El Nacional

NUMERO 16 • FEBRERO DE 1996

LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Juan Davila

Reclusorios y Sida

El derecho a la salud en instituciones cerradas

Confinamiento, abuso de poder, calidad de vida y seropositividad

Jorge Madrazo Cuéllar • María Alma Pacheco • Cine y VIH

INDICE

4
Normas para contener a un virus
Patricia Uribe

5
Desde prisión contra el sida
Arturo Díaz

6
La relación entre la salud pública y los derechos humanos
Jorge Madrazo Cuéllar

7
Cita en el Dormitorio 8
Lilia Rubio

Viñeta de Keith Haring

8
Seropositivos en cautiverio... al final del pasillo
Lilia Rubio

10
Metáforas del encierro
Carlos Bonfil

11
Hablando con la juventud acerca del VIH y el sida
Sexualidad

12
Esquemas de tratamiento contra el VIH
Sandra Treviño

13
Nutrición y VIH
Calidad de vida

EL MAL ENTENDIDO

EN LAS CAMPAÑAS

¿Para qué sirve el silencio?

ARTURO VAZQUEZ BARRON

Hablemos, una vez más, de las campañas de prevención del sida. En estos años de lucha, una certeza ha terminado por imponerse en el ánimo de todos los que, de una u otra manera, se han involucrado en el desarrollo de estrategias preventivas: las campañas han llegado a su límite de eficacia, no han tenido los resultados requeridos, y al haber fracasado en su principal misión —detener el descontrol de la epidemia—, nos encontramos en un punto crítico. Por ello, si la situación no se modifica de inmediato y la actual tendencia expansiva sigue su curso, más pronto de lo que muchos imaginan estaremos frente a un problema de salud pública de dimensiones tales que ni siquiera un gobierno responsable podría resolver.

En términos generales, es posible afirmar que en este país no ha existido una política gubernamental consistente en lo que a campañas de prevención del sida se refiere. Si nos atenemos a la evaluación "Las campañas contra el sida en México: ¿Los sonidos del silencio o Puente sobre aguas turbulentas?", publicada por tres de los principales miembros ejecutivos del Conasida (Blanca Rico, Mario Bronfman y Carlos del Río) en la revista **Salud Pública de México** (Nov.-Dic. de 1995, Vol. 37, No.6), el panorama que se despliega sobre las políticas preventivas no es alentador.

El recuento que ahí se hace comprende las campañas realizadas por el Conasida a lo largo de siete años, desde la primera en noviembre de 1987 (ojo: *cuatro* años después del primer caso diagnosticado en México), hasta la conclusión del llamado "Plan de medios 1992-1994". Según se nos dice en la introducción, "para finales de 1994, se habían reportado más de 20 mil casos y la mayoría de ellos seguían ocurriendo entre hombres que tenían sexo con otros hombres, ya fueran éstos homosexuales o bisexuales. A pesar de que la epidemia ha ido creciendo entre las mujeres y los hombres heterosexuales, y que la mayoría de la población lo sabe, aun no se ha ganado la batalla contra la estigmatización: el sida sigue siendo visto como algo propio de los homosexuales y de otros individuos sexualmente promiscuos o socialmente indeseables".

Hay, en este breve párrafo, dos consideraciones importantes que me parece necesario subrayar. La primera es el reconocimiento explícito de que las campañas no han funcionado como el dique que deberían haber sido. Las razones aludidas son varias, y entre las principales podríamos considerar las "limitaciones presupuestarias" para evaluar el impacto de las campañas en la población y para corregir los errores y las carencias de las mismas. Al respecto, resulta evidente que la epidemia no ha sido una prioridad para los altos mandos del gobierno. Se sigue pensando que el problema no va a alcanzarnos nunca, en vista de sus efectos a largo plazo. Gravísimo error que tendrá consecuencias nefastas para todos. La segunda consideración es más específica, y se refiere a que la batalla en contra de la estigmatización de homosexuales se está perdiendo. Sobre este segundo punto, que resulta fundamental en cualquier estrategia de lucha contra el sida, hay mucho qué decir.

John Cole

No hay campañas de prevención dirigidas a la población homosexual, la más afectada por la epidemia del sida.

Es a la comunidad homosexual, como bien se sabe, a quien la epidemia ha cobrado las facturas mayores. No solo en cuanto al número de víctimas, sino también en cuanto a los perjuicios sociales que le ha provocado por ese mal de todos que se llama homofobia.

Este miedo irracional a la homosexualidad y a todo lo que tenga que ver —directa o indirectamente— con ella, ha generado complejos fenómenos de apreciación y de comportamiento, y en lo que respecta al sida, esto se ha reflejado sobre todo en la ausencia casi total de campañas preventivas específicas para la comunidad gay. No es un secreto que en muchas partes del mundo, es esta comunidad la que ha dado siempre las pautas en lo que se refiere a políticas preventivas. Y esto ha conducido, al parecer, a una cómoda e injustificable apreciación: los gays no requieren campañas preventivas. Como veremos más adelante, no hay en esta idea más que un trasfondo de homofobia.

Por otra parte, las pocas campañas que desde el Conasida se concibieron como más directas, fueron literalmente saboteadas por todos los grupos sociales que no toleran la realidad. Si bien es sabido que la población pide información sobre los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas adecuadas, poco o nada se ha hecho para enfrentar la embestida de la derecha: cuando en abril de 1988 se intentó colocar en los medios masivos un *spot* de Lucía Méndez con mensajes *sencillos y claros* ("Preservativo o condón: el nombre es lo de menos, lo que importa es que puede salvar vidas"; "El sida no es un problema moral, es un problema de salud pública"), nos dicen los autores que "la reacción conservadora no se hizo esperar. El Secretario de Salud fue acusado de 'iniciar la revolución sexual en México' y de 'inducir la promiscuidad' (...) La televisión privada se negó a difundir la campaña y ésta fue interrumpida definitivamente". Según su costumbre, la derecha tomó este mensaje claro y objetivo, para nada ofensivo, como una agresión, y las consecuencias fueron graves: "Después de este frustrado intento se eligió un camino caracterizado por mensajes más conciliatorios". Mensajes que, por lo demás, no llevaron a ninguna parte, como se reconoce más adelante en el mismo documento. La pregunta obligada: ¿qué se hizo desde el gobierno para defender esta iniciativa del Conasida?

Ahora bien, no todo hay que cargárselo a estos grupos de intolerantes, ni a la falta de decisión gubernamental para enfrentarlos. Hay en la ausencia de campañas para hombres homosexuales una parte de responsabilidad que se puede achacar directamente a la interpretación que las autoridades de salud pública han hecho de los registros epidemiológicos relativos al VIH/sida. José Antonio Izazola (*et. al.*), en un interesante artículo publicado en el mismo número de **Salud Pública de México** mencionado arriba ("Transmisión Homosexual del VIH/sida en México", pp. 602-614), advierte que "la epidemia homosexual del VIH/sida continúa aumentando en forma sostenida; la disminución porcentual en la categoría homosexual debe considerarse artificial. Los hombres que informan prácticas homosexuales tienen las prevalencias más altas de infección. (...) A pesar de que se demostró la protección que brinda el uso sistemático del condón, resulta preocupante su baja prevalencia de uso (5 por ciento "todas las veces")". Y concluye, en términos todavía más contundentes: "Es técnicamente incorrecto y éticamente inaceptable afirmar que la epidemia homosexual del VIH/sida está disminuyendo. Este argumento podría usarse para justificar la disminución de actividades preventivas en población homosexual, ocultando actitudes homofóbicas subyacentes."

El de las campañas preventivas es uno de los problemas prioritarios en la lucha contra el sida. Así lo reconoció Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, el año pasado en el Día Mundial del Sida: "...necesitamos destinar más recursos a la lucha contra el sida, estamos verdaderamente comprometidos, por instrucciones del Presidente de la República, por tratar de canalizar mayores recursos a los programas preventivos y no seguir en la carrera de ir canalizando de manera fundamental recursos a la curación porque somos conscientes de que esa carrera la tenemos perdida" (**LETRA S**, diciembre de 1995).

Pequemos de optimistas, pensemos que todavía estamos a tiempo de evitar que la falta de campañas específicas para hombres homosexuales se vuelva un problema insoluble. Ha llegado el tiempo de la madurez y la responsabilidad: en esta carrera contra reloj, no caben ya las contemplaciones ni las tibiezas. El sida nos está llevando una cómoda delantera, y esta evidencia tendría que hacernos afinar la puntería para concebir y echar a andar campañas que, ahora sí, tengan resultados tangibles. Porque como hemos visto, los sonidos del silencio no van a servirnos de nada. ●

El sida en instituciones cerradas

MARIA ALMA PACHECO PEÑA

Sin duda, uno de los escenarios en que la defensa de los derechos humanos requiere mayor dedicación es el penitenciario; las razones son múltiples, pero lo cierto es que la cárcel es un espacio privilegiado para el abuso de poder, dadas las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran los internos; por otra parte, se piensa que un interno ha dañado a la sociedad y por ello debe ser castigado. En tal sentido, con frecuencia se olvida que la sentencia que impone el juez se refiere generalmente a la privación de la libertad; por ello, debe quedar claro que se persigue afectar sólo la libertad de deambular libremente en sociedad y no otros derechos compatibles con la reclusión, como son los civiles, económicos, sociales y culturales.

Las instituciones penitenciarias mexicanas deben estar preparadas para otorgar servicios especiales a internos que por determinadas circunstancias los requieran. Estos servicios por supuesto también se refieren a la administración de cuidados y tratamientos especiales a quienes están infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o que presentan el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida). Estos grupos de internos requieren de un trato especial por parte de las autoridades que de ninguna manera debe significar discriminación o cualquier situación que agrave su condición o limite la atención que merecen.

El derecho a la salud

Podemos afirmar que todos los derechos que por su naturaleza social el Estado está obligado a proporcionar sólo en la medida de sus posibilidades (derechos progresivos), como el derecho a la salud, se vuelven responsabilidad directa del Estado cuando la persona está en reclusión.

El sistema penitenciario mexicano está conformado por alrededor de 440 centros de reclusión que albergan entre uno y tres mil internos cada uno y que dependen normativa, administrativa y financieramente de los tres niveles de gobierno, es decir, federal, estatal y municipal, lo que dificulta la prestación de los servicios de salud. En el aspecto normativo, por ejemplo, únicamente en las instituciones con mayor número de población se establece la obligación de proporcionar atención médica, en el resto todavía hay una laguna. También en lo administrativo existe una indefinición: en la mayoría de los casos, esta atención depende casi exclusivamente de la decisión del titular. Además, en relación con los recursos financieros, el ámbito penitenciario casi siempre queda en el olvido porque no se considera como un gasto prioritario.

Como se desprende de lo anterior, el panorama para las personas con VIH/sida que se encuentran privadas de la libertad no resulta alentador; desafortunadamente, hasta este momento y en lo general, ni las autoridades responsables de los centros penitenciarios ni las de salud han desarrollado un programa de atención de esta enfermedad dentro de las instituciones penitenciarias. Sólo en Oaxaca se da la excepción. Allí el Consejo Estatal para la Prevención del Sida (Coesida) y las autoridades penitenciarias han impartido capacitación a internos de todos los centros de reclusión del estado. Es la única entidad en la que los internos han conformado un Consejo Penitenciario para la Prevención del Sida (Coppresida), cuyos objetivos son: difundir de manera permanente, por medio de pláticas, reuniones, conferencias, mesas redondas, ciclos de películas, etcétera, toda la información que se pueda recabar en torno al sida, para lograr su prevención entre los internos, amigos y familiares.

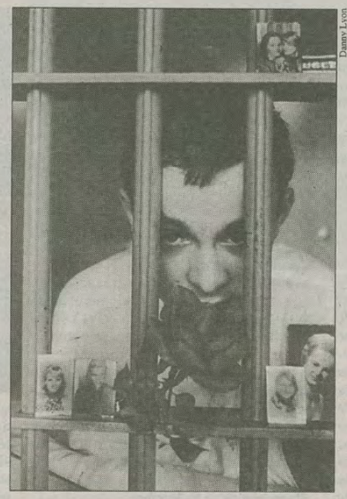
La CNDH ha atendido quejas de pacientes con VIH/sida en las instituciones tanto en el Distrito Federal como en algunas entidades de la República. Las violaciones que con mayor frecuencia se cometen en contra de los internos pacientes son: la divulgación del nombre y el padecimiento en los medios de comunicación masiva; el aislamiento; no proporcionarles atención médica especializada ni tratamiento sicológico y social; no otorgar la libertad cuando el enfermo se encuentra en etapa terminal del padecimiento, así como no autorizar la visita íntima.

En este sentido, el 26 de octubre pasado, la CNDH dirigió al gobernador del estado de Chihuahua, Francisco Barrios Terrazas, la Recomendación 127/95 sobre el caso de los internos seropositivos por virus de la inmunodeficiencia humana de la Penitenciaría de Chihuahua.

De igual manera, la CNDH ha publicado diversos documentos en los que se hace referencia a los reclusos con VIH/sida. En particular podemos hacer mención de la cartilla *Derechos humanos de quienes viven con VIH o con sida y se encuentran privados de su libertad*, que se distribuye entre la población penitenciaria del país; el *Manual de derechos humanos del interno en el sistema penitenciario*, en donde se incluyó el tema dentro del capítulo relativo a derechos humanos de grupos especiales, y que está dirigido tanto a internos como a las autoridades de los penales; finalmente, el documento Criterios para la clasificación de la población penitenciaria, que en el criterio que se refiere a la población que requiere cuidados especiales por razón de edad o de salud física o mental, se sugiere que, de común acuerdo con el interno y a fin de que reciba una atención diferenciada del resto de la población, se le ubique en un espacio predeterminado.

Necesidad de un programa contra el sida en las prisiones

La elaboración de un programa para la prevención y control del sida en las prisiones, debe tomar en cuenta lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana**, así como las recomendaciones internacionales, en particular las contenidas en la *Declaración de la Remisión Consultiva sobre el sida en las cárceles*, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, en noviembre de 1987. Con base en esos documentos, se sugieren las siguientes acciones:


Danny Lyon

—Actuar con apego a los criterios contenidos en la Norma citada en relación con la detección del VIH, el consentimiento informado y la confidencialidad.

—Difundir de manera amplia y pormenorizada la información necesaria para disminuir el riesgo de transmisiones del VIH en reclusorios, orientada a servidores públicos, internos y sus familiares.

—Formar entre los internos, promotores para la prevención del sida

—Mantener campañas permanentes de prevención, acordes con el nivel sociocultural, el lenguaje, la capacidad de comprensión y los problemas específicos de la realidad penitenciaria, mediante actividades culturales y recreativas.

—Realizar investigaciones que permitan identificar los factores de riesgo predominantes, para retroalimentar el diseño de campañas adecuadas a cada realidad.

—Efectuar campañas de prevención y educación sexual dirigidas a las personas que acuden a la visita conyugal.

—Elaborar criterios para otorgar el indulto compasivo, o la liberación anticipada, por razones humanitarias, de acuerdo con el avace de la enfermedad.

No hay que olvidar que la cuestión del sida concierne a toda la sociedad; la ignorancia sobre este problema de salud puede conducir a conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con el VIH/sida. Desafortunadamente, todavía prevalece en diversos sectores de la sociedad la idea de que las personas infectadas con el VIH/sida sólo tienen derecho a morir, de preferencia solas y aisladas, lo que resulta inaceptable. La dignidad, el respeto, la tolerancia y la pluralidad de los seres humanos deberán preservarse en su totalidad como derechos esenciales del paciente. Hay que insistir en que sólo con la participación de la sociedad civil se podrá lograr el respeto a los derechos humanos de quienes, además de estar privados de su libertad, viven con VIH o con sida ●

Directora General de la Tercera Visitaduría General. CNDH.

Publicaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos

SIDA-VIH-Derechos Humanos. CNDH-Conasida, Gis-Sida, Mexicanos contra el Sida y el Fondo para la Salud Comunitaria, 15 pp.

Documentos básicos sobre la tortura. 157 pp.

Droga y derechos humanos. Marcos Kaplan, 37 pp.

La supervisión penitenciaria, hallazgos y frutos. Angélica Ortiz Dorantes, 25 pp.

Periodismo y derechos humanos. Foro: los medios de expresión y los derechos humanos. 90 pp.

Temas y tópicos de derechos humanos. Jorge Madrazo Cuéllar, 129 pp.

Informe sobre el problema de las expulsiones en las comunidades indígenas de los altos de Chiapas y los derechos humanos. 37 pp.

SIDA y derechos humanos. Jaime Sepúlveda, Mario Bronfman P. y Blanca Rico, 24 pp.

La responsabilidad profesional del médico y derechos humanos. 123 pp.

Los derechos humanos de los mexicanos. 66 pp.

Los Derechos Humanos de los discapacitados. 26 pp.

Principales derechos de la tercera edad. 16 pp.

Diez problemas de salud en México y los derechos humanos. CNDH-Academia Nacional de Medicina. Coord. Fernando Cano Valle, 144 pp.

Enfermos mentales e inimputables. 145 pp.

Los derechos humanos de la mujer. 52 pp.

Razas, racismo y el "cuento" de la violencia. Santiago Genovés, 32 pp.

Los derechos humanos del niño. Comp. Beatriz Tamés, 250 pp.

Textos de derechos humanos sobre la niñez. Dra. Andrea Bárcena. CNDH-Cemedin, 232 pp.

Informes sobre las violaciones a los derechos humanos de los trabajadores migratorios mexicanos en su tránsito hacia la frontera norte, al cruzarla y al internarse en la franja fronteriza sur norteamericana. 493 pp.

Las publicaciones pueden adquirirse en las principales librerías, en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Periférico Sur No. 3469, o en la biblioteca de la CNDH, Oklahoma No. 133, Col. Nápoles, México, D.F.

EDITORIAL

Investigadores, activistas, médicos, trabajadores sociales y epidemiólogos coinciden en señalar que la situación de vulnerabilidad social en la que viven algunos grupos de la sociedad los expone a un mayor riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Es el caso de la población interna en reclusorios. Perdida su ciudadanía por el delito que cometieron, los internos viven al interior de las prisiones sometidos a una rigurosa reglamentación que deben observar. Sin embargo, y por desgracia, muchas veces se confunde esta situación con la pérdida total de sus derechos. En varios centros penitenciarios del país, a los internos se les aplica, sin informarles, la prueba de detección de anticuerpos al VIH, se hacen públicos los resultados de quienes resultan seropositivos y se les aisla en condiciones nada favorables a su salud. Con ello, las autoridades de estas instituciones violan diversas normas y leyes que garantizan los derechos a la no obligatoriedad de la prueba referida, a la confidencialidad y a la atención médica de quienes han perdido su libertad y además viven con VIH.

Es preciso reiterar, como lo hace la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que el hecho de que a una persona se le suspenda el derecho a la libertad por alguna falta cometida contra la sociedad no implica que se le suspendan todos sus demás derechos ●

FEBRERO DE 1996
LETRA
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Directora General: ENRIQUETA CABRERA
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz Betancourt
Consejo Técnico: Dr. Manuel Palacios, Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Manuel Figueroa, Polo Gómez.
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, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Carlos Cano, Dr. Samuel Ponce, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia.

LETRA S, sida, cultura y vida cotidiana, es una publicación mensual, editada por **El Nacional**, S.A. de C.V. Ignacio Mariscal No.25, Col. Tabacalera, México 06030, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus, No. de Certificado de Licitud de Título (en trámite), No. de Certificado de Licitud de Contenido (en trámite), No. de Reserva al Título en Derechos de Autor (en trámite). Distribuido por la Unión de Voceadores. Impreso en los talleres de **El Nacional**, S.A. de C.V. Ignacio Mariscal No.25, Col. Tabacalera, México 06030, D.F.

Tel.: 535 30 32, 535 46 12 ext. 135
Fáx: 705 56 15 y 592 02 63

Normas para contener a un virus

PATRICIA URIBE

Danny Lyon

Hace un año, el 17 de enero de 1995, se aprobó la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana** (NOM-010-SSA-1993). Elaborada por la Secretaría de Salud (SS) —después de un proceso de consulta y discusiones con numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG)—, esta Norma fija los principios y criterios que regulan todas las actividades relacionadas con la atención y control de las infecciones por VIH. Sin embargo, y a pesar de su carácter obligatorio, el alcance de la NOM sobre sida, publicada en el **Diario Oficial de la Federación** ese día de enero, es aún muy reducido. Muchas instituciones públicas y privadas no saben de su existencia.

Con el fin de contribuir a su difusión, inciamos aquí una serie de comentarios y explicaciones que pueden servir de ayuda para facilitar su comprensión.

¿Para qué sirve la Norma Oficial sobre VIH/sida?

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

Asimismo se han establecido medidas de control del VIH en diversas instituciones, no acordes con las recomendaciones internacionales emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o que van en detrimento de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y de sus familiares o seres queridos.

Por ésto, era importante elaborar un marco normativo que regulara la adecuada prevención, control y atención de la infección por el VIH, estableciendo recomendaciones y lineamientos propuestos de manera fundamentada y por consenso entre las ONG, organizaciones gubernamentales y privadas que trabajan en alguna área de este problema de salud pública.

La Norma Oficial Mexicana sobre sida es un instrumento jurídico que reglamenta y da a conocer las medidas de prevención y control de la infección por el VIH. Todas estas medidas son de observancia obligatoria para todos los prestadores y en todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del país.

¿Por qué consultarla?

Los problemas relacionados con el VIH/sida son cada vez más comunes en nuestra sociedad, por ello es compromiso, tanto del prestador de servicios como del público en general, consultar las medidas que se establecen en la Norma, ya que esto permite conocer los derechos y las obligaciones que tiene toda persona ante la presencia de disposiciones relacionadas con el VIH/sida. Por ejemplo, la Norma indica que la prueba de detección de anticuerpos al VIH no puede ser solicitada como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica. Asimismo establece la obligatoriedad de la confidencialidad de la información o la manera de establecer el diagnóstico de una persona infectada o con sida.

Existen varios temas que están incluidos en la Norma: al médico clínico le puede proporcionar elementos para brindar una mejor atención a las personas infectadas, o conocer las precauciones que debe seguir para disminuir de manera importante los riegos de adquirir la infección por VIH de manera accidental. A una persona que vive con el virus que causa el sida le puede dar a conocer cómo debe de ser atendido, el derecho a la confidencialidad de la información, puede darle una herramienta para disminuir las posibilidades de despido injustificado o de negación de servicios por estar infectado, etcétera.

Para evitar que la Norma se convierta en letra muerta se requiere de la participación activa de los prestadores de servicios y del público en general, apoyando su aplicación, vigilancia y seguimiento.

¿Dónde consultarla?

La Norma fue publicada en el **Diario Oficial de la Federación**, el 17 de enero de 1995, y se puede consultar en las bibliotecas públicas que cuenten con servicio hemerográfico, en el Archivo General de la Nación, en la biblioteca del Conasida y en algunas organizaciones civiles que traban en actividades de prevención y control del sida. En el interior de la República se puede encontrar en los Servicios Coordinados de cada estado y en los Palacios Municipales o de Gobierno, donde deberá solicitarse el Diario Oficial de la Federación de la fecha referida.

¿Qué hacer en caso de que la Norma no se respete?

En caso de incumplimiento de las disposiciones establecidas en la Norma, puede recurrir a la instancia inmediata superior, a la Comisión Estatal de Derechos Humanos, al Departamento de Derechos Humanos de Conasida, a la línea local de información sobre sida de su estado, a las ONG que trabajan aspectos jurídicos, de derechos humanos o de lucha contra el sida, o bien pedir orientación a Telsida.

¿Qué podemos hacer ahora?

Consultemos ésta y otras Normas que también tienen que ver con la salud, la infección por el VIH, la educación o el trabajo, vayamos construyendo una cultura jurídica entre todos y utilicemos las Normas y las leyes para hacer cumplir las recomendaciones y las medidas ya establecidas.

En cuanto a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, les proponemos que juntos analicemos y reflexionemos sobre los principales aspectos que toca esta Norma en los siguientes números y que podrían ser, entre otros:

—Manejo de la información relacionada con la infección por VIH. Confidencialidad *vs.* calidad de la información.

—Acceso a los servicios de atención y educación.

—Reflexiones sobre las definiciones de infectado y casos de sida en niños, mujeres y hombres adultos.

—Aspectos relacionados con la atención de los pacientes.

—¿Qué pasa con los usos y abusos de la prueba de detección del VIH?

Y por último, te invitamos a opinar, a establecer una manera de comunicación a través de este espacio, propón temas a discusión o dudas sobre la Norma y nosotros trataremos de darles respuesta. Construyamos un buzón permanente para intercambiar información, dudas y comentarios sobre este tema. Favor de dirigir todo comentario a la dirección y los teléfonos que aparecen en esta página de este suplemento ●

Directora Técnica de Conasida.

Desde prisión contra el sida

ARTURO DIAZ

Coppresida

Entrega de condones al Comité de internos contra el sida en el penal de Santa María Ixcotel en Oaxaca.

Bajo el lema *¡Cuida a los tuyos...Cuídate del sida!*, los internos Alejandro Serrano, Luis López, Jesús Reyes, Genaro Guendulain, Juan Vázquez Barrón, Guillermo Gallardo y Misael Angeles, internos de la Penitenciaría Central Santa María Ixcotel en Oaxaca de Juárez, constituyeron el pasado 5 de diciembre el primer Consejo Penitenciario para la Prevención del Sida (Coppresida) del país, en el marco de la jornada mundial contra este mal. Su propósito fundamental es difundir información sobre el sida entre los internos, amigos y familiares, para lo cual se dotaron de un reglamento de operación, consensaron un programa de trabajo y crearon sus propios rotafolios y materiales educativos.

Misael, uno de los integrantes del grupo relata su experiencia: "Uno mismo va adquiriendo más conciencia de este mal. Informamos a la familia, los compañeros y, en un momento dado, también podemos orientar a los hijos. Pienso que ha sido benéfico. Nos ha dado la oportunidad de demostrar, aunque nos encontremos en un lugar cerrado, las ganas que tenemos de hacer algo por los demás." Y a la pregunta de lo que le ha aportado la experiencia de esta lucha desde esta situación de privación de su libertad, responde: "La posibilidad de transmitir el mensaje que hemos recibido para ayudar a las personas en cuanto a su conocimiento, aunque mínimo pero si esencial, sobre la prevención del sida."

La formación de este modelo de prevención del sida para personas que se encuentran en situación especial es único en el país, explica Magdalena Pasos Ortiz, secretaria ejecutiva del Consejo Estatal para la Prevención del Sida (Coesida) de Oaxaca, y es resultado del convenido signado, desde agosto de 1994, por la Secretaría de Salud estatal.

Señaló, además, que "desde entonces el Coesida se dio a la tarea de capacitar al personal administrativo, médico y paramédico en todos los penales de Oaxaca, a fin de que ellos establecieran programas de prevención y atención al interior de cada centro, para lo cual se logró el beneplácito y apoyo de la mesa directiva de internos del recinto, del director del mismo y del director general de prevención y readaptación social. Sin ello no hubiéramos podido tener hoy el Coppresida integrado por los propios internos. Fue una iniciativa de ellos mismos."

Por su parte Alejandro Serrano, otro de los integrantes de este nuevo Consejo penal, señaló que la capacitación que recibieron los motivó para llevar a cabo este trabajo, "...nos hizo comprender la gravedad de esta enfermedad. Nos enteramos de las cifras escalofriantes del avance del sida en nuestro estado. Ahora sabemos que el primer lugar lo ocupan los trabajadores agropecuarios, que somos la mayoría de nosotros y nuestras familias. Si aquí dentro tenemos la oportunidad de ver a los niños jugar con tranquilidad, a las mujeres compartir calladamente, pero con esperanza, los tiempos de infortunio de sus esposos o compañeros; si vemos que la mayoría de nosotros en las horas de visita, las familias y amigos nos animan para que no nos doblegue el encierro, ¿por qué no vamos a luchar para protegernos y protegerlos del sida? De ahí la razón de nuestro lema y empeño."

En cuanto al programa de trabajo, Juan Andrés indicó que "en un clima de mutuo respeto, conscientes de nuestra condición de internos con derecho a la información para preservar la salud propia y la de nuestras familias, realizamos durante los meses de octubre y noviembre visitas informativas a todos los dormitorios, la mayoría de las celdas, el departamento de mujeres, con los encargados de la alimentación de internos y hasta los propios vigilantes. Logramos cubrir al 80 por ciento de un total de mil 200 internos que conforman la población de este recinto, así como distribuir más de mil condones, folletos y carteles. En una segunda etapa, mejoraremos la información con ayuda de películas y material didáctico, y pondremos mayor esfuerzo en concientizar a la población de internos de que la prevención contra el sida deberá ser un hábito diario, y que el uso correcto del condón nos dará mayor seguridad en las relaciones sexuales."

Jesús Reyes, el de mayor edad del grupo y responsable de la biblioteca del penal, hizo ver que el trabajo realizado estos meses ha sembrado inquietudes entre los internos, pues se han acercado a ellos con preguntas que van desde información básica de sexualidad hasta solicitudes para realizarse el examen de anticuerpos al VIH, e indicó "... en algún momento se requerirá voluntariamente la realización de estudios de sangre, los cuáles se llevarán a cabo de manera gratuita y confidencial por conducto del Coesida, y si posteriormente resultara un compañero seropositivo, estaremos preparados y buscaremos de todo el penal la comprensión, apoyo y estímulo para que no sea segregado a una soledad cruel e inhumana". En cuanto este punto, la licenciada Pasos hizo saber que el Coesida esta preparando una serie de talleres para el Coppresida en materias como sexualidad, autoestima, derechos humanos y consejería en VIH/sida, primeros auxilios y cuidados especiales. Pues comentó que "la realización de los exámenes es un trabajo que hay que realizar con mucho cuidado y de manera conjunta con los internos, su mesa directiva, la dirección del penal, y el sistema estatal de salud, a fin de proporcionar todos los apoyos necesarios para el interno con VIH/sida, sus familiares y compañeros."

A pregunta expresa al joven director del penal, licenciado Francisco Pimentel Girón, sobre la actitud y apoyos que recibiría un interno afectado por el VIH, respondió "se buscará en primer lugar dejar institucionalizado al Coppresida buscándole una fórmula jurídica, de tal suerte que si ocurriera un relevo en la administración, éste pueda seguir operando. En segundo lugar, por mi parte, se darán todos los apoyos posibles a mi alcance a cualquier interno en esa situación, y en cualquier otra de salud, y si no contáramos con lo necesario para comprar, por ejemplo medicamentos, buscaremos las formas de hacerlos llegar..."

La experiencia de trabajo en sida en esta Penitenciaría Central de Oaxaca es única en el país y por ello digna de emularse. Sin embargo, se requiere que el sector salud del estado considere la planeación y presupuesto de sus proyectos en sida, ya que el Coesida sigue hasta la fecha operando sin recursos, según hizo saber la doctora Gabriela Velázquez, directora de esa institución.

Una pregunta quedaba en el aire antes de concluir la conversación: si salen libres los internos que integran el Coppresida ¿quién continuará su labor? Alejandro Serrano se apresuró a contestar: "Este Consejo no desaparecerá mientras exista el virus, ya que aún cuando uno de sus integrantes recobre su libertad seguirá funcionando con nuevos elementos, sensibilizados y capacitados. Quienes somos ahora sus pioneros, al reincorporarnos a la sociedad, seguiremos en pie de lucha, aportando a la humanidad los conocimientos y compromisos aquí contraídos. Por lo que a quienes sepan de lo que hacemos les pedimos solidaridad, apoyo y estímulo para que podamos hacer realidad nuestro lema." ●

Derechos de un paciente con VIH o sida que se encuentra en reclusión

1. No debe sufrir ningún tipo de discriminación. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, debe ser tratado con respeto.
2. Si decide que se le practique la prueba de detección de anticuerpos al VIH, tiene derecho a que los resultados sean manejados de manera confidencial.
3. En ningún caso puede ser ubicado en un área específica por el solo hecho de ser portador del VIH o padecer sida. Sin embargo, tiene derecho a que se le proporcione un lugar adecuado para su protección y para el control de la enfermedad.
4. Si desea contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
5. Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre el VIH y sobre el sida.
6. No debe impedirse o limitarse el derecho a la visita íntima, vivir con VIH o con sida no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre que se tomen las medidas necesarias para no contagiar a la pareja y que ésta esté de acuerdo.
7. El hecho de vivir con VIH o con sida tampoco podrá ser motivo para que se le niegue la participación en el trabajo, en las actividades educativas, deportivas o de cualquier índole.
8. Debe recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que puede someterse.
9. Puede asociarse libremente con otras personas o afiliarse a grupos que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes vivan con VIH o con sida.
10. Recibir atención médica, sicológica y social dignas, cuyo objetivo sea mejorar la calidad y el tiempo de vida, y que su expediente se maneje de forma confidencial.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos tienen un gran interés en que las personas que viven con VIH o que han desarrollado sida, y particularmente quienes además están privadas de la libertad, gocen plenamente de todos sus derechos, por lo que el interesado, sus familiares o por medio de cualquier persona u organización pueden presentar sus quejas personalmente, por teléfono o por correo a la misma Comisión o a Conasida ●

Elaborada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La relación entre la salud pública y los derechos humanos

JORGE MADRAZO CUELLAR

Uno de los recursos más utilizados para justificar la discriminación en este sector ha sido pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los derechos de las personas con VIH o enfermas de sida. Ante este aparente enfrentamiento, que se resguarda bajo la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se restringen o suprimen los derechos de las personas infectadas.

Danny Lyon

Medidas coercitivas como el aislamiento y la obligatoriedad de la prueba del VIH violan los derechos fundamentales de las personas afectadas por el virus y entorpecen los esfuerzos de las políticas de salud para controlar la enfermedad, puesto que reducen la participación de estas personas en los programas destinados a la prevención de la infección y, sobre todo, los aleja de los servicios de salud, fomentando de esta forma su marginación.

No cabe duda, los derechos humanos y la salud pública comparten el mismo objetivo: promover y proteger el bienestar de todos los seres humanos, y esta situación únicamente puede lograrse cuando se parte del pleno respeto a la dignidad de la persona y a los derechos fundamentales.

Podemos decir que, como bien lo afirman los investigadores del Centro para la Salud y Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard, gradualmente comienza a surgir un profundo entendimiento en torno a la estrecha conexión que existe entre el sida y los derechos humanos. Lo anterior se pone de manifiesto con los esfuerzos que algunos sectores de la sociedad realizan para prevenir la transmisión del VIH y en favor de la promoción de un trato adecuado a las personas con VIH/sida, conductas que son compatibles con los esfuerzos en favor de la promoción y protección de los derechos humanos, así como del respeto de la dignidad del hombre. Empieza a concebirse la necesidad de que la sociedad establezca una responsabilidad compartida para enfrentar con éxito esta epidemia.

Aquí resalto las opiniones surgidas del Centro para la Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Harvard antes referido, en favor de la interacción entre el sida y los derechos humanos, entre los que pueden distinguirse tres aspectos fundamentales:

a) Las políticas, programas y prácticas relacionadas con el VIH/sida corren el riesgo de violar los derechos humanos. En efecto, las medidas de salud pública, en ocasiones, agravan o aumentan las transgresiones a los derechos fundamentales reconocidos, con comportamientos tales como la negativa de acceso a la igualdad de oportunidades o la prestación de los servicios de salud adecuados a las necesidades de los grupos marginados; de igual manera, la epidemia del sida ha traído nuevas formas de discriminación, cada vez más sofisticadas, y que están basadas en la condición de la persona respecto al virus o bien en el miedo a contraer la infección. De ahí la necesidad impostergable de que al momento de diseñar estrategias o líneas de acción que hagan el tratamiento humanizado del VIH, se consulte a las instituciones encargadas de la vigilancia, promoción y respeto de los derechos humanos. Sólo actuando de manera coordinada se evitará el gran riesgo que implica adoptar decisiones que vulneren o restrinjan los derechos fundamentales.

b) Las violaciones a derechos humanos reducen la efectividad de los programas de prevención y atención relacionados con el VIH/sida. Las conductas contrarias a derecho necesariamente interfieren la efectividad de los esfuerzos de salud pública en contra de la epidemia; es decir, los afectados por el virus son alejados de todos los servicios que son determinantes para la prevención de la infección. Generalmente esta situación fomenta la intolerancia hacia determinados grupos y refuerza la idea de una división de la sociedad al enfrentar a enfermos y a sanos.

c) La promoción de los derechos humanos reduce la vulnerabilidad de contraer la infección del VIH. Como ya se dijo, la discriminación se ha identificado como una lesión social y que afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre esta enfermedad; de ahí la necesidad de incrementar su capacidad de entendimiento en torno a lo que es el sida y sus implicaciones. Ya es tiempo de dejar atrás la idea de que esta enfermedad es propia de ciertos grupos o de determinadas conductas sociales.

En el proceso de promoción y protección de los derechos humanos, la lucha en contra de la discriminación en nuestra sociedad es determinante para enfrentar con éxito la epidemia del VIH/sida. Las políticas de salud que acogen estas directrices tendrán una mayor aceptación y participación por parte de la comunidad, lo cual aumentará su credibilidad y su eficiencia.

Con base en las consideraciones antes mencionadas, es posible afirmar que las perspectivas y las acciones en salud y derechos humanos, en el contexto del VIH/sida, no sólo se complementan, sino lo que es más importante, se refuerzan.

Por otra parte, el Estado, en atención a su responsabilidad de proteger la salud pública respecto a la pandemia, tiene la obligación de desarrollar políticas adecuadas para prevenir la infección del VIH y asegurar a los habitantes un acceso igualitario a los servicios de salud. Actuar de otra manera, es hacerlo en contra de los dictados de la lógica y el sentido común.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos frente a la epidemia

La postura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) frente al sida es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás puede modificar cuantitativamente o cualitativamente el goce de sus derechos; así, en palabras del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Hiroshi Nakajima, "todos compartimos los mismos derechos estemos o no infectados con el VIH", y en este tema específico, ésta es la convicción de la CNDH.

Medidas coercitivas como el aislamiento y la obligatoriedad de la prueba del VIH violan los derechos de las personas afectadas y entorpecen los esfuerzos para controlar la enfermedad

De igual manera hacemos nuestra la opinión de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS, que establece la filosofía de que la discriminación relacionada con el VIH/sida no es aceptable, ni útil para promover la salud pública, y que, por el contrario, representa una violación a derechos humanos y pone en peligro a la sociedad.

En este sentido, de acuerdo con la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, las medidas de protección de la salud pública que restringen las libertades individuales deben ser el último recurso y sólo se justifican cuando existen ciertas condiciones que así lo ameriten, entre las que destacan las siguientes:

—Que estén previstas específicamente por una ley que resulte indispensable para promover el bienestar general.

—Que sean absolutamente indispensables para proteger la salud pública.

—Que no estén dirigidas arbitrariamente en contra de determinados individuos, grupos o sectores de la sociedad.

En el caso del sida, el interés de la CNDH no se limita a la simple atención de las presuntas violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH o que han desarrollado la enfermedad. Su objetivo es mucho más amplio, toda vez que considera que los derechos humanos deben ser un componente indispensable en la elaboración de cualquier programa que tienda hacia el control de la epidemia. La dignidad del ser humano debe ser el objetivo central de todo programa, de toda acción, de todo esfuerzo del Estado, tanto en lo político, como en lo económico y social. Por igual en lo individual y en lo colectivo.

Los derechos humanos y el sida tienen diversos e importantes puntos de contacto, el principal se refiere a que cuando aquéllos no se protegen, aumenta el riesgo de contraer el virus.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que al salvaguardar los derechos de las personas con VIH/sida, se protege la salud de la sociedad en su conjunto y se evita la discriminación. Debe quedar clara la necesidad de combatir la discriminación que se presenta en perjuicio de las personas afectadas por el virus, así como de quienes le rodean, y que constituye uno de los obstáculos que dificultan el desarrollo de una cultura en favor de los derechos humanos.

Dentro de las acciones emprendidas por la CNDH para enfrentar el problema que se genera en torno al tratamiento del sida, destaca la creación de una programa específico encaminado a la atención de quejas que presentan personas con VIH/sida. Este compromiso con la sociedad comprende, entre otras medidas, la formación de un equipo de trabajo compuesto por visitadores adjuntos que se hacen cargo del tratamiento de la queja desde el momento mismo de su recepción hasta su total conclusión, con lo que se pretende dar a los quejosos un tratamiento integral, por personal capacitado con el manejo de quejas referentes a esta problemática concreta.

Este nuevo programa no tiene como única finalidad atender y entender mejor a las personas afectadas por el virus; su propósito va más allá, pretende proporcionar al equipo de trabajo los elementos suficientes para que modifiquen los posibles prejuicios y así precisar su concepción y, por tanto, su conducta respecto a la enfermedad. Con ello, la CNDH considera que será más sencillo superar los obstáculos que enfrentan los quejosos en su vida cotidiana, y estaremos en posibilidad de que quienes acuden a nuestra Institución reciban respeto, mayor comprensión y más solidaridad. Este es nuestro compromiso y el día de hoy aquí lo refrendamos.

Uno de los resultados inmediatos de este programa es la Recomendación 127/95, emitida con motivo de una queja presentada por internos de la Penitenciaría del Estado de Chihuahua, quienes sufrieron la violación a sus derechos humanos debido a su condición de personas con el VIH.

En el proceso de investigación efectuado por la CNDH, fue posible detectar las siguientes violaciones:

—Aplicación obligatoria de la prueba del VIH a todos los internos sin su pleno consentimiento y en contra de su voluntad. En este caso, el diagnóstico no les fue proporcionado a los internos en forma tal que les permitiera recibir el consejo y auxilio necesarios.

—Violación al derecho de la confidencialidad de los resultados. En este caso, además del médico tratante, cuando menos siete personas más conocieron los resultados; adicionalmente, dicha situación apareció publicada en diarios locales. Estas acciones provocan la estigmatización de los internos afectados y el consiguiente daño a su dignidad.

—Negación de la atención médica adecuada a su condición de seropositivos. Los internos afectados carecían de expedientes médicos que permitieran llevar un registro de la evolución clínica de cada uno de los pacientes, asimismo no se realizó el conteo de linfocitos CD_4 para determinar la conducta terapéutica, y el apoyo sicológico necesario, el cual es la única vía para ayudar a los afectados a aceptar su nueva condición. Si bien es cierto que aún no manifiestan signos ni síntomas, el tratamiento de estos internos ha sido incorrecto, toda vez que se les separó del resto de la población con "supuestos fines terapéuticos".

—Suspensión de toda actividad a los internos seropositivos, lo que equivale a mantenerlos en condiciones de segregación por castigo.

Esta Recomendación fue enviada al Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, y sus observaciones se fundan en lo dispuesto en la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana**, publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 17 de enero de 1995, y en estos momentos se está en espera de recibir la contestación por parte de la autoridad correspondiente.

De esta manera, la CNDH da pasos firmes y concretos hacia la edificación de una nueva conciencia que permita a la sociedad entender que frente al problema del sida todos tenemos una responsabilidad. El proceso de cambio es lento pero lo más importante es haber comenzado ya ●

Presidente de la CNDH.

Ponencia magistral en el V Congreso Nacional sobre Sida. Reproducción parcial.

Cita en el Dormitorio 8

LILIA RUBIO

He aquí algunos testimonios de reclusas y reclusos seropositivos en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla y en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal en Tepepan. A petición de ellos, hemos excluido sus nombres.

■ El director de esta penitenciaria sólo viene a vernos al Dormitorio 8 cuando trae a alguna comitiva. Varias veces hemos tratado de hablar con él para plantearle problemas sobre nuestro estado físico y el tratamiento que recibimos. Sin embargo, entrevistarse con él no es nada fácil, pues después de tres o cuatro días de estar pidiendo la cita, te dicen que está comiendo o cualquier cosa.

El doctor Zaragoza viene dos o tres veces por semana, pero sólo al hospital que esta aquí al lado, porque acá casi nunca se para.

Yo estoy de uñas con él, porque llevo cuatro años con el virus y la verdad es que he presenciado cosas de plano horripilantes. He visto morir a muchos compañeros.

Antes de que abrieran el Dormitorio 8, todos estábamos en el hospital. Yo dormía en el piso en un espacio de menos de dos por dos. Allí se veían cosas muy deprimentes y si no te mataba la enfermedad, te mataba la depresión. Se la pasaban dándonos dipirona todo el día. Y, hasta la fecha, a veces los medicamentos que nos traen ya están caducados. Un preso diabético tomó un suplemento nutricional que no servía y se despellejó todito. A otro compañero seropositivo, que ya falleció, le metían tres o cuatro inyecciones de dipirona al día y murió al mes de salir de la cárcel.

■ Yo no he visto ningún rechazo de las otras presas ni de los custodios aquí en Tepepan. A veces, viene mi familia a visitarme y les da gusto ver que he subido 19 kilos. Ya estoy totalmente desintoxicada de tanta droga. No sé lo que voy a hacer cuando salga.

■ Hace tiempo llegó alguien diciendo que el AZT sólo le iba a tocar a 18 personas, pero nos lo daban en cantidades industriales: dos en la mañana, uno en la tarde y dos en la noche. Todos teníamos dolores de cabeza, diarreas y falta de apetito. Yo les dije que prefería vivir poco tiempo, pero sintiéndome bien.

El doctor Zaragoza parece no preocuparse de los enfermos terminales de sida. Los deja a su suerte. Incluso, a uno de los compañeros ya lo daba por muerto, pero otro médico diagnosticó que tenía agua en el pulmón y se la sacaron en el quirófano.

■ Nunca he visto nada claro durante toda esta pesadilla, en que casi me muero en el hospital. Días después me mandaron a la Cruz Roja. Primero me dijeron que tenía tuberculosis y luego me hicieron una biopsia de los ganglios. Un lado del cuerpo me quedó adormecido. Hasta la fecha, no puedo mover la mano ni caminar bien y, después de todo lo que sufrí, me dijeron que no tenía nada.

El doctor Zaragoza siempre dice que todos estamos sanos y que nos quejamos nomás porque sí. Lo trágico es que pensamos que están experimentando con nosotros.

Ahora hasta me ha empezado a salir salpullido y me da mucha comezón. Se lo dije al médico y me recetó medicina para alergias, pero no me sirve de nada. Cuando me baño todo el cuerpo se me hace como una enorme roncha. Los doctores no saben realmente lo que pasa y andan adivinando con nosotros, a ver si le atinan y le dan al clavo. Luego te mandan al hospital, a un cuarto que le pusimos 'el despegue', porque ya entrando lo único que te toca hacer es esperar que te cargue la fregada. Yo soy el único que ha salido después de haber estado allí, pero ahora ando todo adormecido.

Cartel de Gustavo Ramírez Neto y Gabriela Ramírez Lizárraga

■ En los libros que me trae mi mujer hemos visto que debe de haber un control de linfocitos para tomar AZT. Dicen que se debe dar cuando uno tiene menos de 500 linfocitos, sino la gente se muere más rápido. Falta que nos hagan un verdadero "chequeo".

Yo quisiera que si estamos enfermos nos tomaran una muestra de sangre a todos para realmente saber cómo andamos y qué debemos tomar. Aquí nos dan AZT, pero eso causa muchos problemas colaterales.

■ Yo estoy sentenciada a cinco años por asesinato. En 1993 me enteré que era seropositiva. Aquí en Tepepan me hicieron la prueba. Siempre he sido muy enfermiza y últimamente me duelen mucho la cabeza y el cuerpo. Subo a consulta y me inyectan penicilina, dipirona o vitaminas. Ya llevo unas cincuenta 'picadas'. Siempre ando con gripe. Los doctores son bien a todo dar, pero yo ya quiero salir. Me faltan tres años.

■ Yo quisiera estar con el resto de la población, pero a las tres reclusas con el VIH nos pusieron en el sótano, porque temen que infectemos a las demás.

■ Aquí sencillamente no hay terapia. Sólo te dicen que eres portador del VIH y que tienes que estar en el Dormitorio 8. Yo pienso que quien debe darle a uno ese tipo de noticia es una persona especializada, una sicóloga, por ejemplo. Me ha tocado ver a algunos presos que se quedaron locos cuando les dijeron que tenían sida.

■ Sé que soy seropositivo desde que hace cuatro años entré al Reclusorio Oriente. Yo estaba en el Centro de Observación y Clasificación —mejor conocido como el COC— cuando de repente me mandaron llamar para "ir al vampiro" a que me sacaran sangre cinco veces. Llegué a Santa Martha Acatitla ocho meses después.

■ Yo pienso que los doctores están equivocados, porque en los estudios que me hicieron salí positivo. Después me dijeron que tengo cáncer y luego que nada. Aquí juegan con uno. Te detectan que eres VIH positivo y te mandan al hospital. Como eres "sidoso" ya no te vuelven a hacer análisis, porque vale más un cero a la izquierda que un contagiado.

■ Lo que le hemos estado diciendo al servicio médico es que somos seres humanos como la gente de allá afuera y lo único que pedimos es que se nos de un verdadero seguimiento, porque aunque no somos ciudadanos, puesto que estamos presos, el tratamiento que recibimos debe ser profesional.

La otra cara de la moneda

Licenciado Raúl Enrique Salazar Ojeda, director general de la Penitenciaría del Distrito Federal.

Al charlar con el licenciado Raúl Enrique Salazar Ojeda, director general de la Penitenciaría del Distrito Federal, donde hay cerca de mil 525 internos, a uno le da la impresión de que el joven funcionario se siente entre la espada y la pared, pero dispuesto a enfrentar el enorme reto que se le adjudicó desde que en septiembre acepto el cargo, después de ser subdirector jurídico de ese centro de detención para varones.

He aquí algunos de sus comentarios:

■ Con nosotros, los reclusos seropositivos no se acercan para solicitar la visita íntima, pero creo que hay que tomar en cuenta las leyes. De hecho, hay un artículo donde se establece que si la gente sabe que tiene un padecimiento, que puede ser contagioso o de muerte, está incurriendo en un delito al tener la visita conyugal.

"Ahora bien, si la otra parte está de acuerdo, sabe que su pareja tiene el virus y cumple con los requisitos, me parece que se deben permitir las visitas, pero primero informándole a todos los involucrados sobre los riesgos y consecuencias. Hay que reglamentar esta situación, para que luego las autoridades no vayamos a ser demandas por complicidad.

"Sabemos, sin embargo, que ellos mismos —los seropositivos— se dan la oportunidad de su sexualidad. Aquí lo vemos, porque vienen a solicitar preservativos. Se los damos libremente.

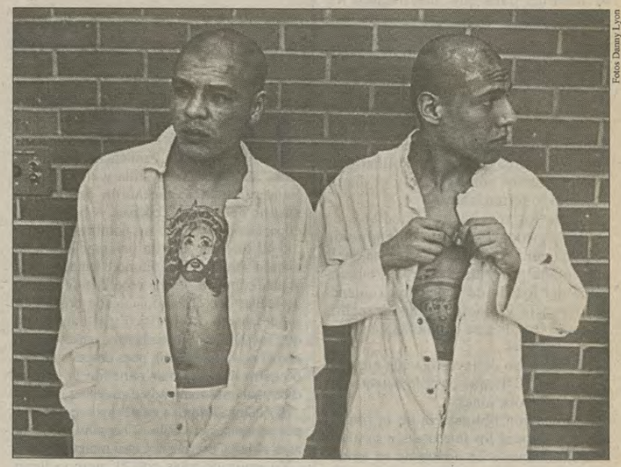
"Por otra parte, es menester aclarar que nosotros no pensamos que hay que segregar a los portadores de VIH, pero el hecho de que desde hace tres años estén aparte en el Dormitorio 8 fue a petición de la CNDH. Mientras estaban en el hospital, muchos se quejaban de que se deprimían demasiado y por eso se les creó otro espacio.

"Entiendo que los seropositivos quieran tener alguna actividad productiva para ganar un poco de dinero y no estar tan ociosos, pero su mismo padecimiento los va haciendo que caigan en estados de depresión y que se vayan marginando" ●

Periodista.

En el próximo número, dedicado a las mujeres, publicaremos los testimonios de María Alma, Hilda Adriana y Lluvia.

La epidemia del sida ha penetrado los ámbitos sociales más expuestos, por su vulnerabilidad, a la infección. Uno de ellos es el de los reclusorios. En la penitenciaría de Santa Martha Acatitla y en el Centro Femenil de Readaptación Social en Tepepan conviven, segregados de los demás, 32 reclusos y tres internas que viven con VIH o con sida. Apartados de sus derechos, aislados y con una deficiente atención médica, parecen purgar un doble castigo: por el delito que cometieron y por ser portadores del virus. El siguiente reportaje sondea esta situación.



Fotos Danny Lyon

Seropositivos en cautiverio... al final del pasillo

LILIA RUBIO

Postrado, el preso con síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida), apenas logra balbucear. Esta solo en la pesadilla. Mejor dicho, casi solo, porque a su lado otro recluso también espera la muerte, que vertiginosamente se desplaza por el largo y desolado corredor de la Penitenciaría del Distrito Federal en Santa Martha Acatitla.

Enteradas de que en esa cárcel, así como en el Centro Femenil de Readaptación Social en Tepepan hay, respectivamente, 32 prisioneros y tres detenidas seropositivos, quien esto escribe y una representante de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) entraron a dichos centros de cautiverio para conocer la situación de los portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En nuestras visitas no sólo hablamos con los reclusos —hombres y mujeres— y familiares, sino también con los doctores que los atienden, con las autoridades carcelarias y con la Directora General de la Tercera Visitaduría de la CNDH.

Cuando Gabriela González y yo llegamos a la penitenciaría, varios guardias pesadamente armados nos llevaron por laberínticos pasillos hasta llegar al Dormitorio 8, unidad especial abierta en septiembre de 1993 sólo para presos de tercera edad y para seropositivos, llevados de varios reclusorios, donde se les practicó el examen sin su conocimiento. Ahora, durante el día, los VIH positivos pueden mezclarse con el resto de la población, pero al principio las autoridades intentaron segregarlos.

Después de que les dijimos a los llamados vigilantes de la seguridad que no era necesario que estuvieran a nuestro lado, nos recordaron que estaríamos con "asesinos, violadores y rateros", pero obedecieron nuestro pedido y optaron por quedarse a una distancia estratégica, donde permanecieron todas las horas de la conversación. Desde la entrada, y cerca del bien adornado altar que ese 12 de diciembre se le había puesto a "la madrecita de todos los mexicanos", la Virgen de Guadalupe, los elementos armados de traje azul marino no nos quitaron el ojo de encima.

Tan pronto como llegamos al Dormitorio 8 nos presentamos con varios detenidos, que tomaban el sol en bancas de concreto colocadas en un patio al lado de sus habitaciones individuales.

Obviamente, al inicio tuvimos que explicar en detalle la razón de nuestra presencia, pero en cuestión de minutos el ambiente se fue relajando y no pasó mucho tiempo antes de que estuviéramos rodeadas de unos 15 seropositivos que se quitaban la palabra para plantear quejas, sufrimientos y peripecias, mientras que a unos metros, algunos señores de mayor edad, así como los detenidos travestis, observaban sin acercarse a tan particular y casi masiva entrevista. Después de unas cuatro horas de no sólo hablar, sino también de visitar los cuartos de concreto en que viven los presos y el temido "apando", con todo y manchas de sangre en la pared, y de presenciar la llegada de tres hombres con sendas cubetas de plástico llenas de una mescolanza, de algo que a falta de otro nombre podría llamarse ensalada de atún, y unas bolsas con tortillas frías, nos dirigimos al hospital, cuyas puertas son un vil hoyo desnudo, "por razones de seguridad", según nos enteramos después.

Allí, al final del solitario pasillo hacia la nada, encontramos a Mario y Roberto muriéndose de sida y de tristeza. 'El despegue' es como los mismos presos llaman a ese cuarto hospitalario, pues "al llegar allí ya puedes estar seguro que te cargó la fegrada", dijo un recluso.

"Aislados" y "Estrictamente prohibidas las visitas a esta sala", reza un letrero que todos ignoramos.

Enseguida presentamos un detallado resumen de lo que hace mes y medio escuchamos y vimos en Santa Martha Acatitla y Tepepan. Como es de entenderse, los detenidos portadores del VIH nos pidieron que no diéramos sus verdaderos nombres, a excepción del brasileño Antonio Macio Quiroz, detenido por robo y quien solicita que la embajada se ponga en contacto con él.

Verónica Macías

"Favor , no pasar"

"Cuando llegué, más de 50 seropositivos vivíamos en este hospital, porque el Dormitorio 8 todavía no existía, pero se tuvo que abrir puesto que las cuatro salas de seis camas no se daban a basto para tanto enfermo", dice Javier quien junto con Ramiro nos acompaña al área para enfermos de sida en el hospital y, en cuyo recorrido, no vemos ni siquiera a una afanadora en los pasillos.

"En ese cuartito de menos de un metro de ancho es donde dormí durante seis meses en el piso de cemento", continúa Javier y ofrece cargarnos la bolsa de cintas y papeles. "He visto a más de 19 morir aquí. Nos tenían totalmente segregados esperando el turno para también irnos, pero muchos estábamos llenos de vida, completitos. Aquí se te quitaban las ganas de vivir. En varias ocasiones me metí a la farmacia a robarme los sicotrópicos, porque era imposible vivir en mis cinco sentidos. Cuatro veces traté de suicidarme, señora. Me inyecté adrenalina, aire y sosa cáustica, porque no quería vivir esa depresión. Prefería morirme rápido."

Ya en 'el despegue', otro recluso llamado Mario apenas si tiene la energía para decirnos que está preso por asociación delictuosa. A duras penas puede hablar, pero intenta sonreír con la boca desdentada. Nos tomamos de la mano para escucharlo decir que lleva desde abril del año pasado en la Penitenciaría del Distrito Federal —aunque fue detenido y colocado en el Reclusorio Sur desde 1993. Hace ya días que está en esta habitación con sillas y alacena de peltre descarapelado y un baño con una camiseta en un clavo. Dice *Why not?*.

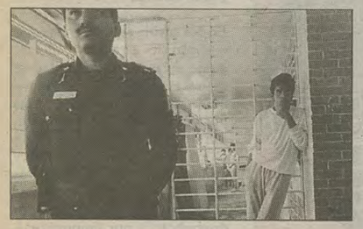
"Aquí me atienden bien, pero tengo problemas con las enfermeras", señala respirando con dificultad. "Son malhumoradas, llegan con los problemas de su casa y no atienden a los enfermos como debe de ser. A veces vienen como fieras y se desquitan con nosotros." Mario calla. Le preguntamos si quiere tomar algo de jugo. Con la cabeza dice que no. Le ofrecemos algo de comer. En el buró está un plato repleto de grandes pedazos de papa con el mismo revoltijo que hace unos minutos se repartió en el Dormitorio 8. El moribundo ya no quiere nada. Sólo anhela la libertad.

Al estar escribiendo estas líneas nos enteramos de que, el 14 de diciembre pasado —a sólo días de nuestra entrevista—, Mario fue puesto en libertad provisional otorgada por juez.

En la cama de al lado, Roberto está en posición fetal y parece estar dormido. Aunque el también enfermo terminal de sida tuviera los ojos abiertos, no nos vería, porque quedó ciego debido a conjuntivitis por citomegalovirus que avanzó, pues el penal no tuvo fondos para comprar el costoso medicamento. Lo más seguro es que cuando este escrito se de a conocer, Roberto ya haya salido de la prisión a iniciativa de las mismas autoridades carcelarias que promovieron la prescripción de reparación del daño: robo de 4 mil pesos.

En la sala contigua, Julián todavía no ha sido derrumbado por el virus. Arreglándose la bata, observa las cinco camas vacías. "Me están dando suero. Mañana me van a llevar a un laboratorio afuera para hacerme un ultrasonido. Estoy tomando calmantes. Tengo 23 años y me acusan de homicidio", señala y la vista se le pierde en los letreros de la pared de enfrente: "Ropería aislados", "Sépticos", "Ropería hospitalización" y "Favor, no pasar".

Y tal parece que hasta el personal del nosocomio obedece al pie de la letra este último señalamiento.



Te vas y te vas

"Al igual que Mario, Joaquín también sabía que estaba en 'el despegue'. Simplemente, al pisar esa sala, te vas y te vas", dice Javier ya de regreso en el patio del Dormitorio 8. "Al único que he visto salir de ahí es al Víctor, pero le sacaron unos ganglios y ahora anda todo adormecido y con trabajos puede caminar".

"Así es", dice Víctor que habla como si estuviera atragantándose. "Me mandaron a la Cruz Roja, allá me dijeron que tenía tuberculosis y me terminaron operando de los ganglios para después decirme que no tenía nada". Además, aquí nunca tienen los medicamentos y tenemos que mandarlos comprar a la calle. Están carísimos", agrega el joven y muestra la mano paralizada.

Varios más quieren hablar. Allí, en esa especie de pequeño parque con mesa de cemento y sombrillas sin lona, hubo momentos en que nuestra grabadora no sabía a donde dirigir su micrófono. Hubo ratos en que el número de comentarios superó la posibilidad de registro del pequeño aparato comprado en la "fayuca".

"Lo que es el servicio médico sí tiene harta deficiencia. Son muchos los que se han muerto", dice alguien a mi derecha. "Tenemos compañeros que están enfermos y no ven por ellos. Luego le dan a uno el medicamento que no es y le dicen que si le duele la cabeza se tome un 'chocho'. Son tantas las variedades de píldoras en el menú, que uno puede escoger. No le miento, señora, llevo cuatro años aquí y me han dado más medicamentos para locos que para el VIH. Imagínese, hasta me han recetado Diazepam para el algodoncillo que tengo en la boca."

Otro recluso interrumpe para mostrarnos un frasco con unas 50 pastillas de todos colores "que me dan pero no las tomo". Sin embargo, hay veces que los están vigilando y "para 'fintear' me la coloco debajo de la lengua, porque si me la tomo ando todo el día tarugo".

Desde una mesa, otro preso opina que en la penitenciaría realmente no hay tratamiento para seropositivos, pues cuando les diagnostican el virus, les sueltan la noticia así como así y "tiene usted que irse al rincón del cuarto". Por otro lado, nunca les permiten ver su expediente, pues les dicen que no saben leerlo. "Aquí hay dos que están idos de la cabeza, porque no aguantaron la impresión", dice Javier. "Si el doctor Heriberto Zaragoza niega éso, yo se lo puedo decir en su cara, puesto que fue él quien me dió la noticia. 'No te preocupes, en ocho o diez años te mueres', me la sentenció. 'Perfecto, doctor, gracias', le contesté."

Por otra parte, varios detenidos se quejan de que no les hacen los exámenes médicos rutinarios y cuentan que han dejado de tomar el medicamento AZT —"que nos recetan por montones"—, porque les ha causado fuertes dolores de cabeza y náuseas. "No hay radiografías ni análisis de sangre para ver cómo andan las defensas. Se supone que cada seis meses nos deben revisar los linfocitos y desde 1993 yo no sé nada de mi sangre", remata uno.

Zaragoza 'El Escondido'

"Yo incluso me he peleado con el doctor Zaragoza", nos cuenta Javier. "La bronca fue por negligencia y mal trato. Aquí, para que te atiendan, tienes casi que morirte. Además, cuando viene se anda escondiendo. Parece que nos tiene miedo. Simplemente, nosotros tenemos que llevar al hospital al que ya no puede ni caminar. Creo que la obligación del médico es venir a ver a los enfermos. ¿Cómo va uno ha poder buscar al doctor cuando ya ni se puede mantener parado? También se rumora que van a ponernos candado en la noche, que es especialmente cuando a uno le dan las 'sudoraciones' y la fiebre. Y luego, cuando vamos al hospital durante el día, lo único que nos dicen es que regresemos cuando llegue Zaragoza, porque él es nuestro encargado, pero muchas veces no está."

Ante la situación, los presos han ido creando su propio sistema de autoapoyo. Por ejemplo, Ramiro, acusado de violar a un menor y que actualmente esta en espera del dictamen sobre un amparo, se ha convertido en algo así como el médico de cabecera de los demás reclusos. Lluvia, su mujer, se ocupa de que él siempre tenga las últimas publicaciones sobre la enfermedad. Asimismo, se encarga de organizar a las demás esposas para que lleven a cargo los trámites necesarios, a fin de que se reglamente y se les permitan las visitas conyugales.

"Yo trato de informarles lo que leo. Les aconsejo que si el médico les dice ésto, deben decirle que está mintiendo, porque no es tal cosa sino tal y tal. Me he dado cuenta de que muchas veces los doctores experimentan con nosotros y es así como nos vamos muriendo. Los errores de los doctores se tapan con tierra."

Temor y crisis

Y para averiguarlo hicimos cita en Tepepan con el doctor Heriberto Zaragoza, que desde 1993 no sólo tiene a los reclusos seropositivos bajo su cargo, sino también a las tres portadoras del VIH en el Centro Femenil.

Para él, el aspecto clínico integrado de estos pacientes es importante, pero la clave es el elemento siquiátrico. Por eso, el programa que organizó cuenta con una sicóloga, una siquiatra y su persona, médico internista.

Ante nuestra pregunta de cómo está su relación con los internos, el médico confiesa tenerles miedo, porque lo primero que hay que considerar es que sí hay un estrato de la sociedad propenso a la prisión. "Incluso, antes era muy difícil que un doctor entrara a verlos porque lo agredían", comenta.

Asimismo, agrega que se trata de un sector donde la sexualidad es muy diferente a la que se tiene en un medio económico de mayor nivel y no sólo éso: es también un estrato donde abundan las drogas intravenosas y la farmacodependencia es la regla. "Donde los aspectos morales, las responsabilidades y el trabajo son muy diferentes a la población de mayores recursos. En fin, estamos hablando de personas con perfil criminal, personalidad antisocial y trastornos neuróticos. De hecho, la circunstancia misma de estar recluido es bastante estresante y difícil de manejar."

El médico también plantea la problemática de tratar a seropositivos en cautiverio. Dice que mientras que a cualquier otro portador del VIH se le puede fácilmente decir que esté dispuesto, que no desespere y que coopere, pues tiene un nivel aceptable de cultura para aprender de su enfermedad, con los encarcelados no existe esa posibilidad y no se puede hacer mucho, pues hay que atenderlos en un grupo de control mínimo.

"Nuestra desventaja es el bajo nivel escolar y el hecho de que tenemos una población de pacientes que, además de vivir en el estrés por saber que portan una enfermedad necesariamente mortal, viven la realidad adversa de la reclusión donde hay marginación". Por otra parte, Zaragoza dice sentirse frustrado porque muchos reclusos no quieren llevar el tratamiento y acaparan medicamentos como la zidovudina, que cuesta 700 pesos el frasco, pero nadie puede obligarlos a tomarlos.

"No hay radigrafías ni análisis de sangre para ver cómo andan las defensas. Se supone que cada seis meses nos deben revisar los linfocitos y desde 1993 yo no sé nada de mi sangre". Testimonio de un recluso

Por lo que concierne a los exámenes rutinarios, el doctor señala que el problema es que no pueden individualizar a los pacientes ni ir uno por uno y desaprovechar 49 reactivos. Por tanto, tienen que formar equipos para el control de linfocitos CD_4. "Por otra parte, como todas las instituciones, nosotros tenemos un problema muy grave, pues cada vez hay más pacientes y los costos son más altos, porque los equipos son americanos. Cuando el enfermo está en las etapas terminales tenemos que calcular el costo sólo de medicamentos y atención de laboratorio, es decir, 700 u 800 pesos diarios por cada uno y el país está en crisis."

La vida no vale nada

Y ya que estamos en Tepepan —cerca de Xochimilco— visitamos a las tres seropositivas detenidas.

Desde la entrada, el trato y la presentación general de esa cárcel es totalmente diferente a la de los varones. Allí todo está mucho más pulcro y es más amable. Por lo menos, así parece. Hasta hay un enorme y colorido mural y letreros de cómo evitar el sida usando condones.

También bajo el sol, charlamos con Josefina, quien tiene algo de retraso mental, Esther, que para cuando esto se publique ya habrá salido, y Elena, que ejercía la prostitución.

Aunque con un poco de frío, las reclusas están de plácemes porque ahora sus dormitorios individuales están en el sótano y tienen mayor privacidad. Ninguna se encuentra en etapa terminal, su estado de salud es bastante bueno y no les han prescrito AZT. "Hemos subido tanto de peso que decidimos ponernos a dieta", dice Elena. "También estamos contentas, porque las demás presas nos tratan bien y no nos hacen menos".

Además, tal como las otras reclusas, ellas también participan activamente en las campañas de distribución de preservativos, los cursos de orientación sexual y de métodos anticonceptivos, la sicoterapia grupal e individual, así como en los cursos impartidos por Conasida. Asimismo, asisten a los talleres de alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria abiertas y de cómputo, entre otros, aunque se quejan de que el doctor Zaragoza "casi no viene y es muy raro que lo veamos, ni nos manda llamar para ver cómo vamos".

Esther, una chica "punk" de 25 años de edad, rostro muy maquillado y un mechón rubio, pertenecía a una banda que se inyectaba heroína y morfina, con las mismas jeringas, y se tatuaba con las mismas agujas. Sus piernas y brazos dan fiel testimonio de ello. La acusaron de robo. Cuando estas líneas sean leídas, ya debe haber salido de la cárcel, junto con su novio detenido en el Reclusorio Oriente. También es muy posible que haya regresado a merodear por las calles. A Esther no le sorprendió cuando le dijeron que era seropositiva, pues tenía información, pero "me llegó el valemadrismo, o sea, me vale", dice la muchacha fumando un cigarro. "Incluso entre mis cuates 'cotorreábamos' diciendo que estaríamos juntos hasta que el sida nos separe".

Terminamos nuestra conversación. Al ir caminando, por el largo corredor de la prisión, seguimos escuchando el "de algo nos tenemos que morir" de la joven cautiva. De lejos, entre el frío carcelario, una vez más vemos venir a ese espectro llamado muerte. En esta ocasión, no avanza tan retadera, pero va decidida y nada la puede conjurar ●

RESEÑA

Salud Pública de México

Número especial: *Doce años de sida en México*. Instituto Nacional de Salud Pública. Volumen 37, Núm. 6 Noviembre-diciembre, 1995.

¿Qué comportamiento sigue una epidemia que se transmite principalmente por vía sexual? ¿De qué depende su propagación? ¿Cuál ha sido la eficacia de las medidas tomadas para controlarla? Después de doce años de la aparición del primer caso de sida en nuestro país, es necesario responder a éstas y otras interrogantes. La lectura del número especial de la revista **Salud Pública de México** dedicado al sida, ofrece la posibilidad de acercarse al problema desde diversos ángulos. Constituye, según escribe Juan Ramón de la Fuente en el editorial de este volumen, "una buena muestra de lo que en México se hace para enfrentar al sida". Este número —coordinado por los doctores Carlos del Río y José Luis Valdespino—, contiene 19 ensayos originales elaborados por investigadores, muchos de ellos laboran en las instituciones de salud pública, de diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud. Allí se incluyen los avances de las investigaciones biomédicas sobre la morfología del virus para determinar, entre otras cosas, el tipo de cepas que circulan en el país; los problemas del diagnóstico y los modelos de atención clínica de los pacientes; el análisis epidemiológico, la concentración de las cifras y los porcentajes en grupos específicos de la población; un estudio crítico y autocrítico de las campañas de prevención y las políticas de comunicación de Conasida; un recuento del trabajo de las organizaciones civiles contra el sida; el abordaje del sida desde los derechos humanos; y, finalmente, un informe de actividades del Conasida.

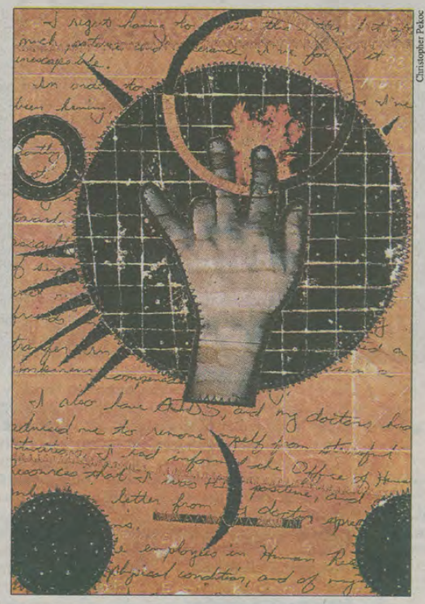
La presentación multidisciplinaria de la epidemia no sólo facilita y enriquece su comprensión, sino que permite y estimula la discusión. Por ejemplo, la comparación de los trabajos epidemiológicos allí contenidos con la interpretación oficial de las cifras resulta muy polémico. Mientras el secretario de Salud, doctor Juan Ramón de la Fuente afirma en el editorial que la transmisión "heterosexual es la que más se ha incrementado", en el informe epidemiológico titulado "Epidemiología del sida/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995" los autores no sólo califican de "moderadamente ascendente" a este tipo de transmisión sino que lanzan la advertencia: "En México se ha documentado el sobrereporte de casos heterosexuales en hombres", y más adelante afirman que los estudios reportados "indican que las prácticas homosexuales y bisexuales son subreportadas". Las conclusiones de otro estudio allí publicado todavía son más frontales con las palabras del Secretario. En "Transmisión homosexual del VIH/sida en México", los autores sostienen que "la epidemia homosexual del VIH/sida continúa aumentando en forma sostenida; la disminución porcentual en la categoría homosexual debe considerarse artificial. Los hombres que informan prácticas homosexuales tienen las prevalencias más altas de infección.".

Los trabajos incluidos en el número especial de **Salud Pública de México** podrían ser el punto de partida de una fructífera y necesaria discusión sobre las políticas de comunicación y las estrategias de intervención seguidas por las autoridades de salud en torno al sida ●

Metáforas del encierro

CARLOS BONFIL

A principios de los noventa, **Juntos para siempre** (*Longtime companion*) ofrecía, de manera emotiva y directa, entremezclando una ficción y los datos crudos de diez años de epidemia, una de las primeras crónicas de la enfermedad vista desde el interior de un grupo de amigos gay que presenciaban, impotentes, la desaparición de cada miembro cómplice y la reducción implacable del círculo afectivo, a la manera de una tétrica piel de zapa balzaciana. Esta elegía sobre la pérdida sentimental y la sobrevivencia no tuvo mucho éxito comercial, en particular por la ausencia de grandes estrellas, pero también, inequívocamente, por la manera inusual en que la cinta abordaba diversos aspectos de la vida comunitaria homosexual, con un punto de vista honesto y tolerante que remplazaba el fariseismo y las caricaturas rancias del prejuicio hollywoodense. Vino luego **Filadelfia**, de Jonathan Demme, cinta que consiguió abrir una brecha importante en el cine comercial para facilitar el futuro tratamiento del tema del sida. El público debió enfrentarse a algo por demás novedoso: la denuncia de la homofobia por boca de Tom Hanks, uno de los actores más taquilleros del momento.



Christopher Pelous

A la tibieza sentimental de la trama de **Filadelfia**, al retrato idealizado de la familia perfecta y la red de solidaridad que se teje en torno al enfermo, y a la renuencia del director a mostrar con franqueza una escena de amor homosexual, muchos espectadores prefirieron el lirismo brutal del autorretrato del francés Cyril Collard, director y protagonista de su primer y último largometraje, **Las noches salvajes**, crónica de los vagabundeos amorosos y existenciales de un joven bisexual que vive con el VIH. En esta cinta, el lenguaje de la seropositividad se expresa excepcionalmente en la primera persona del singular. Es confesión, registro de melancolía frente al accidente fatal, actitud encolerizada frente al racismo y la homofobia, y motivo de polémica y escándalo (la protagonista acepta el contagio para compartir el destino de su amante).

A diferencia de películas tan interesantes como la precursora *Parting glances* (Bill Sherman, 1985) o *Together alone* (Castellaneta, 1992) o *The living end* (Gregg Araki, 1993), y tantas otras sin posibilidad de distribución comercial en México, **Filadelfia** y **Las noches salvajes** si pudieron ser vistas y extensamente comentadas en nuestro país por tratarse de éxitos comerciales en sus países de origen.

Las devastaciones del cinismo

Este año destacan nuevamente en Estados Unidos y Francia dos películas entorno a la seropositividad: *Kids* (**Niños**), primer largometraje del fotógrafo Larry Clark y *N'oublie pas que tu vas mourir* (**No olvides que vas a morir**) segundo largometraje del francés Xavier Beauvois.

Kids es un retrato crudo de la iniciación sexual de un grupo de adolescentes neoyorkinos entre 10 y 16 años. La historia es sencilla pero paulatinamente adquiere las dimensiones de un sórdido sicodrama colectivo: una joven pierde la virginidad con un Don Juan adolescente y a cambio adquiere el virus que causa el sida. Es enorme y triste la ironía de la escena en un consultorio médico donde la joven de una sola experiencia sexual se descubre portadora del VIH, mientras una compañera suya con experiencias múltiples, en su mayoría desprotegidas, recibe un resultado negativo. Lo que sigue es la búsqueda del púber asesino involuntario que continúa diseminando el virus con reventones orgiásticos.

El retrato de Larry Clark es inclemente: la generación descrita carece de ambiciones, acusa mezquindad moral y una frivolidad que a la menor provocación desemboca en el linchamiento de un negro o en la agresión verbal a homosexuales. Estamos lejos del viejo sermón sociológico que ensayaba la poetización del adolescente urbano como víctima de su medio. Los "niños" de Larry Clark asumen con demasiada ostentación su derecho a ser detestables, a desafiar a un virus de maricas, y, sin saberse portadores, y sin tampoco importarles demasiado saberlo, diseminar el riesgo a diestra y siniestra.

Algo señala *Kids*: la desinformación y el aprendizaje adolescente del machismo, que igualmente se adiestra en el rito iniciático de la droga, son vías seguras para la propagación de la epidemia. Cuando finalmente encuentra la joven a su Casanova seropositivo en plena faena en una orgía, no hace ningún gesto para impedir el contagio de la nueva víctima o para emitir reclamo personal alguno. Se encierra en el mutismo y en la aceptación pasiva de la fatalidad propia y de la inconciencia brutal que en ese momento la rodea. Larry Clark ofrece de la adolescencia el retrato atroz de una asamblea de fantasmas.

Punto de fuga

En **No olvides que vas a morir** —título devastador—, el lenguaje de la seropositividad se expresa nuevamente en la primera persona, como en **Las noches salvajes**. Un joven estudiante de historia del arte (Xavier Beauvois, director y protagonista) hace lo imposible por evitar el servicio militar obligatorio. Se hace pasar por drogadicto y por homosexual, pero no consigue engañar a las autoridades. Intenta incluso cortarse las venas, lo que le lleva a descubrir en la enfermería del cuartel que es portador del VIH. A partir de ese momento, y en un deseo por vivir aceleradamente, el estudiante se vuelve camaleón y fantasma, incursiona los terrenos del deseo homosexual para no perderse experiencia alguna, se vuelve traficante de droga sin mucha convicción, casi por camaradería, y por haber perdido toda noción del peligro; se enamora en Roma de una joven a la que debe abandonar porque la seropositividad le señala una división nueva entre las cosas a la mano y las perspectivas que se desvanecen en la incertidumbre del futuro. Benoît, el estudiante seropositivo, enamorado de los cuadros de David y Géricault, se transforma en figura romántica, recorre los bajos fondos de Amsterdam y una Italia stendhaliana, transita de la oscuridad a una claridad deslumbrante y elige ritualmente el desenlace de una muerte absurda en Sarajevo, en el territorio lacerado de Bosnia.

La cinta de Xavier Beauvois no menciona en momento alguno la palabra sida, y es tal la insistencia en las transformaciones que la enfermedad (cuyos signos jamás se exhiben) produce en el espíritu del estudiante de historia de arte, que bien podría parecer una experiencia única e intransferible. Hay una escena clave en la cinta: en un consultorio, el joven se enfrenta a la mirada tierna y solícita de un enfermo de sida. Benoît no soporta tal confrontación y huye. Escoge el itinerario solitario, el encierro espiritual en medio del estruendo del sexo y las drogas. Vive la seropositividad como una escuela del heroismo individual, de espaldas a la colectividad y al impulso solidario. La actitud, narcisista y melancólica, deriva en una visión estetizante de la realidad. Una metáfora del sida: la fatalidad como destino romántico. En la exploración de esta metáfora se confunden, no tan paradójicamente, la ambición y la pequeñez de esta cinta.

Kids y **No olvides que vas a morir** representan dos tendencias importantes en la manera de abordar el tema de la seropositividad en el cine de los noventa ●

Hablando con la juventud acerca del VIH y el sida

Como un adulto que conoce a los jóvenes con quienes estará hablando, usted está en una posición excelente para decidir lo que ellos necesitan saber acerca de la infección por HIV y el sida.

Piense detenidamente acerca de sus conocimientos y experiencias.¿Qué edad tienen los jóvenes? ¿Qué tanto saben ellos acerca de la infección por VIH, el sida, y otros temas relacionados, tales como el sexo, el alcohol y el uso de las drogas? ¿De dónde han obtenido estos jóvenes la información? ¿De los amigos? ¿En la escuela? ¿En la televisión ? ¿De usted? ¿Cree usted que sus conocimientos son exactos?

Hágase usted mismo las siguientes preguntas: ¿Es posible que estos jóvenes con los que estoy hablando ya sean sexualmente activos? ¿Existe la posibilidad que ya hayan usado las drogas? ¿Tienen amistad con personas que hacen estas cosas?

Además considere sus valores religiosos y culturales. ¿Piensa usted usar éstos en su conversación? ¿Cómo los usará?

Estas son preguntas importantes. El contestarlas le ayudará a usted a dar énfasis a la información que los jóvenes de hoy día necesitan saber con más urgencia.

Hoy en día los jóvenes se enfrentan a decisiones difíciles en relación al sexo y las drogas. Es muy probable que usted no esté junto a sus queridos hijos cuando ellos enfrenten estas alternativas, pero si usted les habla hoy acerca de cómo tomar decisiones y de la prevención del sida, usted los puede ayudar a resistir la presión de los amigos y a tomar decisiones que les protegerán la salud hoy y por el resto de sus vidas.

Fotos Cruz Roja Americana

Véase usted como consejero

Cuando esté hablando con un joven acerca de la infección por VIH y el sida, véase usted como consejero, entrenador o mejor amigo. Su meta es ayudar a un joven a aprender a hacer decisiones inteligentes acerca de cómo actuar de una manera saludable y evitar la infección por VIH.

Ideas de cómo empezar una conversación

Usted puede empezar una conversación acerca de la infección por VIH y el sida en cualquier momento y en la forma que crea más apropiada. Si se siente incómodo para empezar esta conversación, puede usar ideas que le ayuden. Aquí le ofrecemos algunos ejemplos:

Los medios de comunicación. Usted puede encontrar una gran cantidad de sugerencias en los medios de comunicación que le dan mucha atención a la infección por VIH y al sida. Busque historias acerca del sida y anuncios en la televisión, radio, periódicos y revistas que hablen acerca de la prevención del VIH. Inicie la conversación con un comentario acerca de los anuncios o pregúntele a un joven su opinión o sentimientos acerca de los mismos.

La escuela. Pregúntele a un joven qué es lo que él o ella está aprendiendo en las clases de salud, ciencia o en otra clase, acerca de la infección por VIH y el sida; entonces use las respuestas para iniciar la conversación.

La comunidad. Existen eventos locales, como obras benéficas para el sida, o ferias de salud, que pueden servir para iniciar una conversación. Usted puede ofrecerse a acompañar a un joven a estos eventos como una experiencia educacional.

Los jóvenes pueden preguntar

No se sorprenda si un joven le pregunta directamente acerca de la infección por VIH y el sida. También usted puede usar las preguntas de los jóvenes acerca de temas relacionados, tales como las citas amorosas y el sexo, para iniciar una conversación acerca de la infección por HIV y el sida.

Cómo mantener una conversación

Hablar acerca de la infección por VIH y el sida puede ser difícil. Usted puede sentirse incómodo con tan sólo pensar en ello. Eso es normal. Si está nervioso o avergonzado, no tenga miedo de decirlo. El expresar sus sentimientos puede ayudar a romper el hielo y, además un joven puede observar su incomodidad, aunque usted no lo mencione.

Repase los hechos

No tiene que ser un experto para hablar con un joven acerca de la infección por VIH y el sida. Pero usted debe entender los hechos básicos para proporcionar la información correcta. El hablar con otro adulto acerca de los hechos le puede ayudar a sentirse más cómodo y mejor preparado para hablar con los jóvenes.

Póngase en el lugar de un joven

¿Qué cosas hacía usted cuando tenía la edad del joven con quien piensa hablar? ¿Cómo pensaba usted? Mientras mejor entienda el punto de vista de un joven, mejor podrá comunicarse con él. El tener en mente las diferencias importantes que existen entre el mundo en el que los niños están creciendo y el mundo en el que usted creció le ayudará a tener una conversación relevante.

Mantenga el diálogo

Una conversación es un intercambio de ideas e información, no es un sermón. Anime al joven con el que esté hablando a que haga preguntas y a que participe en la conversación. Pregúntele acerca de sus sentimientos, pensamientos y actividades. Demuestre su interés y deseo de aprender del joven de igual manera que usted espera que él o ella aprenda de usted.

Escuche

Escuche al joven con la misma atención que usted espera recibir de él o de ella. Deténgase si él o ella desea hablar. Ofrézcale toda su atención y hable frente a frente.

Sea positivo

Trate de mantener una actitud positiva al tener la conversación. Un tono de voz crítico o de desacuerdo puede hacer que el joven lo ignore y no le preste atención.

No se desanime

A menudo los jóvenes dudan de lo que dicen los adultos. Si un joven tiene dudas o cuestiona lo que usted dice, trate de no discutir. Anime al joven a que verifique la información con otras fuentes de información tales como las líneas de información (Telsida). Si su primera conversación se acorta por cualquier razón, no se desanime. Es importante volver a intentarlo.

Decisiones inteligentes: los jóvenes pueden hacerlas con su ayuda

Aunque no lo parezca, a menudo muchos jóvenes desean los consejos de un adulto. Usted puede ofrecer su ayuda a los jóvenes que usted estima para que desarrollen destrezas para tomar decisiones inteligentes; decisiones acerca de su educación, su vida social y su salud. Igualmente importante es ayudar a los jóvenes a entender que ellos tienen la habilidad —y la responsabilidad— de tomar decisiones importantes que pueden prevenir la propagación del VIH y el sida.

Los jóvenes toman decisiones

A menudo los jóvenes sienten que ellos no tienen control sobre sus vidas. Los adultos les dicen cuándo ir a la escuela, a qué hora estar en casa, cuándo acostarse y a qué hora levantarse. Es importante ayudarles a entender que ellos toman decisiones acerca de sus vidas todos los días, como, qué tipo de música escuchan y con quién pasan su tiempo. Mencione que ellos toman y tomarán decisiones importantes con consecuencias aún mayores, referente al sexo y las drogas.

Causa y efecto

Muchos jóvenes no entienden claramente la relación directa entre sus decisiones y las consecuencias de las mismas. Como consejero o guía usted puede ayudarles a entender que las decisiones bien pensadas pueden proporcionarles beneficios directos y evitarles consecuencias dolorosas tales como la infección por VIH y el sida.

Reconozca los efectos de la influencia de sus compañeros

Las decisiones de los jóvenes comúnmente son influenciadas por la presión de ser aceptados por sus amigos y conocidos. Esta presión puede causar que los jóvenes actúen impulsivamente en vez de pensar cuidadosamente sus decisiones.

Usted puede ayudar a los jóvenes con quienes hable a entender los efectos de la presión de sus compañeros. Señale que es correcto actuar de acuerdo a su mejor juicio, no necesariamente de acuerdo a lo que sus amigos les sugieran. Mencione que tal vez sus amigos estén poniéndolos a prueba y que estén buscando apoyo para tomar las decisiones correctas. Hábleles de sus propias experiencias en cuanto a la presión de amigos. Entonces, hable de las decisiones que usted tomó y de lo bien que se sintió al haberlas tomado ●

Esquemas de tratamiento contra el VIH

SANDRA TREVIÑO

Desde su aparición el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida) se ha convertido en uno de los mayores retos de tratamiento médico. Uno de los mayores obstáculos reside en que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) posee características únicas, tanto en su estructura como en la forma en que afecta el sistema inmunológico desde la infección inicial hasta que el paciente desarrolla el sida como tal.

En este artículo se mencionarán los medicamentos más conocidos y utilizados hasta la fecha contra el VIH, así como las diferentes combinaciones de éstos. Para poder comprender mejor como actúan estos medicamentos, es necesario mencionar algunas características del VIH, el cual se clasifica como *retrovirus* porque para poder reproducirse necesita transformar su estructura de ácido ribonucléico (ARN) hacia ácido desoxirribonucléico (ADN); esta transformación es necesaria para que el virus pueda mezclarse con el ADN de las células del paciente infectado (linfocito T ayudador o linfocito CD_4) y para que ésto ocurra se necesita la acción de una proteína que actúa como catalizadora de este cambio: la enzima del VIH denominada *transcriptasa inversa*[1]. Muchos de los medicamentos antirretrovirales que se utilizan en la actualidad están dirigidos a bloquear esta enzima: en este grupo se encuentran la zidovudina (AZT), la zalcitabina (ddC), el didanósido (ddI), la stavudina (D4T) y, uno de los fármacos más recientes y prometedores, la lamivudina (3TC). Existe otro grupo de antirretrovirales que actúan en una etapa posterior del ciclo vital del VIH: Una vez que el VIH se introduce al núcleo del linfocito y se reproduce, éste debe ser cortado en tiras pequeñas para poder ensamblarse posteriormente. La proteína que regula este proceso es una enzima llamada *proteasa*[2], los medicamentos que bloquean la acción de esta enzima se llaman inhibidores de proteasa y en este grupo se encuentran el zaquinavir y el ritonavir.

¿Cuándo iniciar el tratamiento?

El primer punto a tratar con respecto al tratamiento antirretroviral es cuándo iniciarlo, pues se sabe que una vez que el VIH ha penetrado al organismo, aun cuando no haya enfermedad aparente ni disminución en el número de linfocitos CD_4—periodo que puede durar de dos a diez años—, éste continúa reproduciéndose en forma activa hasta que se produce el agotamiento del sistema inmunológico y se presentan los síntomas de la enfermedad[3]. Cuando el paciente presenta complicaciones asociadas al sida no hay duda en que debe iniciarse un tratamiento antirretroviral, pero cuando el paciente se encuentra asintomático el marcador que guía al médico para iniciar el tratamiento es el número de linfocitos CD_4 totales. Este número ha sido motivo de diversas investigaciones. En un estudio realizado por el grupo Europeo/Australiano en 1993[4], se encontró que administrar AZT a pacientes con más de 400 CD_4 no disminuía la mortalidad; lo cual concuerda con los hallazgos del estudio Concorde[5] y otros estudios realizados en los Institutos Nacionales de Salud, donde también se vió que el mayor beneficio del tratamiento antirretroviral se obtiene cuando se inicia con menos de 500 CD_4.

Monoterapia y tratamiento combinado

Otro punto a tratar es el medicamento ideal para iniciar el tratamiento. Según los estudios mencionados, es ya un consenso mundial que el medicamento de primera elección para el paciente con sida es el AZT[4]; éste es el único medicamento que administrado solo ha demostrado beneficio en la disminución de complicaciones propias del sida, los otros medicamentos no han demostrado ser superiores al AZT al administrarse solos. La dosis óptima del AZT son 500 a 600 miligramos al día. Al principio se administraban dosis mayores, incluso de dos a tres gramos diarios, pero las dosis altas de AZT, lejos de beneficiar al paciente, aumentan el riesgo de efectos indeseables como anemia. El tercer punto a tratar acerca del tratamiento antirretroviral es decidir administrar un solo medicamento o la combinación de dos de ellos.

Carl Tankatitsch

En la Conferencia Europea de Aspectos de Tratamiento de la Infección por VIH realizada en septiembre de 1995 en Dinamarca se dieron a conocer resultados que apoyan el tratamiento antirretroviral combinado. En esta reunión el grupo de investigación en sida de Bethesda, Maryland, mostró los resultados de un estudio en el que participaron 2 mil 467 pacientes, todos con cuentas de linfocitos CD_4 por debajo de 500. Los pacientes se asignaron al azar a cuatro grupos de tratamiento: grupo 1. AZT, grupo 2. ddI, grupo 3. Combinación de AZT y ddI, y grupo 4. Combinación de AZT y ddC; y todos se evaluaron periódicamente durante 143 semanas. Los pacientes sin tratamiento previo tuvieron mejor respuesta en general que aquellos que ya habían sido tratados, pero en ambos casos los grupos que recibieron tratamiento combinado tuvieron menos complicaciones del sida. También se observó que la mortalidad en los sujetos con tratamiento previo que recibieron la combinación de AZT y ddI fue menor que la de los sujetos que recibieron solamente AZT. En esta misma conferencia el grupo Europeo/Australiano expuso los resultados del estudio DELTA, en donde se observó nuevamente que el tratamiento antirretroviral debe iniciarse en pacientes con menos de 500 linfocitos CD_4 totales. En este estudio participaron 3 mil 380 pacientes todos con menos de 400 CD_4 y fueron evaluados periódicamente durante 26 meses; todos fueron asignados a tres grupos de tratamiento: grupo 1. AZT, grupo 2. Combinación de AZT y ddI, y grupo 3. Combinación de AZT y ddC. Los resultados fueron que los grupos que recibieron tratamiento combinado tuvieron menor porcentaje de complicaciones y de muertes que el grupo con solo AZT.

El tratamiento combinado es superior al AZT como monoterapia, sin embargo, ninguno de estos medicamentos está exento de efectos indeseables, y es desalentador que el concepto de tratamiento exitoso, en el paciente con sida, equivalga a tener menor porcentaje de complicaciones o de muerte y no a la ausencia de las mismas.

Nuevas opciones terapéuticas

En la búsqueda de otras opciones terapéuticas se han encontrado nuevos fármacos como el 3TC. Los primeros estudios de experimentación mostraron que era un medicamento tolerable y con pocos efectos indeseables[7]. El 3TC se empezó a utilizar en humanos desde 1993, pero es hasta ahora que se pueden evaluar los resultados obtenidos. En un estudio del grupo Norteamericano de Trabajo sobre VIH[8] participaron 366 pacientes con cuentas de linfocitos CD_4 entre 200 y 500 y se asignaron al azar a cuatro grupos de tratamiento: grupo 1. AZT, grupo 2. 3TC, grupo 3. Combinación de AZT y 3TC a dosis baja, y grupo 4. Combinación de AZT y 3TC a dosis alta; se les hicieron mediciones periódicas de linfocitos y de cantidad de VIH en la circulación. Después de 28 semanas de seguimiento se encontró que los pacientes que habían recibido la combinación de AZT y 3TC, tanto a dosis alta como a dosis baja, habían tenido un incremento inicial en la cuenta de linfocitos CD_4 y al final del tratamiento todavía lo mantenían; por el contrario, se encontró que la cantidad de VIH en circulación de los pacientes había disminuido o se mantenía constante. En los pacientes que tuvieron tratamiento solo con AZT o con 3TC, el incremento de linfocitos CD_4 fue menor y la cantidad de VIH en circulación se elevó en forma constante. Los efectos indeseables que se atribuyeron al 3TC fueron: dolor de cabeza y sensación dolorosa en piernas, tres pacientes presentaron anemia grave. Aunque los resultados son alentadores desde el punto de vista inmunológico, el estudio no menciona el porcentaje de complicaciones asociadas al sida ni las muertes que ocurrieron en cada grupo. Si bien es necesario contar con más investigaciones, es evidente la ventaja de la terapia combinada.

Inhibidores de proteasa

Finalmente, del grupo de antirretrovirales inhibidores de proteasa se ha escrito poco, porque se trata de un medicamento caro y cuya administración por vía oral es difícil, pues el medicamento se absorbe en poca cantidad por el intestino y además dura poco tiempo en la circulación. El saquinavir es un ejemplo de este grupo de medicamentos que se está comenzando a probar en grupos grandes de pacientes. Otro ejemplo es el ritonavir, con el que se realizó una investigación con pacientes[9] de diferentes hospitales europeos que habían tenido tratamiento previo con antirretroviral. El medicamento administrado durante 32 semanas demostró aumentó del número de linfocitos y disminución de la cantidad de VIH en circulación, los efectos indeseables fueron: náusea y disminución de la sensibilidad en las piernas de un paciente. En este estudio tampoco se menciona el porcentaje de complicaciones y de muerte de los pacientes.

En conclusión, el tratamiento antirretroviral ha disminuido el porcentaje de complicaciones asociadas al sida, y al parecer el tratamiento combinado mejora la sobrevida de los pacientes. Cada día nacen nuevas opciones de tratamiento que parecen promisorias, pero aún es necesario analizar cuidadosamente cada una de ellas antes de adoptar una tendencia nueva, pues el conocimiento cambia constantemente ●

1 Centers for Disease Control. Classification System for human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated infections. **Morb. Mort. Week Rep.** 1988. **33**:3341.

2 Weiss, R.A. How does HIV causes AIDS? **Science.** 1993. **260**:1273-1278.

3 Shibata, D.; Byrnes, R.K.; Nathawani, B.; et al Human inmunodeficiency virus DNA is readily found in lymph node biopses from seropositive individuals: Analysis of fixed tissue using the polymerase chain reaction. **Am. J. Pathol.** 1989. **135**:697-702.

4 Cooper, D.A.; Gatell, J.M.; Kronn, S.; et al. Zidovudine in persons with asymptomatic infcetion and CD_4 cell counts greater than 400 per cubic millimeter. **N. Eng. J. Med.** 1993. **329**:297-303.

5 Albouker, J.P.; Swart, A.M. Preliminary analysis of the Concorde trial. **Lancet.** 1993. **341**:889-890.

6 Sande, M.A.; et al. Antiretroviral therapy for adult HIVB-infected persons. **JAMA.** 1993. **270**:2583.

7 van Leeuwen, R.; Lange, J.M.; Hussey, E.K.; et al. The safety and pharmacokinetics of a reverse transcriptase inhibitor, 3TC in patients with HIV infection: A phase I study. **AIDS.** 1992. **6**:1471-1475.

8 Eron, J.J.; Benoit, S.L.; Jemsek, J.; et al. Treatment with lamivudine, zidovudine or both in HIV-positive patients with 200 to 500 CD_4 cells per cubic millimeter. **N. Eng. J. Med.** 1995. **333**:1662-1669.

9 Danner, S.A.; Carr, A.; Leonard, J.M.; et al. A Short-Term Study of the safety, pharmacokinetics, and efficacy of Ritonavir, an inhibitor of HIV-1 protease. **N. Eng. J. Med.** 1995. **333**:1528-1533.

Médico internista adjunto a la clínica de sida del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona No.1 "Gabriel Mancera".

Nutrición y VIH

Se ha comprobado que la desnutrición es una de las complicaciones máximas en la infección por VIH: 80 por ciento de los enfermos la padecen en un nivel más o menos avanzado de su enfermedad; es una de las causas más comunes de deceso, independientemente del déficit inmunológico; la desnutrición afecta profundamente la calidad de vida de los pacientes.

El adelgazamiento excesivo (o síndrome de desgaste) aparece a menudo en primer término en los cuadros clínicos. De esta manera, el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés, en Atlanta) lo ha incluido en la lista de indicadores del sida.

Al síndrome de desgaste lo define una pérdida de peso superior al 10 por ciento del peso habitual en menos de dos meses, ésto en ausencia de cualquier otra causa ajena a la infección misma. Según la CDC, un síndrome semejante posee el mismo valor de pronóstico que una infección oportunista.

Conocemos hoy el papel que juega la desnutrición como cofactor de la inmunodepresión y como una de las complicaciones máximas que condicionan el pronóstico y la supervivencia. La desnutrición y el sida tienen efectos comparables sobre la inmunidad celular: disminución del número total de linfocitos; disminución de la actividad de los polinucleares; alteraciones de las funciones macrófagas.

Son varios los factores que aparecen como causantes de desnutrición, algunos se conocen todavía mal, otros se explican con mayor facilidad. El déficit del equilibrio energético puede deberse a la disminución de lo que se consume, a un metabolismo deficiente, o al aumento del desgaste energético de reposo.

En el marco de la infección por VIH estos tres procesos pueden potencializarse. En la actualidad, cerca de 20 por ciento de las personas que viven con VIH mueren de caquexia, es decir, de un estado de adelgazamiento y deterioro extremo del cuerpo. Con los avances en los nuevos tratamientos y la prolongación de la supervivencia, la incidencia de la caquexia es cada vez menor.

Un estado de desnutrición extremo puede alcanzar los límites de la supervivencia del organismo humano (en las huelgas de hambre o en los ayunos prolongados). Estos límites representan una pérdida de alrededor de 36 por ciento del peso corporal y 46 por ciento de la masa celular llamada "masa delgada", constituida por los músculos y los órganos que son los tejidos metabólicamente activos del organismo.

Desde 1986 sabemos que la pérdida de la masa delgada es un proceso que se instala progresivamente desde el inicio de la seropositividad, en tanto que las pérdidas de peso tienen un incidencia más puntual y a menudo se encuentran ligadas a la presencia de infecciones secundarias a la infección por VIH. Se notan así a menudo pérdidas de peso considerables ocasionadas por infecciones oportunistas, y una recuperación al menos parcial una vez que dichas infecciones han sido controladas.

Quedan sin embargo las pérdidas de peso crónicas, no relacionadas con enfermedades oportunistas, y que indican entonces la instalación en el organismo de un estado de desnutrición y la evolución hacia la caquexia.

En cualquier de los casos, toda pérdida de peso debe llamar la atención, ya sea porque deba atenderse una infección oportunista subyacente, o porque no se deba permitir que se instale un peligro más para la supervivencia de la persona con VIH.

Todo lo anterior demuestra que, en teoría, la intervención nutricional es indispensable para la conservación de un estado nutricional óptimo, tan fundamental para la calidad de vida del seropositivo y para garantizar las diversas funciones del organismo, entre ellas la del sistema inmunológico.

La desnutrición ligada a la infección por VIH se asemeja a la desnutrición proteínico-energético presente en los países en vías de desarrollo, considerada desde 1970 muy perjudicial para las defensas del organismo contra las infecciones bacterianas y virales.

En cuanto a la calidad de vida, un primer estudio sobre la aplicación de la hormona de crecimiento, capaz de regenerar la masa delgada, muestra que la mejoría del estado nutricional está ligada a un retorno real a una actividad física y social más intensa.

Por otro lado, la intervención nutricional debe enfrentar importantes factores patológicos y sicológicos que limitan la ingestión de alimentos, como las diarreas, las candidiasis orales y/o de esófago, la anorexia, las náuseas, las interacciones entre diversas terapias con medicamentos, etcétera. También se ha demostrado con claridad que la infección por VIH está relacionada con la aparición de un estado de hipermetabolismo desde las primeras etapas de la infección. En una palabra, el organismo infectado por el VIH quema más energía (sin duda para luchar contra la infección) que un organismo no infectado.

William Y. Tsutsui

De esto se desprende que para el seropositivo los requerimientos energéticos son más elevados. Se calcula que en relación con la población general, es preciso proporcionar a una persona seropositiva alrededor de un 10 por ciento suplementario de suministro energético.

La desnutrición ligada a la infección por VIH sólo puede combatirse con una alimentación que tome en cuenta todos los factores antes citados. Se debe asimismo considerar la necesidad de un suministro proteínico elevado para luchar contra el desgaste de la masa delgada y favorecer al mismo tiempo el ejercicio físico para lograr una ganancia real de masa muscular.

No deben olvidarse las vitaminas y minerales ya que contribuyen al buen funcionamiento del organismo y también se ven muy afectados por la infección por VIH.

Es preciso optimizar la ingestión de alimentos, intentar en ocasiones forzar el apetito; hacer, en todo caso, que los pacientes tomen conciencia de la importancia de alimentarse bien.

Es preciso orientar la alimentación con consejos dietéticos inteligentes; desconfiar de los consejos provenientes de los medios o de los amigos, quienes a menudo proponen nuevos métodos de alimentación que puedan representar riesgos de infección o de carencia alimentaria, entre otros.

Finalmente, es preciso sensibilizar a la gente respecto a la necesidad de una higiene alimentaria estricta ●

Tomado de un boletín de **Project Food**, asociación independiente francesa de lucha contra el sida. Diciembre 1995.
Traducción: Carlos Bonfil.

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

SOMOS UNA LINEA HUMANA DE INFORMACION, APOYO Y CONFIANZA.

telSIDA

207 40 77
DEL INTERIOR, LLAMA SIN COSTO
91 800 90 832

LUN. A VIE
9:00 A 21:30 HRS
SAB. Y DOM
10:00 A 16:00 HRS

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 la CNDH: 681-8125. Por falta de espacio no fue posible consignar los datos de los Consejos Estatales para la Prevención del Sida (Coesida) donde también puede acudirse para solicitar información y prevención; así como apoyo para personas con VIH/sida en los reclusorios e incluso asesoría para poner una queja ante la Comisión Estatal en la materia o la nacional. Para esta última información puede dirigirse 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.

Comisiones de derechos humanos de las entidades federativas

Distrito Federal
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Lic. Jorge Madrazo Cuéllar
Periférico Sur Nº3469
Col. San Jerónimo Lídice
10200, México, D.F.
Tel.: (5)681-8125
Fax.: (5)681-6706

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Dr. Luis de la Barreda Solórzano
Av. Chapultepec No.49
esq. Dr. Lucio, Col. Centro
03100, México, D.F.
Tel.: (5)229-5600

Aguascalientes
Procuraduría Estatal de Protección Ciudadana
Lic. José Silva Badillo
Edif. Plaza Cristal Planta Baja
Local 5, Av. Adolfo Ote.
20250, Aguascalientes, Ags.
Tel.: (49)17-3459

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

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

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

Coahuila
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Javier Villarreal Lozano
Aguascalientes No:113, 5 Piso
Desp. 503, Col. República
25280, Saltillo, Coah.
Tel.: (84)16-2110

Colima
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Angel Reyes Navarro
Díaz Mirón No.571
Col. Centro
28000, Colima, Col.
Tel.: (331)4-7186 · 4-7795

Chiapas
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Jezmín Lima Adams
Calle Argentina No.455
Col. El Retito
29040, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Tel.: (961)4-0632 · 4-0674

Chihuahua
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Prof. Baldomero Olivas Miranda
Av. Juárez No.1108
Desp. 501, Edif. Russek
Col. Centro
31000, Chihuahua, Chih.
Tel.: (14)10-6099

Durango
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Jesús Mena Saucedo
Bruno Martínez No.320 Norte
Col. Centro
34000, Durango, Dgo.
Tel.: (18)13-7481 · 13-7541

México
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Dra. Mireille Roccatti Velázquez
Calle Instituto Literario No.510
esq.Villada
50000, Toluca, Méx.
Tel.: (72)13-0883

Guanajuato
Procuraduría Estatal de los Derechos Humanos
Lic. Rafael Hernández Ortíz
Calle Cabalieri No.104 esq. Beethoven
Col. León Moderna
37480, León, Gto.
Tel.: (47)70-0845

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

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

Jalisco
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Carlos Hidalgo Riestra
Obsidiana No.2861
Col. Residencia Victoria
44560, Guadalajara, Jal.
Tel.: (3)634-2021

Michoacán
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Rigoberto Díaz Zavala
Calle 15 de Octubre No.74
Col. Lomas Hidalgo
58240, Morelia, Mich.
Tel.: (43)15-7535

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

Nayarit
Comisión Estatal de Defensa de los Derechos Humanos
Lic. Amado López Romero
Av. Allende No.110 Oriente
2o. Piso, Desp.302
Col. Centro
63000, Tepic, Nay.
Tel.: (321)2-5766 · 2-7875

Nuevo León
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Dr. Lorenzo de Anda y de Anda
Corpus Cristi No.2313
Col. Lomas de San Francisco
64710, Monterrey, N.L.
Tel.: (83)63-3321

Oaxaca
Comisión de Derechos Humanos del Estado Libre y Soberano
Lic. José Luis Acevedo Gómez
Eucaliptos No.422 esq. Jazmines
Col. Reforma
68050, Oaxaca, Oax.
Tel.: (951)3-5191 · 3-5185

Puebla
Comisión Estatal de Defensa de los Derechos Humanos
Lic. José Ignacio Valle Oropeza
Av. 15 de mayo No.2929-A
Fraccionamiento Las Hadas
72070, Puebla, Pue.
Tel.: (72)48-5451

Querétaro
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Adolfo Ortega Zarazúa
Av. Carrizal No.11
Col. El Carrizal
76080, Querétaro, Qro.
Tel.: (42)16-5756

Quintana Roo
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Sr. Gastón Pérez Rosado
Av. Hidalgo No.73-A
entre Av. Alvaro Obregón
e Ignacio Zaragoza
Col. Centro
77000, Chetumal, Q. Roo
Tel.: (983)2-1001

San Luis Potosí
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Luis López Palau
Av. Carranza No.495, 1er. Piso
Col. Centro
78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)11-5115

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

Sonora
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. José Antonio García Ocampo
Periférico Poniente y Luis Encinas
Col. Choyal
83000, Hermosillo, Son.
Tel.: (62)16-3884 · 16-3032

Tabasco
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Marcos H. Buendía Cadena
Madero No. 1014, 3er Piso
Col. Centro
86000, Villahermosa, Tab.
Tel.: (93)15-3545

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

Tlaxcala
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Victoria Morales Cortés
Calle 7 No.201
Col. Lomas Xicoténcatl
09070, Tlaxcala, Tlax.
Tel.: (246)2-1630

Veracruz
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Lic. Margarita Herrera Ortíz
Justino Sarmiento No.3
Col. Aguacatal
91130, Xalapa, Ver.
Tels.: (281)4-0268 · 4-1253

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

Zacatecas
Comisión Estatal de Derechos Humanos
Dr. Jaime Cervantes Durán
Blvd. López Mateos No.100 Norte
Col. Centro
98000, Zacatecas, Zac.
Tel.: (492)2-7406

AGENDA

TEATRO

4 y 11 de febrero

La muerte alegre
Dir. Pedro Antonio Laguna
13:00 hrs.
Casa de La Paz
Cozumel No.33, Col. Roma

4, 11 y 18 de febrero

Alegremente la muerte
Compañía de teatro
Espacio Agua Viva
Dir. Pedro Antonio Laguna
18:00 hrs.
Museo Universitario del Chopo
Dr. Enrique Gonzáles Martínez No.10
Col. Sta. Ma. La Ribera

EVENTOS

24 de marzo

Tercer Caminata por la Vida
Centro de la ciudad de Oaxaca.
El propósito fundamental es impulsar la lucha contra el sida en la localidad y la recaudación local de recursos para esta organización civil. Para esta campaña anual se invita a todos los oaxaqueños residentes en el estado y fuera de él a participar en la misma y a colaborar económicamente. Depositar sus donativos deducibles de impuestos en Banoire Cta. 3059-8, Suc. 024, Oaxaca.
Informes: Frente Común contra el Sida, A.C.
Av. Morelos No.504,
Zona centro
68000, Oaxaca, Oax.
Tel./Fax: (951)6-1805

TALLERES

Del 5 al 9 de febrero

Curso Taller de Actualización sobre VIH/sida para trabajadores de las salud en los ámbitos institucionales y comuntario
Morelia, Mich.
Organiza:
Michoacanos por la Salud y contra el Sida, A.C., Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y la Universidad de California Los Angeles.
Informes: MUSS, A.C.
Ana María Gallaga No.573,
Morelia, Mich.
Tel./Fax: (43)17-0597
Los organizadores se reservan el derecho de admisión.

17 de febrero
2, 16 y 30 de marzo

Talleres sobre sexualidad y sida para hombres gay
Fundación Francisco Estrada Valle, A.C.
Horario de 10:00 a 15:00 hrs.
Informes: 264-5320 · 264-5330

24 y 25 de febrero.
9 y 10 de marzo

Métodos y técnicas para la creación de talleres (con énfasis en educación preventiva sobre VIH/sida)
Fundación Francisco Estrada Valle, A.C.
Duración:
30 hrs. teoría y 10 hrs. asesoría.
Informes: 264-5320 · 264-5330

LETRA S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Agradece la valiosa colaboración de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la elaboración de este número

An*úncie***S**e
en
LETRA S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA
Al teléfono: 535 30 74

LABORATORIO DE ESPECIALIDADES INMUNOLOGICAS, S.A. DE C.V.

LEI

5 DE FEBRERO 487, 3er. PISO,
Col. ALGARIN, D.F.
Tels: 538-3139, 538-5849
Fax: 538-5305, 796-9964
Horarios: Lunes a viernes de 8 a 14 y de 16 a 20 hrs.
sábados de 8 a 14 hrs.

DETECCION DEL VIH
Prueba de ELISA
Confirmatoria de Western Blot
Cuantificación de b-2 microglobulina
Cuantificación de antígeno P-24 del VIH

ASESORIA Y CONTROL MEDICO ESPECIALIZADO
Seropositivos
Personas con sida
Inmunodeprimidos

DETECCION DE AGENTES OPORTUNISTAS

EVALUACION INMUNOLOGICA INTEGRAL

La totalidad de los estudios son llevados a cabo por profesionales, con una amplia experiencia en la evaluación del sistema inmune. Todos nuestros resultados son reportados de acuerdo con las normas internacionales. Contamos con equipo de la mejor calidad.
M. en C. Juan Padierna Olivos, responsable del laboratorio.
Dr. Luis Padierna Olivos, asesor médico.

Wellcome

LOS PRODUCTOS WELLCOME MEXICO SE PUEDEN ADQUIRIR EN LAS SIGUIENTES FARMACIAS DEL AREA METROPOLITANA:

Fármacos Especializados
Jacarandas No.72
Col. Sta. Ma. Insurgentes
Tel.: 583-1053

Grupo Multifarma, S.A. de C.V.
San Francisco No.1385
entre Tlacoquemécatl y
Miguel Laurent
Col. Del Valle
Tels.: 575-8179 · 559-0711
559-9287

Fármacos Especializados
Calzada Vallejo No.444-B
Col. Vallejo Poniente
Tel.: 355-2901

Fármacos Especializados
Querétaro No.137
Col. Roma Centro
Tel.: 564-3447

Fármacos Especializados
Calzada de Tlalpan No.4673
Col. Toriello Guerra
Tels.: 665-5123 · 665-5950

Fármacos Especializados
Manuel F. Izaguirre No.25
Naucalpan, Edo. de México
Tel.: 393-9957

Hospitales y Quirófanos, S.A. de C.V.
Murillo No.44
Col. Sta. Ma. Nonoalco (Mixcoac)
Tels.: 611-8197 · 611-8244
611-8298

Farmacia París
Rep. del Salvador No.97
Col. Centro
Tel.: 521-4327

Distribuidora de Químicos y Farmacéuticos
Hortensia No.122
Col. Sta. Ma. La Ribera
Tels.: 541-3911
547-5570

Rama Farmacéutica
Tenayuca No.330
Col. Sta. Cruz Atoyac
Tel.: 688-7978

NotieSe

Combinación de dos fármacos previene ceguera

Una infección ocular que causa ceguera y que a menudo ataca a pacientes de sida responde mejor al tratamiento con una combinación de dos medicamentos que a cada uno de ellos por separado. Dosis intravenosas de los fármacos Foscarnet y Ganciclovir han demostrado ser un tratamiento efectivo para la dolencia ocular conocida como retinitis por citomegalovirus (CMV). En los pacientes que recibieron el tratamiento con ambos medicamentos la enfermedad se pudo controlar durante un promedio de cuatro meses, mientras que en aquellos que solamente tomaron uno, la infección se presentó nuevamente uno o dos meses después. Entre las desventajas del tratamiento con ambos medicamentos está su mayor costo, la posibilidad de que se presenten efectos secundarios más serios, además de un tratamiento más largo, ya que los fármacos deben administrarse por separado. **(Reuter)**

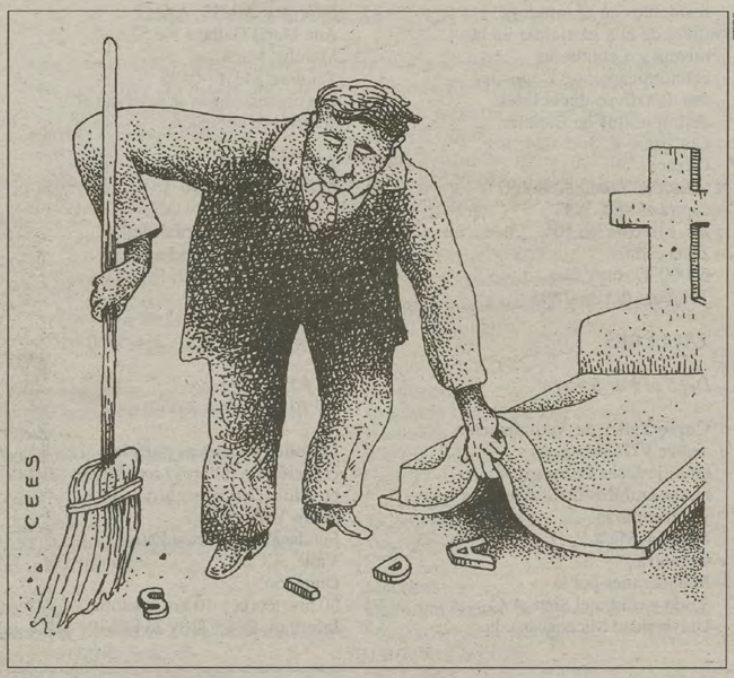
Viñetas de Keith Haring

Experimentan nuevo medicamento con éxito

Una compañía farmacéutica sueco-estadounidense dijo hoy que estudios relacionados con su medicamento Rescriptor muestran que éste puede reducir la probabilidad de desarrollar sida de los pacientes. La compañía Pharmacia and Upjohn dijo que Rescriptor también suministra una medida más exacta de las reacciones de los pacientes a los medicamentos experimentales. Agregó que los primeros análisis de las pruebas clínicas mostraron que los pacientes que son sometidos a terapia con el medicamento han sido capaces de reducir la cantidad de virus que circula en su sangre en al menos 68 por ciento durante 60 semanas. "Todos los pacientes que logran una reducción sostenida en la carga viral (la cantidad de virus en la sangre) tienen una menor probabilidad de que se intensifiquen los acontecimientos definidos por el sida. Hasta la fecha, los estudios de Rescriptor han incluido a más de 3 mil 500 pacientes en Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia". **(Agencias)**

Sólo 10 % de los recursos contra el sida al Tercer Mundo

Aunque en los países en desarrollo se registra 85 por ciento de los casos de sida, sólo 10 por ciento de los recursos internacionales para prevenir esta enfermedad (2 mil millones de dólares anuales) se destina a esas naciones. Datos de la OMS revelan que mientras las mujeres carezcan de poder y decisión para influir en su conducta sexual, el sida continuará su escala ascendente en este sector y por consiguiente en los niños. **(Notimex)**



Se estima que hay 140 mil portadores del VIH en México

Carlos del Río, coordinador general del Conasida, al participar en el Seminario sobre Sida, organizado por el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, explicó que la 'enorme' desigualdad económica en el país, las bajas condiciones socioeconómicas de la mujer y el aumento del abuso sexual contra los menores "hacen del sida un padecimiento de creciente transmisión y de alta incidencia en zonas rurales y en la población infantil". También dio a conocer que las autoridades estiman que el número de portadores del VIH es de 140 mil y prevén que para este año cerca de 9 mil presentarán síntomas de la enfermedad y unos 3 mil 500 morirán víctimas del mal. "La principal vía de transmisión del virus en México es la sexual", agregó. El virus se presenta con mayor frecuencia en grupos heterosexuales y la mayoría de la población afectada está entre los 24 y 44 años de edad. "El sida ocupa el cuarto sitio en causas de muerte", indicó. Manifestó su reprobación a las pruebas de saliva para detectar el virus "no deben ser utilizadas como forma de segregación a los portadores o enfermos de sida". Señaló, además, que cerca de una tercera parte de las personas infectadas no reciben el tratamiento adecuado y hay diferencias en el servicio médico que brindan las instituciones públicas y privadas para el tratamiento de la enfermedad. **(Agencias)**

a la letra

Alejandro Brito
*Director de **LETRA S***

Hace un par de meses cayó en mis manos un ejemplar del suplemento que usted dirige y me resultó de gran utilidad en mis clases de secundaria y preparatoria aquí en Morelia.

*Con entusiasmo invité a mis alumnos a buscar el suplemento para que lo compartieran con otros estudiantes y sus padres. Pero nuestra sorpresa ha sido que casi no llegan ejemplares de **El Nacional** a esta región y, los pocos que llegan, a veces se venden sin el suplemento deseado. Ojalá pudieran corregir esta anomalía.*

Su material es de gran utilidad y me gustaría incluyera más información sexual para jóvenes, así como guías para médicos o instructores que nos permitan prevenir e informar a la población joven de manera accesible.

Profra. Ernestina Ochoa
Morelia, Mich.

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

Las rejas no matan...

En Alemania, quien es condenado a prisión debe ir a la cárcel, aunque padezca sida, pero los jueces tienen la facultad de decidir, en cada caso, si dejan en libertad o no a los afectados por este mal, dependiendo de la gravedad; sin embargo, la mayoría de los detenidos con sida prefieren permanecer en las cárceles, ya que aquí reciben cuidados médicos y pueden recibir visitas ● En Francia, una persona con sida debe cumplir la ley igual que el resto de los ciudadanos, pues "no pueden existir categorías particulares de detenidos", aunque se prevén disposiciones individuales de gracia, que se aplican sobre todo para enfermos en fase declarada. En 1994, en las cárceles de este país había 221 enfermos de sida y más de mil 620 seropositivos ● En Inglaterra no existe una ley que considere la liberación de los detenidos con VIH o sida. Para estos casos, igual que con otras enfermedades en fase terminal, la decisión se adopta individualmente. Los enfermos graves generalmente reciben atención médica dentro de los reclusorios, aunque existe la posibilidad de que se les conceda morir en su casa o en un hospital ● En Estados Unidos, las personas con sida condenadas por cualquier delito van de todas maneras a la cárcel, y ahí se quedan. Reciben atención médica en la prisión, pero su condición no influye en la pena ● La ley rusa prevé que las personas con sida puedan ser arrestadas y recluidas si cometieron algún delito, pero en secciones separadas de las cárceles, lo que sin embargo no siempre ocurre debido a la sobrepoblación. Durante los periodos de agudización de la enfermedad, esos detenidos pueden ser hospitalizados y luego reintegrados a la cárcel ● Un detenido enfermo de sida se clavó, por más de 24 horas, el pene en una mesa de la cárcel romana de Rebibbia, con el objetivo de lograr que se le conmutara la pena de cárcel por el arresto domiciliario. En 1993 la justicia italiana decidió poner en libertad a más de 2 mil 250 presos con grave deficiencia inmunitaria, "por razones de incompatibilidad con el régimen carcelario" ● En los últimos tres años mil 260 personas han muerto de sida en los penales de Sao Paulo, Brasil, lo que da una media de 35 al mes. El sistema carcelario paulista tiene 51 mil presos (40 por ciento del total del país) ● Autoridades carcelarias de España estudian modificar el reglamento penitenciario y los mecanismos para aplicar el nuevo Código Penal, a fin de que los condenados con enfermedades graves o incurables "no entren siquiera en la cárcel" si así lo decide el juez de vigilancia penitenciara ● Aunque la cifra oficial de casos de sida en la población carcelaria de Argentina es de 7 por ciento, se estima que no menos del 30 por ciento de esa población sería portadora del VIH. El aumento de seropositivos coincide con el incremento de la proporción de presos adictos a drogas intravenosas, principal forma de transmisión del virus en los penales gauchos. **(Agencias)**