó la depresión de la inmunidad con aparición de infecciones oportunistas. Las informaciones sobre esa nueva enfermedad de los monos, publicadas a comienzos de 1983, atrajeron inmediatamente la atención de los investigadores que se ocupaban del SIDA. Esa infección, pronto bautizada SAIDS (Simian AIDS), era interesante por dos razones: podía servir para apoyar la hipótesis sobre el papel de los monos en el origen del SIDA y además ofrecía un modelo animal que permitía el estudio experimental de la enfermedad humana.<sup>18</sup>

Tejidos extraídos en los años de 1982-1983 de monos californianos muertos de esa enfermedad fueron inyectados a cuatro animales de la misma especie: en pocas semanas, todos sufrieron una linfadenopatía generalizada y enfermedades oportunistas; dos murieron rápidamente y uno tuvo placas cutáneas similares a las del sarcoma de kaposi. Varios investigadores aislaron en un mono enfermo de SIDA otro germen, muy cercano al HTLV-III por sus propiedades serológicas, aún cuando en aquella época no se conocía ningún STLV-III, el nuevo virus fue designado con la sigla STLV-III (futuro STLV-III<sub>mac</sub>, rebautizado SIV<sub>mac</sub>).

Como se trataba de animales en cautiverio, era muy difícil saber si el hombre había infectado al mono o viceversa. El virus del SIDA humano puede ser transmitido a los chimpancés ya sea por inoculación directa en la sangre o introduciéndolo en la vagina. Los monos infectados se vuelven seropositivos y llevan el virus en la sangre, pero no manifiestan ningún trastorno patológico.

---

<sup>18</sup> Quinn, T. C. et al. "AIDS in África: An Epidemiology Paradigm", *Science* 234 (1986), págs. 955 a 963

Los macacos que, en cautiverio, sufrían de una enfermedad muy similar al SIDA humano, eran originarios de Asia. Los investigadores ensayaron con una serie de muestras de sangre extraída de monos asiáticos salvajes, no se encontró en ellas ninguna huella de infección por el SIV. El mismo resultado se obtuvo del examen de la sangre de chimpancés y babuinos africanos, en cambio más del 50% de los cercopitecos examinados (monos verdes, principalmente *Cercopithecus aethiops*) tenían anticuerpos anti-SIV en la sangre, esa seroprevalencia variaba, en los diversos países africanos, entre el 30% y 70%; también los monos mangabeys (*Cercocebus atys*) estaban fuertemente infectados, sin embargo, esos animales infectados en las condiciones naturales de una vida en libertad no parecían sufrir de ninguna enfermedad relacionada con el virus en cuestión. La entrada del SIV en su organismo no producía ningún efecto patológico visible.

Gran número de monos africanos asiáticos de varias decenas de especies diferentes son portadores de un retrovirus leucémico, el STLV, que es el equivalente para los simios del HTLV1.

### 2.1.3. El origen africano del SIDA.

Uno de los argumentos en favor del origen del virus del SIDA fue el ofrecido por el descubrimiento del virus STLV3 en el mono verde de África y del virus humano LAV2 o HTLV4, intermediario entre el virus del mono y el virus humano LAV1 o HIV1, el prototipo que causa estragos en Europa y en América.<sup>19</sup>

En el Congo Belga, durante la época de la colonización no se autorizaba a la población negra a desplazarse de una región a otra y sobre todo entrar en las ciudades, sin antes someterse a un control médico que demostrara que el sujeto no padecía ninguna enfermedad transmisible por la vía sexual. Si el virus existía, quizá estaba confinado a una región de Zaire, sin manifestarse en una enfermedad como el SIDA, que de inmediato

---

<sup>19</sup> Ormick, págs. 116 a 127.

se habría reconocido por el número de muertos o de enfermos que presentarían una diarrea crónica: ciertamente todo esto no habría pasado desapercibido para el cuerpo médico belga asignado al Congo en esa época. Por consiguiente, hay dos posibilidades: o el virus no existía en esa parte de África o bien estaba presente y en un perfecto equilibrio biológico con la población rural infectada. Este último punto explicaría la ocurrencia frecuente de los sujetos infectados por el virus del SIDA (un 12%) en Kiru, una región situada al este de Zaire. Se han encontrado anticuerpos ANTIHIV en algunos sueros tomados como muestra durante la década de 1960 en África, y en el año de 1961, se informó de un caso parecido al SIDA en una revista médica.

A partir de la independencia de Zaire, en el interior del país se produjeron algunos movimientos de la población después de la abolición de las barreras sanitarias. Las ciudades se poblaron de nuevos habitantes procedentes de las zonas rurales, como consecuencia ya fuese de las guerras entre las tribus o de las rebeliones. Al no haber ya barreras entre las razas y con el incremento de visitantes extranjeros, bastaba para que un virus en equilibrio biológico se difundiera en forma incidiosa a través de las ciudades africanas hasta llegar a una proliferación que la llevó a convertirse en el agente de una enfermedad tan terrible como el SIDA.

## 2.2. América

Como ya se mencionó la situación que ha provocado la incidencia del SIDA es verdaderamente preocupante, por lo que los gobiernos de algunos países de América han adoptado medidas para tratar de evitar se siga propagando el virus causante del SIDA; desarrollando campañas educativas, distribuyendo preservativos, así como realizando pruebas de detección del virus VIH entre el personal médico y de enfermería.<sup>20</sup>

A continuación se señala la situación de la incidencia del virus VIH en algunos países de América:

### Argentina

En Argentina, se estima que aproximadamente 80,000 personas son portadoras del virus VIH causante del SIDA; 3,000 han presentado síntomas de la enfermedad; y 1,500 han muerto a causa de esta epidemia.

Se considera que la cifra ha continuado en ascenso. Asimismo, a partir de que empezaron a detectarse en el país los primeros casos del SIDA, en el año de 1982 se reportaron más de 1,100 pacientes con una sintomatología terminal.

Debido a estas circunstancias alarmantes, desde 1991 se comenzó a instrumentar una gran campaña de distribución de preservativos o profilácticos entre la población, de una manera gratuita, de la cual lamentablemente ha recibido la desaprobación y el ataque de la Iglesia Católica, han criticado enérgicamente la iniciativa de prevención argumentando, entre otras razones, que los profilácticos fallan y son ineficientes, recomendando en su lugar, la abstinencia total de la actividad sexual.

No obstante la oposición de la Iglesia, el gobierno argentino esta desarrollando una intensa campaña educativa en las escuelas, con tareas de difusión y educación, tanto en la radio, la televisión como en la prensa escrita.

---

<sup>20</sup> Fuenzalida-Puelman, Linares Parada Ana María, Serrano Lavertu Diana, "Normatividad sobre el SIDA en América Latina y el Caribe", págs. 24 a 31

## Brasil

De acuerdo con los datos de trece centros médicos especializados en maternidad, se estima que 8 de cada 1,000 mujeres embarazadas están contaminadas con el virus del SIDA; debido a que en Río de Janeiro se reportan 100,000 partos por año, ocho mujeres dan a luz siendo portadoras del virus VIH, lo que significa que 800 bebés podrían estar contaminados.

Pero la realidad es más preocupante, pues otros estudios realizados en este país han demostrado que las estadísticas reales son mucho más altas y más graves que las suministradas oficialmente a la Organización Mundial de la Salud.

Precisamente, sobre este particular, los médicos y especialistas han confirmado que el primer caso de SIDA entre la población indígena brasileña se detectó desde el año 1991, con la muerte de una mujer yanomani de 32 años de edad, la cual estaba casada con un hombre blanco. Para los expertos, la contaminación del SIDA entre yanomanis se debe a su contacto con los llamados garimpeiros (o buscadores de oro y piedras preciosas) que invaden estas tierras del Brasil.

## Cuba

Las estadísticas oficiales con respecto al SIDA en Cuba son muy escasas e inciertas. Cuando se detecta que una persona posee el virus mediante pruebas que, por lo general, se efectúan sin el consentimiento del paciente, lo cual viola totalmente el derecho a la privacidad y el respeto a la individualidad, este es aislado y excluido del resto de la sociedad, permaneciendo internado en una especie de leprosorio moderno por el resto de su vida.

Quizás por la crítica situación económica que atraviesa ese país del Caribe, la única forma que el gobierno ha encontrado para resolver el problema, es el aislamiento de los portadores del virus VIH. Al parecer, no ha importado el hecho de que se trata de personas sanas que pudieran vivir perfectamente muchos años de vida útil, ya que por ser seropositivos no están condenados a una muerte inmediata.

Según los observadores independientes que han reportado estos casos, las cifras del SIDA entre la población cubana son mayores de las que ese país declara oficialmente.

Una situación que se explica y se justifica por el horror que experimentan sus habitantes de acudir a un centro hospitalario donde pudieran realizarles la prueba del SIDA sin su consentimiento.

Hasta el momento, esta actitud tan polémica del gobierno de Cuba ante el SIDA ha sido expuesta en varios organismos internacionales.

## Estados Unidos de América

En los Estados Unidos, el incremento del SIDA entre la población de origen hispano es muy significativo, sobre todo, entre mujeres y niños. Sin duda, esta enfermedad es una realidad muy triste entre los latinoamericanos que viven en ese país. Según las estadísticas, aproximadamente el 71% de las mujeres residentes en los Estados Unidos son negras o de origen hispano, pero el 83% de ellas figuran entre los 45,493 casos del SIDA registrados en 1998 por el Centro de Control de Enfermedades (Atlanta, Estados Unidos).

Asimismo, se considera que el 3.2% de las mujeres hispanas contagiadas adquirieron el virus VIH mediante las drogas intravenosas.

Precisamente, en este país el SIDA esta afectando cada vez más a las poblaciones de origen hispano residentes en los Estados de Nueva York, California y Florida. Incluso se han tenido que enfrentar al problema de realizar pruebas de detección del virus VIH entre el personal médico y de enfermería ya que sólo en este país se han presentado más de 50,000 casos de SIDA.

Alrededor de 50,000 casos de pacientes diagnosticados con SIDA en los Estados Unidos, son de origen hispano, por lo que las cifras son mayores de las que aparentemente se ven reflejadas en las estadísticas oficiales. De hecho, numerosos inmigrantes ilegales y personas indocumentadas, no asisten a los hospitales por temor a ser deportados, lo cual puede elevar mucho más el número de casos del SIDA existentes en ese país.

## Haiti

Se considera que el virus VIH ha infectado a casi el 45% de los 700,000 habitantes de Puerto Príncipe, la capital de este país caribeño. Esta propagación del virus podría aumentar significativamente, ya que se ha detectado el virus en un 15% de tasa de infección en los cordones umbilicales de los bebés al momento de nacer.

Por otra parte, la enfermedad se complica aún más por la situación de extrema pobreza del país y su conjunción con otras enfermedades infecciosas muy comunes en esta región, como es el caso de la tuberculosis. Además, existen otros factores que preocupan a los expertos pues en Haití, se ha reportado que hasta un 80% de las mujeres que se prostituyen están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana.

Las cifras de casos del SIDA en Haití son mucho más altas que las ofrecidas oficialmente por las autoridades de ese país a la Organización Panamericana de la salud y a otros organismos internacionales.

## Honduras

Los casos de SIDA en Honduras son proporcionalmente superiores a los reportados por El Salvador y Guatemala. Por este motivo, las autoridades gubernamentales hondureñas han creado un programa estatal para combatir y prevenir la enfermedad. De los casos de esta enfermedad registrados en el país existe un índice alarmante de fallecimientos que es mucho mayor al reportado oficialmente. De hecho, el Ministerio de Salud Pública de Honduras ha declarado recientemente su alarma por el notable incremento de los casos del SIDA que ha experimentado el país.

En este país centroamericano, se considera que el número de portadores asintomáticos (es decir, aquellos que aún no manifiestan los síntomas de la enfermedad) del virus VIH, es superior a 80,000, ya que el grupo de mayor riesgo no es el de los homosexuales sino, por el contrario, las parejas heterosexuales, de hombres y mujeres que piensan que están a salvo y no usan preservativos ni se cuidan adecuadamente. Según la opinión de las autoridades sanitarias del país, todo esto está ocurriendo a pesar de la masiva campaña pública que se lleva a cabo y que advierte a la población del riesgo que corre y la manera de evitarlo.



## Perú

En este país, se estima que el virus VIH ha afectado a 70,000 personas a quienes aún no se les ha declarado la enfermedad. Asimismo, las autoridades médicas de Perú han reportado que el número de casos de SIDA ha ido en aumento en los últimos doce años. Por ejemplo, 30 casos comprobados entre los años 1983 y 1986, 32 casos del SIDA en 1987, 65 en el año 1988, 118 casos reportados en 1989, 141 casos de SIDA en 1990 y 11,567 en el año de 1998.

En total, según las estadísticas reportadas oficialmente, en estos últimos años se han detectado más de 6000 casos y un número superior a 800 fallecidos a causa del SIDA.

## Puerto Rico

En Puerto Rico, muchos pacientes afectados por el SIDA acuden a los Estados Unidos porque, según la opinión más generalizada, en el continente reciben aún más ayuda de la que pueden obtener en su país. Solamente cinco Estados norteamericanos Nueva York, Nueva Jersey, Texas, Florida e Illinois tienen más casos del SIDA que Puerto Rico. Se ha desarrollado un Programa de Prevención del SIDA que incluye los servicios médicos integrados dentro de otros beneficios de su Municipio.

Más de 7,500 personas ya han muerto de SIDA y se considera que en este país existen alrededor de 60,000 víctimas de esta enfermedad mortal, por falta de información, ya que el gobierno no esta suministrando la información suficiente para tratar de erradicar esta enfermedad.

## República Dominicana

En este país del Caribe se estima que existen actualmente más de 75,000 pacientes de SIDA. Sólo en el año de 1998 se registraron más de 50,000 nuevos casos del SIDA.

## **2.3. Legislación Internacional sobre el SIDA**

En todas las agrupaciones sociales existe, por la vital necesidad de preservar la convivencia, un cierto sistema regulador de conductas, normas que definen aquello que debe hacerse y lo que no puede hacerse.

El ordenamiento jurídico es intrínsecamente dinámico, en la medida en que debe ser objeto de una adaptación permanente a los cambios de la realidad social que le da fundamento, este se va elaborando y complementando a través del tiempo, de suerte que la existencia de varios vacíos y lagunas invitan a la integración de normas jurídicas que procuran la vitalidad y continuidad de dicho ordenamiento.

El derecho es ante todo un mecanismo para imponer y garantizar un orden social, de modo que las acciones humanas son de su interés en la medida en que afecten dicho orden. En efecto, el derecho exige la observancia de las normas jurídicas en cuanto son necesarias para la convivencia humana y la paz de la comunidad.

A pesar de las diversidades culturales, existen ciertos principios éticos comunes a todas las jurisdicciones del mundo occidental. En la medida que la norma jurídica es uno de los instrumentos que utiliza la sociedad para traducir sus principios de ética y sus valores en políticas que sean aplicables a la conducta humana, tales principios éticos se reflejan a su vez en principios jurídicos. Es difícil hacer una distinción de principios y a pesar de que en ocasiones deban ser evaluados unos con otros, su reconocimiento es en general y por tanto conforman un marco ético y legal dentro del cual se han de desarrollar las normas jurídicas referentes al SIDA y a la infección por el VIH.

Entre los principios éticos-jurídicos que guían la expedición de normas jurídicas sobre SIDA y la infección por el VIH, se encuentran los siguientes:

1. El principio de autonomía cuyo análisis es fundamental al tratar el tema de los exámenes de detección del VIH.
2. El principio de confidencialidad es esencial en lo referente al manejo de los resultados de exámenes de detección del VIH.
3. El derecho a la salud está íntimamente relacionado con los temas de la prevención de la enfermedad y el control de su propagación.

4. El principio de la no discriminación que conduce al punto de la protección de los derechos humanos de los enfermos de SIDA, infectados por el VIH o pertenecientes a grupos con comportamientos de riesgo.

Proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH, de las personas con SIDA y de los miembros de grupos con comportamiento de riesgo es ante todo una necesidad. Se ha observado que existen países donde no se ha expedido normatividad expresa sobre el SIDA y la infección por el VIH. Esta categoría estaría conformada por Bahamas, Barbados, Jamaica, Nicaragua, y Trinidad y Tobago. Si bien la gran mayoría de estos países tienen normas generales como códigos de ética médica y reglamentos de enfermedades infecto-contagiosas, tales normas generales no han sido adecuadas para regular un fenómeno nuevo y diferente como es el SIDA.

### 2.3.1. Principio ético-jurídico: autonomía.

Hasta el momento ninguno de los países mencionados anteriormente han desarrollado normativamente el principio de la autonomía. En la gran mayoría de los casos se impone el examen de detección de anticuerpos al VIH sobre ciertos grupos de población, sin incluir como requisito indispensable de tal prueba el consentimiento libre e informado de la persona. La obligación de practicar la prueba generalmente recae sobre el personal médico, el personal de instituciones penitenciarias, personal de laboratorios clínicos, de bancos de sangre y demás instituciones donde se presten servicios de salud. Sin embargo, no existen pautas de conductas que guíen la manera en que tales pruebas han de realizarse respetando a cada individuo como persona capaz de tomar sus propias decisiones.<sup>21</sup>

En cuanto a examen de detección en general, examen de detección en los viajeros internacionales y examen de detección en la donación de órganos sangre y tejidos, son los puntos más desarrollados normativamente. Sin embargo, existe la obligatoriedad en casi todos los países de realizar las pruebas de detección sobre toda sangre a ser donada.

---

<sup>21</sup> Fuenzalida, Linares, Serrano, pág. 32.

### 2.3.1.a Exámenes de detección del VIH.

Algunos países como Argentina, Ecuador, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela no han propuesto nada al respecto.

Otros países establecen el examen o control serológico obligatorio de los llamados grupos de riesgo. Tal es el caso de Bolivia, Chile, El Salvador y Perú. No obstante, no parece existir una definición clara de aquello que debe entenderse por "grupos de riesgo". Bolivia, uno de los pocos países en definir el término, incluye a los homosexuales, bisexuales, heterosexuales promiscuos, prostitutas, drogadictos intravenosos, receptores de sangre y control prenatal.

Además de los grupos de riesgo, varios países imponen el examen obligatorio de detección en situaciones específicas. En Costa Rica es obligatorio para las personas que gozan o solicitan el derecho a la visita conyugal de aquellos internos de un recinto penitenciario. En Guatemala es prerequisite para obtener la tarjeta prenupcial y la tarjeta de salud. En Perú es necesario para contraer matrimonio civil y para ser atendido en cualquier centro asistencial público.

En El Salvador, cuyo Código de Salud data de 1984 y que regula expresamente el tema del SIDA, el Ministerio Público y Asistencia Social está en capacidad de adoptar la práctica periódica de exámenes colectivos de salud a determinados grupos, clases, sectores o individuos de la población. Además, el Ministerio puede ordenar el examen médico de toda la población para impedir la aparición de graves y peligrosas enfermedades.

### 2.3.1.b Examen de detección del VIH en viajeros internacionales.

Son pocos los países que han regulado expresamente este tema. Bolivia, Costa Rica y El Salvador exigen el examen de detección del VIH para los casos de extranjeros que soliciten residencia permanente o temporal. Además, El Salvador exige a todo viajero que desee ingresar en el país de un certificado internacional de vacunas y pruebas serológicas contra las enfermedades determinadas por el Ministerio de Salud. Por su parte en Costa

Rica, cuando el resultado del examen es positivo, la Dirección General de Migración y Extranjería debe proceder el rechazo del extranjero.

De una manera diferente, Cuba exige que todo el personal cubano que haya permanecido temporalmente en África y arribado al país entre 1975 y 1980 y después de 1981, así como todo el personal que haya permanecido temporalmente en Nicaragua se ha sometido a control seroepidemiológico de enfermedades peligrosas.

### 2.3.1.c Examen de detección del VIH en la donación de sangre, órganos y tejidos.

La gran mayoría de los países establecen la obligatoriedad de someter a examen de detección a la sangre y hemoderivados destinados a transfusiones. Solamente unos pocos entre ellos Argentina, Bolivia y México, extienden tal obligatoriedad para el caso de donación de órganos y tejidos. En todo caso, se somete a tales normas tanto a las instituciones públicas como privadas.

Si los resultados de las pruebas de detección son positivos existen países que exigen la realización de una prueba confirmatoria (Bolivia y Chile). Otros imponen de inmediato el control epidemiológico de la persona que pretendía donar (Cuba, República Dominicana), casi la totalidad de los países ordena desechar la sangre infectada.

Argentina es uno de los primeros países en legislar sobre el tema, exige que todo posible donante se someta a un interrogatorio sobre la existencia de cualquier afección pasada o presente. Tal interrogatorio tiene carácter de declaración legal juramentada.

En Costa Rica se exige a los fabricantes de hemoderivados de origen humano, que los componentes que utilicen así como los productos que vendan estén libres de anticuerpos al VIH. En tal sentido deben expedirse certificados.

México, por su parte, ha expedido una normatividad bastante detallada sobre la protección de la sangre y hemoderivados, la cual comienza por establecer que la sangre para ser transfundible debe ser negativa al VIH, al médico responsable de cada banco de sangre humana se le adscribe la responsabilidad de realizar o supervisar la prueba de detección del VIH. La sangre con resultado positivo a las pruebas debe ser desecheda

previa su esterilización. Asimismo, para la prevención de la infección de la disposición de la sangre humana y sus componentes, órganos y tejidos, se exige:

1. excluir como donantes originarios a los individuos de los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección.
2. detectar la presencia de anticuerpos al VIH por el tamizaje en los donantes originarios.
3. excluir como donantes originarios a los individuos cuya prueba haya resultado positivo.
4. destruir la sangre, órganos y tejidos cuya prueba sea positiva.

A pesar del anterior desarrollo normativo, se observan algunos países que todavía no han regulado el tema, como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y Paraguay.

### 2.3.2. Principio ético-jurídico: confidencialidad.

Si bien gran parte de los países han desarrollado expresamente este principio, todavía existen unos cuantos que no han establecido nada al respecto, como Argentina, Brasil, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.

Aquellos que regulan el tema han propuesto diferentes mecanismos para proteger la confidencialidad de las personas con SIDA o infectadas por el VIH. Algunos establecen la notificación directa de casos de SIDA entre el personal a cargo, otros mediante documentos específicamente creados para tal fin, otros utilizando exclusivamente el número de identidad de la persona omitiendo nombres y apellidos.<sup>22</sup>

En algunos casos, la obligación de mantener la confidencialidad se impone tanto para la notificación de casos comprobados de SIDA, como para la notificación de posibles seropositivos y para las medidas sanitarias impuestas por la autoridad de salud (Panamá).

---

<sup>22</sup> Fuenzalida, Linares, Serrano, págs. 33 y 34.

Son pocos los países que establecen sanciones para quien viole el principio de confidencialidad. En Bolivia, quien en razón de su cargo o actividad afin, realice publicaciones sensacionalistas sobre el SIDA o la infección por el VIH, pueden ser objeto de sanciones penales. En Perú la notificación de casos de SIDA constituye un documento científico estrictamente reservado, innominado y confidencial que no puede ser utilizado como elemento publicitario. Se establecen sanciones para quienes efectúen declaraciones públicas respecto de casos sospechosos, probables o en proceso de estudio, y para quienes faciliten o proporcionen información sobre casos aún no definidos.

### 2.3.2.a Notificación al paciente.

Solamente un país, Venezuela, ha desarrollado este punto. En efecto, establece que aquel posible donante de sangre cuyo examen serológico sea positivo al VIH, debe ser informado y sometido a investigación periódica.

### 2.3.2.b Notificación a la autoridad de salud.

A excepción de Honduras, todos los países han clasificado al SIDA y la infección por el VIH como enfermedad de notificación obligatoria a la autoridad de salud competente. Para el desarrollo de la clasificación, se impone el deber de notificar el fallecimiento de las personas infectadas por el VIH, o de potenciales donantes infectados, o de casos que aparezcan en recintos penitenciarios.

Algunos países han llegado a exigir la notificación de personas sospechosas de ser portadores del virus, como Bolivia, Ecuador, El Salvador, Panamá y Perú. Sin embargo, no queda claro si existen pautas que definan y delimiten el concepto de "portador sospechoso".

Por lo general, la obligación de notificar a la autoridad de salud pertinente recae sobre los profesionales de la salud que atiendan al sujeto infectado, incluyendo aquellos que detecten la presencia del virus en un examen de laboratorio (así se trate de un establecimiento privado). Algunos se extienden la obligación de notificación a toda

persona que tenga conocimiento o sospecha de algún caso de enfermedades del tipo de SIDA (El Salvador).

En lo que hace a aquello que debe ser objeto de notificación, Panamá y Paraguay exigen la mención del nombre, apellido, edad, sexo, residencia y demás aspectos que identifican plenamente a la persona.

Algunos países han regulado de manera muy detallada la forma en que debe procederse a la notificación del SIDA. México por ejemplo, ha propuesto un sistema que busca un máximo de rapidez en transferir la información sobre casos de SIDA, manteniendo estrictamente confidencial la identidad del sujeto.

### 2.3.2.c Notificación a contactos sexuales (personas que son portadoras del virus) y a terceras personas.

Cuba, Chile y México son los países que han desarrollado este apartado, aunque bajo formas muy diferentes.

En Cuba el asunto se encuentra bastante reglamentado. En primer lugar, las Unidades Provinciales de Control del SIDA debe informar el lugar de residencia de los contactos (personas que son portadoras del virus) de casos confirmados de SIDA. Deben luego proceder a la localizar a aquellos que residen en la provincia y someterlos a la prueba de ELISA. Cada Unidad Provincial de Control del SIDA lleva además un control computarizado de los contactos de los seropositivos. Con el objeto de detectar nuevos contactos, se prevé una nueva entrevista de la persona seropositiva en el sanatorio. Toda información sobre los resultados de la localización de contactos debe enviarse a la Unidad Central de Control del SIDA para que se tomen las medidas pertinentes.

Chile establece que los contactos y asociados al caso índice, deben ser advertidos de su situación manteniendo el anonimato del caso índice si este lo desea. Una vez localizados, los contactos deben ser sometidos a procedimientos de diagnóstico y consejo epidemiológico.

Por último, en México se establece la investigación de las fuentes de infección y de los contactos, con el previo consentimiento del paciente. El manejo de los contactos se lleva



a cabo mediante la realización de la prueba de detección del VIH y comprende las siguientes acciones:

1. Estudio de los contactos sexuales a partir de 1980.
2. Estudio de quiénes le hayan donado y a quiénes haya donado sangre, órganos y tejidos a partir de 1980.
3. Identificación de las personas con quiénes haya compartido el uso de agujas y jeringas a partir de 1980.
4. Estudio de los hijos nacidos después de la fecha probable de infección o del año 1980, y
5. En niños, investigación del estado serológico de la madre.

En resumen, puede decirse que son varios los países que reconocen la importancia de la confidencialidad y en tal sentido han desarrollado normas jurídicas en las que se incluye este aspecto. Sin embargo, todavía son demasiados los que guardan silencio al respecto.

Algunos países han declarado la obligatoriedad de la notificación de los casos comprobados de SIDA. Sin embargo, no todos han establecido mecanismos que permitan llevar a cabo dicha notificación en forma que se evite la publicidad de información, que para efectos de salud pública convendría mantener reservada. Otros pretenden ampliar el alcance de la notificación a casos difíciles de definición (casos "sospechosos") lo cual conlleva a un distanciamiento entre la realidad de la enfermedad y la norma jurídica que pretende regular.

### 2.3.3. Principio ético-jurídico: derecho a la salud.

#### 2.3.3.a Educación.

Los países que han tratado el tema de la educación como medida de prevención de la enfermedad pueden clasificarse en dos:

- a.1 Aquellos que establecen la educación sanitaria y sexual preventiva para la población en general, como Guatemala, México y Perú, y

- a.2 Aquellos que prevén campañas educativas sobre SIDA dirigidas específicamente a ciertos grupos de población (grupos de riesgo, o de profesionales de la salud o de infectados y sus familiares). Tal sería el caso de Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile y México.

En Brasil la educación comienza por informar a los pacientes sobre la información disponible para prevenir la transmisión de la enfermedad. Así se enseña a evitar la promiscuidad sexual y la donación de sangre. Además, se prevé la adecuación de compañeros sexuales y contactos, reforzando la idea de que deben recurrir a los servicios de salud inmediatamente que tengan sospecha de ser portador del virus.

En Guatemala se trata de hacer del conocimiento público las normas de salud preventivas del SIDA, desarrollar hábitos de higiene sexual y prevenir los peligros de la promiscuidad, con base en las siguientes acciones:

- La divulgación por todos los medios posibles de los daños físicos y morales que causa la enfermedad.
- Las formas de prevenir la infección.
- La organización de cursos de profilaxis sexual para personas sujetas a control en los servicios de salud.
- La capacitación del personal de salud.

Algunos países, como el Perú, imponen a los medios de comunicación social la obligación de divulgar el material educativo e informativo elaborado por el Ministerio de Salud sobre SIDA. No se establecen, sin embargo, normas específicas que instrumenten tal obligación o sancionen su incumplimiento.

A pesar del énfasis en la importancia de la educación para prevenir la enfermedad, existen países que no han regulado el tema de manera expresa. Tal es el caso de Argentina, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

### 2.3.3.b Provisión y uso de preservativos.

Solamente Bolivia y República Dominicana han regulado sobre este punto, en Bolivia es obligatoria la provisión de condones o preservativos a los usuarios de moteles y lenocinios, y las personas que ejerzan la prostitución deben utilizar preservativos so pena de sanciones pecuniarias o de suspensión. Además, en las penitenciarias deben darse pláticas de promoción del uso del preservativo en las prácticas sexuales de los internos.

En la República Dominicana todos los establecimientos de tipo pensiones, hoteles, moteles de paso, bares, restaurantes y cafeterías con servicios de cama deben disponer de jabones, toallas limpias y preservativos. Estos elementos deben ser colocados en lugares visibles de modo que los clientes no tengan siquiera que solicitarlos.

### 2.3.3.c Investigación.

Solamente Costa Rica y Venezuela han regulado este punto. En Costa Rica, los medicamentos para el tratamiento del SIDA deben estar aprobados por las instituciones competentes de los países donde fueron manufacturados, y luego autorizados por el Ministerio de Salud. Además, el tratamiento de pacientes con SIDA solo puede ser realizado por médicos del Colegio de Médicos y Cirujanos, dentro de un protocolo clínico de investigación sometido al Ministerio de Salud y aprobado por el Comité Científico interinstitucional, en los establecimientos médicos autorizados por el Ministerio de Salud.

En Venezuela, se prevé el que en porciones de sangre con pruebas positivas al VIH se reserven bajo debido aislamiento para estudios científicos, previa solicitud de instituciones científicas reconocidas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En resumen, el derecho a la salud no ha sido desarrollado explícitamente en términos del SIDA y la infección por el VIH. No obstante, puede afirmarse que, en su mayoría, los países de América Latina y el Caribe incorporan de alguna manera dicho derecho en sus Constituciones. Así, dicho principio se ve invocado, en sus dos componentes (la atención de salud individual y las condiciones de salud pública) por aquellos países que regulan el tema de las medidas de prevención del SIDA.

### 2.3.3.d Obligación de someterse a tratamiento.

Solamente dos países El Salvador y Guatemala desarrollan este punto. Ambos establecen la obligación de toda persona que padezca una enfermedad transmisible de someterse al tratamiento indicado. En el Salvador el incumplimiento de esta obligación puede acarrear responsabilidad.

### 2.3.3.e Aislamiento y cuarentena.

Algunos países han regulado el tema, aunque de manera bastante diferente entre sí. En Brasil se prevé que pacientes de SIDA en estado terminal sean internados y aislados en cuarto con puerta cerrada. No se permite a dos o más pacientes compartir un mismo cuarto.

Cuba establece el ingreso del sanatorio de la persona cuyo estado seropositivo ha sido confirmado por el laboratorio de referencia.

En El Salvador se prevé que personas que padezcan de enfermedades sujetas a declaración obligatoria (como el SIDA) podrán ser sometidas a aislamiento, cuarentena, observación o vigilancia, por el tiempo y la forma en que determine el Ministerio de Salud.

### 2.3.3.f Restricciones penales (solamente dos países, Bolivia y Perú, han expedido normatividad).

En Bolivia, aquellos portadores del VIH que en forma dolosa, intencional o culposa transmiten o intentan transmitir la infección por el VIH a otras personas serán sancionados de conformidad con el Código Penal. No queda claro, sin embargo, como ha de probarse la intencionalidad ni las características que conforman el hecho sancionable.

### 2.3.3.g Otros.

Esta categoría comprende una variedad de métodos de control de propagación de la enfermedad utilizados por los diferentes países. El más común es quizá la prohibición de donar sangre cuando una persona está infectada por el VIH o pertenece a un grupo de riesgo. Tal es el caso de Argentina, Bolivia, Costa Rica, México, Panamá y Venezuela.

En la República Dominicana se prohíbe expresamente el rehuso de jeringas y de agujas desechables, mientras que en Guatemala se establece un procedimiento de control estricto y detallado para las mujeres que practican el comercio sexual.

En resumen, de los países que han emprendido la regulación de los métodos de prevención de la enfermedad, se observan en varias acciones positivas hacia la prevención de la transmisión por conducto de sangre, órganos y tejidos infectados.

No obstante, otros han enfocado el tema desde un ángulo principalmente punitivo, el cual no solo deja muchas dudas en cuanto a su efectividad en términos de salud pública (aislamiento o cuarentena), su viabilidad jurídica (configuración del hecho antijurídico de la transmisión intencional), sino que además no toma en cuenta las recomendaciones de la OMS.<sup>23</sup>

### 2.3.4. Principio ético-jurídico: no discriminación.

No se ha regulado expresamente el tema de la no discriminación de las personas con SIDA, infectadas por el VIH, o sospechosas de estarlo, ni de sus familiares.

2.3.4.a En la atención médica y hospitalaria (solamente Bolivia y Guatemala tratan este punto).

Bolivia impone la obligación a todo el personal de salud de atender a quien tenga SIDA. Así mismo, impone la obligación de todo hospital o clínica particular de prestar sus servicios de atención médica o de internación cuando sea necesario.

---

<sup>23</sup> Programa Nacional de Salud, 1996-1999, Secretaría de Salud.

Por su parte, Guatemala impone la obligación de los hospitales de las áreas de salud de recibir todos los casos de enfermedades de transmisión sexual que por su gravedad requieran hospitalización. Estas normas, sin embargo, no incluyen mecanismos concretos de sanción.

#### 2.3.4.b En el trabajo.

No obstante la gran cantidad de problemas que se han presentado por causa de empresas y patronos que exigen la prueba anti-VIH para contratar a un trabajador, o por causa de empresas o patronos que despiden injustificadamente a personas que pueden estar infectadas o de las que se sospecha lo están, ningún país ha regulado expresamente el tema de los derechos que tiene toda persona en este campo.

#### 2.3.4.c En prisiones.

Sólo Costa Rica establece la obligación a cargo de Ministros de Justicia y Gracia, de velar porque no se estigmatice a las personas internadas en recintos penitenciarios, por causa de su orientación sexual, por su estado de vida o su estado serológico con respecto al SIDA.

#### 2.3.4.d Otras situaciones de derechos humanos.

Brasil es el único país que establece la condición de tener SIDA como causa que justifica un tratamiento especial para efectos de jubilación, pensiones y auxilio de enfermedad.

## ***3 El SIDA en México***

---

En 1983 comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en México, mismos que habían iniciado en 1981, año que se considera como el principio de la epidemia. A continuación se presenta un panorama epidemiológico actual de este padecimiento, mismo que contiene los sucesos de los primeros diecisiete años de la epidemia de VIH/SIDA en México, así como los avances alcanzados recientemente.

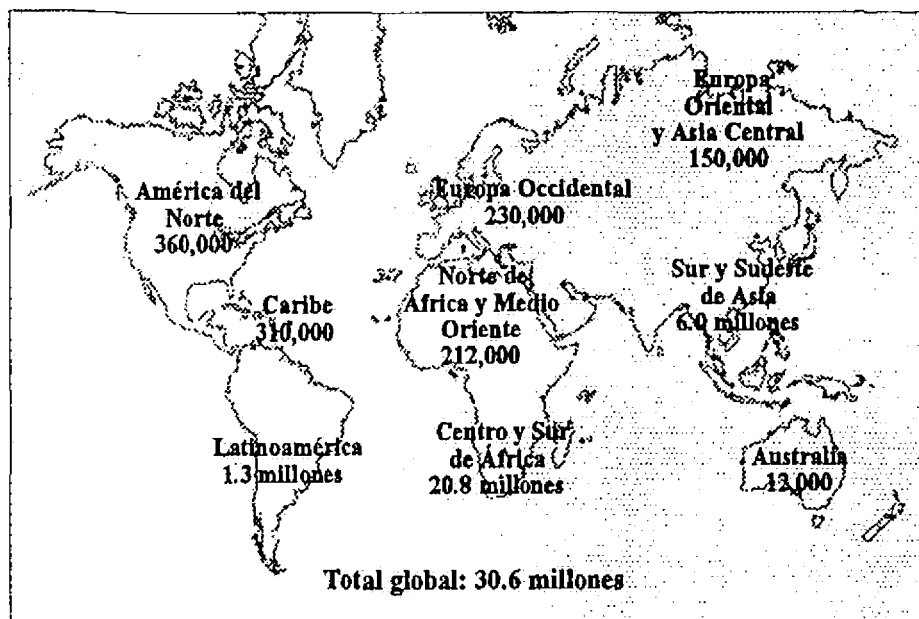
### **3.1. Datos epidemiológicos**

Algunos datos estadísticos que caracterizan al SIDA en México, son los siguientes: el contexto mundial, magnitud de la epidemia, tendencias en México y características de la epidemia.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1997 había 30.6 millones de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo.

La tendencia de la propagación del VIH en América Latina es prácticamente la misma que en los países industrializados, en donde se observa que el número de infecciones se está reduciendo o incluso se ha estabilizado, aunque se trata de un panorama que no es uniforme en toda la región. La mayor parte de los países tienen una epidemia catalogada como centrada, debido a que en la población general se encuentra una prevalencia menor al 1%, lo cual significa que de cada 10 habitantes, ni siquiera uno de ellos se encuentra infectado. En grupos de población de riesgo, sin embargo, esta prevalencia resulta mayor

aunque varía dependiendo del grupo entre el 1% y el 25%. Algunos países de la región han presentado en los últimos años una prevalencia de VIH que aumenta rápidamente como Nicaragua, Venezuela o Perú.



México ocupa el 13° lugar en cuanto al número de casos notificados mundialmente y el tercer lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69° respecto de la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el 29° lugar en Latinoamérica y el Caribe, y el 11° lugar para toda América, por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja.<sup>24</sup>

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 1 de octubre de 1998, se han registrado de manera acumulada 37,381 casos en nuestro país.

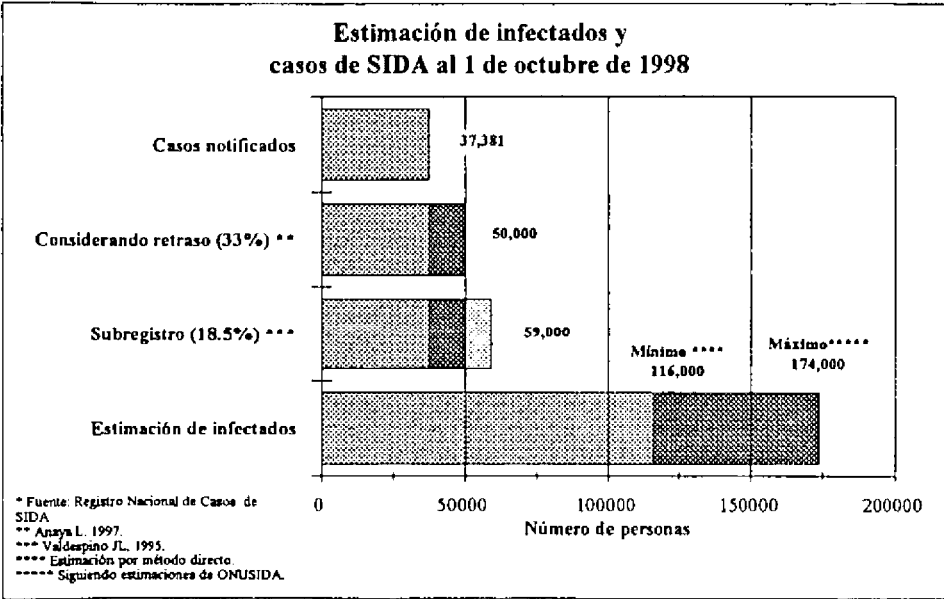
Los estudios más recientes sobre la materia, estiman que existe retraso en la notificación para el 33% de los casos de SIDA, en tanto que el subdiagnóstico se ubica

<sup>24</sup> Gaceta ETS "Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas", Agosto 1999, Vol. 19, Núm. 17, págs. 236 a 244. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. CONASIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.



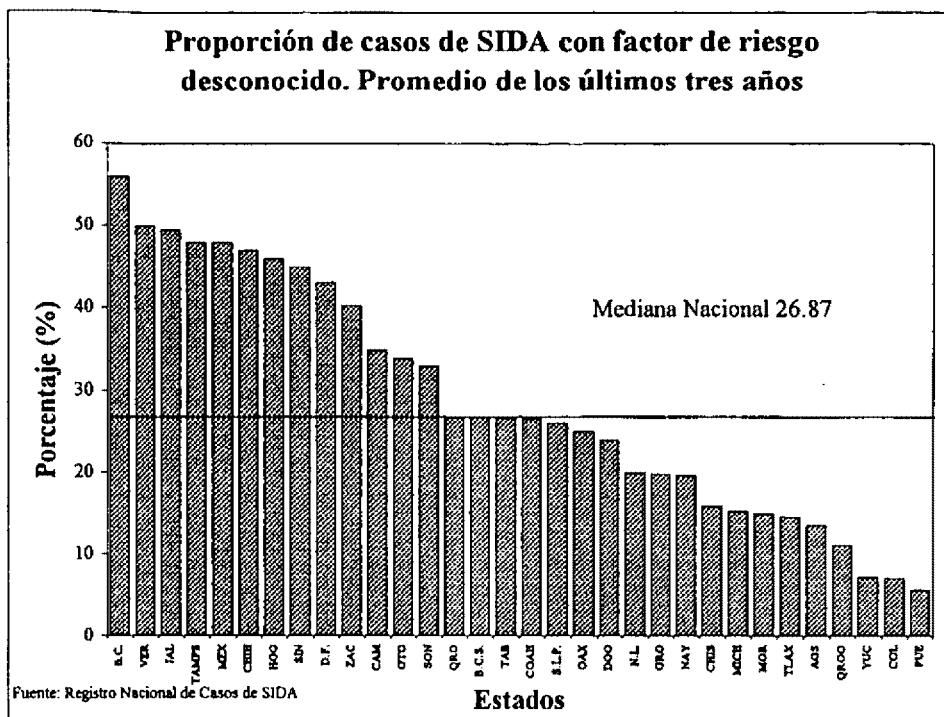
en un 18.5%. De este modo, al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrada, en realidad existen en nuestro país alrededor de 59,000 casos acumulados.

Un indicador que complementa adecuadamente el análisis del número de casos lo constituye el número de infectados por el VIH, es decir, las personas que son portadoras del virus pero que no manifiestan todavía la enfermedad como tal; el número de personas oscila entre 116,000 y 174,000, según las estimaciones más recientes, realizadas a partir de los resultados de la detección del VIH en donadores, las encuestas centinela en embarazadas, así como las encuestas seroepidemiológicas en subpoblaciones específicas.



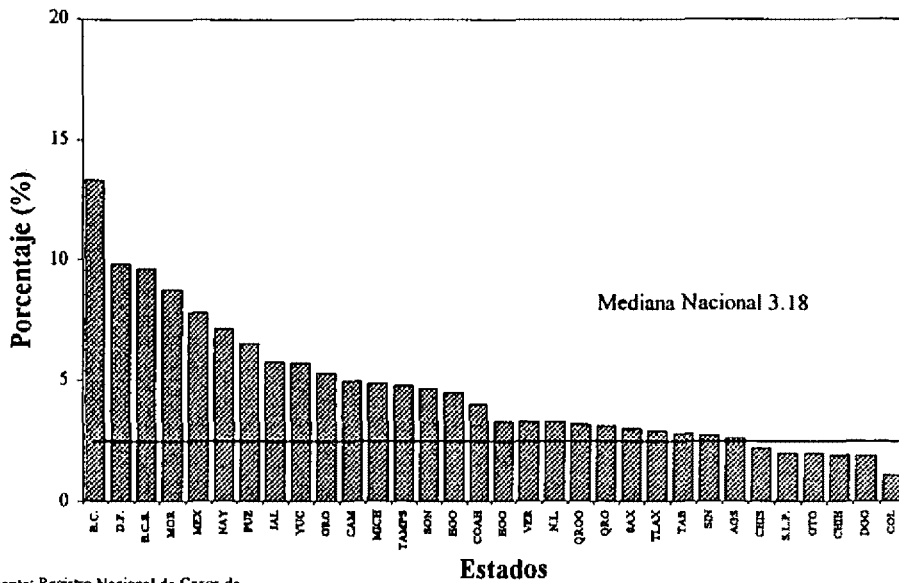
El desarrollo de la epidemia de SIDA en México ha transitado por diversas etapas desde los primeros casos registrados en 1983 hasta 1995, a partir de 1996, se ha observado una aparente estabilización de la epidemia, observándose en promedio 4,000 nuevos casos de SIDA anualmente.

La forma y las características de la epidemia actual son el resultado de diferentes epidemias que ocurren, concurrente o serialmente, en la población mexicana. Existen varios patrones de transmisión y subepidemias en cada región del país, que se dan de forma distinta dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados.



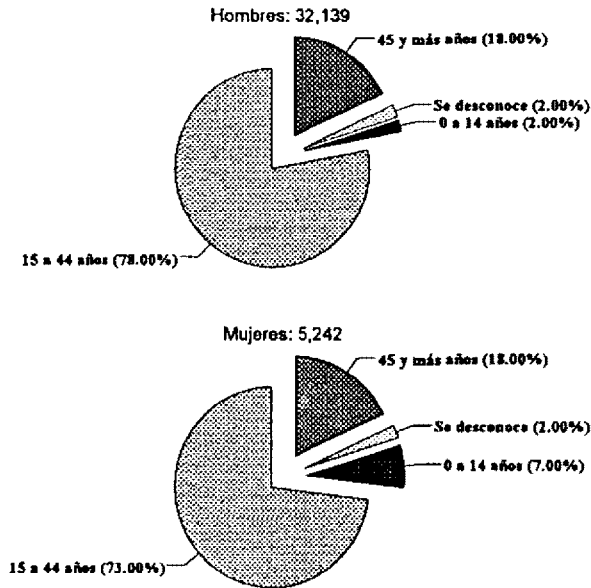
El promedio de las tasas de incidencia anual de los últimos tres años, indica que el estado con mayor tasa de incidencia (Baja California) es 12 veces mayor que la registrada para el estado con menor incidencia (Colima). Entre estas dos cifras extremas, se ubican las 30 entidades restantes mostrando un abanico heterogéneo de velocidades de crecimiento.

### Tasa de incidencia anual de casos de SIDA Promedio de los últimos tres años



Las características del panorama epidemiológico del SIDA en México también pueden ser analizadas de acuerdo con la edad y sexo de los pacientes. En México se han registrado a la fecha 32,139 casos en hombres y 5,242 en mujeres, lo cual significa que existe un caso femenino por cada seis casos masculinos.

### Casos de SIDA por edad y sexo al 1 de octubre de 1998

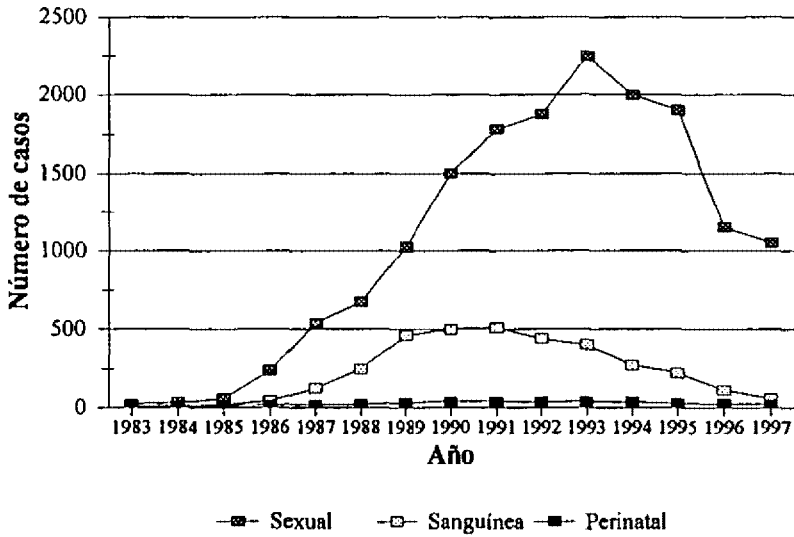


Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

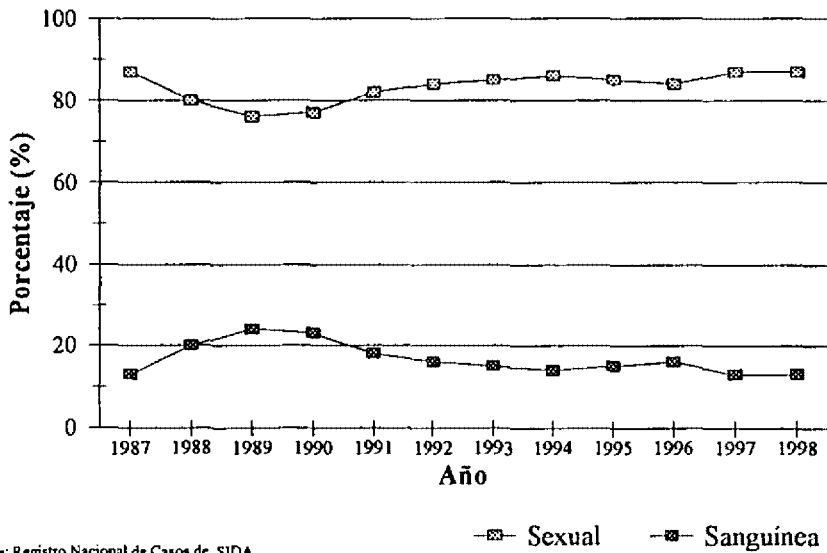
En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual), y en mucho menor medida, transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual; y en los menores de 15 años, donde inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual.

De manera global, incluyendo ambos sexos, el 87% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea. El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente en los últimos años, sobre todo a partir de 1992 para la transmisión sanguínea; la vía perinatal es en principal modo de contagio en los menores de 15 años con el 50% de los casos.

### Casos de SIDA por transmisión sexual, sanguínea y perinatal



### Casos de SIDA por transmisión sexual y sanguínea al 1 de enero de 1999



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

Desde 1985 se inició la vigilancia epidemiológica del VIH a través de las encuestas centinela en grupos específicos de población, con el propósito de ir monitoreando la epidemia e identificar los riesgos a que son vulnerables. Se han realizado más de 65,000 encuestas y pruebas de detección del VIH en 18 entidades del país; todos los resultados seropositivos han sido confirmados mediante la prueba Western Blot. En forma global, los hombres han registrado mayores prevalencias que las mujeres.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Gaceta ETS, pág. 245.

## 3.2. Medidas adoptadas por el sector salud

Los primeros casos de SIDA en el mundo se diagnosticaron en el año de 1981. A partir de esta fecha y hasta 1984, el propósito se redujo a conocer la distribución y la frecuencia de los casos de SIDA.

Para 1985, ante el crecimiento de una enfermedad que ya se vislumbraba como pandémica, la Organización Mundial de la Salud hizo un llamado para que todos los gobiernos establecieran comités de lucha contra el SIDA, se iniciaron las encuestas serológicas, que se transformaron en encuestas centinelas para determinar seroprevalencias, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales.

La respuesta gubernamental en México se dio en 1986, con la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control.<sup>26</sup>

El Comité se inició como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA.

En 1987 hubo necesidad de formular predicciones del número de casos infectados para un futuro cercano.

El Consejo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado, ya que busca promover la interacción de todos ellos, para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

Los datos descriptivos, la identificación de los factores de riesgo y las encuestas de comportamiento permitieron la elaboración del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA 1990-1994 y el diseño de implementación de medidas de intervención.

---

<sup>26</sup> Cuadernos de la Gaceta "CONASIDA historia y trayectoria", Gaceta de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, enero 1994, págs 6 y 7.

En la historia de CONASIDA se distinguen cuatro etapas, que permiten entender cómo ha ido cambiando la situación del Consejo a lo largo de su breve historia.

<b>Etapas</b>	<b>Período</b>
Primera etapa: germinal	1985-1986
Segunda etapa: de crecimiento	1987-1988
Tercera etapa: de consolidación	1989-1990
Cuarta etapa: presente	1991-1999

### ***Etapa germinal***

La primera etapa se caracterizó por la creación propiamente del CONASIDA como Comité Nacional de Prevención del SIDA. Su ubicación inicial estuvo dentro de la estructura de la Secretaría de Salud, en la Dirección General de Epidemiología (DEG).<sup>27</sup> Los recursos humanos con que contaba en esta etapa eran los propios funcionarios de la Dirección General de Epidemiología. Destaca, de ese entonces la producción de los primeros materiales educativos por el personal antes referido.

Las principales tareas de CONASIDA consistieron en establecer los criterios para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control de la transmisión del VIH, así como dar a conocer y poner en práctica las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al interior del Sistema Nacional de Salud.

Los principales logros fueron:

1. La realización de pruebas de detección del VIH en donadores de sangre.
2. La organización de los primeros talleres de entrenamiento.
3. La producción de los primeros folletos y trípticos informativos.
4. a instalación del sistema de vigilancia epidemiológica.
5. La obligatoriedad de las pruebas de detección en todos los bancos de sangre del país.
6. La instalación formal de CONASIDA como Comité Nacional de Prevención del SIDA en mayo de 1986.

---

<sup>27</sup> Cuadernos de la Gaceta, págs 8 a 11.



## *Etapa de crecimiento*

Durante la segunda etapa CONASIDA seguía formando parte integral de la Dirección General de Epidemiología.

Los siguientes serían algunos de los logros de esta etapa:

1. La publicación, a partir de marzo de 1987, del Boletín epidemiológico: Boletín Mensual SIDA.
2. El inicio de una red nacional de laboratorios de detección del VIH.
3. El primer centro de información en la ciudad de México, en Flora 8, en abril de 1987.
4. El lanzamiento de la primera campaña masiva de información.
5. El control en los bancos de sangre.
6. La creación de los Comités Técnicos.
7. El primer Congreso Nacional sobre SIDA, en noviembre de 1987.
8. La creación del Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre SIDA, CRIDIS, en abril de 1988.
9. La instalación de la línea telefónica de información, TELSIDA, en julio de 1988.
10. El decreto presidencial de creación de CONASIDA como Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, en agosto de 1988.
11. El segundo Centro de Información, en la ciudad de México, en septiembre de 1988.
12. La organización y realización del primer simposio Internacional de Educación y Comunicación en SIDA, en octubre de 1988.

El marco general del trabajo necesitó de modificaciones a la Ley General de Salud y la firma de Convenios de colaboración con otras instituciones. Uno de los logros más relevantes de esta segunda etapa fue la transición de CONASIDA de Comité a Consejo Nacional, con esto se empezó a contar con fondos federales de manera programada y regular.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Cuadernos de la Gaceta, págs 11 a 17.

El Comité de Epidemiología fue el primer comité que empezó a funcionar dentro del Consejo, fue establecido a principios de 1989. Dentro de las labores desarrolladas por el Comité de Epidemiología de CONASIDA durante 1991 sobresalen la evaluación del impacto de las medidas preventivas de control, la consolidación del sistema de vigilancia epidemiológica, el reforzamiento de la red nacional de laboratorios, la creación de la Unidad de Investigación Retrovirus Humanos y la continuación en el levantamiento de las encuestas centinelas y el desarrollo de los proyectos de investigación programados.

El Comité de Bancos de Sangre inicia sus funciones en junio de 1990, integrado por diversos servidores públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

### ***Etapa de consolidación***

La tercera etapa destaca por los logros como:

1. La elaboración del Programa Nacional de Mediano Plazo.
2. La consolidación de TELSIDA, CRIDIS y Centros de Información.
3. Diseño y difusión de nuevas campañas:
  - a. Datos epidemiológicos, en julio de 1989.
  - b. Participación de la sociedad de septiembre a octubre de 1989.
  - c. Campaña de la lotería en el Metro, de diciembre de 1989 a marzo de 1990.
4. El Segundo Congreso Nacional de SIDA, en noviembre de 1989.
5. La Primera Reunión Nacional de COESIDAS, en noviembre de 1989.
6. La celebración del Día Mundial del SIDA en diciembre de 1989.
7. La apertura de Centros de Información en diez entidades federativas.
8. La creación del Centro de Capacitación, en octubre de 1990.
9. La realización de la Primera Jornada Nacional contra el SIDA, en diciembre de 1990.

## *Etapa presente*

La cuarta etapa se caracteriza por la creación del Comité de Aspectos Jurídicos, tiene el propósito de ser un órgano de asesoría, consulta y representación legal del propio Consejo, las principales actividades llevadas a cabo con relación a este objetivo han sido la elaboración de 18 convenios para diferentes fines, celebrados con diversas entidades e instituciones, también se destaca por la creación del Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH.

Las principales actividades del Programa Nacional se centran en las siguientes áreas:

1. Prevención de la transmisión sanguínea, perinatal y sexual.
2. Reducción del impacto del VIH en individuos, familias y sociedades.
3. Coordinación institucional, territorial, interinstitucional e intersectorial.

Las principales metas del Programa que se han establecido para el año 2000 son:

1. Disminuir en un 50% los casos de niños infectados por el VIH durante el embarazo, parto o en la lactancia.
2. Disminuir hasta en un 0.1% los casos de SIDA por transfusión sanguínea.
3. Disminuir la tasa de incidencia del SIDA en un 2%.
4. Incrementar en un 30% el uso del condón.
5. Proporcionar atención oportuna al 80% de las personas infectadas con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
6. Disminuir en un 100% las violaciones a los derechos humanos de las personas con el VIH en el sector salud.

Algunos de los avances alcanzados son:

1. Disminución de los casos de SIDA secundarios a transmisión sanguínea de manera paulatina.
2. Campaña de medios masivos incrementando el presupuesto año con año.
3. Realización de 7 intervenciones para la prevención en grupos específicos (migrantes, niños de la calle, drogadictos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujer embarazada, niños, trabajadores sexuales y choferes).

4. Incrementos de número de llamadas a TELSIDA.
5. Realización de pruebas para VIH en población general con prácticas de riesgo.
6. Desde 1995 México es miembro de la Junta de Gobierno del Programa Mundial del SIDA (ONUSIDA).
7. Firma en 1996 del Acuerdo Trinacional entre México, Estados Unidos y Canadá para mejorar las condiciones de las personas que viven con VIH/SIDA.
8. Colaboración permanente con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a efecto de disminuir las violaciones de Derechos Humanos en el sector salud.
9. Elaboración de la Guía de Procedimientos para la Defensa de los Derechos de las personas con VIH/SIDA.
10. Actualización de la Norma Oficial Mexicana 010-SSSA, 1993.

### **3.3. Creación de "CONASIDA" Centro Nacional de Información del SIDA**

El CONASIDA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud creado para organizar y coordinar las acciones de los sectores, público, social y privado tendentes a combatir la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y normar los lineamientos para mejorar la atención de las personas que viven con VIH o tienen SIDA.<sup>29</sup>

Sus objetivos son:

1. Prevenir la transmisión de la infección por el VIH/SIDA a través de estrategias de información y educación.
2. Establecer normas, criterios, lineamientos y/o recomendaciones, con respecto al manejo adecuado de los distintos aspectos relacionados con el SIDA: biomédicos, sociales, económicos, legales, etcétera.
3. Coordinar las actividades de los sectores público, social y privado en lo referente a los programas de prevención, control e investigación de la epidemia a nivel nacional.
4. Realizar, promover y apoyar investigaciones sobre distintos aspectos relacionados con el problema del SIDA, que permitan una revisión y, en su caso, un replanteamiento constante y permanente de las estrategias por el Consejo.
5. Difundir información sobre las medidas preventivas a toda la población.
6. Promover la participación de todos los sectores de la sociedad (gubernamentales y no gubernamentales) en la lucha contra la epidemia.

Ofrece los siguientes servicios:

CONASIDA cuenta con dos Centros en el Distrito Federal que brindan de manera confidencial y gratuita los siguientes servicios:

1. Información cara a cara.

---

<sup>29</sup> Cuadernos de la Gaceta, págs. 17 a 22.

2. Pruebas de detección del VIH de manera anónima, confidencial y gratuita a personas con prácticas de riesgo.
3. Asesoría psicológica.
4. Grupos de autoayuda para personas que viven con VIH/SIDA, familiares o amigos.
5. Asesoría médica.
6. Apoyo a familiares de pacientes que fallecieron por el VIH/SIDA, para la emisión de certificados de defunción, para la presentación de algún comprobante médico.

Además, cuenta con TELSIDA que es una línea telefónica en la que se puede consultar cualquier duda que se tenga sobre la enfermedad.

Otro servicio que proporciona CONASIDA es a través de un grupo de expertos que imparten cursos, talleres o seminarios sobre diversos aspectos relacionados con la epidemia. Estos se imparten al personal médico y paramédico, y a personas interesadas en difundir la información en su comunidad.

Existe un área donde se puede solicitar orientación y apoyo si es que han sido violados los derechos humanos por el hecho de vivir con VIH/SIDA, o si se han presentado algunas de las siguientes situaciones:

1. Negativa a otorgarles educación.
2. Negativa a otorgarles vivienda.
3. Se niegan a darle servicio funerario a alguno de los familiares.
4. Niegan un servicio médico en alguna institución del Sistema Nacional de Salud.
5. La realización de exámenes de detección, sin contar con el consentimiento del interesado.
6. La pretensión de aislarlos en albergues especiales.
7. El despido de los trabajadores infectados.
8. Rechazo de solicitudes de empleo.
9. La divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH.

Finalmente, un servicio más ofrecido por CONASIDA es CRIDIS, que es un centro de documentación con una bibliohemeroteca especializada en el tema y con una colección de materiales educativos nacionales e internacionales, de la cual se puede obtener la siguiente documentación: préstamos de libros y revistas en sala, búsquedas temáticas automatizadas en CD ROM y MEDLINE, búsquedas automatizadas en los bancos de datos del centro, préstamos de videos para uso individual o exhibiciones colectivas, montaje de exposiciones internacionales de carteles sobre SIDA.

### 3.4. Decreto por el que se crea CONASIDA

El 24 de agosto de 1988, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA).<sup>30</sup>

El CONASIDA formaliza la Constitución del Comité Nacional de Prevención del SIDA, creado en febrero de 1986, como respuesta a una solicitud hecha por la Organización Mundial de la Salud a los países miembros, a fin de que se constituyeran comités nacionales en cada uno de ellos, que coordinaran todos los esfuerzos en la lucha contra el SIDA.

El párrafo cuarto de la Constitución General de la República consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte la Ley General de Salud establece que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social, y privado, profesionales, técnico y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades. También determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo tanto es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control.

Derivado de las reformas a la Ley General de Salud el 27 de mayo de 1987, se ha dado un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida al incorporarse a la lista de enfermedades de notificación obligatoria a las autoridades tendentes a su vigilancia epidemiológica, así como a su prevención y control con el firme propósito de combatirlo.

---

<sup>30</sup> Diario Oficial de la Federación, 24 de agosto de 1988.



Tomando en cuenta el incremento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

En tal virtud CONASIDA fue creado como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realiza las funciones en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles, así como de investigación para la salud.

Sus principales funciones son:

1. Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concentración de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados.
2. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los estados, con el objeto de que estos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.
3. Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
4. Promover y apoyar la realización de investigaciones con relación al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.
5. Fijar criterios en materia de investigación y elementos científicos.
6. Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud.
7. Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

8. Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.
9. Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.
10. Expedir sus bases de organización y funcionamiento.

Para el cumplimiento de sus objetivos CONASIDA cuenta con el Consejo, el Coordinador General y el Patronato, cada uno de ellos tiene diversas facultades, ambos coinciden en la aprobación y autorización de programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los estados, con el único propósito de combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

## *4 Derechos humanos y SIDA*

---

Los derechos humanos son valores fundamentales del hombre sobre los cuales frecuentemente se apoyan normas jurídicas. Protegen todas aquellas condiciones mínimas que el hombre necesita para vivir dignamente y tienen las características de ser inmutables, eternos, supratemporales y universales. Aunque estos valores han existido siempre, su reconocimiento social y protección jurídica son hechos relativamente recientes en la historia de la humanidad.

También se les conoce como derechos humanos individuales, naturales o derechos fundamentales.

El concepto de derechos humanos se ha ido perfeccionando en la medida en que las sociedades maduran en sus compromisos políticos, sociales, económicos y culturales y se construyen una estructura ético-jurídica con principios fundamentales de justicia, libertad, igualdad y dignidad personal, cuya complejidad y múltiples significados permea todas las actividades inherentes al hombre. Conforme se ha ido dando protección progresiva de los derechos humanos, se han ido expresando en leyes, códigos, declaraciones, pactos y cartas como los publicados en el año de 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los hasta ahora reconocidos se suelen clasificar en tres generaciones.

La clasificación más reconocida y usada por los derechos humanos es la de su origen histórico, que los ubica por generaciones. Los derechos de la primera generación (1948) son los políticos y civiles: libertad, seguridad, igualdad. Los de la segunda generación (1976) comprenden derechos de tipo económico, social y cultural: seguridad social,

laboral, salud, educación, vivienda, etc. y los de la tercera generación, aún en formación, están constituidos por aquéllos llamados “derechos de solidaridad”, que corresponden a la creación de condiciones que permitan la vigencia efectiva de los derechos de las dos anteriores: derechos al desarrollo, a la paz, a la información, a la libre determinación de los pueblos.

La protección de los Derechos Humanos no es sino la formalización del humanismo en su sentido más puro y por ello tiene vinculación muy estrecha con el ejercicio de la medicina y de otras profesiones relacionadas con la salud; para dar una idea de este vínculo, baste tan solo citar el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la protección social.

El SIDA es una enfermedad con repercusiones sociales de tal magnitud y complejidad, que se han reportado violaciones relacionadas con todos los derechos de la primera y segunda generación.

Es importante señalar una característica de la definición de los derechos humanos que con frecuencia se ignora: es obligación del Estado garantizar los derechos humanos de sus ciudadanos, por lo que estos sólo pueden ser violados por quienes estén bajo su responsabilidad. Es decir, las violaciones a los derechos humanos sólo las cometen las autoridades y las instituciones gubernamentales.

En México, estos derechos están protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por la adhesión de nuestro país a diversos instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención Americana sobre derechos humanos.

La Tutela de los derechos humanos corresponde al Estado que ha sido investido de poder para proteger el bien ciudadano. Para que los Derechos Humanos se ejerciten plenamente por los individuos, es deseable vivir en un Estado de Derecho, traduciéndose éste en aquel Estado cuyo poder está determinado por preceptos legales, de manera que no puede exigir que las personas hagan o no algo que no tenga su fundamento en una ley establecida.

## **4.1. Derechos humanos relacionados con las personas que viven con el VIH/SIDA**

### **Violación a los Derechos Humanos**

Existen en nuestro país numerosas denuncias de violaciones a los derechos de quienes viven con el VIH o tienen SIDA, entre las que se encuentran: la negativa a otorgarles educación, vivienda, servicios funerarios, la realización de exámenes de detección, sin contar con el consentimiento del interesado; la pretensión de aislarlos en albergues especiales; el despido de los trabajadores infectados, así como el rechazo de sus solicitudes de empleo; la mala atención por parte de algunos profesionales de la salud y, en ocasiones, la negativa de éstos a atender al enfermo, la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegándose a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de hacer público su estado de salud.

En el mundo, la epidemia del VIH/SIDA ha ido acompañada por otra epidemia de miedo, estigmatización y discriminación. Esto ha significado un nuevo reto para el personal que trabaja en salud pública, al hacerse necesaria la protección de los derechos humanos de los afectados, como parte fundamental de cualquier programa eficaz en contra de la epidemia. Las reacciones negativas ante el VIH/SIDA no son únicas en la historia de las enfermedades, y cabe recordar que la respuesta de los seres humanos a las grandes pandemias ha sido y se ha caracterizado por tratar de encontrar culpables de la enfermedad.

En México, el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) ha desarrollado programas de promoción del respeto a los derechos humanos y de prevención de la discriminación, como una estrategia más para el control de la epidemia, así como pronunciamientos en contra de violaciones a los derechos fundamentales de las personas que son seropositivas o tienen SIDA.

La infección por VIH ha desencadenado gran cantidad de reacciones sociales en diversos sectores de la población, incluyendo el sector salud. Algunas de estas reacciones han sido de apoyo, solidaridad, comprensión y compromisos, pero todavía persisten en amplios sectores actitudes negativas que han favorecido la discriminación y el maltrato de las personas que viven con el VIH o con SIDA.

La garantía para la defensa de los Derechos Humanos se fundamenta en nuestra Carta Magna y en los Tratados Internacionales que México ha celebrado con diferentes países, con el objeto de que los derechos humanos del individuo sean protegidos universalmente por un régimen de derecho, a través de organismos que se encargan de vigilar se protejan y se respeten los derechos inherentes al ser humano como: a nivel nacional la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y a nivel internacional: la Comisión Internacional de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En este orden de ideas, las herramientas jurídicas con que México cuenta, y que deberán implementarse o modificarse en el futuro, son dos corrientes de opinión, opuestas entre sí.<sup>32</sup>

La primera pretende legislar para salvaguardar los derechos de la sociedad ante el infectado y sus posibles conductas ilícitas por encima de los Derechos Humanos desde este último.

La segunda que es la que comparte CONASIDA y recomienda la Organización Mundial de la Salud, considera que no sólo es posible enfrentar el SIDA respetando los Derechos Humanos de las personas involucradas, sino que es una exigencia de cuyo cumplimiento depende el éxito de la lucha contra la epidemia.

Los Derechos Humanos son aquéllos de los que ningún ser humano, para vivir dignamente puede prescindir.

La forma como se dio a conocer la enfermedad del SIDA hace más de una década, fue atacando principalmente a grupos de población con ciertas preferencias sexuales, a drogadictos consuetudinarios y prostitutas, lo que tuvo como consecuencia que se etiquetara a estas minorías como grupos de alto riesgo; la discriminación dentro de la discriminación, ya que si bien estas personas eran de por sí rechazadas porque la sociedad las consideraba dañinas, ahora existe un doble rechazo porque las culpabilizan del mal del siglo.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

---

<sup>32</sup> Sepúlveda J. Bronfman M. Rico B. SIDA y Derechos Humanos. Diez problemas de salud en México y los derechos humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Academia Nacional de Medicina, 1992.

Se puede considerar que el SIDA reúne todos los ingredientes para poder ser considerada una enfermedad biopsicosocial: (biológica y social), es hasta ahora incurable y no prevenible por mecanismos biológicos como vacuna, su principal vía de transmisión es la sexual. Si bien comenzó afectando, en México y otros países, a una población tradicionalmente estigmatizada y marginada, éste ya no es el caso, y en la actualidad afecta a todos los grupos sociales, sin distinción de edad, sexo, raza, estado socioeconómico o religión.

El SIDA se ha concentrado en individuos en edad productiva, aunque cada vez hay mayores casos de adolescentes y niños, por lo que amenaza severamente las estructuras sociales y la misma supervivencia de las sociedades en las que su incidencia es mayor, como es el caso de África. En México, a pesar de los esfuerzos emprendidos contra el SIDA, la epidemia continúa presentando un crecimiento sostenido y amortiguado, y se espera que en los próximos años el número de casos de SIDA y de personas con VIH continúe aumentando.

En la actualidad, la evidencia científica sugiere que muchas de las personas que se encuentran infectadas con el VIH desarrollarán la enfermedad, pero hasta el momento esto sólo ha ocurrido en el 50% de los casos, después de 10 años de haber contraído la infección. El SIDA es una enfermedad difícil de prevenir, debido a la complejidad que encierra la conducta sexual de los seres humanos. El SIDA no es exclusivo de un determinado grupo social, de ahí que la difusión sobre las formas de transmisión del VIH de una persona a otra requiere de un cuidadoso análisis y de información veraz.

La ignorancia sobre este problema de salud puede conducir a conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con el VIH/SIDA; quienes no deberían ser blancos de actitudes inhumanas o degradantes sino, por el contrario, de nuestro apoyo y comprensión.

Todos tenemos derechos individuales y colectivos: el portador del VIH tiene por una parte, entre otros, los derechos individuales a no sufrir discriminación de cualquier tipo; a no ser objeto de detención forzosa, aislamiento, o segregación por su condición de infectado; a la confidencialidad sobre su padecimiento y al libre tránsito; mientras que, por otra parte, tiene derecho social a un adecuado sistema de protección a la salud, que se manifiesta en el acceso a los servicios de asistencia médica social con el propósito de

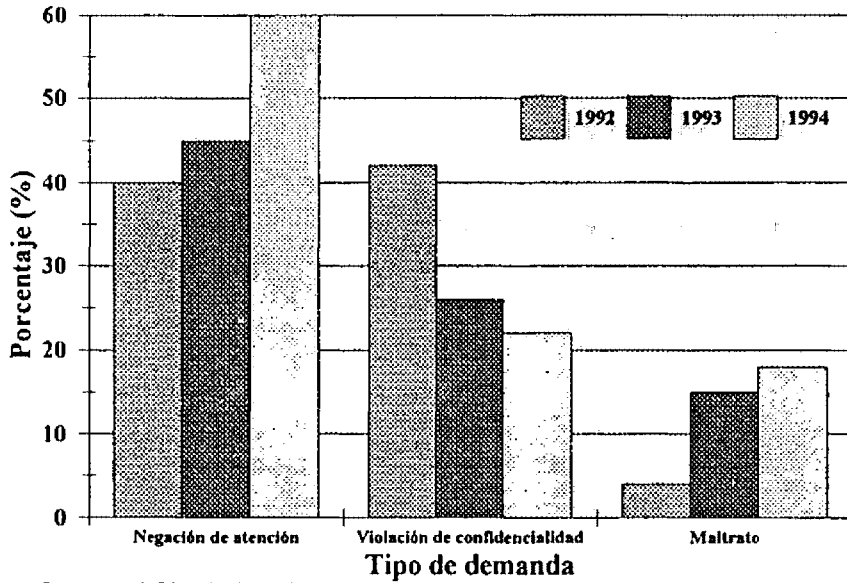
mejorar su calidad y tiempo de vida. También la población no infectada tiene obviamente todos los derechos individuales reconocidos a los habitantes de este país, a la vez de que, de acuerdo con sus necesidades, disfruta del derecho a la salud.

En México, el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) ha desarrollado programas de promoción del respeto a los derechos humanos y de prevención de la discriminación, así como de atención directa a las víctimas de la discriminación, como una estrategia más para el control de la epidemia. Por ello, desde 1992 se cuenta con un Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos, en el cual se reciben demandas sociales y quejas por discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA.

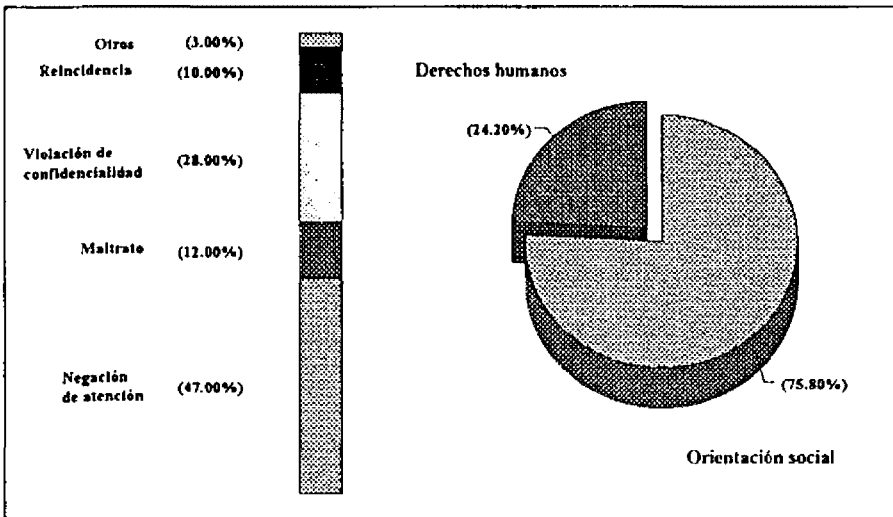
Las situaciones de discriminación y violación de derechos humanos que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA en México se observan en las Figuras Núm. 4.1 y 4.2, predominando la negación de la atención por instituciones y personal de salud, violación de la confidencialidad y maltrato. Al analizar las tendencias de estas tres demandas a través de los años, se puede observar un evidente aumento de la negación de la atención y maltrato (esta categoría incluye maltrato en las instituciones de salud, hostigamiento en el lugar de trabajo, estigmatización) y una disminución de la violación de la confidencialidad.



### Tendencias de tres tipos de demandas México



Fuente: Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos. CONASIDA.



Es notable que en 1994 más de la mitad de las demandas provinieron del Sector Salud. Contrariamente a lo esperado, el personal médico y paramédico no ha modificado su actitud discriminatoria. Al inicio de la epidemia se señalaba que el desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión explicaba esta actitud, pues existía temor al contagio por contacto casual; sin embargo, hoy en día este argumento ya no tiene lugar.

## **4.2. Ordenamientos aplicables a los casos de VIH/SIDA contemplados en la Ley General de Salud**

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; dicha protección tiene la finalidad de procurar el bienestar físico y mental del hombre, prolongar el mejoramiento de la calidad de vida, disfrutar de servicios de salud y asistencia social, que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población en general.

La salud es un elemento imprescindible del desarrollo, es un derecho esencial de todos, y el servicio de salud que se presta va encaminado en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, dichos servicios se clasifican en tres tipos: a) de atención médica, b) de salud pública, y c) de asistencia social.

Tomando en consideración que el derecho a la protección de la salud es un derecho esencial de que goza toda persona, en el caso de las personas que viven con VIH/SIDA su derecho a la salud, se encuentra regulado por el artículo 27 de la Ley General de Salud, que al respecto establece “Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

**Fracción II.-** La prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes”.

Al respecto, se considera al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida como una enfermedad transmisible como lo establece la fracción XIII del artículo 134 del mismo ordenamiento, por lo que el derecho a la salud debe ser proporcionado a todos los usuarios de servicios que presten los sectores público, social y privado, entendiéndose usuarios de servicios a las personas que padecen o que viven con VIH/SIDA, lo anterior, de conformidad a lo estipulado por el artículo 50 de la ley en comento; sin embargo, dichos usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional, ético y responsable, así como trato respetuoso y

digno de los profesionales, técnicos y auxiliares como lo dispone el artículo 51 de la ley citada con anterioridad.

La disposiciones de la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1995*, son de orden público e interés social, y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en virtud de que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública; dentro de las Medidas de control establecidas en el numeral 6.1 se establece:

*“El control del paciente con VIH comprende las actividades siguientes:*

...

*6.1.2.- atención y tratamiento;”*

Por su parte el numeral 6.3.3 señala: *“No se solicitará como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica”*.

El numeral 6.11.1 señala que: *“Todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a pacientes con VIH/SIDA, de manera responsable, digna y respetuosa”*.

El 6.11.2. establece: *“Todas las instituciones de salud estarán obligadas a canalizar a los pacientes para su atención especializada, cuando así lo requieran las condiciones del paciente y la institución no cuente con los recursos para brindarla, siguiendo los niveles de atención de las instituciones correspondientes”*.

Con vista en los numerales que anteceden, de su contenido se aprecia que aún cuando el derecho a recibir atención médica en el caso de las personas que están infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o padecen SIDA está reglamentado por la Norma Oficial antes mencionada y aún cuando sus disposiciones son de observancia obligatoria en todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público social y privado, los derechos de estas personas continúan siendo violados por el personal de salud.

De igual forma, aún cuando la Norma contemple para el caso de incumplimiento por las disposiciones establecidas en la misma, que las personas que padecen VIH o tiene SIDA pueden recurrir a la instancia inmediata superior de aquel que cometa la violación, sobre todo en el sector público, a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a la Comisión Estatal de Derechos Humanos, al Departamento de Derechos Humanos de CONASIDA, a la línea local de información sobre SIDA de su estado, a organizaciones no gubernamentales que trabajan aspectos jurídicos, de derechos humanos o de lucha contra el SIDA, o bien pedir orientación a TELSIDA; del contenido de la Norma se desprende que no contempla un apartado de sanciones para el caso de que sus disposiciones no se apliquen por los sectores público, social y privado.

Un aspecto importante para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud son las sanciones; al respecto el Capítulo dedicado a sanciones administrativas no contempla el tipo de sanción a la que deberán hacerse acreedores aquellas personas prestadoras de servicios de salud en cualquier modalidad establecida en el artículo 51, por lo que es necesario que en dicho apartado se incluya el tipo de sanciones, los preceptos tanto de la Ley General de Salud como de la Norma Oficial Mexicana.

### **4.3. Ordenamientos aplicables a los casos de VIH/SIDA contemplados en la Ley Federal del Trabajo**

No debe existir negativa de los patrones de contratar a las personas infectadas con VIH/SIDA, en principio debemos señalar que el artículo 5 constitucional otorga a todos los habitantes del país la libertad de trabajo, en tanto que el artículo 123 del mismo ordenamiento señala que toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil, sin embargo en nuestro país existe una amplia libertad de contratación tanto para los trabajadores como para los patrones, toda vez que no existe una disposición expresa que prohíba la discriminación en la contratación por razones de enfermedad de transmisión sexual, la única excepción es la contenida en el artículo 133 fracción I de la Ley Federal del trabajo, que prohíbe a los patrones el negarse a aceptar trabajadores por razón de su edad o de su sexo.

Por otra parte, considero que no se les debe despedir de sus labores a los trabajadores que viven con VIH/SIDA, ya que si bien es cierto que la ley contempla la separación de sus labores por causas de enfermedad contagiosa, que implique algún peligro para las personas que trabajan con él, aún cuando la Ley Federal del Trabajo en su artículo 134 fracción X contempla la obligación del trabajador de someterse a un reconocimiento médico previsto en el reglamento interior y demás normas vigentes para comprobar que no padecen alguna incapacidad o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurable, no contempla las enfermedades de transmisión sexual, ya que por contagio se entiende la transmisión de una enfermedad por contacto directo o indirecto; la misma ley en su artículo 513 señala dentro de la Tabla de Enfermedades de Trabajo lo siguiente:

#### ***TABLA DE ENFERMEDADES DE TRABAJO***

*Infecciones, parasitosis, micosis y virosis.*

*Enfermedades generalizadas o localizadas provocadas por acción de bacterias, parasitosis, hongos y virus.*

...

*122. Sífilis.*

*Sopladores de vidrio (accidente primario bucal); médicos, enfermeras mozos de anfiteatro (accidente primario en las manos).*

*136. Virosis (hepatitis, enterovirosis, rabia, psitacosis, neumonías a virus, mononucleosis infecciosa, poliomielitis y otras).*

*Médicos, enfermeras y personal de limpieza en hospitales y sanatorios, personal de laboratorio y análisis clínicos, personal de bancos de sangre, siempre que se identifique el agente causal en el paciente y en el sitio de trabajo.”*

Con vista en la tabla de enfermedades que contempla la Ley Federal del Trabajo, se aprecia que la misma no contempla al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por lo tanto no existe riesgo de trabajo ya que el contagio no se da por el contacto casual.

Sin embargo, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, de fecha 17 de enero de 1995, en su numeral 4 establece lo siguiente:

*“4.1.- La infección por Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) es causada por los Retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la siguiente manera:*

*4.1.1.- por contacto sexual con persona infectada por el VIH;*

*4.1.2.- por transfusión de sangre contaminada y sus componentes;*

*4.1.3.- por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados;*

*4.1.4.- de una madre infectada a su hijo, durante en periodo perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna, y*

*4.1.5.- por trasplante de órganos y tejidos contaminados.*

*4.2.- Los grupos de población con mayor probabilidad de adquirir la infección co VIH son los siguientes:*

*4.2.1.- aquéllos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo:*

*a) hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual;*

*b) hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual; y*

*c) compañeros sexuales de:*

*- personas con VIH/SIDA;*

*- personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales;*

*- transfundidos entre 1980 a 1987;*

- *usuarios de drogas intravenosas; y*
- *hemofílicos.*

*4.2.2.- usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.*

*4.2.3.- aquéllos expuestos a condiciones de alto riesgo:*

- a) hemofílicos y transfundidos entre los años de 1980 y 1987.*
- b) personas transfundidas después de 1987 con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.*
- c) hijos nacidos de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA.*

*4.2.4.- quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo:*

- a) personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presenten cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicaduras de sangre o secreciones*
- b) personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas por sangre, como las usadas en acupuntura y tatuajes.”*

En tal virtud, se puede decir que no existe prohibición tanto para contratar a personas que padezcan la enfermedad como tampoco se les debe despedir de sus labores puesto que no existe ningún riesgo de contagio a menos que se encuentren dentro de los supuestos que marca la Norma Oficial Mexicana prevista.

Por su parte, el artículo 42 de la Ley Federal del Trabajo establece la suspensión temporal en el caso de enfermedad contagiosa del trabajador, por lo que en ningún momento prevé el despido por razones de enfermedad de transmisión sexual como lo es el VIH/SIDA; en tal virtud no es una causal de despido.

Respecto de esta fracción hay que aclarar que se trata de enfermedades del trabajador que se pueden contagiar por el contacto normal con otras personas que derive de la prestación de servicios, ya que no toda enfermedad contagiosa supone un peligro real de contagio dentro del medio laboral como en el caso del “Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En otro orden de ideas, los trabajadores gozan de la protección que marca la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como lo señala en su artículo 123 apartado A que al respecto establece:



*“Fracción XXIX.- Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”*

El apartado B del mismo ordenamiento dispone lo siguiente:

*“Fracción XI.- La seguridad social se organizará conforme a los siguientes bases mínimas:*

*a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.*

*b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la Ley.”*

Estos dos apartados de igual forma contemplan enfermedades no profesionales entendiéndose que el SIDA no es una enfermedad ocurrida por un riesgo de trabajo o enfermedad de trabajo, ya que se deben dar los supuestos antes señalados; podemos decir que:

Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo, según artículo 473 de la Ley antes señalada.

Se entiende que enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios; artículo 475 del mismo ordenamiento.

Por su parte, el artículo 476 de la misma ley establece que serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo las consignadas en la tabla del artículo 513, como ya se mencionó, en ningún numeral de dicha tabla se contempla al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); por lo que si la enfermedad es diferente a las ahí previstas o si sus actividades no corresponden a las enumeradas, deberá demostrarse esa relación.

El único riesgo probable que existe de contraer la infección por VIH/SIDA para los empleados de una institución es que exista contacto por sangre infectada del trabajador, con laceraciones de la piel, de las mucosas, o a través de piquete o cortaduras.

En este caso, el simple hecho de que el trabajador infectado por el VIH/SIDA salude de mano, de un beso o un abrazo a sus demás compañeros, no pone en riesgo la salud de los demás trabajadores, así como tampoco se encuentra discapacitado física y mentalmente puesto que puede desarrollar y desempeñar bien su trabajo, siempre y cuando no se le desarrollen las enfermedades oportunistas; aún cuando se encuentre en etapa terminal, tiene derecho a seguir desempeñando sus labores; los derechos individuales de las personas no deben ser objeto de discriminación ni violación a sus derechos fundamentales, sino por el contrario deben ser protegidos y respetados por los patrones y el personal en general.

#### **4.4. Garantías individuales contenidas en nuestra Constitución Política que resultan aplicables a las personas que viven con VIH/SIDA**

La garantía para la defensa de los Derechos Humanos se fundamenta en nuestra Carta Magna y en los Pactos y Convenciones Internacionales que México ha celebrado con diferentes países, con el objeto de promover el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades humanos que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

Los artículos en los que se sustentan los derechos humanos de los infectados por el VIH y enfermos de SIDA, que han servido de base para la elaboración de la Cartilla de Derechos de las personas que viven con el VIH o que han desarrollado SIDA, elaborada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, CONASIDA y algunos Organismos Gubernamentales como GISIDA, Mexicanos contra el SIDA y Fondo para la Salud Comunitaria se encuentran fundamentados en el capítulo I de Garantías Individuales, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A continuación se señalan algunos artículos que resultan aplicables a las personas que viven con VIH/SIDA mismos que se encuentran protegidos y salvaguardados por las garantías individuales que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

#### ***CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS***

#### ***TITULO PRIMERO***

#### ***CAPITULO I***

#### ***DE LAS GARANTÍAS INDIVIDUALES***

#### ***Artículo 1.***

*“En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.”*

#### **Artículo 4.**

“...

*El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. (Segundo párrafo).*

*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (Tercer párrafo).*

*Toda persona tiene derecho a un ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.*

*(Cuarto párrafo). \*DOF28061999.*

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (Quinto párrafo).*

*Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo”. (Sexto párrafo).*

#### **Artículo 5.**

*“A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la Ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial”. (Primer párrafo).*

#### **Artículo 6.**

*“La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito o perturbe el orden público; el derecho a la información será garantizado por el Estado.”*

#### **Artículo 11.**

*“Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvo-conducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la república, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país.”*

**Artículo 14.**

“...

*Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho”. (Segundo párrafo).*

**Artículo 16.**

*“Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. (Primer párrafo).*

...”

Los estigmas y la desigualdad social han provocado la violación de derechos de algunos grupos; por sus condiciones de salud, pobreza, marginación, por ser minoría, por tener conductas y características diferentes a las valoradas socialmente, por tener una preferencia sexual distinta a la heterosexual; etc.

Las políticas segregadoras de personas que viven con VIH/SIDA generan inseguridad, temor y clandestinidad. Por tal motivo el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, ha reconocido la importancia de prevenir la discriminación como parte de las estrategias básicas para llevar un programa efectivo de prevención y control del VIH/SIDA a nivel internacional; ya que no existen argumentos que justifiquen la discriminación ni la restricción de derechos de quienes viven con VIH/SIDA. Por tanto, la primera estrategia para lograr un impacto en la Salud Pública es crear un entorno favorable, lo cual se logrará si se trabaja de manera paralela por el respeto a los Derechos Humanos.

## 4.5. Derechos Fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA en México

De acuerdo con el Grupo de Intervención Social en SIDA (GIS-SIDA) junto con otros grupos se dio a conocer la Cartilla Nacional de Derechos Humanos de personas que viven con VIH/SIDA.

Los Derechos que serán defendidos a través de este instrumento y que resumen y concretan la postura del gobierno en relación al binomio Derechos Humanos y SIDA, están basados en las siguientes premisas:

"SI VIVES CON VIH O SIDA EN MÉXICO: ESTOS SON TUS DERECHOS FUNDAMENTALES"	
1	La Ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
2	No estas obligado a someter a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción. Nadie por ningún motivo debe obligar a otra persona a que se realice la prueba del VIH, ya que sólo para nuestra salud se realiza dicha prueba y si alguna persona cree que estuvo en riesgo de contraer la infección debe aplicarse, además de utilizar métodos de protección.
3	En ningún caso puede ser objeto de detección forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4	No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional.
5	Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos.
6	Vivir con SIDA o con VIH no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7	Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vives con el VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido de tu empleo.
8	No se puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9	Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o a afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10	Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
11	Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tus padecimientos, sus consecuencias y tratamiento a los que puedes someterte.
12	Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
13	Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14	Tienes derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Con la aparición de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y ante su avance, se han propuesto diferentes alternativas que tratan de coadyuvar a su control y prevención. Una de las opciones que se trata de impulsar encaminada a la detección temprana de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre la población, es la obligatoriedad de la detección del VIH como parte de las pruebas prenupciales, con el supuesto objetivo de disminuir el avance de la epidemia del SIDA por medio de la identificación de personas infectadas e impedirles contraigan nupcias y así evitar la infección de su pareja.

Tal medida, si bien parece lógica en un análisis superficial del problema, tiene grandes inconvenientes, entre los que destacan los relativos a las características de las pruebas de diagnóstico utilizadas, los aspectos socioculturales, de salud pública y económicas, que hacen que su utilidad sea cuestionable después de un análisis a partir de fundamentos científicos y éticos.

Éticamente no es aceptable que a una persona se le realice una prueba de detección de VIH sin asesoría tanto antes como después de la misma, independientemente del resultado. Se debe garantizar que las personas en las que se realice la detección comprenda su significado, valorar si son capaces de responder adecuadamente ante el hecho de que se les detecte la infección por VIH, o bien que el resultado que se obtenga sea negativo, con ello no significa que no estén infectados por el VIH.

Con la sola prueba de detección no se garantiza el cambio de comportamiento sexual de las personas, ya que lo más importante son las intervenciones educativas que tienden a disminuir las prácticas de riesgo y/o el adecuado asesoramiento psicológico.

En el caso de que se les detecte como positivos, no se les puede prohibir casarse, ya que desde el punto de vista sanitario se tiene la obligación de informarles acerca de sus riesgos, pero sería violatorio de sus derechos humanos el impedirles formar una familia, así como tampoco se les puede aislar.

Con frecuencia se presentan violaciones de derechos humanos a personas que viven con VIH o han desarrollado el SIDA en nuestra ciudad.

Encontramos que las principales razones con las que se presentan dichas violaciones radican en la falta de información sobre el SIDA y sus formas específicas de transmisión, las cuales recaen muchas veces, en miedos injustificados al contagio; otras veces los

atentados radican en perjuicios a quienes portan un virus que se trasmite supuestamente por contacto casual.

Existen en la zona metropolitana bancos y empresas que han aplicado la prueba de detección de anticuerpos de VIH a sus empleados y los han despedido de manera ilegal, amenazándolos con difundir la información y justificándose un riesgo de contagio que además es ficticio, ya que el VIH no se trasmite por contacto casual.

En algunas instituciones de tipo familiar se les aplica la prueba a los aspirantes a ingresar, lo cual es también ilegal. Se presentan casos de niños que fueron suspendidos de sus escuelas por el hecho de que alguno de sus papás o hermanos tiene VIH o SIDA, inclusive cuando estos ya murieron. Otras veces se viola el derecho a la confidencialidad en instituciones de salud, también hay casos en que los médicos no proporcionan a la persona información completa sobre su estado de salud, y existen también hospitales (privados generalmente) en los que se niegan servicios a estas personas.

Aunque todos estos derechos se encuentran fundamentados en la Constitución Mexicana, en la Ley General de Salud, en la Ley Federal del Trabajo y en la Norma Oficial para la Prevención y control del SIDA, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1995, no existe una suficiente promoción para que las personas conozcan de quienes viven con VIH/SIDA.

La problemática radica en que además no existen prácticamente denuncias con relación a las violaciones de los derechos humanos de quienes viven con VIH o SIDA. Esto se debe a que las organizaciones que realizan actividades entorno a VIH/SIDA no cuentan con recursos para establecer mecanismos para la promoción y defensa de los derechos humanos de quienes viven con VIH o han desarrollado el SIDA y además no cuentan con suficiente información sobre SIDA y sobre las legislaciones específicas al respecto.

Una de las alternativas más viables para resolver la situación consiste en establecer intercambio de capacitación entre organismos de trabajo en SIDA y en instituciones de la defensa y promoción de los derechos humanos, así como establecer una relación estrecha de trabajo coordinado que garantice mayor eficacia y cobertura para cubrir los requerimientos de la población en cuanto a la promoción y defensa de los derechos humanos de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.



Existen 31 comisiones estatales en México, una en el Distrito Federal, y una Comisión Nacional (CNDH), que es la que se encarga de los asuntos contra las instituciones federales en todo el país.

La Comisión de Derechos Humanos es un organismo dotado de plena autonomía con personalidad jurídica y patrimonio propio, de carácter permanente, de participación ciudadana y de servicio gratuito, dentro de sus funciones esta la protección, defensa, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos, conoce de oficio o a petición de parte, de quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos, por actos u omisiones de índole administrativo cometidos por servidores públicos o autoridades estatales, municipales, así como por empleados que laboren en empresas o asociaciones de participación estatal o municipal mayoritaria.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos es una institución encargada de proteger los derechos de los ciudadanos que sean afectados por parte de servidores públicos, o autoridades estatales o municipales. Sus principales funciones son:

1. Conocer y tramitar las quejas presentadas por las personas afectadas en sus derechos o iniciadas de manera oficiosa (conocidas por los medios de comunicación).
2. Proponer modificaciones o reformas en las leyes estatales para mejorar la protección de los derechos humanos.
3. Es el enlace con la Comisión Nacional de Derechos Humanos en asuntos de competencia federal.
4. Formular recomendaciones, a fin de que servidores públicos que resulten violadores de derechos humanos sean sancionados de acuerdo a la ley.

Cualquier persona que conozca de una violación de derechos humanos puede presentar una queja; los servicios que proporciona la comisión son gratuitos; puede ser presentada mediante comparecencia, vía telefónica, por fax y otros medios de comunicación, mismas que se reciben las 24 horas del día, por los 365 días del año, es importante señalar que no se reciben quejas anónimas y el término para presentar una queja es de un año, a partir de la fecha de ejecución de los actos violatorios de derechos humanos.

# *Conclusiones*

---

1. El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa y mortal que ataca las defensas de nuestro organismo y es provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que puede entrar en nuestro cuerpo al tener relaciones sexuales con una pareja infectada y mediante el intercambio de líquidos corporales (semen, líquido preeyaculatorio, flujo vaginal o sangre cuando existen heridas en la piel), a través de transfusiones de sangre contaminada y por contagio directo de la madre infectada al bebé durante el embarazo o en el momento del parto.
2. Las únicas formas de transmisión conocidas según su frecuencia son:
  - a) Vía sexual.- cuando existe intercambio de líquidos corporales, principalmente de semen, secreciones vaginales y sangre, entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homosexuales o heterosexuales.
  - b) Transfusión sanguínea.- de un donador de sangre infectada.
3. El SIDA se ha convertido en un problema social que despertó el interés de las instituciones que prestan servicios médicos por tomar en cuenta no solamente la dimensión biológica de la enfermedad, sino los aspectos sociales que influyen de manera directa o indirecta en la propagación de la misma, ya que también abarca aspectos económicos, socioculturales, educativos, ideológicos y políticos en la prevención y atención del SIDA.

4. El SIDA es un problema de salud pública, la participación de la comunidad ha evolucionado paulatinamente a diferentes instituciones tanto públicas como privadas, las cuales han tomado parte en la aplicación de las medidas destinadas a prevenir uno de los mecanismos por los que se transmite la infección sexual, sanguínea y perinatal, de esta manera, la prevención de la enfermedad ha requerido la organización de las autoridades sanitarias, la educación del personal de salud y la participación de la comunidad. La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por la vía sexual, ha hecho que tanto organismos gubernamentales como no gubernamentales participen en la lucha y prevención de la enfermedad.
5. México ocupa el 13° lugar en cuanto al número de casos de SIDA notificados mundialmente y el tercer lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69 respecto de la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el 29 lugar en Latinoamérica y el Caribe, y el 11° lugar para toda América, por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja.
6. Como una respuesta gubernamental en México, a partir de 1986 se dio la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuyo objeto era evaluar la situación nacional en lo concerniente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como establecer criterios para el diagnóstico, prevención, tratamiento y control; sin embargo, por Decreto de fecha 24 de agosto de 1998, se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), a fin de que se constituyeran comités nacionales a cada uno de ellos, que coordinara todos los esfuerzos en la lucha contra el SIDA.
7. A pesar de que se creó el Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH, con el objeto de disminuir en un 100% las violaciones a los derechos humanos de las personas con el VIH/SIDA en el sector salud, encontramos que la discriminación y violación de que son objeto los portadores del virus de la inmunodeficiencia humana o enfermos de SIDA, se ha manifestado de diferentes maneras, destacando la mala atención por parte de algunos profesionales de la salud y en ocasiones la negativa de atender al enfermo.

8. La epidemia del VIH/SIDA ha ido acompañada por otra epidemia de miedo, estigmatización y discriminación, persistiendo en amplios sectores actitudes negativas que han favorecido la discriminación y el maltrato de las personas que viven con el VIH o con SIDA, esto ha significado un nuevo reto para el personal que trabaja en la salud pública, al hacerse necesaria la protección de los derechos humanos de los afectados, como parte fundamental de cualquier programa eficaz en contra de la epidemia.
9. La garantía para la defensa de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, se fundamenta en nuestra Carta Magna y en los Tratados Internacionales que México ha celebrado con diferentes países, a través de organismos que se encargan de vigilar que se protejan y se respeten los derechos inherentes al ser humano como, a nivel nacional: la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y a nivel internacional: la Comisión Internacional de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
10. El portador del VIH tiene por una parte, entre otros, los derechos individuales a no sufrir discriminación de cualquier tipo; a no ser objeto de detención forzosa, aislamiento, o segregación por su condición de infectado; a la confidencialidad sobre su padecimiento, y a no ser despedido injustificadamente de su empleo; mientras que, por otra parte, tiene derecho a un adecuado sistema de protección a la salud, que se manifiesta en el acceso a los servicios de asistencia médica social, con el propósito de mejorar su calidad y tiempo de vida.
11. Aunque los derechos de las personas que tienen VIH/SIDA, se encuentran fundamentados en la Constitución Política Mexicana, en la Ley General de Salud, en la Ley Federal del Trabajo y en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, de fecha 17 de enero de 1995, no existe una suficiente promoción para que las personas conozcan de quienes viven con esta enfermedad.

12. Existen en nuestro país numerosas denuncias de violaciones a los derechos humanos de quienes viven con VIH o tienen SIDA, predominando en el sector salud y en el ámbito laboral, por lo que es urgente contar con una legislación que contemple o regule en estas materias.
13. Las principales razones con las que se presentan dichas violaciones radican en la falta de información sobre el SIDA y sus formas específicas de transmisión, las cuales recaen muchas veces, en miedos injustificados al contagio; otras veces las ofensas radican en perjuicios a quienes portan un virus que se transmite supuestamente por contacto casual.

# *Propuesta*

---

Analizando todos los aspectos sociológicos y jurídicos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y dado que nuestra legislación actual es insuficiente, es necesario contar ordenamientos jurídicos que contemplen este grave problema de salud pública, y se adecue a todas aquellas personas que viven con VIH o han desarrollado SIDA.

Por la complejidad que presenta la enfermedad, debe existir una reglamentación adecuada, en virtud de que a las personas que están contagiadas por el VIH/SIDA, se les niega el derecho a la protección a la salud, se les despide injustificadamente de su trabajo y con frecuencia sus derechos son conculcados por la sociedad en general, dicha legislación considero que debe abarcar como mínimo los siguiente aspectos:

1. Que el derecho a la salud se proporcione a todos los usuarios de servicios que presten los sectores público, social y privado, entendiéndose usuarios de servicios a las personas que padecen o que viven con VIH/SIDA.
2. Que a los infectados por el VIH y a los enfermos de SIDA, se les dé la atención, tratamiento y seguimiento como a cualquier otra enfermedad.
3. Que no sean despedidos de sus lugares de trabajo, garantizando la estabilidad en el empleo a los enfermos del SIDA, así como la oportunidad de ocupar un puesto.
4. Que la sociedad en general no tenga conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con el VIH/SIDA.

5. Que se legisle en materia de derechos humanos, en el sentido de que éstos no sean violados por la sociedad en general, ya que afecta a las personas que viven con VIH/SIDA; que la Cartilla Nacional de Derechos Humanos que dio a conocer el Grupo de Intervención Social en SIDA (GIS-SIDA), sea obligatoria y respetada por la sociedad en general, así como se contemple algún tipo de sanción para el caso de inobservancia.
6. Que se contemple el tipo de sanción a la que deberán hacerse acreedores aquellas personas prestadoras de servicios de salud público, social y privado que nieguen el servicio, o que no proporcionen la atención profesional, ética, responsable, y respetuosa.

## *Bibliografía*

---

1. Barré Sinoussi, F.; Chermann, J.C.; Rozenbaum, W. *El SIDA en preguntas*, México, 1989.
2. Cunninham, Ineke; Cunningham, Ernest L., *Bibliography of the Epidemiological, Social, Legal Ethical Aspects of Aids*, Bibliographical Series Núm. 1, Universidad de Puerto Rico, 1989.
3. Díaz Alfaro, Salomón, *Derecho Constitucional a la protección a la salud*, CRIDIS.
4. Fuenzalida Puelman, Hernán; Linares Parada, Ana María; Serrano Lavertu, Diana, *Normatividad sobre el SIDA en América Latina y el Caribe*, CRIDIS.
5. González, Homero; Pizarro, Jorge, *El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: una perspectiva legal*, CRIDIS.
6. Grmek, Mirko D., *Historia del SIDA*, Siglo XXI editores, S.A. de C.V., Julio, 1992.
7. Herrendorf, Daniel E., *Clásicos Universales de los Derechos Humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1992.
8. Including Cardidogy, Dulmonary, *Legal Aspects of Medicine Mediane and critical care medicine*, 1989.
9. Jhon Wirley and Sons, Inc. Chichester, Brisbane, *AIDS and Law*, New York, Secon Edition, Wiley Law Publications,, Toronto, Singapore, 1992.
10. Kaplan Marcos, *El Derecho a la protección de la salud y el estado social de derecho*, CRIDIS.
11. Laguna García, José, *La perspectiva del Derecho Mexicano a la protección de la salud*, CRIDIS.



12. Master, William A.; M.D., Johnson, Virginia E.; M.D. Kolodny, Robert C., *Comportamiento Heterosexual en el era del SIDA*, CRIDIS, Diana, 1989.
13. Millán Dena, Rodolfo, *El SIDA y sus posibles consecuencias legales*, CRIDIS.
15. Moctezuma Barragán, Gonzalo, *El SIDA y los Derechos Humanos*, Revista Examen, Publicación mensual, año 2 número 14, junio, 1990, México, D.F.
16. Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Políticas y aspectos legales, panel de discriminación Conferencia Binacional: El SIDA en nuestros comunidades, la perspectiva en México y Estados Unidos*.
17. Orlando León y Vélez Vasco, *El SIDA, casos de la vida real*, México, 1991.
18. Rodríguez y Rodríguez, Jesús, *Propuesta de curso modelo sobre derechos humanos*, México, 1992
19. Ruíz Massieu, José Francisco, *El Contenido programático de la constitución y el nuevo derecho a la protección a la salud*, CRIDIS.
20. Salinas Zuno, Naciones Unidas, Centro de Derechos Humanos, Ginebra. Informe de una consulta internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra 28-28, Julio, 1989.
21. Sepúlveda Amor, Jaime; Bronfman, P.; Rico G., Blanca, *SIDA y Derechos Humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos México, 1992.
22. Serrano Lavertu, Diana; Linares Parada, Ana María; Fuenzalida Puelma, Hernán, *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica Núm. 530.
23. Sloan, Irving J., *AIDS LAW Implications for the individual and society*, Occana Publications, Inc., 1988.
24. Vega Ruíz, José Augusto, *Tratamiento Jurídico del SIDA*, México, 1992.
25. Zertuche Muñoz, Fernando, *El Derecho a la protección a la salud y las garantías sociales*, CRIDIS.
26. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diez Problemas de Salud en México y los Derechos Humanos*, 1992.
27. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *SIDA/VIH Derechos Humanos*, México, 1992.

28. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *EL SIDA y los Derechos Humanos*, CONASIDA, Programa 1995. Función normativa, Agosto, 1995.
29. Comité Aspectos Jurídicos del CONASIDA, *Resumen Analítico de la Legislación Mexicana vigente relativa al VIH/SIDA*, México, julio 1991.
30. CONASIDA, *Cursos sobre VIH/SIDA y su relación con el derechos burocráticos del trabajo. CONASIDA Procurador de la defensa de los trabajadores al Servicio del Estado*, México, 1994.
31. CONASIDA, *Procuraduría de la defensa de los trabajadores al servicio del estado. Comité Aspectos Legales*, Febrero, 1991.
32. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, D.F. 1999.
33. Cuaderno del Instituto de Investigaciones Jurídicas, *El SIDA, régimen jurídico*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1989.
34. Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). D.O.F. 24 de agosto de 1988.
35. Decreto por el que se declara la adición de un párrafo quinto al artículo cuarto Constitucional y se reforma el párrafo primero del artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D.O.F. 28 de junio de 1999.
36. Instituto de Investigaciones Jurídicas, *El SIDA régimen jurídico*, Universidad Autónoma de México, 1989.
37. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, *El SIDA en el ámbito laboral*, México, 1990.
38. Legislación sobre Derechos Humanos, Editorial Porrúa, México, D.F. 1999.
39. Ley Federal del Trabajo, Editorial Themis, México, D.F. 1997.
38. Ley General de Salud, Editorial Sista, S.A. de C.V. México, D.F., 1999.
40. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Secretaría de Salud, D.O.F. 17 de enero de 1995, México, D.F.
41. Norma Técnica número 277 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. D.F.O. 29 de enero de 1988.

42. Norma Técnica número 279 de Educación para la salud D.O.F. 18 de febrero de 1988.
43. Norma Técnica número 324 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. D.O.F. 7 de noviembre de 1988.
44. Norma Técnica número 323 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos. D.O.F. 14 de noviembre de 1988.
45. Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial, *Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud, Preguntas y respuestas sobre el SIDA*, 1989.
46. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, *Pautas para el SIDA*, Panamá, Octubre, 1988. Cuadernos de la Gaceta, Enero, 1994.
47. Secretaría de Salud, *Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida. Información General y Medidas preventivas*, 1988.
48. Secretaría de Salud, Consejo Asesor en Epidemiología, *México Información Prioritaria en Salud*, 1991.
49. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 1990-1999.
50. Serie Organización Mundial de la Salud sobre el SIDA, *Directrices para la asistencia de los trabajadores de la salud a las personas infectadas por VIH*, Comisión Nacional del SIDA, Organización Mundial de la Salud, 1989.
51. SIDA/VIH Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1992.
52. Universidad Nacional Autónoma de México, *Régimen Jurídico del SIDA. Cuaderno Instituto de Investigaciones Jurídicas*, Septiembre-diciembre, 1989.

## *Glosario*

---

**Anticuerpo.** Inmunoglobulina. Proteína producida por las células plasmáticas del sistema inmunológico, que son células B activadas, como respuesta a la presencia de un antígeno, lo que constituye la respuesta humoral del sistema inmune. El anticuerpo se combina en forma específica con el antígeno que estimuló su producción con el objeto de inactivarlo o neutralizarlo, o bien marcarlo para su destrucción por otras células del sistema inmune. Un anticuerpo en particular sólo actúa contra un antígeno en particular. No todos los anticuerpos, aunque sean específicos tienen la capacidad de proteger al huésped. Las pruebas más conocidas para diagnóstico de la infección del VIH, como el ELISA y el Western Blot, miden la presencia de anticuerpos contra el virus, pero no al virus, por ejemplo, partículas del virus; aunque la respuesta del organismo a la invasión de un antígeno es inmediata, no es posible detectar el virus desde el momento mismo en que entra al organismo, pues es necesario un tiempo invariable, aproximadamente de cuatro a seis semanas, para que haya suficientes anticuerpos que permitan su detección; este lapso en que el virus es indetectable se llama periodo de ventana.

**Artralgias.** Dolor de una articulación como el codo, rodilla, hombro, etcétera.

**Asintomático.** Sin síntomas. Se llama portador asintomático a una persona infectada por un organismo pero que no tiene manifestaciones de la infección; sin embargo, en el caso del VIH, un portador asintomático puede transmitir el virus. El periodo o fase asintomática, aunque variable, puede durar más de diez años.

**Candida albicans.** Hongo que produce la candidiasis, llamada también monilia.

**Candidiasis.** La candidiasis o Moniliasis es la infección oportunista más frecuente y también la más fácil de detectar ya que normalmente se presenta en la boca y en las mucosas. En las mujeres se presenta también en la vagina. Cuando es oral se manifiesta como algodoncillo en la lengua, en la parte interna de los carrillos, en el paladar y en la garganta; si no se controla puede pasar al esófago dificultando el paso de los alimentos, del esófago puede pasar a todo el

sistema digestivo. Algunas veces aparece en el lecho de las uñas, ombligo y el ano. La candidiasis puede también presentarse en pulmón: Broncocandidiasis, produciendo dolor, fiebre y expectoración y en piel: Dermatocandidiasis, provocando manchas rojizas y violáceas, escamosas con comezón. Dependiendo del lugar donde se presente la candidiasis se diagnostica por examen clínico, fibroscopia esofágica, rayos "X" y cultivo de pulmón y examen clínico y cultivo de piel.

**Citomegalovirus.** Virus que ocasiona una infección oportunista. Es un virus de la familia de los herpes. Las infecciones por CMV pueden ser sin síntomas o con síntomas inespecíficos como fiebre, irritación de la garganta, debilidad, escalofríos y crecimiento ganglionar. El virus se elimina a través de la orina, semen, saliva, heces y sudor. Una citomegalovirus se puede manifestar como retinitis, esofagitis, hepatitis, mononucleosis, polirradiculopatía, pancreatitis, colitis o afección del pulmón pudiendo llegar a ocasionar la muerte.

**Colitis.** Inflamación del colon. Un estado que provoca dolor abdominal y diarrea.

**Criptococcus neoformans.** Hongo causante de la criptococosis del sistema nervioso central.

**Cryptosporidium.** Parásito causante de la criptosporidiosis.

**Dermatitis seborrética.** La más frecuente dermatitis es la seborrética que consiste en la infección de la capa córnea de la piel por ciertos hongos que causan descamación, precisamente en forma de escamas secas del cuero cabelludo, piel de la cara y del tronco.

**Infección oportunista.** Causada por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo humano o en el ambiente, pero que sólo producen enfermedad en las personas que no presentan condiciones óptimas de salud y aparece en el organismo aprovechando la oportunidad que tiene de multiplicarse al disminuir las defensas del organismo entre otras causas por el empleo de la quimioterapia, uso de medicamentos inmunosupresores como los corticosteroides o por la acción del VIH. Las infecciones oportunistas más frecuentes en el SIDA son: candidiasis, tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, histoplasmosis y criptococosis, pudiendo concurrir dos o más de ellas. El sarcoma de Kaposi y ciertos linfomas son neoplasias oportunistas

**Entamoeba histolítica.** Protozooario causante de la enfermedad llamada Amibiasis (ver).

**Enteritis.** Inflamación del intestino. En SIDA puede ser causada por el mismo VIH, por el citomegalovirus, *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, las amibas, la *Giardia lamblia* o el *Microsporidium* y en menos ocasiones por la tuberculosis del intestino o por *Mycobacterium avium*. La manifestación más frecuente es la diarrea, la deshidratación, la pérdida de líquidos, electrolitos y proteínas en las heces fecales y por la desnutrición que puede llegar al Síndrome de Desgaste. Además puede causar dolor abdominal y plenitud de gases, lo cual se denomina "meteorismo".

**Erupción.** Aparición en la piel de enrojecimiento o prominencias o de ambas cosas a la vez, con fiebre o sin ella. Exantema.

**Foliculitis eosinofílica.** Reacción inflamatoria alrededor de los folículos capilares, con erupciones que dan mucha comezón y que pueden formar placas. Se debe a la invasión de eosinófilos a los folículos capilares. La causa de su aparición en personas con SIDA no ha sido determinada.

**Ganglio linfático.** Nódulo donde se concentra la linfa, que es un líquido transparente que contiene linfocitos y células del sistema fagocítico mononuclear, cuya función es filtrar las impurezas del organismo; la linfa pasa de los tejidos a los ganglios y de éstos a la sangre. La inflamación de los ganglios, que se presentan como bolitas en el cuello, axila, abdomen o ingle, denota la presencia de una infección o de un tumor en el organismo. Hasta hace muy poco tiempo se suponía que el virus podía permanecer inactivo durante mucho tiempo; sin embargo, ahora sabemos que el VIH está replicándose en los ganglios de manera permanente desde su ingreso al organismo.

**Giardia Lambia.** Parásito protozoario intestinal causante de la Giardiasis que produce diarreas, dolor abdominal y mala absorción intestinal con la consecuente desnutrición.

**Giardiasis.** Infección causada por el protozoario Giardia lambia, que afecta al intestino delgado y que se contrae por comida o agua contaminada o de persona a persona. Sus manifestaciones son diarreas severas debido a la mala absorción intestinal.

**Hemofilia.** Padecimiento hereditario que se presenta en hombres y que consiste en que la sangre no se coagula normalmente, por la ausencia de los factores VIII o IX, por lo que es necesario transfundir frecuentemente al hemofílico para proporcionarle, dependiendo de su tipo de hemofilia, el factor VIII o el IX, componentes de la sangre que les son indispensables para tener una coagulación adecuada, pues sin ellos corre el peligro de desangrarse hasta morir por una herida.

**Hepatitis.** Inflamación del hígado de origen infeccioso o tóxico; las infecciosas se pueden adquirir por ingesta de bebidas y alimentos contaminados o por relaciones sexuales o sangre y las de origen no infeccioso pueden ser por alcohol o medicamentos. La más frecuente es la hepatitis viral, cuyas características incluyen transaminasas altas, ictericia, fiebre, fatiga, náusea e insuficiencia hepática. Las hepatitis más comunes son la A y la B. Se han descubierto virus causantes de hepatitis, clasificándose de la letra A a la E, y muy recientemente, virus de hepatitis F y G, estando por determinarse si se trata de uno solamente o si son dos. Es probable, por lo tanto, que existan un sinnúmero de virus de hepatitis.

**Hepatitis A.** Hepatitis viral que se contrae por medio de agua o alimentos contaminados con heces fecales, con reuso de agujas infectadas o con prácticas sexuales anales sin protección. Esta hepatitis es generalmente benigna y ya existe una vacuna para ella.

**Hepatitis B.** Infección que se transmite principalmente por vía sanguínea o sexual, especialmente durante el sexo anal; la hepatitis B puede hacerse crónica y necesitar tratamiento de por vida, si se descuida puede causar la muerte. Produce cuadro hepático agudo crónico, que conduce a cirrosis hepática y hepatocarcinoma. Existe una vacuna contra la Hepatitis B y es muy recomendable que las personas con VIH o con múltiples parejas sexuales, se la apliquen para evitar que el virus de esta hepatitis pueda ser un factor en la activación del VIH circulante.

**Hepatitis C.** Infección hepática de origen viral que parece ser más común que la hepatitis B entre los usuarios de drogas intravenosas y los transfundidos. Se adquiere exclusivamente por sangre. Al igual que la hepatitis B, puede causar cirrosis y cáncer de hígado.

**Hepatitis D.** La Hepatitis delta es causada por el virus de la hepatitis D, pero sólo se presenta en personas ya infectadas por el virus de la hepatitis B, la mayoría de las veces expuestas frecuentemente a sangre y productos sanguíneos, como los hemofílicos.

**Hepatitis E.** Causada por el virus de la Hepatitis E, se disemina a través de agua contaminada.

**Hepatitis F.** De reciente aparición puede tratarse del mismo designado como G.

**Hepatitis G.** Ver Hepatitis F.

**Herpes simple.** Infección causada por el virus del *Herpes simplex*, tipo 1 ó tipo 2. Sus principales manifestaciones son lesiones mucocutáneas como vesículas dolorosas en diferentes partes del cuerpo, peribucales, genitales, perianales, a los que se llama popularmente "fuegos". El virus del herpes simple permanece latente toda la vida en las terminaciones nerviosas o en el tejido linfático y se manifiesta como consecuencia de situaciones de estrés, trauma, infección o inmunodeficiencia. Su diagnóstico se hace por examen clínico y por biopsia en caso de duda.

**Herpes zoster.** Infección causada por el virus de la Varicela zoster. Se manifiesta por lesiones mucocutáneas como ampulas, en trayecto nervioso, generalmente intercostal, en media cara o en algún miembro. Su diagnóstico se hace por examen clínico o por biopsia en caso de duda.

**HIV.** Virus de la Inmunodeficiencia humana según sus siglas en inglés - *Human Immunodeficiency Virus* - Nombre adoptado oficialmente en mayo de 1986 para terminar con la duplicidad de designaciones: HTLV-III por el equipo americano del doctor Gallo y LAV por el grupo del doctor Montagnier. En español es correcto usar VIH.

**HTLV-III.** Virus linfotrópico humano tipo tres. Nombre asignado inicialmente por el equipo americano del doctor Gallo al VIH, por sus siglas en inglés "*Human T Cell Lymphotropic Virus - III*". El mismo virus era llamado LAV por los franceses y finalmente la OMS propuso y fue aceptado usar una sola denominación: HIV a nivel internacional, que equivale en español y otras lenguas latinas a VIH.

**Incontinencia.** Emisión involuntaria de la orina o de las materias fecales. En el caso del SIDA esto ocurre frecuentemente en casos avanzados por criptosporidiosis, citomegalovirus y demencia por SIDA, haciéndose indispensable el uso del pañal.

**Inmunosupresión.** Significa que el sistema inmunológico ha sido dañado parcial o totalmente y por lo tanto no puede realizar sus funciones normales. Puede ser provocada por fármacos o por una enfermedad, como en el caso del VIH. Inmunodeficiencia.

**Inoculación.** Introducción al organismo de una sustancia, germen vivo o virus, para crear o incrementar la inmunidad del organismo a la enfermedad o condición asociada con lo inoculado. Se pueden inocular microbios atenuados o muertos para provocar inmunidad, a este procedimiento se le da el nombre de vacunación.

**LAV.** Virus Asociado a la Linfadenopatía, por sus siglas en inglés "*Lymphadenopathy Associated Virus*", que fue el nombre con que inicialmente Luc Montagnier designó al virus de la inmunodeficiencia humana y que más tarde de acuerdo con la sugerencia de la OMS se denominó HIV internacionalmente y que en español designamos VIH.

**Leucoencefalopatía multifocal progresiva.** Es una infección oportunista causada por el Papovavirus, que causa daños en el cerebro y la médula espinal, lo que conduce a la demencia progresiva, el coma y la muerte; sus manifestaciones iniciales son pérdida del control muscular, parálisis, ceguera, problemas de lenguaje y un estado mental alterado; su diagnóstico se establece con análisis clínico, resonancia magnética nuclear y tomografía axial computarizada.

**Leucoplaquia.** Infección oportunista posiblemente causada por el virus de Epstein Barr. Se manifiesta con lesiones papilares blanquecinas de tipo rugoso en los bordes de la lengua, a veces aparece como un parche grueso y blanco. Se diagnostica mediante análisis clínico y se confirma con serología para la búsqueda de anticuerpos al virus de Epstein Barr. Esta infección no se había observado antes de la aparición de la epidemia por el VIH. La leucoplaquia o Leucoplasia pilosa forma lesiones elevadas debido a proyecciones de queratina. Existe una leucoplaquia ocasionada por el tabaquismo intenso.

**Leucoplaquia pilosa.** Leucoplaquia.

**Linfadenopatía.** Proceso patológico que afecta a uno o varios nódulos linfáticos. Aumento de volumen de nódulos linfáticos que puede ser una manifestación de una infección oportunista, de actividad del VIH, del surgimiento de sarcoma de Kaposi o de un linfoma, que es un tipo de cáncer de los propios ganglios. Los ganglios inflamados pueden ser palpados y en ocasiones observables a simple vista.

**Linfocito.** Glóbulos blancos responsables de proporcionar protección específica contra los antígenos; se dividen en dos tipos: Linfocitos B y Linfocitos T. Los linfocitos B son los que proporcionan la respuesta humoral, es decir, crean anticuerpos, que son proteínas elaboradas para neutralizar una sustancia o partícula que el organismo reconoce como extraña y que



llamamos antígeno. Los Linfocitos T son los responsables de la inmunidad celular, actuando directamente contra el antígeno, produciendo sustancias que lo destruyan o estimulando a otras células para que lo hagan, lo que constituye la respuesta inmune adquirida. Los linfocitos están presentes en la sangre, la linfa y los tejidos linfáticos.

**Linfocitos T.** Grupo de Linfocitos que se encargan de la inmunidad celular. Se subdividen en: Linfocitos T Cooperadores o T4, también llamados CD4; Linfocitos T Supresores o T8, también llamados CD8 y Linfocitos Citotóxicos o T8. Ver Célula CD4.

**Linfocito T citotóxico.** Linfocito que es capaz de matar células extrañas que han sido marcadas para su destrucción por el sistema inmune celular.

**Linfocitosis.** Aumento del número de linfocitos en la sangre.

**Linfoma.** Trastorno neoplásico "cáncer" del tejido linfoide, es decir de los ganglios linfáticos. El VIH favorece la aparición de linfomas malignos, como el linfoma de Burkitt, el de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin.

**Linfoma de Burkitt.** Tumor canceroso del tejido linfoide. Esta enfermedad común en África se asocia al virus de Epstein Barr y puede ser una neoplasia oportunista en las personas infectadas con el VIH.

**Linfoma de Hodgkin.** Forma de cáncer que afecta el tejido linfático, fundamentalmente ganglios y bazo. Los síntomas incluyen linfadenopatía, debilidad, fiebre, comezón, sudores nocturnos y anemia. Se puede considerar como una neoplasia oportunista en las personas con VIH/SIDA.

**Linfoma GI.** Linfoma que se presenta en el tubo gastrointestinal.

**Linfoma no Hodgkin.** Linfoma en las personas que viven con VIH/SIDA. Está formado por células B y se caracteriza por tumores nodulares o difusos que pueden aparecer en el estómago, hígado, cerebro y médula ósea. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente, después del sarcoma de Kaposi en las personas con VIH/SIDA.

**Linfoma SNC.** Cáncer que se presenta en el sistema nervioso central.

**Meninges.** Son las tres membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal.

**Meningitis.** Inflamación de las meninges, que puede ser causada por bacterias, hongos o virus. Es un proceso siempre grave que requiere atención médica urgente. La causa más frecuente de meningitis en pacientes con VIH es un hongo llamado criptococo. La meningitis puede dejar como secuelas: sordera, ceguera y otros problemas incluyendo la muerte.

**Mialgia.** Dolor muscular.

**Micosis.** Enfermedad causada por un hongo, Cuando las personas que viven con VIH/SIDA, ven disminuidas sus defensas es muy posible que se presenten infecciones oportunistas causadas

por hongos como candidiasis, criptococosis del sistema nervioso central y la histoplasmosis, que se tratan con antimicóticos.

**Mielitis.** Lesiones inflamatorias de la médula espinal.

**Mielopatía.** Alteraciones funcionales, cambios patológicos o lesiones no específicas de la médula espinal.

**Mutación.** Cambio, alteración. En biología se denomina así a un cambio súbito en un gene o unidad de material hereditario, lo que resulta en una nueva característica heredable. El VIH puede tener mutaciones creándose nuevas cepas, lo que hace muy difícil diseñar una vacuna efectiva contra todas las variantes del virus. Durante el curso de la infección por VIH en una persona, diferentes cepas de virus pueden aparecer que difieren ampliamente en su habilidad para infectar y matar diferentes tipos de células, así como en su velocidad de replicación. Las cepas de VIH que aparecen en pacientes con enfermedad avanzada son más virulentas y atacan a más tipos de células que las cepas de virus obtenidas con anterioridad de la misma persona. La mutación puede producir virus resistentes a los medicamentos.

**Mycobacterium avium intracellulare.** Micobacterias *Avium e Intracellulare* existentes en la tierra y el polvo, que asociadas son las causantes de una infección oportunista llamada Complejo *Mycobacterium avium intracellulare* -MAI- que ataca principalmente a los nativos de los Estados Unidos de Norteamérica donde se le designa como MAC por *Mycobacterium Avium Complex*. En SIDA el MAI puede estar localizado en un órgano, pero puede propagarse a través de la sangre e infectar nódulos linfáticos, médula ósea, hígado, bazo, fluido espinal, pulmones e intestino. Es una enfermedad que debe tratarse de por vida. Sus manifestaciones incluyen sudor nocturno, pérdida de peso, fiebre, fatiga, diarrea y crecimiento del bazo. Esta infección oportunista aparece usualmente en pacientes con conteos por debajo de 100 células CD4. Su tratamiento es muy parecido al de la tuberculosis. El MAI es uno de los microorganismos más resistentes a los medicamentos. Es muy raro que esta enfermedad aparezca en personas no infectadas por el VIH.

**Mycobacterium tuberculosis.** Bacilo de Koch. Agente causal de la tuberculosis.

**Neuropatía.** Grupo de trastornos que afectan algún segmento del sistema nervioso. Se estima que un 35% de las personas con VIH padecen alguna forma de Neuropatía.

**Neoplasia.** Crecimiento de un tejido nuevo que puede resultar en un tumor benigno o maligno. Un tipo de cáncer, como los linfomas.

**Odinofagia.** Dolor al deglutir, lo que puede ser causado por candidiasis, herpes o aftas provocadas por el uso del ddC.

**Pápula.** Pequeña elevación o protuberancia en la piel.

**Pneumocystis carinii.** Es el parásito que con más frecuencia causa infección pulmonar en las personas inmunocomprometidas, como es el caso de quienes viven con VIH/SIDA. Es un protozooario. Ver Neumocistosis.

**Portador.** Que lleva algo. En el caso del SIDA se nombra así a la persona que tiene el VIH. Puede ser un portador asintomático lo cual no impide que desde el primer momento de la infección esté en capacidad de transmitirla.

**Protozooario.** Microorganismo unicelular que con frecuencia vive en los animales y el hombre. Las infecciones oportunistas criptosporidiosis, neumocistosis y toxoplasmosis son causadas por protozoarios.

**Prueba de detección.** Método para determinar la existencia de algo. En el caso del VIH/SIDA, es el procedimiento de laboratorio que se lleva a cabo para determinar si existen anticuerpos al VIH. Primero se efectúa la llamada ELISA; si ésta resulta positiva se debe hacer una confirmatoria llamada Western Blot. Internacionalmente está aprobado que existe un diagnóstico de VIH cuando existen dos pruebas de ELISA sucesivas con resultado positivo o cuando una prueba de Western Blot muestra dos o más bandas positivas como confirmación. La inmunoblot es una sofisticación del Western Blot. Las pruebas de detección deben realizarse de manera voluntaria, anónima y los resultados de las mismas deben ser manejadas con absoluta discreción.

**Prueba de ELISA.** "*Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay*" por sus siglas en inglés que significan Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente. Estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus o protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o alguno de sus antígenos. Consiste en mostrar por una reacción coloreada, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. En el caso del SIDA es empleada para detectar anticuerpos contra el VIH. Consiste en mostrar por una reacción coloreada la presencia de moléculas que únicamente se unen a las proteínas purificadas del VIH combinando los antígenos purificados. En caso de resultar positiva debe hacerse una confirmatoria llamada Western Blot. Puede haber resultados falsos positivos o falsos negativos. La prueba de ELISA se utiliza también para la detección de otras enfermedades. Su adecuación para la detección de anticuerpos VIH-2 fue perfeccionada y comercializada a partir de 1986. La prueba de ELISA no establece un diagnóstico de SIDA ni es un pronóstico del avance de la enfermedad. Esta prueba se usa no sólo para detectar la presencia del VIH en personas, sino para analizar los paquetes de sangre y sus derivados que se manejan en los bancos de sangre.

**Prueba confirmatoria Western Blot o Inmunodeficiencia.** Prueba confirmatoria de la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH. Se emplea después de que una prueba de ELISA ha dado un resultado positivo. Es más confiable que la ELISA, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra uno que detecta la de ELISA, pero es más difícil y costosa.

**Retrovirus.** Virus que poseen la cualidad de poder transformar su ARN en ADN para de esta manera transmitir su código genético a la célula infectada y lograr así que cuando la célula intente reproducirse, en realidad produzca retrovirus. En la naturaleza lo común es ver como el ADN se transforma en ARN, pero no al contrario, por eso este tipo de virus al poseer esa cualidad de realizar este proceso al revés se llaman retrovirus. El proceso de transcripción genética lo efectúa una enzima viral llamada transcriptasa inversa.

**Sarcoma.** Tipo de cáncer que se forma a partir de tejido conectivo, muscular, óseo y cartilaginoso.

**Sarcoma de kaposi SK.** Cáncer causado por el virus herpes 8. Son lesiones rojo violáceas que no causan dolor y que al parecer se reproducen como consecuencia de una sustancia angioproliferativa. Antes de la aparición del SIDA se consideraba como una afección crónica, relativamente benigna y limitada a las personas de edad avanzada, mayores de 60 años, de sexo masculino; esta forma clásica se desarrolla lentamente y no provoca metástasis en órganos internos. Sin embargo, esta afección se presenta frecuentemente en las personas atacadas por el VIH. Su presencia conduce a una calificación de SIDA. Cuando las lesiones son pocas e iniciales se pueden extraer por cirugía o criogenia. El sarcoma de Kaposi puede reaparecer, a pesar de que parezca controlado y en los casos de SIDA puede extenderse por metástasis a órganos internos, en especial a los intestinos, ganglios linfáticos y pulmones. Por razones desconocidas la incidencia del sarcoma de Kaposi está disminuyendo en las personas con VIH/SIDA.

**Seronegativo.** Nombre que se asigna a la persona cuyos análisis de sangre, determina que no contiene anticuerpos a algún antígeno. En el caso del SIDA se refiere a anticuerpos específicos al VIH.

**Seropositivo.** De reacción positiva al suero. Nombre que se da a la persona cuyos análisis de detección en sangre, determinan que contiene anticuerpos a algún antígeno. En el caso del SIDA significa que se han encontrado anticuerpos específicos al VIH y por tanto se establece que es portador del virus de la inmunodeficiencia humana. Esto se logra mediante las pruebas de ELISA y la confirmatoria Western Blot. La condición de seropositivo al VIH no necesariamente implica que se tenga SIDA, ni que éste se vaya a desarrollar, por lo tanto no significa que se esté en riesgo de una muerte inminente, tampoco puede ser causa de despido, ni de que la persona cambie su estilo de vida, ya que las personas seropositivas, sobre todo las asintomáticas, pueden llevar una vida normal, tomando las precauciones debidas en sus relaciones sexuales y en otros aspectos de su existencia, que al final son las mismas para todos los individuos infectados o no. Como a la palabra seropositivo se le ha dado una connotación peyorativa, se ha promovido el uso de "personas que viven con VIH/SIDA." Por su permanente intervención en la lucha contra el SIDA las personas que viven con VIH/SIDA más que ser parte del problema son parte de la solución y cada día crece la convicción de que deben

participar en la toma de decisiones que tengan relación con la pandemia, a todos los niveles, incluyendo el gubernamental.

**Shigelosis.** Disentería bacilar, caracterizada por un cuadro de gastroenteritis aguda: náusea, diarrea abundante, cólico, fiebre y heces con moco y sangre.

**Shingles.** Culebrilla. Nombre con que se denomina popularmente al herpes zoster en inglés.

**SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es el conjunto de síntomas que se presentan independientemente de las causas que lo provocan; en el caso del SIDA, en realidad hablamos de un conjunto de síndromes, como el síndrome de insuficiencia respiratoria, síndrome de mala absorción intestinal, síndrome meníngeo y otros más, habitualmente con predominio de uno de ellos. Inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos y Adquirida significa que no se transmite por herencia, no es congénita y son: vía sanguínea, sexual y perinatal. Este virus puede penetrar al organismo por los mecanismos arriba señalados; atacando a un grupo de células llamadas CD4, las cuales tienen como misión precisamente organizar la defensa del organismo contra la invasión de cualquier antígeno, el virus las parasita empleando para ello la transcriptasa inversa, lo que le permite transcribir su código genético contenido en su ARN y ADN de la célula, obligándola de esta manera a que en lugar de reproducirse a sí misma, reproduzca virus al mismo tiempo, estos virus nuevos llamados "viriones" a su vez atacan más células, repitiéndose el ciclo hasta que el número de las CD4 baja tanto en número que hace muy difícil o imposible la defensa contra otros invasores, lo que provoca que aparezcan nuevas enfermedades llamadas "infecciones oportunistas", muchas de las cuales en condiciones normales conviven sin peligro con el organismo en el que se hospedan, pero que aprovechan la oportunidad provocada por la destrucción de las defensas, para aparecer como enfermedades graves que incluso llevan al paciente a la muerte. En estricto sentido el SIDA es el último estadio de la enfermedad provocada por la infección con el virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, en que aparecen una serie de infecciones en los pulmones, cerebro, ojos y otros órganos, pérdida de peso, diarrea, y un tipo de cáncer llamado sarcoma de kaposi. De acuerdo con la definición oficial publicada por los CDC de los Estados Unidos de Norteamérica, una persona recibe diagnóstico de SIDA cuando tiene una cuenta de CD4 menor a 200 o cuando aparecen ciertas infecciones oportunistas. Actualmente, se considera de gran importancia la cuantificación de la carga viral como un indicador del avance y pronóstico de la enfermedad, así como para la administración y control de tratamientos. Entre la transmisión y el desarrollo de la enfermedad pueden transcurrir más de 10 años; el promedio de vida para una persona con diagnóstico de SIDA es de dos años.

**Sistema inmunológico.** Conjunto de distintas poblaciones de células distribuidas en todo el organismo, incluyendo a órganos como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos. La función de este sistema es reconocer antígenos y células cancerosas para su anulación. Existe una respuesta inmunológica innata y otra adquirida: la primera es una muy rápida a infecciones y no

depende del reconocimiento de proteínas o antígenos específicos; la adquirida o aprendida surge cuando los macrófagos presentan piezas de un antígeno a los linfocitos, los cuales están genéticamente programados par reconocer secuencias de aminoácidos muy específicas y de esta manera crear por clonación poblaciones de células B productoras de anticuerpos y linfocitos T Citotóxicos preparados para responder a un antígeno determinado.

**Toxoplasma gondii.** Protozooario parásito causante de la toxoplasmosis.

**Toxoplasmosis.** Infección oportunista causada por el parásito protozooario llamado *Toxoplasma gondii*. Los gatos, pájaros y otros animales son portadores del parásito que también se puede encontrar en tierra contaminada por excremento de gatos y en algunas carnes de animales infectados. La toxoplasmosis se contrae al comer alimentos contaminados con excremento de gatos infectados o al comer carne contaminada mal cocida. Aunque el parásito se haya introducido en el organismo, si éste es saludable, su sistema inmune evita que se desarrolle y cause enfermedad, pero cuando las defensas están disminuidas por drogas o por un padecimiento como el SIDA, el toxoplasma empieza a multiplicarse y a causar daños severos. El parásito puede infectar los pulmones, la retina del ojo, el corazón, páncreas, hígado, colon y testículos, pero el sitio más común al que ataca es el cerebro. Cuando el parásito invade el cerebro, causando inflamación, se denomina encefalitis toxoplásmica. La toxoplasmosis se manifiesta por crecimiento de ganglios, hígado y/o bazo, alteraciones neurológicas, hemiparesia o hemiplejía, dificultad para hablar y dolor de cabeza ocasional que no se quita con analgésicos.

**Tumor.** Aumento del volumen de parte de un tejido o un órgano. El tumor puede ser benigno o maligno.

**VIH.** Iniciales en idioma español, con las que se nombra usualmente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Convencionalmente a nivel internacional se emplean las siglas HIV.

**VIH-1.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana que se presenta preponderantemente en América y Europa.

**VIH-2.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana que se presente preponderantemente en África.

**Virus.** En latín significa jugo, humor, veneno. Microbio ordinario invisible al microscopio ordinario, ya que mide menos de 0.2 micras, es el microorganismo más pequeño que se conoce. El virus es una cápsula de proteína que contiene material genético y son microorganismos intracelulares obligados, pues requieren del aparato genético de su huésped para reproducirse, matando a la célula en el proceso o transformándolas en células cancerosas. Los ácidos nucleicos de los virus pueden ser de uno o dos filamentos y pueden ser ADN o ARN. Los virus son causantes de enfermedades tales como viruela, poliomielitis, sarampión, varicela, gripe y SIDA. Algunos causan enfermedad y luego aparentan desaparecer, mientras permanecen latentes para posteriormente manifestarse otra vez, casi siempre en forma más severa.