El Nacional

NUMERO 7 • MAYO DE 1995

LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Tres volcanes con Letra S repetida, dibujo de Vicente Rojo

Derechos humanos

Sida: protección jurídica y discriminación

Entrevista con Miguel Sarre de la CNDH

Arnoldo Kraus ● Julie Hamblin ● Teatro y sida en México

INDICE

4
Sida: parteaguas en la historia de la medicina
Arnoldo Kraus

5
Entrevista con Miguel Sarre, tercer visitador de la CNDH
Los derechos humanos, un camino sin retorno

6
La tentación punitiva y la protección de derechos
Julie Hamblin

8
Las lecciones cívicas del dolor
Alejandro Brito

9
Trato desigual a la mujer en la investigación
Lilia Rubio

10
Del afán didáctico al melodrama: la trayectoria escénica del sida en México
Fernando del Collado

11
Derecho al aborto para las mujeres con VIH/sida
Cecilia Olivares

12
El Sarcoma de Kaposi, la hipótesis del origen viral
Jean-Yves Nau

13
El derecho a la atención clínica integral de las personas con VIH/sida
Aarón Rangel Paredes

EL MAL ENTENDIDO

EN EL CINE

De la mezquindad informativa y el derecho de libre expresión

ARTURO VAZQUEZ BARRON

La libertad de expresión es uno de los derechos fundamentales de la democracia. Es más, es una de sus piedras angulares, pues una sociedad en la que no puedan expresarse amplia y públicamente las ideas, no se dirige a ninguna parte que no sea el exterminio -físico y mental- de quienes la conforman. El derecho a hablar está muy ligado a otro, que es menos reconocido, pero que debiera ser igualmente importante: el derecho a recibir una información verdadera, objetiva y desprejuiciada.

Así, en estas dos vertientes del derecho a la información suele verse una complementaridad que debería resultar benéfica para todos. Por una parte hay que garantizar la libre expresión de las ideas, pero por la otra, debe garantizarse también el derecho a recibir información veraz. Y lo importante aquí es saber determinar hasta dónde llega el derecho a expresar el pensamiento: ¿se incluye en él la posibilidad de tansmitir ideas que no tienen que ver con la realidad? ¿Hasta qué punto la libertad de hablar y decir en público nos otorga el derecho a mentir? Es decir, ¿en qué medida este derecho nos permite transmitir información que tergiversa un hecho y lo pone al servicio no de la libre expresión, sino de dudosas intenciones aleccionadoras?

Así como el derecho a expresarse es patrimonio de cualquier persona, el derecho de todos los demás a recibir una información objetiva y desprejuiciada también lo es. En el caso del sida, hemos sido testigos, hasta ahora, de una serie de perversiones informativas muy graves, que en nada ayudan a que las personas adquieran un sentido crítico y desprejuiciado frente a la enfermedad, y que por el contrario, implican enormes cargas de desinformación.

Sobran ejemplos, del abuso de la libertad de expresión, y es claro que el derecho a recibir información adecuada no se exige en todos los casos, pues hay gente dedicada a promover campañas que son verdaderas fuentes de desinformación.

Las campañas del grupo Enlace, en primer lugar. Y específicamente, el nuevo anuncio de su campaña, que está orientado no a informar, como podría suponerse, sino a distorsionar la realidad y a atemorizar. De hecho, la mecánica en la que sustenta Enlace sus campañas de prevención es tan retrógrada que, ésa sí, espanta: vamos a meterle miedo a la gente, y mientras más miedo tenga, menos va a avanzar la enfermedad. Así de fácil. En el fondo, a lo que se dedica Enlace es a promover el oscurantismo como medida de prevención: vemos a una pareja de jóvenes, casados por supuesto, bien alimentados y que aparentemente gozan de buena salud. Están frente a un médico que les entrega un sobre cerrado y les dice, de pronto y sin anestesia, que lamenta mucho informarles que tienen sida. El joven matrimonio se abraza con desolación y el anuncio termina con un mensaje ya conocido: la fidelidad puede salvarte la vida.

Fotos de archivo

Alonso Echánove y Leticia Perdigón, protagonistas de la cinta *Sida, síndrome de muerte*, de Paco del Toro

El verdadero mensaje que le interesa transmitir a Enlace no tiene que ver con lo que nos quiere hacer creer. De otra manera se hubieran preocupado por presentar los hechos tal como son, y no la situación descrita, que además de ser improbable, es nefasta debido a lo que implica en el ánimo de un público por lo general desinformado y acrítico, acostumbrado a creer a pie juntillas todo lo que sale de la televisión.

Lo que el médico les entrega, según se puede concluir por las imágenes, por el buen estado físico en que se encuentran los dos jóvenes, es el resultado de la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Se ha repetido hasta el cansancio que esta prueba no es, en ningún caso, una prueba diagnóstica. Un resultado positivo indica estrictamente que el virus ha entrado en contacto con el organismo, y que el sistema inmunológico ha desarrollado los anticuerpos específicos que permiten detectarlo. Por lo mismo, decir por televisión -así sea vagamente- que ser portador del virus equivale a tener sida, supone una falta de ética enorme, una trampa informativa que nada tiene que ver con las buenas intenciones que dice tener esta asociación. El anuncio debería retirarse de inmediato, por presentar como verdad algo que es falso, y las autoridades responsables deberían exigir a Enlace que si quiere promover la fidelidad, lo haga con campañas honestas y no usando una enfermedad mortal como coartada.

Nadie que tenga grados mínimos de sensatez puede oponerse a que los grupos conservadores de la sociedad se expresen. A lo que sí puede uno oponerse con vehemencia es a que esos grupos tomen por asalto, con premeditación, alevosía y ventaja, el derecho de los demás a recibir sin distorsiones una información que en las actuales circunstancias resulta no solo necesaria sino vital. Y por si a alguien no le ha quedado claro: no se trata de un asunto de censura, sino de principios éticos que no pueden violarse de manera tan impune.

En este sentido, la película **Sida, síndrome de muerte**, producida por Armagedón y escrita y dirigida por Paco del Toro y Claudia Velazco, resulta escalofriante. El principio rector de su discurso es parecido al de Enlace: hablar sobre la enfermedad desde una perspectiva de linchamiento moral. Claudio, el protagonista -un Alonso Echánove que bien podría haber rechazado un trabajo tan dudoso-, como resultado de una vida desordenada y frívola, descubre por casualidad que es portador del VIH. De ahí en adelante la catástrofe y el desenlace son absolutamente previsibles. Una vez que lo pierde todo, en el hospital conoce a otro enfermo de sida -un homosexual tan dócil que parece sacado de cualquier libro antiguo sobre 'perversiones sexuales'-, quien logra convencerlo de que el sida no es más que el camino en el que los puso Dios para redimirlos de todos sus pecados. Al final, Claudio se arrepiente de todas las que hizo y logra reivindicarse como padre, como hijo, como esposo, como amigo y hasta como vecino.

Resulta inquietante que gente como Leticia Perdigón no haya potestado ante un guión que con tanta firmeza da a entender que el sida merece castigos ejemplares.

Pero lo peor es la cantidad de desinformación que se desborda en **Sida, síndrome de muerte**. La película se armó con el mayor número posible de imprecisiones y de lugares comunes. No hay una sola escena a la que alguien pueda sacarle por lo menos un poquito de verdad sobre el sida. Pero eso es lo de menos. Lo importante no es la enfermedad como tal, ni su prevención. Lo fundamental es dejar claro que el que peca paga. Y ante esto, uno se pregunta por qué no existe todavía una ley general de información, que permita advertir al público, como en las cajetillas de cigarros: "Cuidado, este producto puede ser nocivo para su salud." ●

Plan Nacional de Desarrollo y Sida 1995-2000

CONSEJO TECNICO DE LETRA S

En el pasado mes de abril se llevaron a cabo más de 300 Foros de Consulta Popular, con el objeto de dar cumplimiento a lo señalado en la Ley de Planeación: a más tardar, el 31 de mayo el Poder Ejecutivo deberá presentar el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND). Muchos críticos de los diversos sectores sociales, políticos, académicos e incluso gubernamentales han cuestionado no solo el tiempo récord en que habrá de formularse este plan, sino la dificultad para diseñar una política que oriente el desarrollo económico y social a mediano plazo en las actuales circunstancias de desconfianza, crisis económica y restricciones que vive el país.

Sin embargo, también perciben este momento como la oportunidad para reencauzar el proyecto de desarrollo nacional y por lo cual sugieren modificar la Ley de Planeación para adoptar el PND después de la fecha legalmente indicada, y poder así ampliar y replantear la consulta y revisar el marco de la planeación. Si uno de los propósitos fundamentales del PND es convocar voluntades para el futuro, el reto es que acudan todos los interesados en decir algo sobre el porvenir del país, que todas las demandas y aspiraciones se formulen como propuestas de política, y que éstas puedan incorporarse al PND. De no lograrse este cometido, el nuevo PND correrá el riesgo de la impugnación de origen.

Hasta ahora, las consultas se han realizado en un plazo breve y con procedimientos que no siempre suscitan el interés participativo de los ciudadanos que tienen algo que proponer; se han efectuado más como un ritual que como un ejercicio racional para lograr la orientación económica, social y política.

Yolanda Andrade

El caso de los Foros de Consulta Popular encabezados por la Secretaría de Salud no han sido la excepción. Para muestra, un botón: la rapidez con que fueron convocados los foros en la ciudad de México y en las distintas regiones del país ocasionó que las diferentes convocatorias en los principales diarios de la ciudad se diluyeran en el mar de convocatorias a dichos eventos. Asimismo, algunos temas importantes hoy en día para alcanzar la reforma del sector salud, planteada por el presidente Zedillo el pasado 7 de abril, al conmemorar el día Mundial de la Salud, quedaron fuera de la consulta, como es el caso del sida, y con él las problemáticas de la salud sexual, los derechos humanos y salud, y la responsabilidad profesional de los médicos y servidores públicos de salud. Estos dos últimos tan presentes hoy en día en la opinión pública.

Es incongruente que, por un lado, el presidente Zedillo señale en el mismo mes de los Foros de Consulta Popular sobre salud que "la reforma al sistema de salud nos debe llevar a superar rezagos y hacer frente a problemas que están emergiendo con gran fuerza, como es el caso del sida", y que por otro la SS en los foros consultivos ni siquiera lo toca, como sí lo hizo con otros temas como la salud reproductiva, la salud ocupacional y la salud ambiental. Igual tratamiento requería la salud sexual (sexualidad, sida y ETS). De hecho, puede interpretarse que faltó tiempo para las consultas y que la rapidez de las mismas no permitía el tratamiento de todos los temas deseados, lo que nos conduce a otro problema: el sida no es un tema importante para quienes hoy toman las decisiones en materia de salud.

Sin embargo, y aunque el PND no esta formulado, es evidente que la política de mediano plazo para el sector salud tiene una línea clara de acción con la reforma del sector propuesta como una de las prioridades del gobierno del presidente Zedillo. En este sentido, el tema del sida y la salud sexual no pueden quedar relegados y deben ocupar, como en el PND de la administración pasada, un lugar importante en el nuevo PND. De igual manera debe ocurrir con el tema de los derechos humanos y salud, aunque habrá que reconocer que se presentó el proyecto de la Procuraduría General de Salud en uno de los foros. No obstante, al no ampliarse la consulta no se presentaron propuestas para el funcionamiento de este instrumento, como podrían ser la participación de comités integrados por miembros de la sociedad civil, que den seguimiento y permitan la ágil solución de las quejas allí presentadas.

Lo expuesto hasta ahora deja clara la necesidad de revisar el sistema de planeación, de transformarlo y hacerlo útil, de adaptarlo a las actuales circunstancias políticas y sociales. Y en materia de salud contar hoy con una orientación racional mínima es una prioridad, al igual que en todos los sectores de la planeación, pues necesitamos contar con todas las voluntades para elevar la calidad de vida y la salud de los mexicanos, y lograr la erradicación y control de enfermedades como se logró hacer con la poliomielitis. Esperamos contar con una política clara y racional de corto y mediano plazo, y con tomadores de decisión que logren convocar voluntades con el PND para erradicar y controlar el sida y sus efectos sociales en el país ●

Francisco Galván: precursor de los derechos humanos en sida

El próximo 21 de mayo se cumplen dos años de la muerte del entrañable Francisco Galván Díaz, quien dejó un vacío irreparable en muchos sentidos, sobre todo en lo que a la promoción y defensa de los derechos humanos de las personas con VIH/sida se refiere. Por ello, este número del suplemento es en su memoria.

Francisco fue el primero en el país en abrir espacios para el debate público sobre el sida y sus impactos. Así lo atestigua el libro que publicó en 1988, en coedición con la UAM y las Ediciones de Cultura Popular, **El sida en México: Los efectos sociales**. Al releerlo parecería que de nuevo, al iniciar el sexenio, nos encontramos ante los escenarios en él descritos: "Hoy los datos que emergen de la dramaturgia cotidiana del sida en México, obligan a participar con el ensayo en la creación de un espacio público más atento a las necesidades y derechos de las mayorías y minorías. Se requiere poner entre signos de interrogación el *escenario* construido, a eso que en parte se resume en los altibajos informativos y desinformativos de los medios escritos y electrónicos; pero también, en la insuficiente *ilustración* pública en torno al sida, en la ignominia gubernamental de una deficiente e inadecuada atención en casi todos los hospitales públicos y en una profunda incomprensión de los sectores tradicionalistas para con los afectados. (...) Se busca influir mediante la crítica en los espacios de poder: para que realmente se den los pasos y se tomen las medidas globales preventivas del sida; para despertar la solidaridad social -estatal y privada- con los enfermos y sus familiares; para desestructurar un conjunto de estereotipos y mitos que se fueron creando conforme la enfermedad transitaba de mal de unos cuantos a epidemia,-y de ahí a pandemia."

Asimismo, Francisco Galván fundó en 1989 el Grupo de Intervención Social en Sida y Defensa de Derechos Humanos, A.C., (GIS-SIDA), la primera ONG que atendió y dio gestoría a las denuncias que sobre violación a derechos humanos relacionados con sida se presentaron. Un ejemplo exitoso fue el fallo a favor, en 1991, de un médico despedido en Pemex por su seropositividad. Se logró la reinstalación y el pago de salarios caídos.

También, en ese mismo año, fue el gran impulsor del primer esfuerzo conjunto de

Fernando Servín

ONG para enfrentar la epidemia e incidir en la política de salud sobre sida: Mexicanos Contra el Sida, Confederación de Organismos no Gubernamentales, A.C.

De igual forma logró, por vez primera, que un diario se comprometiera en la lucha contra el sida: **El Nacional**. En octubre de 1990 aparece el primer número de **Sociedad y Sida**, suplemento mensual dedicado al debate en torno al sida, sus efectos, las políticas emprendidas, la participación social, los nuevos tratamientos y, desde luego, la promoción y defensa de los derechos de las personas que viven con VIH/sida. Hoy, **LETRA S, sida, cultura y vida cotidiana**, quiere continuar y enriquecer esa labor.

Finalmente, en 1992 Galván ve realizado uno de sus esfuerzos más tenaces desde el inicio de la lucha: la **Cartilla de los Derechos de las Personas que viven con VIH o han desarrollado sida**, publicada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Conasida, GIS-SIDA y Mexicanos Contra el Sida. La cartilla sentó las bases para la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el VIH**, publicada en el **Diario Oficial** el pasado 17 de enero del año en curso. Este documento representa un respaldo necesario a los derechos humanos y el mejoramiento en la atención y el tratamiento de los pacientes con VIH/sida en el Sistema Nacional de Salud.

Francisco Galván, activista ejemplar y enérgico en la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida, deseaba el fortalecimiento de esta lucha a través de la acción política y concertada de las personas y los grupos involucrados. El mayor homenaje que se puede hacer a su memoria es el de continuar este esfuerzo ●

EDITORIAL

Entre las medidas anunciadas dentro del proyecto de reestructuración del sistema nacional de Salud, está la creación de la Procuraduría Nacional de la Salud. El número creciente de quejas y demandas interpuestas contra las instituciones de salud públicas y privadas por maltratos, deficiencia en los servicios y negligencia médica ha logrado repercutir hondamente en la opinión pública. De hecho, la idea de una Procuraduría de esta índole tiene su origen en las propuestas de diversas organizaciones de la sociedad civil, quienes, preocupadas por la inexistencia de un instrumento y un marco jurídico específicos que regulen las relaciones entre el personal de salud y los derechohabientes, se han pronunciado reiteradamente por la realización de este proyecto. Por eso, resulta alentador que las autoridades de salud retomen esta propuesta y la hagan suya. Según lo declarado por Alfonso Navarrete Prida, director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, el proyecto quedará concluido el próximo septiembre. El carácter de esta nueva Procuraduría lo define Navarrete Prida como un órgano desconcentrado de la SS con incidencia en los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal y en las tres formas de prestación de servicios: público, privado y asistencial; y con plena autonomía e independencia técnica en la emisión de sus recomendaciones y resoluciones, que no serían correctivas. La creación de una instancia en donde se diriman las querellas y las presuntas violaciones a los derechos de los pacientes y se les dé rápido trámite es ya una necesidad inaplazable; sin embargo, existe una preocupación justificada sobre la posibilidad de que este proyecto derive en un aparato burocrático que contrario a sus objetivos se convierta en un marasmo interminable de trámites. Por ello es necesario plantear desde ahora la importancia de que se establezca un mecanismo de la sociedad civil que permita la vigilancia de las funciones y los objetivos de esta Procuraduría. La formación de un comité de seguimiento ciudadano -donde las organizaciones no gubernamentales pudieran tener cabida- al interior de este nuevo organismo sería una garantía de un mejor desempeño y la dotaría de mayor legitimidad ●

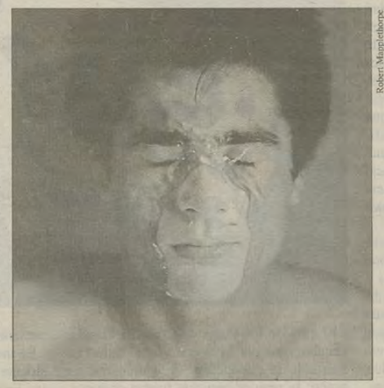
MAYO DE 1995
LETRA S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Director General: GUILLERMO IBARRA RAMIREZ
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz Betancourt
Consejo Técnico:
Dr. Manuel Palacios, Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Raúl Zarza, Manuel Figueroa, Juan Alfonso.
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Tere Vázquez Vázquez
Consejo Editorial:
Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Antonio Lazcano Araujo, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Carlos Cano, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado (Abrazo, Monterrey), Dra. Yolanda Pineda (Muss, A.C., Michoacán), Araceli Márquez (ORAIN, D.F.), Max Mejía (Sida Tijuana), Sandra Peniche (YA'AXCHE, Yucatán).

Ignacio Mariscal 25, 4o. piso, col. Tabacalera. CP 06030
Tel.: 535 30 32, 535 46 12 ext. 150
Fax: 705 56 15 y 592 02 63

SIDA: parteaguas en la historia de la medicina

ARNOLDO KRAUS


Robert Mapplethorpe

Fue Rudolf Virchow quien dijo "si la enfermedad es una expresión de la vida del individuo bajo condiciones no favorables, entonces las epidemias deben ser indicadores de alteraciones en los grupos humanos y en la vida de las masas". Enciclopedia al lado, me entero que Virchow falleció en 1902 y que no fue solamente celebérrimo patólogo, sino que incursionó en la antropología y también se interesó en política. Quizás por eso, pensó que algunas enfermedades no podían -ni debían- separarse del acaecer político-social. Por lo mismo, me obsesiona la idea de que las enfermedades son uno de los mejores instrumentos para medir el buen funcionamiento -léase salud- de cualquier gobierno y de la misma moral societaria.

Regreso a la idea de Virchow y opto por la interpretación más obvia: las epidemias reflejan males comunitarios. La sentencia del patólogo europeo inscrita en los anales de la ciencia y de la historia hace ya más de un siglo, es como daga clavada en el abdomen: no mata, pero desangra lentamente. Y desangra porque a pesar de que el cúmulo de conocimientos en el área de la biología y la medicina ha crecido (casi) inmesurablemente, la mayoría de los seres humanos siguen falleciendo por males epidémicos, por enfermedades prevenibles o por padecimientos que tras la sombra de tanto conocimiento no deberían matar. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es una nueva daga *virchowiana*, aunque tiene una gran diferencia: posee más filos que los normales.

El sida como padecimiento ha traspasado, al igual que el alcoholismo, la drogadicción o el hambre, los niveles moleculares o celulares de la enfermedad: debe entenderse como una plaga que después de lacerar cada rincón del individuo, de herir cada núcleo, cada organelo, se extiende a la familia y a la sociedad. Los números de pacientes con sida o de portadores del virus de la inmunodeficiencia humano (VIH) a nivel mundial alertan en ese sentido: el sida ha abandonado las puertas de los hospitales y se ha convertido en cotidianidad. Es por eso que se debe reflexionar iterativamente en el diseño de las políticas mundiales para confrontar la epidemia. Es por lo mismo que el sida debe observarse como un fenómeno normal, incorporado a una sociedad anormal. Huelga decir que el compromiso para entender lo que debemos hacer con la epidemia, antes de que la epidemia escape de control no sólo es deber médico: compete a todo quien cavile en el destino de la especie humana. Ya se cometió la estupidez de afirmar que lo que no lograron las religiones lo hará el sida. Y si bien estoy convencido que no fue Dios quien inventó el VIH, en cambio, sí estoy seguro que es al ser humano a quien le compete evitar que siga propalándose el mal.

Pienso también que alguna de las dificultades para lidiar con el sida es que el mal tomó por sorpresa aun a los epidemiólogos más avezados, pues no hay en la literatura científica presida artículos que presagiasen o hipótesis que alertasen a la población médica ante eventualidades tan graves como la que hoy confrontamos. Creo no exagerar al postular que es probable que en las próximas décadas el sida se convierta en parteaguas en la historia y filosofía de la medicina: la época presida y las subsecuentes. En este sentido apuntan las nuevas epidemias de tuberculosis asociadas al mal en cuestión, los costos *in crescendo* de la medicina, las políticas de las compañías de seguros médicos, las precauciones de los cirujanos al operar, los cuidados al transfundir sangre o derivados, y un larguísimo etcétera.

De hecho, los libros de medicina, y sobre todo los de medicina interna e incluso los de infectología, se habían ya acostumbrado a ofrecer escasos renglones acerca de las epidemias. Poliomielitis, tuberculosis, cólera, lepra, etcétera, se encaminaban a ser materia de discusión tan sólo histórica y de papel, pues de acuerdo a no pocos expertos, muchas de estas enfermedades pronto desaparecerían.

El sida y la tuberculosis asociada a este mal pronto demostraron que la biología y la naturaleza pueden más que las herramientas científicas actuales. Pensar que es probable que en los próximos años uno de cada dos africanos padecerán la enfermedad no es equivocado; pensar que para el año 2000 el número de enfermos de sida será aproximadamente de 30 millones y el número de portadores del VIH será cercano a 50 millones tampoco es erróneo; sabemos también que en algunas regiones de Africa uno de cada dos o tres niños fenecerá a causa de la devastación producida por el virus. ¿Asustan o no asustan en este mundo sin tino las cifras anteriores?

Vida a vida, enfermo a enfermo, humano a humano, existen dos grandes universos que ameritan respuestas casi cotidianas: ¿ha sido bien encaminada la investigación del sida? y, ¿ha modificado o podrá modificar la enfermedad en cuestión la faz moral de la sociedad? El exorbitante número de enfermos y portadores de la enfermedad sugieren que la investigación del sida no ha sido del todo adecuada; entiendo que el conocimiento molecular del virus ha crecido vertiginosamente con el obvio fin de disecar los caminos para producir la tan anhelada vacuna que prevenga el contagio. Sin embargo, por motivos que no discutiré en este espacio, son aún muchas las dificultades a vencer antes de que contemos con la vacuna (o vacunas). En cambio, la diseminación del virus ha sobrepasado todas las expectativas, aun las más pesimistas. Reconceptualizando las ideas anteriores, siento, -no asevero- que el problema del sida a nivel mundial ha sido enfocado erróneamente: el éxito ha sido mayor en los tubos de ensayo de los laboratorios que en las vidas humanas que pueblan la tierra.

En cuanto a la segunda cuestión, el sida ha denostado nuevamente a la especie humana: el desprecio de familiares, de amigos, de médicos, de compañeros de trabajo y en general de toda la sociedad hacia quienes portan el mal, es fenómeno casi universal. El sida ha desembozado los cicateros rostros de la especie y la sociedad ha demostrado una vez más, ser pésima lectora y peor ejecutora de lo que espera todo ser portador de cualquier enfermedad fatal. La estigmatización, la ira, las frases perdidas que inculpan a enfermos -"se lo merecen"- y las catervas desdeñosas sumen a los enfermos, ya deprimidos, en estados de ansiedad y depresión difíciles de sortear. Imagino que muchos de ellos se harían eco de las palabras del psicoanalista británico D. W. Winnicott quien inició su autobiografía -la cual lamentablemente nunca terminó- escribiendo, "He muerto"; párrafos adelante anotó, "Permítaseme ver. ¿Qué estaba sucediendo mientras había muerto? Mi plegaria ha sido respondida. Estaba vivo cuando había muerto". Quienes padecen la enfermedad y la confrontan con estadísticas en mano comprenden que por ahora, el virus puede más que la ciencia. Son por ende seres humanos que tienen magnificada la conciencia de la propia muerte y del significado de la estima humana. Son termómetros infalibles de la conducta humana, de sus desventuras, de sus asideros y de la miopía con la que se conduce el ser humano.

Es probable que Marc Lappé (**Evolutionary Medicine: Rethinking the Origins of Disease**, Sierra Club Books, 1994) al escribir sobre enfermedades infecciosas, haya abordado, sin proponérselo, la vieja y famosa pregunta de Erich Fromm ¿Podrá sobrevivir el hombre? Lappé asevera que la concepción de que el ser humano es la especie dominante y más exitosa dentro de todas las especies es equivocada. Sugiere que en lugar de considerar a las otras especies en relación al *Homo sapiens*, deberíamos considerar al ser humano como parte de *su* evolución, es decir, de las especies consideradas como "inferiores". En ese contexto, agrega, que nuestros esfuerzos por dominar el medio ambiente han producido desafíos a otras especies, que son cada vez más y más resistentes de controlar. Así, las sociedades son responsables de las nuevas epidemias.

No estoy convencido de que Lappé tenga razón. O quizás no quiero pensar que esté en lo cierto. Lo que es en cambio innegable es que la llegada del sida ha sacudido a la humanidad, y su ascenso y destructividad son, en buena parte, producto de la miopía humana ●

Los derechos humanos, un camino sin retorno

ENTREVISTA CON MIGUEL SARRE, TERCER VISITADOR GENERAL DE LA CNDH

Arturo Fuentes

Dunny Lyon

ALEJANDRO BRITO Y ARTURO DIAZ B.

¿Qué importancia tiene la defensa de los derechos humanos en materia de salud?

La salud es uno de los aspectos que más nos enfrenta a la vida, y en ese sentido están en juego valores que tienen que ver con los derechos humanos. No basta tener la vida, no basta ser respetado en otros derechos; necesitamos promover derechos de corte positivo, como el derecho a la salud.

¿Nos podría decir el número de quejas recibidas en torno a la violación de derechos humanos en materia de salud, y de éstas las que se han recibido sobre VIH o sida?

La cifra exacta no la tengo, pero es el tipo de quejas que ha crecido más rápido en la CNDH, y ahorita se coloca en el tercer lugar de quejas. Las que tiene que ver de alguna manera con sida son una porción mínima, tengo registradas más de cien. Esto no necesariamente refleja la realidad, es una muestra de la realidad, puesto que pueden existir muchas violaciones de los derechos humanos respecto de las cuales no se presenten quejas.

¿Y cuántas recomendaciones se han derivado de estas quejas?

No suficientes. Donde más recomendaciones ha habido es en el área penitenciaria, aunque no todas directamente sobre el punto del sida. En la vida en reclusión se da la doble situación de vulnerabilidad, por un lado estar presos y por otro estar enfermos de sida. Aquí les aplican forzosamente los exámenes y una vez que son detectados los aislan. Les impiden el acceso a las actividades deportivas, a los talleres; y no sólo sus compañeros y las propias autoridades penitenciarias y estatales, sino a veces las autoridades del sector salud, quienes permiten o facilitan los medios para la realización de los exámenes de detección de anticuerpos al VIH al grueso de la población penitenciaria, desatendiendo al organismo técnico en la materia que es el Conasida, que dice que no es el camino para combatir la epidemia.

En los casos concretos de sida, ¿qué tipos de quejas resaltan más?

Tengo aquí un listado de quejas individuales con una tipología muy precisa: baja laboral, aislamiento, exigencia de prueba de detección de anticuerpos al VIH para inscribirlos a un servicio, difundir el nombre incluso en los medios de comunicación, exámenes prenupciales, señalar en el acta de defunción el padecimiento por el cual murió, asentarlo en la cartilla militar. Pero el rubro principal es la negativa de la atención médica y maltratos por el personal. Cuando se ha negado intervención quirúrgica lo hemos solucionado a través de procedimientos de amigable composición. En este punto específico no ha habido recomendaciones. Es algo que debe manejarse con mayor agilidad y es un aspecto en el que estamos sensibilizando a las autoridades y la Comisión ha optado por este procedimiento.

¿Qué circunstancias dieron origen a la Cartilla de Derechos Humanos sobre sida y cuál es su espíritu?

Había una situación particularmente grave contra los pacientes de sida, y uno de los detonantes fue el rechazo en hospitales públicos. ¿Por qué no hay una cartilla para los pacientes que tienen tuberculosis? Porque no tiene toda esa connotación que vincula el sida con el uso excesivo del sexo o la permisividad sexual, lo que hace al paciente sujeto de un rechazo mucho más grave que si la enfermedad no tuviera ningún ingrediente de tipo sexual.

Esta cartilla fue elaborada y promovida tanto por la CNDH, el Conasida, Mexicanos Contra el Sida y Gisida (que eran dos ONG). ¿Han ayudado, han servido de algo los 14 puntos que contiene?

Creo que sí. Es muy importante tener un referente ético en relación con el sida. El vivir desorientados, sin tener una norma, una pauta, lleva a decisiones arbitrarias, al criterio personal de los responsables de salud. Creo que ha sido un parámetro fundamental. Y es importantísimo que hayan actuado juntos los organismos públicos estatales y las ONG. Creo que es un punto que sintetiza lo que puede ser un nivel de colaboración de instituciones con distinta forma de actuar, porque le da un carácter de legitimidad a los planteamientos que se asientan ahí. Además, con base en esa cartilla tenemos ahora la Norma Oficial sobre el sida, que ya es un referente mucho más detallado, mucho más preciso, como corresponde a su naturaleza.

¿Usted cree que habrá que hacer otros cambios legislativos, como la creación de una Procuraduría General de Salud o la modificación del Código Penal?

Yo no iría tanto sobre Código Penal, salvo casos muy extremos en donde se pongan en juego otros valores, y debe ser la última instancia, no la primera. Percibo que el problema está más no en el reconocimiento de los derechos, sino en hacerlos valer. Seguramente habrá algunos puntos qué ganar todavía en la legislación sustantiva, pero básicamente son los procedimientos. Respecto a la Procuraduría General de Salud que se ha anunciado, creo que es promisoria, pero con algunas condiciones para que funcione realmente como última instancia en materia de salud. Necesita ser un organismo dotado de gran solvencia, autonomía técnica, funcional, operativa, de manera que deje satisfecho a quien se queja y no haga necesario que después se presenten quejas en contra de ese organismo ante la CNDH. Debe ser un *ombudsman* paralelo que deberá tener una importancia similar o mayor a la que tiene la CNDH. Creo que es algo absolutamente necesario, porque al ritmo que van las quejas contra la salud, éstas nos van a rebasar. Creo que lo mejor es que esto se resuleva por el lado de las instituciones de salud.

El temor de muchas ONG es que esa Procuraduría se convierta en un aparato burocrático, y lo que queremos es que en salud se resuelvan los problemas rápido.

Yo creo que es más factible que se dé esa rapidez, por ser una cuestión técnica, cuando se esté cerca de las áreas médicas. Cuando sea una procuraduría especializada, tendrá que ir desarrollando los mecanismos, los conocimientos técnicos, los servicios periciales idóneos para atender con prontitud esas quejas. Esta duda que me plantean es la misma que surgió cuando se creó la CNDH y las comisiones estatales. Crear una institución es un compromiso muy fuerte del Estado, y si no respeta a la institución, el costo político que se paga por no respetarla, por no dejarla trabajar o por no poner los medios para que trabaje adecuadamente, es muy alto. O sea, que en cierto sentido es un camino sin retorno. Si no se crea, es malo porque las quejas están sin un cauce o con un cauce que no es el más idóneo, como es el caso de la CNDH. Pero si se crea y no funciona, la gente va exigir, que funcione.

Es el caso de los presos que son aislados o colocados junto con enfermos mentales, ¿cómo hacen llegar una queja?

En algunos casos concretos es por medio de una supervisión de la Comisión. Nosotros supervisamos preferentemente las áreas de ingreso y segregación en centros de reclusión. Es lo primero que vemos en un centro, porque ahí es donde encontramos las más graves irregularidades. A quiénes tienen en el área de ingreso y a quiénes segregan. Además, cualquier otra persona puede poner la queja, no necesariamente tiene que ser el agraviado, puede ser cualquier persona a su nombre. Y puede hacerse telefónicamente.

Por último, se ha llamado a los derechos humanos de salud, derechos humanos de segunda o tercera generación. ¿Por qué?

Es por el momento histórico en que la colectividad los reconoce. A raíz de la Constitución mexicana, que fue un aporte para los derechos sociales, se viene hablando de los derechos sociales, económicos y culturales, dentro de los cuales estaría el derecho a la salud. Entonces es por el tiempo en que fueron surgiendo. Por ejemplo, el derecho al medio ambiente es un derecho del que no se podía hablar antes de la Revolución Industrial, porque nadie tenía la capacidad siquiera de dañarlo. Incluso podían talar un árbol, pero no dañar el medio ambiente. El desarrollo hace que surjan después estos derechos, que tienen una característica diferente a los derechos de la primera generación en cuanto a que son de satisfacción progresiva ●

¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA?

1.- Presente su queja por escrito a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, fírmela y conserve una copia.

2.- Señale el nombre de todas las personas que resultaron agraviadas con motivo de los hechos que usted reclama.

3.- Señale claramente su domicilio (incluyendo código postal) y su teléfono. En caso de no contar con servicio telefónico, anote el teléfono de un familiar o amigo donde puede recibir información sobre su caso.

4.- Señale cómo ocurrieron los hechos en que fueron violados los Derechos Humanos.

5.- Señale la fecha en que ocurrieron los hechos. Sólo se investigarán las violaciones que hayan ocurrido o se hayan conocido hasta un año antes de la presentación de la queja. La CNDH podrá ampliar el plazo si se han vulnerado gravemente los Derechos Humanos.

6.- Si lo sabe, señale el nombre y el cargo de las autoridades o servidores públicos que participaron en tales hechos.

7.- Anexe a su queja una copia de todos los documentos y de toda la información a su disposición que contribuya al esclarecimiento de los hechos.

8.- Diríjase a *Periférico Sur No.3469, Col. San Jerónimo Lídice, México, D. F., C. P. 10200*, o *llame al teléfono 681-8125*. Usted puede llamar por cobrar.

9.- No envíe copias de quejas dirigidas a otras autoridades ni telegramas, a menos que se trate de una situación urgente.

10.- Recuerde que las violaciones a Derechos Humanos que atiende la CNDH sólo pueden ser aquéllas que hayan realizado autoridades o servidores públicos y que no sean de naturaleza laboral, electoral o que competan exclusivamente a un juez.

¿De qué manera el respeto a los derechos humanos funciona como medida preventiva contra el VIH? Las personas más desfavorecidas social y económicamente, ¿no son acaso las menos informadas y por ello las más vulnerables frente a la contaminación por VIH? ¿Qué disposiciones legales propone la sociedad para combatir la discriminación contra el enfermo y acabar con su aislamiento? Julie Hamblin, especialista australiana en aspectos éticos y legales de las políticas de salud, aborda en este artículo las relaciones de los derechos humanos y el VIH. Julie Hamblin ha trabajado por muchos años en el área de leyes y políticas sobre VIH. Es asesora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en los aspectos legales, éticos y de derechos humanos.

La tentación punitiva y la protección de derechos

JULIE HAMBLIN

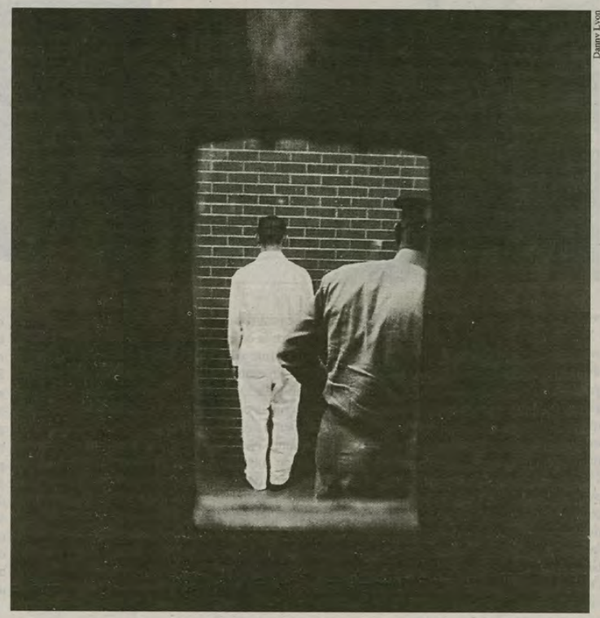
La mañana del 14 de febrero de 1989, un joven de una provincia costera de la India recibe la visita de la policía que le pide se presente a la comisaría local. No se le da ninguna explicación. Al llegar a la comisaría, el joven es conducido de inmediato al hospital local, escoltado por dos policías; allí se le dice que debe ser examinado. Para entonces, el joven ya está muy asustado: desconoce la razón por la que lo han detenido. Su miedo aumenta cuando ve a seis policías resguardando la puerta de la sala de urgencias, dos de ellos armados con rifles y los demás con varas de bambú.

El doctor que lo examina escribe el nombre del joven en un libro de registros que tiene la palabra SIDA escrita en la cubierta. Fue así como este hombre se enteró por primera vez que estaba infectado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Pero aún vendría lo peor. Del hospital, fue llevado por una escolta policíaca a un antiguo sanatorio de tuberculosos, donde permanecería detenido durante los siguientes 64 días. Se le recluyó en un cuarto pequeño y sucio, completamente solo, sin saber por qué estaba ahí o qué le pasaría. No se le permitió contactar a su familia o amigos para informarles de su paradero. Durante los días siguientes, las causas de su detención fueron haciéndose cada vez más claras. Varios meses atrás había donado sangre. El hospital local había sometido su sangre para un examen de VIH sin informarle ni pedirle su consentimiento y habían encontrado que era VIH positivo. Pero en vez de contactarlo, el hospital informó a la policía local. La policía entonces actuó en base al Acta de Salud Pública de esa provincia, que establece la detención indefinida de todas las personas VIH positivas.

Sus familiares y amigos apelaron por él ante el gobierno. Los vecinos de su pueblo escribieron al gobierno exigiendo su liberación. Se presentó una apelación ante la corte contra la legislación que autorizó su detención y, después de 64 días de arresto, se le dio una autorización provisional para que regresara a casa, pero no porque existiese alguna ilegalidad en su detención, sino porque la corte consideró que los procedimientos seguidos para obtener las pruebas de VIH no eran lo suficientemente confiables para justificar su detención.

Nadie que escuche esta historia puede dudar que la ley tiene un papel qué desempeñar en la respuesta a la epidemia de VIH. Los problemas legales surgieron a cada momento a lo largo de la historia de Dominic: sin su consentimiento se examinó su sangre para detectar el VIH; el hospital no le comunicó su resultado positivo; se violó la confidencialidad al comunicarlo a la policía; fue detenido bajo la Legislación de Salud Pública. Para Dominic, la historia no terminó ahí. Cuando intentó regresar a su trabajo, se encontró con que su puesto ya había sido asignado a alguien más y su patrón le pidió que renunciara porque le preocupaba que los demás empleados no quisieran trabajar con una persona con el VIH.



Danny Lyon

Lo que le ocurrió a Dominic es la realidad para muchas personas con VIH. La ignorancia de cómo se transmite el VIH, el miedo injustificado a la infección y el prejuicio contra grupos que se perciben (frecuentemente de manera equivocada) como de riesgo, han trascendido las fronteras nacionales y las diferencias de raza y cultura. Ninguna política que enfrente los efectos de la epidemia puede darse el lujo de ignorar el hecho de que el VIH amenaza los derechos humanos de manera tan profunda como amenaza la salud pública.

Derechos Humanos y VIH

Muchas de las personas que han sido y serán más afectadas por la epidemia, se encuentran ya en una posición social desventajosa. En los años por venir la carga global de la infección del VIH caerá de manera devastadora sobre la población de los países subdesarrollados. De manera creciente, las desigualdades de género, raza y riqueza están haciéndose visibles en la demografía de la infección del VIH, con un aumento desproporcionado en la tasa de infección entre mujeres y, más aún, entre mujeres pobres. Los principales factores globales de riesgo para la infección por VIH no serán la actividad sexual o el uso de drogas en sí, sino más bien la dependencia social y económica.

Dado que la infección por VIH se puede prevenir, sólo quienes tienen acceso a la información y a medidas apropiadas de prevención, y cuentan con los medios para implementar esas medidas, serán capaces de protegerse contra la infección. Las personas que seguirán siendo vulnerables son aquéllas que carecen de los medios para protegerse contra el VIH, por penuria económica, por ejemplo, o por impotencia para controlar las bases sobre las cuales desarrollan sus relaciones sexuales. Muchos factores juegan en ello un papel importante; éstos incluyen la pobreza, el aislamiento geográfico, la inadecuada atención y educación en salud, y los valores culturales que obligan a ciertas prácticas que exponen a algunos miembros de la comunidad al riesgo de contraer el VIH.

Para las mujeres, los obstáculos sociales y económicos son particularmente grandes. La posición que tienen dentro de la familia y la sociedad significa que, a menudo, no son libres de tomar decisiones propias sobre sus relaciones sexuales o de insistir en medidas que reduzcan el riesgo de exposición al VIH, como el uso del condón o la fidelidad por parte de la pareja. Las expectativas culturales en relación al matrimonio y la maternidad, y la ausencia de medios de apoyo económico fuera de la unidad familiar, complican las dificultades de las mujeres para evitar la exposición al virus. Problemas similares surgen en relación a los usuarios de drogas, los hombres homosexuales y las/los trabajadores sexuales para quienes la discriminación y la estigmatización social eran problemas permanentes antes de la aparición de la epidemia del VIH. Ello significa que estas personas, más que otras, necesitan protección contra la violación de sus derechos, amenazados por la epidemia del VIH. Como dijera el magistrado Michael Kirby, entre más amenazados se encuentren, los derechos humanos son más importantes.

Así pues, existe una *necesidad especial*, una *responsabilidad especial* de respetar los derechos y requerimientos de estas personas. Más aún, el hecho de que estos derechos humanos se encuentren tan amenazados, nos plantea desafíos singulares para generar políticas efectivas que prevengan una diseminación mayor del VIH.

Con demasiada frecuencia, se caracteriza al debate sobre políticas y VIH como un inevitable conflicto entre salud pública y derechos individuales. Las políticas que infringen derechos individuales, como la detención o las pruebas obligatorias de detección del VIH, son defendidas tomando como base la imperante necesidad de proteger la salud pública. Pero una respuesta efectiva contra la epidemia exige de una comprensión más compleja. Esto no quiere decir que nunca habrá conflicto de valores o intereses, porque muchas de las medidas necesarias pueden representar fuertes cuestionamientos a las actuales creencias y prácticas culturales. Sin embargo, hemos acumulado ya una década de experiencia con la epidemia de VIH y con un amplio rango de políticas distintas que han intentado reducir su diseminación. Sabemos lo que funciona y lo que no funciona. Sabemos que aislar a las personas con VIH del resto de la sociedad, haciéndolas sentir que no tienen nada qué ganar si se protegen a sí mismos y a los demás, provoca sentimientos de indefensión, indiferencia y falta de respeto por otras personas. Estas condiciones son perfectas para la diseminación del virus y socavarán cualquier esfuerzo para estimular los cambios voluntarios de conducta necesarios para prevenir el aumento de la infección. En contraste, las políticas y las leyes que reducen el estigma asociado a la infección por VIH y aumentan la autoestima de las personas con VIH o en riesgo de infección, pueden crear un ambiente de confianza mutua, de apoyo y colaboración, fundamentales para producir y mantener cambios de comportamiento.

La ley y el VIH

Claramente, la ley tiene un impacto importante en cómo se experimenta la epidemia del VIH en cada país. Esto se hizo evidente muy al principio de la epidemia porque mucha de la gente afectada -las trabajadoras sexuales, los hombres homosexuales, y los usuarios de drogas, por ejemplo-, eran ya blanco de leyes punitivas. Más aún, el miedo generado por la epidemia ha significado la proliferación de respuestas legales basadas en modelos punitivos y restrictivos. El caso de Dominic es sólo un ejemplo de muchos.

Sabemos pues que la ley tiene la importancia dentro del contexto de esta epidemia. Un tema más importante y difícil es identificar el camino que hay por delante, si es que hemos de usar (o, en ocasiones, no usar) la ley en forma constructiva y apropiada en nuestra respuesta al VIH.

En muchas formas, los principios que deben guiar las políticas legales sobre VIH son muy sencillos. Hay cuatro puntos que me gustaría destacar:

A) Un marco legal que proteja y ayude

La ley puede y debe ser usada parta establecer un marco que proteja y ayude a las personas afectadas por la epidemia y no uno punitivo.

Las leyes que no necesitamos son las que discriminan a las personas con VIH, que los alejan de sus comunidades y que les restan posibilidades para que puedan compartir entre sí el interés común de reducir los efectos de la epidemia. Ejemplos de tales leyes son:

- Leyes que convierten a la homosexualidad en ofensa criminal.
- Infracciones relacionadas con el uso de drogas y la prostitución que tienen como consecuencia hacer más difícil la disposición de medidas preventivas y de atención del VIH a los usuarios de drogas y a las/los trabajadores sexuales.
- Leyes que restringen la disponibilidad de condones, agujas y jeringas.
- Censura y leyes de comunicación que restringen la diseminación de información sobre sexo más seguro.
- Leyes que permiten hacer la prueba de detección de anticuerpos al VIH sin consentimiento o la detención de personas con VIH.
- Leyes de inmigración y viaje que restringen el movimiento entre países de personas con VIH.

Estas leyes no tienen cabida en una respuesta sensible y sensata à la epidemia y necesitan ser rechazadas.

Por otro lado están las intervenciones legales positivas -las que pueden promover activamente el ambiente de apoyo que he descrito. Estas intervenciones legales incluyen:

- Leyes anti-discriminatorias que provean compensación en la eventualidad de que exista discriminación en el empleo, vivienda, acceso a cuidados de salud, etcétera, contra personas con VIH o sus familiares o amigos.
- Disposiciones legales que protejan la confidencialidad de la condición VIH positiva de una persona.
- Leyes que exijan que una persona dé su consentimiento antes de que se le haga la prueba de detección del VIH.
- Leyes que estimulen prácticas apropiadas en el lugar de trabajo, por ejemplo, procedimientos de control de infecciones y educación sobre el VIH para los empleados.

Estos son sólo unos cuantos ejemplos de muchos. La intención de este acercamiento a las políticas legales en VIH debe ser en el sentido de usar la ley no como una arma, sino como un instrumento de protección que respete el valor de todos los individuos y redoble los esfuerzos de cooperación para enfrentar los efectos de la epidemia.

B) Etica y ley

Nos gustaría pensar que la ética y la ley van de la mano. Como abogada, sé que esto no es verdad y me imagino que la mayoría no necesita un abogado que se los diga. Con algunos de los complicados dilemas que surgen con el VIH -decirle o no a la esposa de un hombre con VIH que ella está en riesgo, por ejemplo-, las leyes existentes no representan un mecanismo lo suficientemente sutil como para enfrentar el problema.

Ninguna política que enfrente los efectos de la epidemia puede darse el lujo de ignorar el hecho de que el VIH amenaza los derechos humanos de manera tan profunda como amenaza la salud pública

Por la novedad de muchos de los temas legales que surgen debido a la epidemia de VIH, se necesitan desarrollar principios y soluciones legales nuevos. Así pues, existe una oportunidad para conducir la ley en el sentido que deseamos que vaya; esto es, que la ética dirija las reformas legales y no al revés. Si, por ejemplo, tomamos el caso de dar a conocer o no el estado seropositivo de un hombre a su esposa, es muy probable que los principios legales que regulen esa decisión sean inciertos y que cualquier juez al que se le encomiende el caso muy seguramente esté menos equipado para llegar a un punto de vista adecuado que cualquier persona. Existe pues, una posibilidad real de que un debate ético, informado y cuidadoso pueda señalar el rumbo de la evolución de las leyes en esta área. La formulación de lineamientos éticos apropiados puede incluso significar que la ley no necesite verse involucrada directamente. Por lo menos, estos lineamientos ayudarán a conformar la ley lo mejor posible.

C) La ley como un instrumento de cambio de comportamiento

Mi tercer punto es un tema controversial y complejo y, en muchas formas, peligroso. Es sin embargo, un tema que necesita ser explorado si hemos de usar la ley a su máximo potencial en la respuesta a la epidemia de VIH. El punto al que me refiero es la noción de que la ley puede ser usada activamente como un instrumento que provoque cambios en la conducta personal.

Danny Lyon

Para poder entender este punto, es necesario apreciar la compleja interdependencia que se da entre la ley y la sociedad en la que opera. Mientras, a un nivel, la ley es producto de los valores culturales y sociales prevalecientes dentro de cualquier comunidad, puede también ser un instrumento importante para definir, reforzar y, en algunos casos, promover activamente ciertos valores y prácticas. Sea condonando o prohibiendo legalmente ciertas formas de conducta o expresión de valores culturales, la ley puede ser un poderoso instrumento para moldear o reforzar estas conductas o valores.

No quiero exagerar el alcance que se puede dar al uso de la ley para provocar cambios de comportamiento. Ciertamente, la coerción legal rara vez ha sido efectiva en el pasado para cambiar conductas personales, y no existe razón para pensar que en la epidemia de VIH será diferente. Es posible, sin embargo, que usadas en combinación con otras medidas, algunas formas de intervención legal puedan ser aplicadas activamente para provocar cambios.

Un ejemplo de esto es la experiencia que existe con leyes que obligan a los dueños de burdeles para que insistan con sus clientes en el uso de condones. A nivel práctico, esta ley es difícil -si no imposible- de aplicar y su impacto directo inmediato es por lo tanto cuestionable. Sin embargo, hay evidencia de que esta ley puede ayudar a promover el uso del condón, sólo por el hecho de que les facilita a las prostitutas insistir con sus clientes en su uso. De esta manera, la legislación puede ser un instrumento para provocar cambios de comportamiento.

Allí donde la pobreza y la dependencia económica llevan a la vulnerabilidad al VIH; allí donde la venta de sexo es la única fuente de ingreso para algunas personas; o donde a las mujeres se les niegan derechos económicos independientes a los de la familia, las leyes que se enfocan en estos temas, pueden apoyar otros esfuerzos para cambiar las conductas que diseminan el VIH. Las leyes que defienden los derechos independientes de la mujer, por ejemplo, aquellas relacionadas con la violación dentro del matrimonio, la edad para el matrimonio o el consentimiento sexual, pueden aumentar las opciones de la mujer dentro del contexto de la epidemia en lugares donde son incapaces de protegerse a sí mismas contra el virus, debido al lugar subordinado que ocupan dentro de su relación o sus comunidades.

Es importante explorar estas formas creativas mediante las cuales la ley puede ser usada activamente en la respuesta a la epidemia del VIH.

D) Movilicemos a los abogados

El último punto es crucial. Es preciso que se encuentre la manera de movilizar a los abogados para que aborden estos temas. No es que no existan abogados dispuestos a abordar temas sociales como éste; es más bien que la mayoría de los abogados piensan que el VIH no tiene mucho que ver con ellos; o si lo ven, no pueden ver que la ley tiene mucho que ver con el VIH. Se sorprenderían al saber con cuánta frecuencia me preguntan qué hago yo, como abogada, trabajando en el campo del VIH. Sé, que si vas y hablas sobre el VIH con abogados, es muy fácil generar interés y entusiasmo. Necesitamos tener abogados preparados que luchen por reformas legales apropiadas en VIH, para dar orientación legal a personas afectadas por la epidemia y para que, donde sea necesario, lleven casos representativos a las cortes. Sólo teniendo un grupo informado de abogados podremos asegurar que los asuntos legales asociados con la epidemia serán tratados apropiadamente.

Sabemos que la ley puede usarse de forma constructiva y positiva en respuesta a la epidemia de VIH. Lo que resulta importante en este momento es no desaprovechar esta oportunidad ●

Tomado de **Documento de Trabajo**, núm. 4 del PNUD, ONU, noviembre de 1993.
Traducción: Ana Gabriela Mansilla-Río y Juan Jacobo Hernández.

Las lecciones cívicas del dolor

ALEJANDRO BRITO

El caso del doctor Tony es singular. Médico de planta del Hospital Juárez de México, sufrió en carne propia el maltrato y la discriminación destinados por lo general a los pacientes con VIH en las instituciones de salud pública. Tony fue intervenido de urgencia en el Juárez por un problema de apendicitis con cuadro complicado. Días después de la operación regresó al hospital acompañado por su hermano para que le retiraran los puntos. Al salir, Tony se enteró por su hermano que le habían hecho la prueba del VIH y que dio positivo. Su indignación fue mayúscula. ¿Cómo era posible que le hicieran esa prueba sin su consentimiento y que el resultado no se le notificara directamente? Los atropellos no pararon allí, Tony debió reingresar de urgencia al hospital por un absceso formado por las complicaciones quirúrgicas. Y como si la apendicitis fuese síntoma indudable del sida, a Tony se le asiló: "Me suben a piso y en lugar de ponerme en una cama regular, me meten a un aislado, ponen un letrero en la puerta que anuncia mi condición, colocan otro en la cabecera de la cama con las siglas VIH positivo, las enfermeras y los residentes se niegan a atenderme, el personal de intendencia se resiste a realizar el aseo del cubículo. Yo no daba crédito, ¡cómo era posible que en mi hospital, en el Juárez de México, con diez años de servicio me hicieron esto!" Al regresar Tony a sus labores, al final de su incapacidad, es víctima de las consecuencias de la divulgación de su estado: "Me encuentro con muchas personas que antes me saludaban y ahora me dan la vuelta, me sentí estigmatizado y discriminado. Yo trabajo en el área de medicina nuclear, a mi regreso me encuentro con un memorándum donde se ordena suspender las consultas y la expedición de recetas en esa área, lo manejan así para no particularizar, pero mi jefe y un residente siguen dando consulta. El objetivo era evidente." Ya superada su depresión, el doctor Tony decide quejarse en la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud y pone una demanda en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y otra judicial en el Ministerio Público.

Trato ágil y civilizado

A pesar de su singularidad, el de Tony no es un caso aislado. Las mismas autoridades de Salud reconocen con preocupación el aumento del número de quejas debido al maltrato, la negligencia y el deficiente servicio de las instituciones de salud pública. Alfonso Navarrete Prida, director general de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, maneja la cifra de 800 averiguaciones previas producto de la impericia y negligencia médicas (**El Nacional**, 20 de abril de 1995), aunque, según especificó, la mitad de ellas se refieren a instituciones privadas. Por su parte, Jorge Madrazo Cuéllar, presidente de la CNDH da cuenta del crecimiento exponencial que ha sufrido este tipo de quejas al pasar del lugar 17 en 1990 al tercer sitio en 1995, sólo superado por los casos de tortura y abuso de autoridad (**El Nacional**, 19 de abril de 1995). El mejoramiento de los servicios clínicos y el fin a la negligencia médica son demandas muy sentidas por la población. La resonáncia de este sentir social se ha hecho tan aguda que las autoridades del ramo han debido retomar la vieja propuesta de sectores de la sociedad civil de crear una Procuraduría de Salud en donde se ventilen los casos relacionados a la prestación de servicios médicos y se les dé un cauce ágil y civilizado.

ONG: espacios de concientización y denuncia

Sin duda alguna, los casos de salud que más cuestionan la responsabilidad médica y hacen más evidente la relación entre esa responsabilidad y los derechos humanos, son los del síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida). La mínima red de solidaridad que han tejido con muchos esfuerzos las organizaciones no gubernamentales (ONG) ya permite la formación de un espacio de concientización y denuncia, y sin embargo, son pocas las ONG dedicadas a la defensa de los derechos humanos de los afectados por el VIH; por ello es fundamental el trabajo del departamento de Orientación Social y Derechos Humanos de Conasida. Según un informe de labores de esta institución, en 1994 se atendieron 844 demandas, de las cuales 231 correspondieron a violaciones a los derechos humanos, es decir el 27 por ciento de los casos. Por su parte, la CNDH ha recibido alrededor de cien quejas relacionadas con este padecimiento. En entrevista con **LETRA S**, Miguel Sarre, tercer visitador general de la CNDH, afirma que este número de quejas "no refleja la realidad, puesto que pueden existir muchas violaciones a los derechos humanos respecto de las cuales no se presentan quejas". Por otro lado, el titular de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Luis de la Barreda Solórzano, entrevistado por **LETRA S**, asegura que en sus 18 meses de existencia, esa Comisión sólo ha recibido 8 quejas de ese tipo.

La principal queja de quienes viven con VIH/sida está dirigida contra las instituciones y personal de salud que les niegan atención médica. Según el informe de Conasida, la negación del derecho a los servicios de asistencia médica representó el 57.2 por ciento de las demandas recibidas en 1994 por violación de derechos humanos. Es el caso de la señora Guadalupe, madre seropositiva de tres hijos, quien solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Derechos Humanos a causa del rotundo rechazo de un médico del Hospital General de Morelia a practicarle una operación para extirparle un tumor en el útero. El médico arguyó que no quería "exponerse al riesgo de infección". En su demanda, la señora Guadalupe externó su esperanza de una respuesta rápida porque en su caso el tiempo estaba en su contra por partida doble.

Por su número, el maltrato ocupa el segundo lugar de las quejas. Representa en el informe de Conasida el 18 por ciento de las demandas. Al respecto, el caso de Juan Jorge es muy ilustrativo. Para él, lo peor no fue saber de su seropositividad: "A mí me provocó más daño emocional la actitud hostil y negativa del personal médico que el resultado positivo". El maltrato que recibió en el Hospital López Mateos del ISSSTE, lo llevó a encabezar a un grupo de 20 personas en su misma situación para solicitar la intervención de la Comisión de Salud de la Asamblea de Representantes del D.F. Lo único que pedían era una atención digna, el cambio de médico y que se les proporcionara el medicamento suficiente para completar los tratamientos. Para Juan Jorge, todos estos padecimientos han significado un aprendizaje cívico. Ahora, él ofrece su apoyo y orientación a aquellas personas que se enfrentan por primera vez a la insensibilidad institucional. "La noticia causa pánico, pero el maltrato mata", concluye categórico.

Peter Hujar

El derecho a la confidencialidad es otra de las demandas más sentidas por los afectados por el VIH o el sida. En el informe de Conasida, la violación de este derecho ocupa el tercer sitio con el 13.1 por ciento de los casos. Aquí las demandas no sólo se han dirigido contra las instituciones de salud. Es el caso de Raúl, a quien exceptuaron del servicio militar por ser portador del VIH, pero que al recibir su cartilla liberada se encontró con que en la hoja de liberación venía sellada la leyenda "VIH Positivo".

La CNDH agrega a esta lista negra el despido laboral, el aislamiento y la exigencia de la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Pero por su situación especial, el caso de los reclusos infectados merece mención aparte. Según la CNDH, el número de internos en esta condición es de 53. Entre las irregularidades y violaciones más frecuentes a sus derechos están: aplicación forzosa de exámenes de detección, negación del servicio médico y de medicamentos, inadecuada alimentación, segregación, rechazo por parte de los otros reclusos, aislamiento junto con los enfermos mentales, negación de las visitas conyugales y publicación de sus nombres.

A pesar de las numerosas quejas por violaciones de los derechos humanos de quienes viven con VIH/sida, son pocas las recomendaciones emitidas por la CNDH y la CDHDF. La mayoría de las recomendaciones de la CNDH que tienen que ver con el sida están dirigidas a los reclusorios del país. Por su parte, la CDHDF, en su intervención más sonada, logró que en el sistema de transporte eléctrico se dejara de exigir el examen de detección de anticuerpos del VIH a los aspirantes a operadores. La solución de la mayoría de las quejas siguen el procedimiento llamado de amigable composición. Este fue el tipo de arreglo al que arribó Tony con las autoridades del Hospital Juárez. El puso cuatro condiciones a cambio de su desestimiento: 1) Respeto por parte del Hospital a la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH**. 2) Apertura del Hospital de manera más amplia a los pacientes VIH positivos. 3) Capacitación a todo el personal del Hospital sobre la manera adecuada de manejar a un paciente con VIH/sida. 4) Su cambio de adscripción, "porque no se puede trabajar a gusto en donde lo ven mal a uno". A Tony lo mueve el interés de cambiar la mentalidad de la gente, le interesa, dice, dar una lección social al personal del Hospital. A pesar de la dura experiencia, este aprendizaje cívico empieza a generalizarse no sólo entre quienes padecen el VIH. La existencia de los derechos humanos asociados a la salud está cada vez más presente en la conciencia de la sociedad. En el futuro, este aprendizaje social ya no podrá ser desestimado por las autoridades responsables de la salud pública ●

En relación con la epidemia del sida, miles de mujeres se ven obligadas a contemplar su terapia con base en una información científica diseñada por y para los hombres. Se sospecha hoy que el VIH ataca en forma diferente a las mujeres y sin embargo no se sabe a ciencia cierta de qué manera lo hace, pues la información general sobre la enfermedad procede de investigaciones relacionadas con la fisiología masculina. Ante la rápida diseminación del sida entre las mujeres -hoy la cuarta causa de muerte en EU-, la autora de ese reportaje señala la urgencia de una información científica más completa y menos prejuiciada.

Trato desigual a la mujer en la investigación

LILIA RUBIO

La vida de Suzanne White nunca volverá a ser la misma. Desde que hace cuatro años fue diagnosticada como seropositiva se hace múltiples preguntas. La precariedad de su situación es similar a la de miles de mujeres norteamericanas -quizá del mundo entero- que tienen el virus del sida. ¿Cuáles serán las primeras señales de que la enfermedad está avanzando y cómo retrasarla? ¿Tendrá ella los mismos síntomas que un hombre? ¿Le funcionará el tratamiento que usualmente ha sido diseñado para el paciente seropositivo? ¿Vivirá tantos años como los hombres?

Sí, las preguntas abundan, pero no así las respuestas, pues a pesar del creciente número de seropositivas, cuando Suzanne y cientos de miles de mujeres buscan los últimos avances en tratamientos, están forzadas a depender de información obtenida de pruebas hechas a hombres, porque es en ellos donde los principales estudios de observación sobre sida en Estados Unidos se han centrado, desde que en 1981 fue detectada la enfermedad.

"Ni siquiera sabemos si los estudios masculinos son totalmente traducibles a mujeres, o que por lo menos sean suficientes como para concluir que los doctores están haciendo todo lo posible para tratar a cerca de 15 mil seropositivos o con sida", dice la socióloga de 37 años, en un restaurante de San José, California.

"¿Por qué los hombres infectados parecen vivir más tiempo que las mujeres con el mismo problema? ¿Se deberá a que los tratamientos contra el sida no funcionan tan bien en mujeres como en hombres?", pregunta Suzanne frente a un enorme vaso de té helado.

Es cierto que el sida primero se encontró en homosexuales, así como que hay cinco veces más hombre infectados que mujeres, pero los datos gubernamentales muestran que la enfermedad se ha empezado a diseminar más rápidamente en mujeres y que es ahora su cuarta causa de muerte.

"Estamos aterrorizadas", dice White, quien contrajo la enfermedad por vía sexual.

Ahora -a casi 15 años de la epidemia del sida- los investigadores finalmente acaban de empezar un estudio de cómo las mujeres reaccionan al VIH, que causa el sida.

Por ejemplo, el año pasado varias clínicas de todo el país se inscribieron en el Estudio Interagencial de VIH en Mujeres, o WIHS, por sus siglas en inglés. Este -el primer y más grande estudio de su tipo en Estados Unidos- se está llevando a cabo junto con otro proyecto más pequeño de mujeres, el Estudio de Investigación sobre la Epidemiología del VIH, que los Centros Federales para el Control y la Prevención de la Enfermedad iniciaron en abril de 1993.

"Estamos conscientes de que la investigación tardó mucho en llegar, pero el limitado financiamiento tuvo primero que ser invertido en hombres, puesto que constituyen el mayor número de casos", declaró hace meses la coordinadora del proyecto, Sandra Melnick. Por otro lado, también señaló que no fue hasta recientemente que investigadores, doctores y las mujeres mismas empezaron a sospechar que el sida ataca de forma diferente a las hembras que los varones. "Sin embargo, todavía no sabemos cómo y sólo lo podemos averiguar a través de estudios a gran escala".

Dianne Michalis

Con un presupuesto de unos 10 millones de dólares para los primeros cuatro años, WIHS incluirá a 2 mil mujeres infectadas y a 500 con prácticas de alto riesgo. "Este proyecto es básicamente similar al que el gobierno hizo hace diez años en hombres con sida", ha explicado la funcionaria.

"Que bueno que ya se decidió hacerlo, pero ojalá hubieran empezado hace años, porque así no sólo muchas pacientes podrían haber tenido mejor calidad de vida, sino que hubieran sobrevivido más tiempo", dice Suzanne White.

Cabe hacer notar, no obstante, que los estudios en hombres han permitido varios descubrimientos clave, como por ejemplo, cuándo se deben administrar los antibióticos y los fármacos antivirales.

Robert Mapplethorpe

Hace meses el doctor Lewis Schrager, funcionario a cargo del proyecto masculino, le dijo al **New York Times** que le parecía razonable adaptar los hallazgos sobre hombres a mujeres, pero reconoció que algunos quizá no sean totalmente adaptables.

Por otro lado, a la vez que la existencia de WIHS es un contundente reconocimiento del flagelo del sida en la mujer, los más importantes funcionarios de Institutos Nacionales de Salud han señalado que también constituye un cambio colosal en su actitud frente a la investigación de la salud femenina.

"Eso es lo que ellos dicen, pero tengo mis dudas", comenta White. "Ultimamente he estado hablando con muchas mujeres seropositivas y su sentir es igual que el mío, es decir, que la investigación médica siempre nos ha tenido relegadas, pues los hombres son los investigadores y también son los políticos que deciden sobre los dineros."

Los ejemplos son múltiples:

En 1988 se hizo un importante estudio para investigar si la aspirina evitaba problemas cardiacos. 22,071 hombres fueron estudiados. No hubo ninguna mujer. Las Pruebas de Intervención de Factores de Riesgo Múltiples, conducidas antes de 1987, estudiaron el riesgo de trombosis coronaria en 15 mil hombres sin incluir a mujer alguna. Y, como si fuera poco, hasta le dieron el nombre de "señor Saludable".

Además, en un importante estudio sobre el envejecimiento, sólo participaron hombres desde el inicio de la investigación en 1958 hasta 1978 cuando finalmente se permitió incluir a mujeres.

Aun en la actualidad, la atención médica para reducir los niveles de colesterol se basa principalmente en un estudio de 4 mil hombres.

Las dosis de medicamento para todas las enfermedades de adultos se basan en investigación hecha en hombres de 170 libras.

Durante los últimos 16 años, los lineamientos de la Administración de Alimentos y Fármacos, más conocida como la FDA, prohibió que mujeres en edad reproductiva participen en estudios sobre medicamentos, a menos que su enfermedad sea maligna.

Según la directora de la Oficina de Salud de la Mujer de la FDA, Ruth Merkatz, las compañías farmacéuticas concluyeron que los lineamientos de la Administración incluían a mujeres con sida. Los nuevos reglamentos eliminan esa restricción, pero dice el Grupo Nacional de Trabajo para el Desarrollo de Medicamentos Contra el Sida, que la discriminación continúa.

"Terminar con esa discriminación será uno de los objetivos de mi labor", dijo en noviembre la nueva directora de la Casa Blanca para políticas sobre sida, Patricia S. Fleming. "Ella tendrá acceso directo a mi persona", señaló el presidente Bill Clinton. "Ya le pedí un informe detallado sobre el rápido aumento del sida entre adolescentes y mujeres". Y, después de sugerir que se necesitan más financiamientos para investigación de microbicidas vaginales que maten el VIH, así como para estudios sobre productos como el condón femenino, la funcionaria negra dijo que está especialmente interesada en que "la mujer tenga el poder suficiente para protegerse a sí misma, en vez de depender de la pareja".

No obstante, hay que aceptar que no sólo de planes se trata, pues sí está habiendo cambios. Por ejemplo, en el estudio piloto sobre la tan publicitada terapia con genes, de la compañía Biagene, Connie Mahl es una de cuatro pacientes. De hecho, tan bien ha reaccionado a las novedosas inyecciones que hasta los investigadores están sorprendidos. En la conferencia de sida en Japón, sus resultados fueron la buena noticia. Uno de los doctores dijo que Connie era "la modelo perfecta" y que si en tres o cinco años seguía tan bien como ahora, con una carga viral de -26, el medicamento estaría haciendo exactamente lo que los estudios habían pronosticado. "No estamos diciendo que el fármaco funcione, sino que la dirección va bien, aunque todavía necesitamos probarlo en mucha más gente para comprobar lo que ya empezamos a observar", concluyó el experto.

"Esto es todo un logro para una larga lucha, pues antes sólo se nos decía que el sida no era un problema real entre mujeres y que no había dinero para nosotras", señala Suzanne, quien junto a otras seropositivas ha desencadenado todo un movimiento entre pacientes y médicos, a fin de conseguir financiamiento no solamente para tratar de detener el virus, sino también para el tratamiento de infecciones que terminan matando a personas con sida. "Claro, esto lo hago por mí, pero también por las miles de mujeres que están infectadas y tal vez todavía ni lo sepan" ●

Periodista.

Irert de la Peña

Foto de archivo

Foto de archivo

Del afán didáctico al melodrama: la trayectoria escénica del sida en México

FERNANDO DEL COLLADO

Por sus contoneos lascivos y dramáticos, el tema del sida en la escena teatral se desvive entre propuestas que mueven a todos los tonos teatrales y el interés por llegar a públicos cada vez más amplios. Le sobrevive sí, una preocupación fundamental: la concientización y difusión de la información sobre la pandemia.

Si en la década de los ochenta el sida irrumpe de manera contundente en el discurso de la liberación sexual, en el primer lustro de los noventa el tema hizo posible que la "insolencia subersiva" busque nuevas brechas para elevar la exigencia hacia espectáculos teatrales de mayor calidad.

En los ochenta, por ejemplo, los grupos de liberación se fortalecen frente a espectáculos profundamente sexistas y homófobos. Varias obras destacan un nuevo espíritu combatiente y militante. Recordemos **Y sin embargo se mueven** de José Antonio Alcaraz, en 1980, o a Tito Vasconcelos con **Maricosas**, en 1984, y **A otra cosa mariposa**, en 1989.

Nancy Cárdenas, una de las teatreras más combatientes y complejas de nuestra escena, también llenó con sus propuestas teatrales la década de los ochenta. **Sida... así es la vida** (1988) no sólo constituye la primera puesta que aborda el tema en México, sino que es también un primer intento por desestigmatizar a los afectados por el virus. Pese incluso, a que los prototipos del mariconazo no se hayan resquebrajado.

A tamaña libertad expresiva suscitada durante toda la década pasada, los noventa no se repliegan. Les corresponde una liberación mayor de prejuicios y costumbres. Tanto las obras con temática gay como aquellas que abordan la pandemia se convierten en un boom sin precedentes. Sólo en 1994 siete obras con tema gay fueron representadas en el Distrito Federal y cuatro más trataron del sida.

Patrocinadas unas, y sin apoyo las más, casi todas las obras que han abordado la enfermedad del siglo han sido propulsoras de un activismo que sugiere una nueva forma de pensar la sexualidad y la propia epidemia en nuestra sociedad. Lo que no quiere decir que en el imaginario y las actitudes de la sociedad mexicana se haya desvanecido la estigmatización.

En esa lucha, es de importancia resaltar las lecturas dramatizadas hechas en los festivales gay-lésbicos del Museo del Chopo y los montajes ejecutados por Tito Vasconcelos, Xabier Lizárraga, Armando Lamadrid o Jesús Calzada en distintos foros y bares de la capital. La dramaturga y catedrática Luisa Josefina Hernández también ha hecho lo suyo con sus alumnos. Durante 1992 fueron posible algunas escenificaciones realizadas por sus discípulos en relación con el sida.

En 1993, dos obras de dramaturgos nacionales acceden a los escenarios: **O me matas o te mato** de Luis Eduardo Reyes y **Pasajero de medianoche** de Leonor Azcárate. Las dos se apegan al realismo cotidiano, inmediato, para construir una propuesta que va del melodrama al más exacervado sentido de lo trágico. Las dos tienen un afán didáctico e informativo sobre la enfermedad.

Interesada en la experimentación de los géneros y en la búsqueda de una propuesta personal, Leonor Azcárate en **Pasajero de medianoche** nos presenta una comedia musical que rastrea los conflictos emocionales entre una madre y un hijo infectado. Fue un proyecto que maduró junto con la directora escénica Marta Luna, desde la radionovela **Rocío**, estelarizada por Diana Bracho en 1992. Sin embargo, en teatro no tuvo el éxito esperado. La obra sólo convenció por sus sketches didácticos sobre el uso del condón, las formas de infección y sus prevenciones. La crítica teatral Reyna Barrera apuntó que "este objetivo hizo que se perdieran los conflictos emocionales, y su interés por hacer crítica de cómo se previene a la sociedad contra el sida, subrayó los errores de perspectiva dramática".

Durante 1994 dos obras de teatro abordaron el sida desde la óptica de una pareja homosexual: **A tu intocable persona** de Gonzalo Valdés Medellín y **Un día nublado en la casa del Sol** de Antonio Algarra. Para los dos constituyeron sus *óperas primas*. En las dos fueron ellos mismos los directores. Y en las dos obras el acento fundamental está sobre lo humano y no sobre la defensa de la minoría. Ese mismo año fue también referencia obligada el sida en el performance. En la Semana Mundial del Sida, celebrada en el Museo José Luis Cuevas, se escenificaron cuatro performances hechos por Lorena Orozco, Olivia González, Miguel Angel Corona y César Martínez. Con títulos que sugirieron igualmente encuentros lúdicos, líbidos y didácticos: **Si-da... enciende tu fuego**, **Mis amigos muertos**, **Ante un problema gigante, una solución pequeña** y **El semen-terio como forma de vida**.

Más controvertida que exitosa, **A tu intocable persona** (escrita en 1986 y defendida por su autor como la primera obra de un dramaturgo nacional que aborda el sida) la sobrepasó la declarada voluntad de hacer una llamada de atención a las instituciones médicas en relación con la deshumanización hacia los seropositivos, especialmente a los homosexuales. Un diagnóstico equívoco sorprende a Orlando y su pareja. La descomposición amorosa se ve alterada e incluso causa cargos de conciencia sobre la preferencia sexual del protagónsta. Sin embargo, el cobro de factura fue mayor hacia los médicos.

Foto: Sentido Contrario

Nancy Cárdenas, directora de teatro

En su momento, el dramaturgo Ignacio Solares la clasificó como "el mejor trabajo que sobre el tema se haya realizado entre nosotros". La crítica teatral Olga Harmony no observó lo mismo y opinó que "el tema de la obra podría haber sido interesante si no se le hubiera ido de las manos de modo tan lamentable a Gonzalo Valdés Medellín". Hoy, a un año de su estreno, la obra continúa representándose en el Teatro Sergio Magaña.

Con **Un día nublado en la casa del Sol**, de Antonio Algarra, la crítica y el público respondió de forma unánime. Para muchos es la mejor obre teatral que ha tocado el tema del sida. Su éxito parece radicar en dejar a un lado los prejuicios y juicios sobre la homosexualidad. En ella las relaciones "diferentes" ya no constituyen un drama en sí mismo. Para el crítico Bruce Swansey, la puesta "dedica a enfrentar un problema al que ya no es posible vincular exclusivamente con homosexuales. Algarra trató el sida con admirable -y entrañable- dignidad. Su texto abre el mundo gay a dimensiones en las cuales las diferencias se borran para dar paso a una perspectiva en donde lo único importante es la solidaridad entre los seres humanos dedicados a luchar contra una enfermedad que sitúa a la muerte como compañera de viaje". Y en donde el uso del video clava aun más las imágenes felices y desencadena el melodrama, añadiría Reyna Barrera.

Escenas de las obras *Sida... así es la vida* de Nancy Cárdenas, *Cabos sueltos*, dirección de Héctor Bonilla y *A tu intocable persona*, de Gonzalo Valdés Medellín.

En el año año que corre, destacan dos estrenos: **A los cuatro vientos**, de Guido Rosas, bajo la dirección de Mario Ficachi y la que reviste un interés especial porque fue pensada principalmente para niños, **La corte dirá: el príncipe tiene sida**, de José Enrique Mambié, dirigida por María Espinosa y representada en la Sala Julián Carrilo de Radio UNAM, es novedosa en cuanto que incluye títeres y cápsulas informativas sobre la pandemia de manera fresca, directa y sin prejuicios.

La experiencia propositiva de Guido Rosas, con **A los cuatro vientos**, escenificada en el Foro La Gruta, transita del enredo fársico al melodrama. En ella hay un interés mayor por contar anécdotas, en un tono testimonial, que en rastrear instantes. Empero, vislumbra una nueva puerta para incursionar en los múltiples senderos de las parejas amorosas sean homosexuales o heterosexuales. La reflexión moral sobre la infidelidad en un entorno acosado por el sida es un ejemplo. Olga Harmony la describió como una obra "confusa y mal estructurada; a pocos les puede interesar las desavenencias de una, cualquiera, pareja. Y, sin embargo, avanza mucho respecto al tema, en cuanto que hace una reflexión moral desde la perspectiva gay: lástima que el autor no la centrara más y se fuera por otros derroteros. Pero la propuesta está allí. No se culpa a quien contrae el sida, ni siquiera a quien es infiel, pero cuánta culpa corresponde a quien contagia o puede contagiar por mentir, por ocultar".

Si en la primera mitad de la última década del siglo las diversas propuestas teatrales que abordan la pandemia del sida ya han conformado sus propios públicos, la segunda se antoja de consolidación, y de una mayor versificación de los mismos. Y aunque el sida es un tema y no un género ni un estilo, el debate en torno a su incursión y tratamiento en la escena estará presente y deseará nuevas luces que enriquezcan la politización en torno a la enfermedad. El mismo público será el primero en exigirlo ●

Derecho al aborto para las mujeres con VIH/sida

CECILIA OLIVARES

La multiplicidad de factores (médicos, sociales, legales, éticos) que conforman las problemáticas del aborto y del sida tienen un elemento común: la desinformación que rodea y atraviesa a ambas. Para hablar del derecho de la mujeres con VIH/sida a un aborto seguro es necesario primero presentar un marco informativo básico.

En México abortan de manera clandestina entre 540 mil y 850 mil mujeres cada año[1]. La mayoría de los estados, siguiendo el modelo del Código Penal del D. F. contemplan tres causas de no punibilidad del aborto: por imprudencia de la madre, cuando el embarazo es producto de una violación o cuando éste pone en peligro la vida de la mujer. En Coahuila, Durango, Colima y Yucatán está despenalizado, además, por razones eugenésicas (cuando el feto tiene malformaciones). Mientras que en Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí y Jalisco además de las tres causas "básicas" se considera no punible cuando la salud de la mujer embarazada está en riesgo[2].

En la práctica, excepto en los casos de una violación denunciada, sigue siendo muy difícil obtener un aborto seguro, aun cuando la vida de la mujer se encuentre en peligro. En el caso de las mujeres con sida que solicitan un aborto en los hospitales estatales, las peticiones son analizadas por un consejo médico, que la mayor parte de las veces niega el derecho al aborto.

Se ha estimado que en México hay 18,796 casos de sida: 2,642 mujeres y 16,154 hombres mayores de 15 años[3]. Aunque la relación hombre:mujer de 6 a 1 se ha mantenido estable en los últimos años, el número de mujeres ha ido en constante aumento, por que se ha incrementado el número de mujeres en edad reproductiva que están infectadas[4].

En cuanto a los casos infantiles, el total estimado es de 556; de estos, el 56 por ciento (261 casos) se deben a transmisión perinatal, es decir son niñas(os) que se contagiaron durante el embarazo, el parto o la lactancia[5].

Si partimos del concepto de salud reproductiva y sexual, partimos del reconocimiento del derecho de las personas a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos", consagrado en el artículo 4o. constitucional. El sentido común nos diría que una mujer con VIH/sida difícilmente se arriesgaría a tener un(a) hijo(a), sabiendo que va a morir pronto y que puede transmitir el virus al bebé. Sin embargo, hay que contemplar el hecho de que muchas mujeres no saben que tienen el VIH cuando se embarazan (recordemos que en nuestro país una gran parte de la población no tiene acceso amplio a servicios de salud), otras deciden "encargar" aun cuando saben de su infección o precisamente porque saben de ella, y esperan que sus hijos(as) estén entre el 60 y el 85 por ciento de bebés nacidos de madres seropositivas que no contraen el virus.

Duane Michals

'Cristo llora al ver a una joven mujer que muere por un aborto ilegal'

Pero muchas mujeres seropositivas que se quedan embarazadas no quieren correr los riesgos que implicaría llevar adelante un embarazo: saben que aunque su bebé nazca sin VIH[7] ella va a enfermar y morir al poco tiempo; que las(os) hijas(os) de padres que han muerto de sida son con frecuencia rechazadas(os) por personas e instituciones. En cuanto a su propia salud, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, el embarazo la puede agravarla, pero además, se ha descubierto que en los países en desarrollo el sida causa la muerte con mayor rapidez, y que las mujeres, una vez manifestados los síntomas, viven menos tiempo[8].

Si el aborto estuviera despenalizado totalmente en México, las mujeres que quisieran, por cualquier causa, interrumpir su embarazo no tendrían que ingresar al circuito de extorsión y miedo que este implica hoy en día, ni sufrir las consecuencias, en todos los niveles, de la práctica ilegal y costosa que las buenas conciencias insisten en mantener más en la clandestinidad. Si el aborto estuviera contemplado en la Ley General de Salud y no en el Código Penal, las mujeres con VIH/sida que desean interrumpir su embarazo podrían recurrir al aborto, lo mismo que otras mujeres que lo desean por otras causas o que no pueden tener un hijo.

La realidad es otra, sin embargo: mientras las campañas de prevención no surtan efecto al 100 por ciento, mientras el sida no tenga cura, mientras todas las mujeres en edad reproductiva no tengan ni acceso a información sobre anticonceptivos, ni el poder y la capacidad para decidir cuándo, cómo y con quién tienen relaciones sexuales, se puede contribuir a aliviar el sufrimiento de las mujeres embarazadas y con VIH/sida que desean abortar, despenalizando el aborto por esta causa.

En la tercera encuesta nacional sobre aborto de Grupo de Información en Reproducción Elegida, realizada en abril de 1994, 76.2 por ciento de las mujeres entrevistadas contestaron que el aborto debería estar permitido cuando la mujer embarazada tiene sida. Mientras el mundo ideal siga siendo eso, ideal, y cuidando que esta medida no se tome con el afán de satanizar aun más el sida o de promover la esterilización o el aborto obligatorio de las mujeres seropositivas, ¿no va siendo hora de que se responda a la demanda de las personas afectadas por el sida y por un embarazo no deseado?

Agradezco a Ana Luisa Liguori y a quienes me proporcionaron bibliografía e información ●

Coordinadora de investigación y difusión del Grupo de Información en Reproducción Elegida.

1 La primera cifra es resultado de una estimación a partir del número de casos de hospitalización por complicaciones de aborto en México, **Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**, Tha Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1994; la segunda del doctor R. López García, del Instituto Nacional de Perinatología, en **Maternidad sin riesgos en México**, Ma. del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994.

2 En Yucatán la ley contempla la no punibilidad del aborto por una quinta causa: cuando la mujer tiene ya tres hijos y problemas económicos graves.

3 **Sida/ETS**, INDRE, año 8, núm. 8, agosto 1994, p. 2722.

4 Ana Luisa Liguori, "El sida y la salud reproductiva", en prensa en Population Council de México. Se calcula que el 75 por ciento de las mujeres con VIH están entre los 15 y 49 años, Susan Vandale, "VIH/sida y el embarazo", en **Enfonques de investigación sobre VIH/sida y la salud reproductiva de la mujer**, coords. Mauricio Hernández y Susan Vandale, trabajo presentdo en la Conferencia Internacional sobre Sida, Berlín, 4 de julio de 1993, pp. 13.

5 **Sida/ETS**, INDRE, año 8, núm. 8, agosoto 1994, p. 2722.

6 Para algunas mujeres el deseo de ser madres prevalece sobre otras consideraciones, ver Marge Berer, "La maternidad sin riesgo y el VIH/sida: aspectos importantes relacionados con la mujer", **La mujer y el VIH/sida**, Women and HIV/AIDS Book Project, Londres, 1993.

7 En realidad sólo hasta los 18 meses se puede diagnosticar con certeza si un bebé tiene sida.

8 Susan Vandale, "VIH/sida y el embarazo", pp. 15-6. Esto seguramente se debe a que los servicios de salud de los países en desarrollo cuentan con menos recursos. En cuanto a que las mujeres viven menos tiempo, podría deberse a que el curso de la enfermedad ha sido estudiado y tratado sobre todo en hombres: "...la mujer ha sido ignorada en relación con el sida desde todos los puntos de vista en que se quiera analizar el problema", Blanca Rico, "Sida: las decisiones reproductivas y otros problemas éticos", en **Enfoques de investigación**, p. 44.

PROTOCOLO

Estudio de pacientes de larga sobrevida en México. Se solicita la participación voluntaria de pacientes que sean VIH positivos y que hayan sido infectados hace un mínimo de 8 años. Si estas interesado, llama al **341-4953** ext. **43** y **60**
Dra. Carmen Soler Claudín y Biol. Mol. Raúl Gómez Román
o deja tu número telefónico en la Unidad

Unidad de Investigación en Retrovirus Humanos
Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos/SSA
Carpio No.470, segundo piso, México, D. F., 11340

JORGE ROMERO MENDOZA (1966-1995)

A la larga lista de activistas y luchadores sociales que han fallecido por trastornos relacionados con el sida, el pasado jueves 27 de abril se añadió Jorge Romero Mendoza. Militante del movimiento de liberación homosexual de Guadalajara desde 1980, Jorge muere a los 29 años, después de haber participado activamente en la organización de diversos grupos y manifestaciones de lucha contra el sida. Quienes lo conocimos, estamos seguros de que perdurará el recuerdo de su entrega a la lucha contra el sida y por una sociedad mejor.

El sarcoma de Kaposi, la hipótesis del origen viral

JEAN-YVES NAU

Gracias a las nuevas técnicas de la biología molecular, desde hace algunas semanas una serie de descubrimientos permite pensar que el sarcoma de Kaposi -padecimiento canceroso que afecta con frecuencia (aunque no exclusivamente) a los enfermos de sida- tiene un origen viral. Nuevas investigaciones realizadas por dos equipos en forma independiente, uno norteamericano, otro francés, ofrecen resultados -publicados en **The Lancet** del 25 de marzo- que refuerzan esta hipótesis.

En 1872 el dermatólogo Moritz Kaposi describe esta enfermedad cuyas manifestaciones clínicas son lesiones de rojo oscuro, nódulos violáceos en ocasiones con edema difuso y dolorosas. También se caracteriza por anomalías específicas en los tejidos que permiten confirmar el diagnóstico. Hasta ahora raro y de evolución progresiva, este cáncer había sido identificado inicialmente en Europa Oriental, luego en el contorno de la cuenca del Mediterráneo, y por último en Africa, donde se habló de "Kaposi endémico".

La epidemia del sida reactivó brutalmente las interrogantes relativas a esta enfermedad. A principios de los años ochenta, se encontró con frecuencia muy elevada el sarcoma de Kaposi entre homosexuales masculinos que padecían sida. Se pensó entonces que esta lesión cancerosa era una de las consecuencias clínicas de la infección del organismos por el VIH. Como se revelaría después, esta hipótesis no encontró fundamento alguno.

A finales de 1994 se abrió una pista nueva con la publicación en el semanario norteamericano **Science** de un trabajo realizado por un grupo de la Universidad de Columbia. Estos investigadores, dirigidos por Patrick S. Moore y por Yvan Chang, señalan claramente un vínculo entre el sarcoma de Kaposi y la presencia de fragmentos de ADN, en principio desconocidos, pero detectables gracias a las nuevas técnicas de biología molecular. Estos "trozos" de materiales genéticos provenían de 25 biopsias cutáneas entre 27 practicadas en pacientes muertos de sida. De manera inversa, no se detectaron estas estructuras en personas sin sida ni Kaposi.

Estos resultados, que tanto interés habían despertado en la comunidad científica,

Edward Weston

eran, según la propia opinión de sus autores, preliminares. Suscitaban una serie de interrogantes fundamentales que, en gran parte, han respondido las publicaciones francesas y norteamericanas del **Lancet**. El primer estudio publicado en el semanario británico lo realizó un grupo de investigadores de diferentes institutos neoyorquinos y ugandeses dirigido por el doctor Alvin Friedman-Kien. Este equipo explica haber descubierto secuencias virales sospechosas en sarcomas de Kaposi y en enfermos de sida, pero también en las lesiones de Kaposi "endémicas" (Africa) o en Kaposi denominados "clásicos" (Cuenca del Mediterráneo). Estas mismas secuencias virales se encontraron en la piel, visiblemente normal, de gente con sida afectados de Kaposi, lo que permite pensar que este nuevo virus podría estar ampliamente diseminado en los organismos que infecta.

El equipo francés integrado por investigadores del laboratorio de virología del grupo hospitalario Pitié-Salpêtrière y del departamento de dermatología del hospital Tarnier (Paris), y animado por el doctor Nicolas Dupin, revela por su parte haber identificado las mismas estructuras virales sospechosas en sarcomas de Kaposi "mediterráneos"; según estos investigadores, la presencia de estas estructuras es mucho más elevada en enfermos cuya piel carece de lesiones.

Parece un hecho que este virus, aún desconocido, forma parte de la gran familia de "herpes virus". Los últimos resultados obtenidos, aun no permiten responder al conjunto de interrogantes planteadas. Lo que si dejan es vislumbrar perspectivas de diagnóstico y terapéuticas en un nuevo modelo que asocia la infección viral al desarrollo de un proceso canceroso. Luego de más de una década de suposiciones e hipótesis, también es posible pensar ahora que la investigación sobre el sida penetrará aún más en las zonas fronterizas de la investigación médica, hasta los confines de la virología y la oncología ●

Tomado del diario francés **Le Monde**, 25 de marzo de 1995.
Traducción: Carlos Bonfil

El derecho a la salud y las enfermedades de transmisión sexual

JOSE MARIO TORRES C. Y MANUEL PALACIOS M.

El concepto de factores de riesgo se refiere a las características que favorecen la aparición o desarrollo de diversas enfermedades en el ser humano.

La mayoría de éstos factores relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), tienen que ver con falta de conocimientos, inexperiencia, problemas de comunicación, inconciencia, número y velocidad elevados de recambio de parejas, o abuso de alcohol y drogas entre otros. Aunque también es notorio que son factores importantes la falta de acceso a los servicios y el estigma social que pesa sobre éstas enfermedades.

Los jóvenes, independientemente de sus preferencias sexuales, son una población con alto riesgo de adquirir y desarrollar este tipo de padecimientos, debido a que es la etapa de vida en que se inicia la actividad sexual, que es poco probable que tome medidas de protección, y no es frecuente la práctica de la monogamia. Para que las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación puedan ser llevadas a cabo con éxito, habrá que considerar estas circunstancias y diseñar estrategias específicas que rescaten el derecho a la salud.

Epidemiología

Si bien la magnitud real de éstas entidades es desconocida, en los países industrializados una de cada 100 personas visita al médico al menos una vez al año por una ETS, en algunos países en desarrollo se encuentran entre las cinco primeras causas de morbilidad. Estas entidades se han convertido en graves problemas de salud pública en el mundo; entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: inmunodeficiencias, salpingitis postparto, embarazo ectópico, infertilidad, estenosis uretral, sífilis congénita y algunos cánceres de cérvix.

En el Reino Unido, estas enfermedades pasaron de 30 casos por cada 100 mil habitantes en 1970 a 260 en 1988. En los Estados Unidos aumentaron 10 veces en los jóvenes entre 1966 y 1987.

En México éstos cuadros son frecuentemente causados por *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, Herpes, VIH y *Treponema pallidum* entre otros agentes. En mujeres vistas en la clínica de ETS del Instituto Nacional de Perinatología de 1986 a 1991, la patología más frecuente fue la cervicovaginitis, y los agentes patógenos más comunes fueron *Candida sp*, *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum*.

Por otro lado, se ha reportado una alta asociación de ETS con la presencia del VIH, debido a que se transmiten de la misma manera. Las ETS pueden sufrir graves modificaciones en su historia natural en presencia del VIH.

Factores de riesgo

Las ETS afectan principalmente a personas con prácticas sexuales sin protección, como es el caso reportado en San Francisco y Berkeley donde el 33 por ciento de los hombres homosexuales habían tenido sexo anal no protegido en lo seis meses previos a la entrevista. En otro estudio en Nueva York, el condón solo fue usado de manera consistente del 13 al 21 por ciento de las relaciones.

En 1990 la Encuesta Nacional Escolar de Conducta Riesgosa de la Juventud, aplicada en la Unión Americana, a estudiantes del novena al doceavo grado, encontró que el 19 por ciento había tenido cuatro o más parejas. En los sexualmente activos sólo el 44.9 había usado condón durante su último coito, encontrándose que los estudiantes con más parejas en su vida, usan menos el condón (40.6 por ciento) que aquellos con menos parejas (48.3 por ciento).

En México, también se han realizado estudios relacionados con el uso y aceptación del condón en diversas poblaciones, reportándose siempre baja frecuencia.

Medidas de prevención

El uso del condón, ha mostrado ser de utilidad, aun cuando no ha sido valorado en ensayos clínicos controlados en los que se demuestre con exactitud su efectividad. Sin embargo, por observaciones clínicas y epidemiológicas es evidente que los condones de látex son efectivos contra los microorganismos transmitidos sexualmente. En trabajos de laboratorio y de tipo epidemiológico se ha podido constatar que es una adecuada barrera contra agentes productores de gonorrea, sífilis y sida entre otros. Aunque también es claro que en su efectividad intervienen factores relacionados con su uso correcto y sistemático y en menor frecuencia con fallas de fabricación.

Búsqueda de soluciones

Algunas de las medidas a tomar con la participación de autoridades estatales y organizaciones no gubernamentales, para controlar a las ETS deben contemplar los siguientes aspectos:

1. Realizar estudios de comportamiento sexual en las poblaciones de mayor riesgo tomando en cuenta las características culturales, económicas y sociales de las mismas.

2. Desarrollar proyectos de investigación en los terrenos clínico, epidemiológico y básico que permitan conocer el comportamiento de las ETS en los diversos grupos.

3. Promover medidas preventivas específicas considerando edad, género, hábitos sexuales, y los aspectos culturales, sociales y económicos. Los jóvenes deben ser especialmente considerados en estas acciones.

4. Consolidar los servicios de diagnóstico y tratamiento oportuno, que sean accesibles.

5. Fomentar la salud y la educación sexual en toda la sociedad, particularmente en adolescentes y educar sobre el adecuado uso de los medios físicos de protección.

6. Fomentar el derecho a la salud sexual y abatir las actitudes de discriminación.

Conclusiones

Factores que indudablemente favorecen la diseminación de estos padecimientos son el silencio, el ocultamiento o la desinformación.

La gente joven muchas veces prefiere recurrir a compañeros, amigos o personas sin conocimientos. La búsqueda de ayuda y consejo en el personal capacitado, es una conducta que se debe cultivar, en tanto que las estructuras educativas y de salud, por su parte, deberán aportar las alternativas de solución complementarias que le son demandadas. Discutir y reflexionar abiertamente desde el conocimiento, es un primer y significativo paso para ejercer el derecho a prevenir y solucionar este tipo de viejos y nuevos padecimientos humanos ●

El derecho a la atención clínica integral de las personas con VIH/sida

AARON RANGEL PAREDES

El derecho a la salud es un derecho que establece la Constitución Política de nuestro país.

El derecho a la salud y a la atención integral y multidisciplinaria en el manejo de la infección por el VIH y de las personas con sida, comprende diferentes aspectos que van desde la consulta médica hasta la manera de ser orientados por otras personas que integran el equipo de salud.

Debe considerarse en primera instancia, si el servicio es proporcionado por alguna de las instituciones de seguridad social, o por una institución de asistencia pública, ya que esto determinará tanto los derechos como las obligaciones de cada institución, lo cual no significa que en el aspecto de la atención clínica existan diferencias radicales que provoquen maltrato o mala atención a la persona con VIH/sida.

En cuanto a los integrantes del equipo de salud, es imprescindible que tengan bien definidos los aspectos de la interrelación personal que tiene como característica distintiva la atención clínica.

Dicha atención no corresponde únicamente al médico encargado de la consulta o de la sala del hospital, comprende también al personal de la recepción, al personal de enfermería, de laboratorio, psicólogos, trabajadores sociales y médicos.

Peter Hujar

"El médico ni siquiera volteó a verme"

La consulta médica completa consiste, inicialmente, en un interrogatorio por parte del médico, acerca de las molestias que presenta la persona enferma para, posteriormente, efectuar la exploración física que consiste en la revisión visual (inspección) de la o las áreas que refiere el paciente afectadas. También tendrá que tocar, en algunas ocasiones esas zonas (palpación),para determinar si existen variaciones de temperatura, volumen o dolor. Esa palpación irá también acompañada de la percusión de las zonas o de escuchar con el estetoscopio, en el caso del tórax y del abdomen principalmente. Estos procedimientos requieren efectuarse casi en toda consulta clínica. En las personas con VIH/sida, dicha exploración física deberá de hacerse con la protección de guantes y cubreboca en caso de que el médico tenga algún problema respiratorio, o la persona a la que va a revisar tenga lesiones en la piel que las pongan en riesgo de infección o pueda complicar, por medio de la exploración, las molestias ya presentes. No existe ningún argumento válido para no efectuar una exploración física a las personas que acuden a consulta médica. Desgraciadamente, es muy frecuente escuchar quejas por parte del paciente: "el médico ni siquiera volteó a verme en los tres minutos que duró la consulta".

El médico deberá unir lo que escuchó del enfermo (síntomas), con los datos que él obtuvo de la revisión física (signos), lo cual le da como resultado lo que en medicina conocemos como síndrome. Este síndrome (conjunto de signos y síntomas), es imprescindible para instalar un tratamiento adecuado. Si no se lleva a cabo la revisión física de la persona, el tratamiento se basa únicamente en los síntomas. En este sentido, ¿cuál sería la diferencia que existe entre este tipo de atención y la que proporciona un empleado de farmacia, o la lectura de las revistas médicas que encontramos en la sala de espera del médico?

La relación médico-paciente

Es un derecho la revisión clínica completa, es un derecho también tener los materiales e instrumentos necesarios para efectuar dicha revisión.

Por desgracia, este tipo de atención médica no es frecuente. Esto se debe a diferentes factores, entre los más comunes están la falta de personal capacitado para atender personas con VIH/sida, el excesivo número de pacientes, que debe atender un médico, la falta de espacios adecuados, etcétera. Si a estos se agrega el desconocimiento de los medios de transmisión, además de los prejuicios con respecto a esta infección, encontramos un servicio clínico que se caracteriza por actos y procedimientos inadecuados, que en vez de beneficiar al paciente, lo perjudican (iatrogenia).

En estas circunstancias, resulta inaplazable mejorar este tipo de atención. Para ello se requiere considerar que en la atención de la persona con VIH/sida deben participar tanto el médico, como el enfermo y su familia (pareja, amigo, hermanos, padres, etcétera), si falta alguna de las partes consideraríamos también que está siendo incompleta la atención.

En cuanto al equipo de salud, este se compone del personal de la recepción, del laboratorio, de enfermería, del trabajo social y de los médicos, psicólogos y personal administrativo, es decir, todo el personal que labora en el lugar de atención.

El médico debe saber escuchar el síntoma, integrar un diagnóstico, proponer un tratamiento que deberá explicar a la persona enferma y a su acompañante. También deberá referir al enfermo a otros servicios que se requieran como son el laboratorio, o la interconsulta con especialistas y con el servicio de trabajo social, el cual es de esencial importancia en estos aspectos.

Es muy frecuente escuchar la queja, tanto de pacientes como del personal de salud, de que la consulta clínica no se lleva a cabo de la manera adecuada. En el caso del personal de salud, es bien conocido que no ejerce su derecho a solicitar y a que se le proporcione capacitación para la atención de las personas con VIH/sida. Esta infección tiene características especiales que requieren el manejo cuidadoso por parte de todo el equipo de salud.

El derecho a la atención integral y multidisciplinaria de las personas con VIH/sida comprende diferentes aspectos que van desde la consulta médica hasta la orientación adecuada por parte del personal de salud

La persona con VIH/sida tiene los mismos derechos que aquellos que no están infectados: "Sus derechos son tus derechos".

En el aspecto de atención médica los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida son: 1) La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia no debe sufrir discriminación de ningún tipo. 2) No está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos al VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado sida. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos al VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción. 3) En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento o segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado sida. 4) Si vive con VIH o ha desarrollado sida, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y tratamientos a los que puede someterse. 5) Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y el tiempo de vida. 6) Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico debe manejarse en forma confidencial.

"Sus derechos son tus derechos"

Como todos los habitantes de este país, el paciente con VIH/sida tiene derecho a la protección de su salud, para lo cual, las instituciones de salud, deben respetar su derecho a la vida, a la salud, a la información, a la verdad, a la confidencialidad, a la libertad, a la intimidad, a un trato digno y a la atención médica.

Si alguno de estos derechos no se respetan, si la vida de su familiar está en peligro, si alguien viola este percepto, pídale que se identifique. Si está en un área de urgencias, pida hablar con el Jefe del Servicio. Si la persona no está recibiendo la atención adecuada, o siente que se ofende su dignidad, pida asesoramiento a la Coordinación de Orientación Social y Derechos Humanos de Conasida.

Para corregir estos problemas, puede presentar su queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, o bien ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos que le corresponda.

Existen diferentes formas de evitar el maltrato y la negación a la atención médica. Es hacer valer nuestros derechos para mejorar nuestra calidad de vida ●

PARA SERVIRLE A USTED

Comisiones de Derechos Humanos
En esta ocasión ofrecemos un directorio actualizado de las Comisiones de Derechos Humanos que existen en el país. Para mayor información comunicarse a ***Telsida: 207-4077****. Los datos aquí registrados fueron proporcionados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Invitamos a nuestros lectores a verificarlos y actualizarlos.*

DISTRITO FEDERAL

Comisión Nacional de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Jorge Madrazo
Periférico Sur No.3469,
Col. San Jerónimo Lídice
10200, México, D.F.
Tels.: 681-8125 · 681-7301

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Pdte. Dr. Luis de la Barreda Solórzano
Av. Chapultepec No.49, Col. Centro
06040, México, D.F. Tel.: 229-5600

Aguascalientes
Procuraduría de Derechos Humanos y Protección Ciudadana
Pdte. Lic. José silva Badillo
Edif. Plaza Cristal P.B. Local 5,
Av. Adolfo Oriente 20250, Aguscalientes, Ags. Tel./Fax: (49)17-3459

Baja California
Procuraduría de Derechos Humanos y Protección Ciudadana
Pdte. Lic. Antonio García Sánchez
Blvd. Agua Caliente No.10440, Edif. Barranquita, Zona Centro
22400, Tijuana, B.C.
Tel.: (66)81-7440 / Fax: (66)81-7441

Baja California Sur
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic Roberto Fort Amador
Nicolás Bravo No.805, Col. Centro
23000, La Paz, B.C.S.
Tel.: (112)3-1404 / Fax: (112)2-7522

Campeche
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Carlos Felipe Ortega Rubio
Calle 8 No.209, Col. Centro
24000, Campeche, Camp.
Tel.: (981)1-4571 / Fax: (981)1-4563

Coahuila
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Javier Villarreal Lozano
Aguascalientes No.113-503, 5to. piso,
Col. República 25280, Saltillo, Coah.
Tels.: (84)16-2110 · 16-2050
Fax: (84)16-6191

Colima
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Angel Reyes Navarro
díaz Mirón No.571, Centro
28000, Colima. Col.
Tels.: (331)4-7186 · 4-7795 · 4-9084
Fax: (331)2-2994

Chiapas
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Profr. Baldomero Olivas Miranda
Av. Juárez No.1108-501, Edif. Russek,
Col. Centro 31000, Chihuahua, Chih.
Tels.: (14)10-6099 · 10-0833
Fax: (14)10-9849

Durango
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Jesús Mena Saucedo
Bruno Martínez No.320 Nte., Centro
34000, Durango, Dgo. Tel./Fax: (181)3-7481

Guanajuato
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Rafael Hernéndez Ortiz
Donizetti y Mariano Escobedo,
Col. León Moderna 5748, León, Gto.
Tels.: (47)70-0845 · 70-4001 · 70-0842

Guerrero
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Juan Alarcón Hernández
Cedros esq. Alamos, Col. Olinalá 39020,
Chilpancingo, Gro.Tels.: (747)1-0357 · 1-0369

Hidalgo
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Mario Pfeiffer Cruz
Av. Juárez esq. Iglesias s/n, Centro
42000, Pachuca, Hgo.
Tels.: (771)8-7144 · 8-1696 / Fax: 8-1719

Jalisco
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Carlos Hidalgo Riestra
Obsidiana No.2861, Col. Residencial Victoria
44560, Guadalajara, Jal. Tels.: (3)634-2021
634-0793 · 634-0454 / Fax: (3)634-2014

México
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Dra. Mirelle Roccatti Velázquez
Instituto Literario No.510 esq. Villada
50000, Toluca, Méx. Tels.: (72)13-0883
13-0828 / Fax: (72)14-0880

Michoacán
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. josé Rigoberto Díaz Zavala
Calle 15 de octubre No.74, Col. Lomas
Hidalgo 58240, Morelia, Mich.
Tels.: (43)15-7535 · 15-7392 · 15-7428
Fax: (43)15-7371

Morelos
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Carlos Celis Salazar
Gutemberg No.102, Centro
62000, Cuernavaca, Mor. Tel.: (73)12-6675

Nayarit
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Amado López Romero
Av. Allende Ote. No.110-302, 2o. piso,
Centro 63000, Tepic, Nay.
Tels.: (321)2-5766 · 2-7875
Fax: (321)2-7871

Nuevo León
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Lorenzo D'Anda y D'Anda
Morones Prieto No.2110 Pte. local 2,
Col. Loma Larga
64710, Monterrey, N.L.
Tels.: (83)63-3321 · 63-3028
Fax: (83)63-3750

Oaxaca
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. José Luis Acevedo Gómez
Eucaliptos No.422 esq. Jazmines,
Col. Reforma 68050, Oaxaca, Oax.
Tels.: (951)3-5191 · 3-5185 · 3-5197
Fax: (951)5-2252

Puebla
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. León Dumit Espinal
Av. 15 de mayo No.2929-A,
Fracc. Las Hadas 72070, Puebla, Pue.
Tels.: (22)48-5451 · 48-5319
Fax: (22)48-5022

Querétaro
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Adolfo Ortega Zarazua
Av. Carrizal No.11, Col Carrizal
76080, Querétaro, Qro.
Tels.: (42)16-5756 · 16-5531 · 16-5802
Fax: (42)16-5044

Quintana Roo
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Sr. Gastón Pérez Rosado
Av. Hidalgo No.73-A, Col. Centro
77000, Chetumal, Q. Roo
Tel./Fax: (983)2-1001

San Luis Potosí
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Luis López Palau
Benigno Arriaga No.525, Col. Centro
78230, San Luis Potosí, S.L.P.
Tels.: (48)11-5115 · 11-6063 · 11-1016
Fax: (48)11-4710

Sonora
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. José Antonio García Ocampo
Periférico Pte. y Luis Encinas, Col. Choyal
83000, Hermosillo, Son.
Tels.: (62)16-3884 · 16-3032
Fax: (62)16-3257

Sinaloa
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Jaime Cinco Soto
Blvd. Gabriel Leyva No.62 Pte., Col. Centro
80200, Culiacán, Sin.
Tel./Fax: (67)16-0858

Tabasco
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Marcos Heberto Buendia Cadena
Av. 27 de febrero No.1823 Col. Atasta de Serra
86100, Villahermosa, Tab.
Tels.: (93)15-3545 · 15-3467

Tamaulipas
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Eduardo Garza Rivas
Calle 14 Zaragoza y Ocampo No.355 Sur
87000, Cd. Victoria, Tamps.
Tel.: (131)2-4612 / Fax: (131)2-4565

Tlaxcala
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Victoria Morales Cortés
Calle 7 No.201
Col. La Loma Xocoténcatl
09070, Tlaxcala, tlax.
Tel.: (246)2-1630

Veracruz
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Margarita Herrera Ortiz
Justino Sarmiento No.3,
Col. Aquacatal 91130, Xalapa, Ver.
Tels.: (28)14-0268 · 14-1253
Fax: (28)14-5486

Yucatán
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Rafael Cebada Sosa
Calle 61 No.444 entre 50 y 52
97000, Mérida, Yuc.
Tel.: (99)28-5615

Zacatecas
Comisión de Derechos Humanos
Pdte. Dr. Jaime Cervantes Durán
Blvd. López Mateos No.100 Nte., Centro
98000, Zacatecas, Zac.
Tel.: (492)2-7406
Fax: (492)2-7303

AGENDA

Talleres
6 de mayo
"VIII taller sobre cuidados en el hogar a personas que viven con sida"
De 11:00 a 15:00 hrs.
Bonanza No.20-2
Col. 20 de noviembre
AMAC
12 de mayo
"Vida erótica, cachonda y protegida ante el sida"
CECASH. Informes: 583-9914
31 de mayo
"El sida, una amenaza real para las mujeres"
CECASH. Informes: 583-9914

Pláticas
20 de mayo
"El virus del sida, aspectos generales y sexo seguro"
Auditorio de la Alianza Francesa.
11:00 hrs.
Sócrates N0.156 P.B., Polanco
Aminasida, A.C.

Exposición
Del 3 al 25 de mayo
Exposición fotográfica
"¿...y a tí como te látex?"
Imágenes de lucha contra el sida
Auditorio "Emiliano Zapata"
Universidad Autónoma Chapingo
Taller de Documentación Visual
24 de mayo
Contra la intolerancia, nuestra presencia
19:30 hrs. Museo del Chopo
Círculo Cultural Gay

Conferencia
Del 24 al 27 de mayo
2o. Congreso Internacional sobre Cuidado Domiciliario de Personas con VIH/sida
Informes: Montreal HIV'95 Congress Bureau
759 Victoria Square, Suite 710
Montreal, Québec, Canadá
H2Y 2J7
Tel.: (514)286-0855
Fax: (514)286-6066

Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos/Conasida

PERFIL

El Consejo Nacional para el Control y Prevención del Sida (Conasida), como área normativa de la política social de salud en lo que se refiere a VIH/sida, constituyó en 1992 un área para conocer y coordinar la atención de la problemática social y de derechos humanos que se presenta conexa al padecimiento físico.

La creación de esta área tuvo su origen en la demanda social que comenzó a presionar a la institutción, a través de denuncias y quejas contra instituciones del sector público y empresas del sector privado, en las que de diversas formas se discrimina a las personas con VIH/sida. esta demanda señaló el rumbo de acción institucional, ya que ninguna otra institución u organización atendía estos problemas de manera integral, y si acaso, daban algunas respuestas puntuales, que no respondían a ninguna política social estructurada. Entre las demandas sobresalían la negación de atención por parte de las instituciones; maltrato y discriminación en instituciones y lugares de trabajo; violación del secreto profesional en cuanto a confidencialidad y anonimato se refiere; imposición de la prueba de detección de anticuerpos al VIH como requisito para trabajos, viajes, trámites, escuelas y matrimonio, entre otras; asesoría legal y admninistrativa para casos de despido, desalojo de vivienda, adopciones, tutela, e incapacidades, licencias y pensiones; abandono de pacientes por parte de los familiares; niños huérfanos y albergues para niños con VIH/sida; y apoyo en problemas con funerarias y actas de defunción.

Esta problemática se ha venido intensificando a medida que se acentúan las tendencias a la heterosexualización, pauperización y ruralización del sida en México, mismas que amplían el impacto sobre sectores más vulnerables y de escasos recursos socioeconómicos, tales como población abierta (no derechohabientes) y grupos específicos (mujeres, niños, campesinos, migrantes homosexuales, internos en reclusorios y pacientes psiquiátricos).

El rechazo y la discriminación agravan esta situación lo que se refleja en las demandas no sólo de la población abierta, sino también de la que cuenta con seguridad social, ya que se le ha negado la atención, estudios de laboratorio y medicamentos, o bien ha sido maltratada. Esta población representa más del 50 por ciento del total de demandas recibidas en el Conasida.

Para hacer frente a esta situación se establecen dos estrategias básicas de acción: la prevención de la discriminación y de la vulnerabilidad; y la reducción del impacto social. Estas estrategias se desarrollan en las dimensiones normativa y operativa. La normativa busca implantar la concepción de abordaje integral de la problemática de salud, sida-derechos humanos, conjuntamente con la situación de desventaja socioeconómica.

La operativa, se considera como responsabilidad transitoria, y en su primera etapa, se aplica a la implantación y validación de un modelo de atención, para posteriormente descentralizar estas funciones, constituyéndose así en una instancia de concertación, asesoría, coordinación y supervisión. La dimensión operativa ha sido fundamental en los años de 1992 a 1994.

Las principales funciones del área son planeación y coordinación con las instituciones del sector salud que atienden a personas con VIH/sida; enlace interinstitucional y comunitario, relaciona a instituciones públicas con ONG para coordinar acciones; promoción, supervisión y normatividad de los lineamientos internacionales relacionados con el tema; asesoría, apoyo y gestoría en derechos humanos; asistencia y servicios sociales directos y/o canalización de los casos; información, capacitación y educación en derechos humanos y sida; e investigación y acción de la problemática social para contribuir al diseño de programas integrales. Si usted desea coordinarse y asesorarse, o solicitar gestoría en derechos humanos y sida, capacitación e información, y/o colaborar, acuda a Conasida: Comercio y Administración No.35, Col. Copilco Universidad, C.P. 04360, México, D.F. Tel.: 554-9333 y 554-4996 ●

ASOCIACION MEXICANA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN VIH/SIDA I.A.P.
AMSAVIH IAP
TU PUEDES MODIFICAR
LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR VIH
DESDE EL MOMENTO DE CONOCER EL RESULTADO POSITIVO AL VIH
Asistencia Privada
Te ofrecemos nuestros servicios:
* CONSULTA MEDICA
* ATENCION DENTAL
* CONSULTA PSICOLOGICA
* ACCESO A EXAMENES DE LABORATORIO
* SERVICIO DE ENFERMERIA
APLICACION DE SUEROS Y PENTAMIDINA
* BANCO DE MEDICAMENTOS (AZT, DDC, DDI)
* ORIENTACION NUTRICIONAL
Te esperamos en:
Av. Cuauhtémoc 91 despacho 3,
Col. Roma, C.P. 06700 México D.F
Tels.: 525 74 17
Horario: De lunes a viernes de 10:00 a 20:00 Hrs.

PIZARRON DE CLASIFICADOS

1. ¿Tienes problemas con las Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE, por medicamentos o maltrato del personal que ahí labora? Te invito a que te pongas en comunicación conmigo, para que unidos podamos defender nuestros derechos. Juan Jorge Tel.: 654-5028.

2. Si tienes medicamentos para tratamientos de VIH/sida o en general, puedes donarlos a quienes sí lo utilicen y no tengan recursos económicos. Llama al teléfono: 525-7417

ESTETICA SANTORELLI, Hair Tech
Hamburgo No. 266, Col. Juárez.
Tel.: 525-6304

¿NATURISTA? ¿SEROPOSITIVO?
Ginseng, Polen, Vitaminas, Levadura, Jalea Real y más. A domicilio
Tel.: 583-9914

INDRE/SSA
Efectúa recuento de linfocitos CD_4/CD_8 a personas con VIH. Costo cien nuevos pesos (aún si no tienes recursos acude).
Inf. tels.: 341-4880 y
341-4700 ext. 48.
Dr. Francisco Alvarado.

Cartilla de Derechos Humanos de las personas con VIH/sida

Derechos fundamentales:
1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No estás obligado a someterte 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.
3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o por haber desarrollado el sida.
4. No podrá restringirse tu 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 del VIH.
6. Vivir con VIH o sida 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 VIH o has desarrollado sida, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
8. No se te 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 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 protegerte.
11. Si vives con VIH o has desarrollado sida, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedas 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 servicios funerarios dignos.

Elaborada por: la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Conasida, Mexicanos Contra el Sida, A. C., Grupo de Intervención Social en Sida y Defensa de Derechos Humanos, A.C. 1992.

telSIDA
CONASIDA 207 40 77
LUN. A VIE. DE 9:00 A 21:30 HRS. SAB. Y DOM. DE 10:00 A 16:00 HRS.

AnúnciesSe
en
LETRA S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA
Al teléfono: 535 30 74

LETRA S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA
Sale
el primer jueves
de cada mes
en el diario
El Nacional

El marinol útil para evitar anorexia en VIH positivos

Un estudio piloto en 139 pacientes de 18 centros de tratamiento de los EU muestra que el dronabinol (marinol), resulta efectivo para tratar la anorexia que se produce en las personas con VIH/sida y que se asocia con pérdida de peso y desgaste. Esta droga es un derivado de la marihuana e inicialmente se estudió en Australia.

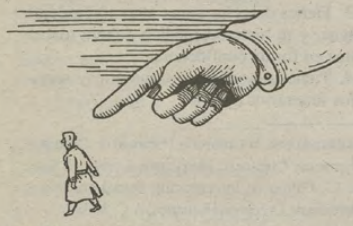
Viñetas de Coes

El ABT-538 más efectivo que el AZT

Un medicamento experimental abre nuevas esperanzas. En pruebas realizadas ha demostrado que es 10 veces más efectivo para detener la replicación viral que los antiretrovirales de uso actual. Los investigadores de la compañía Abbot, refirieron que además de mejoría clínica los pacientes tratados durante tres meses con ABT-538, incrementaron en 100 o más CD_4 por mm^3.

Crece el número de enfermedades venéreas

Sin tomar en cuenta el sida, en nuestro país se registran anualmente más de 200 mil casos de enfermedades de transmisión sexual, informó el 3 de abril José Rodríguez Domínguez, director general de medicina preventiva de la Secretaría de Salud. Los estados con mayores problemas son Morelos, Baja California, Baja California Sur, Zacatecas, Tlaxcala y Tabasco. Del total de casos registrados, 41 por ciento se produjo entre los 25 y 44 años de edad; 34 por ciento entre 15 y 24 años, y el porcentaje restante en mayores de 60 años. Las mujeres son las más afectadas. La sífilis y la gonorrea, que son las más graves, también pueden evitarse con el uso del condón.



En Zamora, mayor número de casos en heterosexuales

De 1985 a la fecha se han registrado en 13 municipios de Michoacán 120 casos de personas infectadas con el VIH, de acuerdo con información de Luis Jaime Barnés, jefe de la jurisdicción sanitaria número 2, con cabecera en Zamora. En lo que también constituye un mentís a la existencia de "grupos de alto riesgo", el médico agregó que en cuanto a la ocupación de los portadores del VIH, 21 son amas de casa y "sólo dos meretrices"; 25 trabajadores agrícolas y tres albañiles. También hay varios profesionistas, un lactante y cinco estudiantes de secundaria. La edad de todos ellos oscila entre los 15 y los 45 años. Asimismo, 22 son bisexuales, 79 heterosexuales, 15 homosexuales y de 4 se desconoce su orientación sexual.

NotieSe

Garci

VIII CAMINATA NOCTURNA

Como en años anteriores, se convoca al público en general a que participe en la VIII Caminata Nocturna Silenciosa, que partirá el próximo 26 de mayo a las 19: 00 horas del Angel de la Independencia. La primera caminata que se realizó en el mundo tuvo lugar en San Francisco, en 1983, convocada por personas con VIH positivas. En México, se lleva a cabo desde 1987, y han sido diferentes organizaciones no gubernamentales las encargadas de su realización. Esta vez, la coordinación estará a cargo de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida. Su objetivo es recordar a las personas fallecidas por sida, promover la solidaridad hacia las personas que viven con VIH o sida, hacer un llamado al gobierno para que asuma su responsabilidad en esta crisis de salud y protestar públicamente por la violación cotidiana de los derechos humanos relacionados con el VIH/sida. A partir de las 12 horas, habrá en El Angel un tianguis informativo.

a la letra

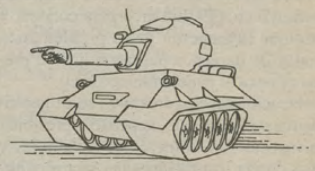
Sr. Alejandro Brito:

La Fundación Mexicana para la Lucha Contra el Sida es un organismo no gubernamental que da servicio a personas que viven con VIH/sida en cuestiones básicas de salud: apoyo emocional, médico y odontológico. Hasta ahora hemos sostenido nuestro trabajo gracias a la participación voluntaria de la mayoría del personal y a los donativos de los usuarios que utilizan los servicios que ofrecemos. Desafortunadamente, como consecuencia de la grave crisis por la que atraviesa el país, en los últimos meses esos donativos han disminuido drásticamente, pues la mayoría de las personas que asisten a la Fundación son de escasos recursos. Ante esta situación, hemos visto limitados nuestros ingresos al grado de no tener lo suficiente para liquidar los servicios básicos como son teléfono, luz, agua, etcétera.

Por lo anterior, solicitamos la solidaridad de la sociedad civil para que haga llegar su donativo ya sea en efectivo, a la cuenta de cheques del banco INVERLAT 485286-9, o en especie, a nuestra dirección: Calle 19 No.75, Col. San Pedro de los Pinos, Deleg. Benito Juárez, México, D.F., C.P. 03800, de tal manera que podamos seguir ofreciendo nuestros servicios.

J. Mauricio Ramos M. *Presidente*

Favor de dirigir toda correspondencia al Apartado Postal 12-839, México, D.F. 03020. A nombre de Arturo Díaz Betancourt.



Contra el sida en bicicleta

A favor de la lucha contra el sida y con el propósito de informar a la población acerca de este mal y sus diversas implicaciones, así como para recabar fondos para proyectos de desarrollo comunitario, la Brigada Universitaria de Servicios Comunitarios para la Autogestión (BUSCA) iniciará el próximo 6 de julio un recorrido en bicicleta por once estados del país. Los participantes recorrerán diariamente 100 km, en promedio, y en cada poblado que visiten realizarán actividades educativas y de información. La caravana partirá de Matamoros, Tamps., y llegará a la ciudad de México el 2 de agosto. BUSCA invita a quienes tengan entre 17 y 30 años, sin importar nacionalidad ni si son ciclistas profesionales o no, a sumarse a este esfuerzo. Informes en el teléfono 666-4771, del D.F.

El VIH tipo "C" en Latinoamérica

Especialistas de la Organización Mundial de la Salud, anunciaron que detectaron en América Latina al VIH tipo "C", que es el causante de la epidemia del sida en Africa. Los estudios revelaron que este tipo de virus circula al sur de Brasil, Honduras, El Salvador y Guatemala. Este virus se ha asociado a transmisión heterosexual por lo que según las autoridades se puede enfrentar una explosión de la epidemia.

Protesta contra compañía de seguros

Unos 30 militantes de la organización Act-Up, una de las más activas en Francia en la lucha contra el sida, se encadenaron el 20 de abril en la sede de la firma de seguros UAP, con el propósito de denunciar la discriminación de que son objetos los seropositivos, cuyos protagonistas explican que "para los seguros, los seropositivos ya están muertos". Según Act-Up, la compañía elegida para manifestar su protesta es la "número uno de la exclusión" y rechaza sistemáticamente desde hace años cualquier tipo de contrato a los ciudadanos que contrajeron el VIH. Los militantes que ocupan la sede de UAP exigen que las compañías de seguros francesas no sigan pasando por encima de la ley Evin anti-discriminación, y que se respete de manera absoluta en Francia el secreto médico, de acuerdo con un cable de la agencia EFE.